



CORTES GENERALES
DIARIO DE SESIONES DEL
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2016

XII LEGISLATURA

Núm. 51

Pág. 1

SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. PATXI LÓPEZ ÁLVAREZ

Sesión núm. 2

celebrada el jueves 24 de noviembre de 2016

Página

ORDEN DEL DÍA:

Delegación en la Mesa de la Comisión de la competencia de esta de adopción de los acuerdos a que se refiere el artículo 44 del Reglamento, concordante con la Resolución de la Presidencia de la Cámara de 2 de noviembre de 1983. (Número de expediente 042/000001)	2
Proposiciones no de ley:	
— Para garantizar el desarrollo y la financiación del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/000246)	2
— Relativa al diseño e implementación de un plan nacional de transparencia en el Sistema Nacional de Salud. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/000564)	9
— Sobre la modificación de la Ley 1/2004, de 21 de diciembre, de concatenación de contratos temporales en el personal sanitario. Presentada por el Grupo Parlamentario Mixto. (Número de expediente 161/000598)	14
— Sobre la protección de las personas afectadas por la talidomida. Presentada por el Grupo Parlamentario Ciudadanos. (Número de expediente 161/000331)	19
— Relativa a mejorar y actualizar la regulación de la publicidad de los centros, establecimientos y servicios sanitarios. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/000630)	23

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 51

24 de noviembre de 2016

Pág. 2

- Sobre el etiquetado y comercialización de productos con un alto componente de azúcares añadidos. Presentada por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana. (Número de expediente 161/000670) 26
- Sobre la promoción de un Pacto de Estado por los servicios sociales. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/000787) 30
- Sobre los fondos de cohesión y garantía asistencial sanitaria con el fin de incrementar la equidad y calidad del Sistema Nacional de Salud. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/000864) 35
- Relativa a la supresión de la prestación de asistencia sanitaria a las personas que permanezcan fuera del Estado español durante más de 90 días. Presentada por el Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea. (Número de expediente 161/000271) 40

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

DELEGACIÓN EN LA MESA DE LA COMISIÓN DE LA COMPETENCIA DE ESTA DE ADOPCIÓN DE LOS ACUERDOS A QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 44 DEL REGLAMENTO, CONCORDANTE CON LA RESOLUCIÓN DE LA PRESIDENCIA DE LA CÁMARA DE 2 DE NOVIEMBRE DE 1983. (Número de expediente 042/000001).

El señor **PRESIDENTE**: Buenos días, señorías.

Abrimos la sesión de esta primera reunión de la Comisión que —como saben— tiene un orden del día extenso. El primer punto es algo que suele ser habitual en las primeras reuniones, que es la delegación en la Mesa de la Comisión de la competencia de la adopción de los acuerdos a que se refiere el artículo 44 del Reglamento. La propuesta es la de una delegación en la modalidad que se llama condicionada; es decir, cuando hay unanimidad entre los miembros de la Mesa, lo adopta la Mesa, y si no hubiera esa unanimidad, sería la propia Comisión quien adoptara las decisiones. Si les parece bien, pasamos directamente a votar esta delegación por asentimiento. **(Asentimiento)**.

Queda aprobada por asentimiento.

PROPOSICIONES NO DE LEY:

- **PARA GARANTIZAR EL DESARROLLO Y LA FINANCIACIÓN DEL SISTEMA DE AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/000246).**

El señor **PRESIDENTE**: Entramos ahora en el debate y votación de las PNL que —como saben— son nueve. Debiéramos fijar unos tiempos que cumpliríamos de manera rigurosa para no extendernos y para que la duración de esta reunión fuera razonable y, al final, no perdiéramos la atención y el interés en las cuestiones que vamos a tratar. Por eso, en la primera reunión que tuvimos de Mesa y portavoces hablamos de que los tiempos serían de siete minutos para quien presenta la proposición, cinco para los grupos que han presentado enmiendas y tres para aquellos grupos que fijen posición.

Si les parece bien, damos comienzo a este debate de las PNL, comenzando por el segundo punto del orden del día, que es la primera proposición no de ley, presentada por el Grupo Parlamentario Socialista, para garantizar el desarrollo y la financiación del sistema de autonomía y atención a la dependencia. Esta PNL tiene cuatro enmiendas: dos del Grupo Mixto, una del Grupo Parlamentario Ciudadanos y una del Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea. Empezamos con el Grupo Socialista para que presente la iniciativa.

La señora **RAMÓN UTRABO**: Gracias presidente.

Cuando a finales de 2006 aprobamos la Ley de autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, todas las fuerzas políticas parlamentarias, las comunidades autónomas, las entidades locales, los agentes sociales, el movimiento asociativo, todos en general celebramos con

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 51

24 de noviembre de 2016

Pág. 3

enorme alegría y esperanza la aprobación de una ley que quiero recordar que contó con un amplio consenso político. Fue un proceso intenso de negociación, que llevó al reconocimiento del derecho subjetivo de las personas que no pueden valerse por sí mismas a ser atendidas por los poderes públicos, un derecho universal y con garantía pública. En definitiva, se daba un salto importante en una ley que venía siendo reclamada por todas las instituciones y cuya aprobación, insisto, fue vivida con alegría y esperanza, porque por primera vez en muchos años se producía un importante avance hacia la consolidación del Estado social y democrático de derecho que proclama nuestra Constitución. Lo que hicimos fue sacar del cajón de la beneficencia la atención a las personas en situación de dependencia y elevarla a la categoría de un derecho subjetivo universal y con garantía pública.

Éramos conscientes de que la entrada en vigor de esta ley era solo un primer paso en un largo camino que había que recorrer con el esfuerzo de todos, siendo imprescindible la cooperación entre todas las administraciones implicadas, pero también teníamos la certeza de que a partir de ese momento el sistema solo podría ir a mejor, avanzar, reforzarse, perfeccionarse y consolidarse para llegar a ser capaz de garantizar a las personas en situación de dependencia los servicios y las prestaciones necesarias con niveles de calidad y con cobertura adecuada. Así ocurrió. Desde enero de 2007 hasta diciembre de 2011 el sistema se fue implantando según lo previsto en el calendario de la ley. En aquel momento, en una encuesta que se hizo, el 80,7% de las personas beneficiarias que fueron encuestadas consideraban positiva o muy positiva la atención que recibían. Pero llegó el Gobierno del Partido Popular y lo primero que hizo fue frenar y poco después retroceder en la implantación del sistema para la autonomía y atención a la dependencia. En diciembre de 2011, pocos días después de la constitución del Gobierno del Partido Popular con el presidente Mariano Rajoy a la cabeza, se decidió paralizar el calendario de aplicación de la ley. Posteriormente, en los primeros Presupuestos Generales del Estado elaborados por el Gobierno del Partido Popular, correspondientes al año 2012, se eliminó la partida referida al nivel acordado: 283 millones de euros. Ese nivel de financiación previsto en la ley volvió a ser suprimido en los presupuestos de 2013, 2014, 2015 y 2016. En el Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria, destacan aspectos muy importantes, como la supresión de los dos niveles en los que se dividía cada grado, la reducción en un 13% de la aportación de la Administración General del Estado y la reducción en un 15% de la prestación económica por los cuidados en el entorno familiar. Asimismo, se revisó la regulación del convenio especial del sistema de la Seguridad Social para las cuidadoras no profesionales, cuyas cotizaciones a partir de ese momento pasaban a ser exclusivamente a su cargo. También se puso en marcha la aplicación de un plazo suspensivo de hasta dos años para las nuevas prestaciones económicas por el cuidado en el entorno familiar y se volvió a revisar el calendario para retrasar aún más la entrada de dependientes moderados. Se introdujo un régimen de incompatibilidades en las prestaciones y se excluyó del silencio positivo el reconocimiento de las prestaciones económicas para los cuidados en el entorno familiar. En la resolución de 13 de julio de 2012 se aprobaron criterios y contenidos sobre capacidad económica y participación del beneficiario en el coste de las prestaciones, que en definitiva suponían un incremento notable del copago. Además, se permitió a las comunidades autónomas establecer una participación mayor del beneficiario en el coste de los servicios y de las prestaciones económicas, algo que hicieron muchas comunidades autónomas. El balance resultante son tres aplazamientos del calendario de implantación de la ley, cinco presupuestos generales suprimiendo el nivel concertado de financiación, el demoledor Real Decreto-ley 20/2012 y el incremento del copago. Este balance devolvió a la penumbra a miles de familias que habían empezado a ver la luz.

Estas medidas tuvieron su traducción en forma de dramas humanos, ya que alrededor de 400.000 personas con grado I de dependencia moderada, que deberían haber sido atendidas entre los años 2012 y 2014, vieron postergada la efectividad de su derecho hasta 2015. Asimismo, en torno a 178.000 personas, la mayoría de ellas mujeres, que siempre se habían ocupado de atender y cuidar a sus familias en situación de dependencia, que muchas veces se vieron excluidas del mercado laboral y que por primera vez tenían la oportunidad de cotizar a un régimen de la Seguridad Social para garantizar una pensión en el futuro, quedaron fuera de las cotizaciones y vieron mermado su derecho a tener una pensión digna.

A pesar de que el calendario del sistema se encuentra totalmente implantado desde julio de 2015, la realidad es que tenemos en lista de espera a más de 363.000 personas. Además, las personas atendidas cuentan con menos y peores servicios y con prestaciones que claramente son insuficientes. También se ha producido un importante retroceso en la financiación estatal del sistema, porque ha caído la aportación de la Administración General del Estado y a la vez se han incrementado sustancialmente la de las comunidades autónomas y el copago de los beneficiarios. En 2015, la Administración General del Estado

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 51

24 de noviembre de 2016

Pág. 4

aportó el 18% de la financiación pública del sistema de autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia frente al 82% aportado por las comunidades autónomas.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Ramón, vaya concluyendo, por favor.

La señora **RAMÓN UTRABO**: Están a punto de cumplirse diez años de la entrada en vigor de esta ley y el balance es demoledor. Por eso es necesario y urgente un cambio de rumbo en las políticas sociales y, en particular, impulsar el sistema de dependencia, financiarlo adecuadamente y permitir que cumpla con el objetivo para el que fue creado, que no es otro que garantizar los derechos de la ciudadanía.

Muchas gracias, señor presidente.

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

El Grupo Mixto tiene dos enmiendas, que serán defendidas por dos representantes distintos que se repartirán el tiempo. En primer lugar, tiene la palabra el señor Alli.

El señor **ALLI MARTÍNEZ**: Muchísimas gracias, señor presidente y miembros de la Mesa de la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales. Me ajustaré al tiempo, que compartiremos por cortesía con otra fuerza política del Grupo Mixto, el PDCat, en esta iniciativa.

Unión del Pueblo Navarro registró una iniciativa hace tres semanas que llegará en breve a esta Comisión, y por ello, por ir en la línea que apuntala el Partido Socialista hacia el futuro y no mirando al pasado, vamos a presentar una enmienda que esperamos que se apruebe, porque en la esencia de Unión del Pueblo Navarro está la sensibilidad hacia las personas —que es el debate que debería surgir aquí, y no el tú más y el mirar al pasado—, las personas mayores, las personas con discapacidad y las personas con cualquier tipo de trastornos y sus familias, que son los perceptores de esas prestaciones garantizadas, ese derecho subjetivo del que hablaba la señora Ramón, que son el servicio de atención a domicilio, las ayudas económicas al cuidado familiar, las plazas residenciales, la asistencia personal, etcétera.

Creo recordar, señorías, que en los principios fundacionales de la mal llamada Ley de Dependencia —Ley 39/2006, de la que ahora se cumplen diez años—, la filosofía de su financiación era que un tercio sería soportado por el usuario a través del copago, un tercio sería financiado por el Estado y un tercio por las comunidades autónomas, en nuestro caso, por la Comunidad Foral de Navarra. La Cámara de Comptos, que es el órgano fiscalizador y auditor de todas las instituciones públicas de la Comunidad Foral de Navarra, aseguró, en el año 2014, primero, que se había hecho una eficiente gestión en cuanto a los recursos y prestaciones para las personas dependientes y, segundo, que lo que soportaba el usuario a través del copago era el 21%, que el Estado aportaba apenas el 9% en lugar del 33% y que la Comunidad Foral de Navarra, a través de sus presupuestos, soportaba el 70%. Queremos revertir esta situación y que a lo largo de esta legislatura se vuelva a una cofinanciación responsable tanto del Estado como del resto de las entidades que deben aportar a la financiación de las prestaciones. Ese es el sentido de nuestra enmienda.

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

Para la defensa de la otra enmienda del Grupo Mixto tiene la palabra el señor Campuzano.

El señor **CAMPUZANO I CANADÉS**: Gracias, señor presidente.

El Partit Demòcrata ha presentado una enmienda a esta iniciativa del Grupo Socialista. Podemos compartir el relato que la portavoz del Grupo Socialista ha hecho de las problemáticas de la dependencia, pero yo introduciría elementos de crítica en el origen de la propia ley. En primer lugar, la ley nunca tuvo un escenario realista de financiación y rápidamente pudimos constatar que el Gobierno socialista no había contemplado los ingresos suficientes para hacerla sostenible. En segundo lugar, la ley siempre tuvo en su arquitectura una concepción de la política de atención a la dependencia más propia de los años ochenta que del siglo XXI, es decir, era demasiado burocrática en su enfoque. Finalmente, la ley supuso una invasión competencial en una materia que era competencia exclusiva de las comunidades autónomas. Por tanto, era una ley que respondía a una necesidad evidente de una política pública de cuidados de larga duración para las personas mayores y de atención a la vida independiente de las personas con discapacidad, pero que tuvo defectos que a lo largo de estos diez años se han puesto en evidencia.

El contenido de la proposición no de ley, en las cuestiones concretas que nos plantea, va a encontrar el apoyo global del Partit Demòcrata, pero hemos presentado dos enmiendas. Una es coincidente con las de otros grupos y va en el sentido de recuperar los niveles de financiación de otros momentos, pero sobre

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 51

24 de noviembre de 2016

Pág. 5

todo consideramos necesario incorporar en esta discusión que la financiación de la dependencia debe responder a los costes reales de los servicios. No tiene el mismo coste económico una residencia en Madrid que en Cáceres, no es lo mismo una asistencia domiciliaria en Bilbao que en Jaén. Por tanto, pretender que la financiación sea homogénea en todo el Estado es un mal negocio para los ciudadanos de los territorios donde los costes de vida son más altos. Hay que abrir ese debate sobre el coste real de la financiación de la atención a la dependencia, si no, las autonomías tendrán que continuar cargando con el exceso de costes que implica esta política.

Muchas gracias.

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

El Grupo Parlamentario Ciudadanos ha presentado una enmienda y para defenderla tiene la palabra la señora Martín.

La señora **MARTÍN LLAGUNO**: Gracias, señor presidente.

El próximo 14 de diciembre hará diez años que se aprobó, con el acuerdo de casi todos los grupos parlamentarios —nacionalistas excluidos—, la Ley de promoción de la autonomía personal y de atención a la dependencia. Esta ley fue un gran avance en temas de políticas sociales, pero ya de partida surgió con algunos problemas, porque se hizo para disparar con pólvora ajena, con falta de financiación y delegando en las comunidades autónomas. Si la dotación era mínima, la llegada del PP al Gobierno hirió de muerte esta ley, ya que sus recortes han empeorado la atención a la dependencia. A nosotros nos inquieta muchísimo, porque no entendemos una sociedad que no se ocupe del bienestar de todos y cada uno de sus ciudadanos, con sus singularidades, y que no entienda que muchas de las personas en situación de dependencia dejarían de estarlo si las políticas públicas les dieran una oportunidad. En España hay más de 1 millón de personas en situación de dependencia reconocida, el 2,5% de la población, que no pueden desarrollar actividades básicas sin apoyos de mayor o menor intensidad. Aunque desde 2015, con la eliminación de la moratoria que se puso para los baremos, se ha corregido parcialmente la situación de dependencia, lo cierto es que el decreto de 2012 fue letal. La aportación de los usuarios, el copago, es hoy más del 20% sobre el total del gasto directo del sistema, con el efecto que esto está teniendo en la economía de las familias.

En este contexto, pensamos que la mayoría de los puntos de la PNL presentada por el PSOE son acertados, de hecho muchos de ellos ya estaban en el acuerdo que firmamos con el Partido Socialista y algunos de ellos en el acuerdo que firmamos con el Partido Popular. La dependencia no es solamente una cuestión social y creemos que si potenciamos la economía del cuidado tendremos una sociedad más justa. Ahora bien, hemos planteado dos enmiendas, una de tipo estilístico, que creemos que mejora la redacción, y la otra de tipo sustancial. La primera apuesta firmemente por un pacto por la dependencia que tiene que garantizar, en el marco de una discusión, la integración de servicios sociales con financiación estable y suficiente. La segunda es una enmienda de realidad y plantea una modificación que consideramos esencial, porque, dada la situación de las arcas públicas del Estado, no podemos prometer en este terreno algo que no vayamos a cumplir con inmediatez y con seguridad. Por eso, en lugar de dejar la redacción que se plantea, proponemos utilizar la expresión «abordar» respecto a la recuperación de las cotizaciones de las personas cuidadoras, porque en este tema tan sensible nos parece muy importante no engañar a la gente.

Muchísimas gracias.

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

Corresponde ahora el turno al Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea para defender su enmienda.

La señora **TERRÓN BERBEL**: Gracias, señor presidente.

Señores y señoras diputados y diputadas, en España hay más de 2 millones de personas en situación de dependencia reconocida. Eso quiere decir que el 2,5% de la población en este país necesita apoyo para poder realizar las actividades más básicas de la vida. Una de cada tres personas dependientes no está recibiendo ningún tipo de prestación o ayuda y sin embargo tienen el derecho a ella. La lista de espera en España asciende a más de 400.000 personas. ¿Saben ustedes cuánto tiempo podríamos tardar en acabar con esta lista de espera al ritmo que llevamos? Dieciséis años. Sin embargo, las medidas adoptadas por el Partido Popular, especialmente el famoso Real Decreto 20/2012, de 13 de julio, han sido

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 51

24 de noviembre de 2016

Pág. 6

una amenaza en toda regla a la vida de muchísima gente en este país. Vivir no es lo mismo que existir, hay una diferencia básica entre las dos cosas, y es la dignidad. Ustedes se llaman defensores de la vida y sin embargo están recortando los derechos básicos de la vida; ustedes no pueden llamarse provida, en todo caso podrán llamarse proexistencia. Nadie que permita o lleve a cabo recortes en la dignidad, nadie que permita que se atente contra el Estado de bienestar podrá llamarse jamás provida, en todo caso, proexistencia, porque para defender la vida hay que defender que esta se lleve a cabo en las mejores condiciones. Los últimos cuatro años —y esto con una estimación conservadora— el número de personas dependientes fallecidas ha ascendido a más de 126.000; 126.000 personas que se murieron esperando, literalmente. ¿Alguna vez se han planteado la responsabilidad en estas muertes? ¿Alguna vez se han planteado si se podría haber salvado alguna vida y sobre todo si se podría haber mejorado la calidad de vida de estas personas antes de que esto sucediera? La respuesta es que el recorte acumulado en dependencia es de más de 3.000 mil millones de euros, 3.000 millones euros que —recordemos— se han cobrado vidas.

Para entender cómo hemos llegado hasta aquí es muy importante hacer un relato de los acontecimientos, especialmente de lo que supuso la derogación encubierta de la Ley de Dependencia con este Real Decreto 20/2012, que modificó catorce artículos. Evidentemente, la Ley de Dependencia nació con bastantes limitaciones y necesitaba modificaciones, pero modificaciones a mejor. Catorce artículos se modificaron y se hizo un recorte, de un plumazo, de 850 millones de euros. Voy a comentar simplemente algunos de ellos porque no tendría tiempo suficiente para comentar el desastre. Se redujo la cuantía de las prestaciones al menos en un 15%; la reducción afectó a más de 400.000 personas, que vieron mermadas las prestaciones que recibían en una media de 55 euros al mes; se incrementaron las aportaciones de los usuarios un 20%, un 20% del llamado copago, y esto también afectó al patrimonio de las personas dependientes. ¿A cambio de este sacrificio qué se hizo? Se empeoraron las atenciones y la intensidad de los servicios de proximidad, especialmente de la ayuda a domicilio. No sé si conocen las condiciones de muchas de las trabajadoras de la ayuda a domicilio en este país. Muchas de ellas están subcontratadas, muchas de ellas como mucho cobran 5 euros la hora, y eso cuando tienen la suerte de cobrar a final de mes. ¿Nunca les han contado que muchas de estas trabajadoras subcontratadas ponen los materiales de su bolsillo, que si tienen que utilizar guantes, los ponen de su bolsillo? Pues esto afecta evidentemente a las condiciones laborales de las personas que trabajan en la dependencia pero también a las personas dependientes. Es un ataque directo a la vida, a la calidad de vida de los dependientes, a la calidad de vida de los familiares y a la calidad de vida de las personas que trabajan en dependencia. También se eliminaron las compatibilidades entre servicios, lo que impide esa necesaria complementariedad y flexibilidad que necesitan las personas dependientes. ¿Y a quiénes afecta también? A los familiares, a las cuidadoras. Y digo cuidadoras porque las que solemos hacer el trabajo de cuidado somos las mujeres. Por tanto, los recortes en dependencia suponen también recortes en los derechos de las mujeres. Y este real decreto además revisó el modelo de cotizaciones. Como ha comentado la compañera Elvira Ramón, 170.000 personas dejaron de cotizar, de las cuales 146.000 eran mujeres, el 94%. Y recordemos también que la máxima prestación que se puede recibir por cuidados en el entorno familiar es de 420 euros; 420 euros por veinticuatro horas. Esa cantidad es insuficiente, pero además queda muy lejos de reconocer el trabajo de cuidados. En materia de financiación del sistema, se redujo en más del 13% el dinero que la Administración Central tenía que pasar a las comunidades autónomas. Esto pone en riesgo la sostenibilidad de sistema y supone que muchas comunidades autónomas no puedan seguir recorriendo el camino de la dependencia. Lo que parece una verdad incuestionable, se mire como se mire, es la intención de demoler la Ley de Dependencia, especialmente al amparo de este real decreto, lo que es un atentado directo a la vida.

El derecho a la autonomía y a tener una vida plena...

El señor **PRESIDENTE**: Señora Terrón, vaya concluyendo, por favor.

La señora **TERRÓN BERBEL**: Voy terminando.

Como decía, el derecho a la autonomía y a tener una vida plena es un derecho universal que tiene que ser reconocido y, por tanto, es una prioridad en este país. Es fundamental desarrollar y financiar un sistema que garantice la igualdad y la vida digna. Por eso estamos de acuerdo con esta proposición no de ley, aunque hemos presentado una enmienda que consideramos de vital importancia, y es que para asegurar el desarrollo de...

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

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 51

24 de noviembre de 2016

Pág. 7

La señora **TERRÓN BERBEL**: En definitiva, queremos que la gestión del servicio de la dependencia sea pública. Eso es lo que hemos presentado.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Es el turno de los grupos no enmendantes, empezando por el Grupo Vasco (PNV), señor Agirretxea.

El señor **AGIRRETXEA URRESTI**: Gracias, señor presidente.

Intervendré muy brevemente, porque nosotros no hemos enmendado.

La Ley de Dependencia surgió con unos grandes objetivos, con unos grandes deseos, con una buena intención increíble, pero con dos grandes defectos, que son la invasión competencial y la falta de financiación, y estas dos taras con las que nació son las que están haciendo que sea verdaderamente problemática. Lo que no se puede hacer es una ley que declare derechos subjetivos, que diga quién tiene que ser beneficiario, etcétera, y después ser incapaces de generar un plan para financiar esas necesidades que en un momento dado ya se ha dicho que van a ser cubiertas. Al final, los que nos opusimos por esos dos motivos a esta ley somos los que estamos cumpliendo la ley a rajatabla, más que nadie, y en comunidades como Euskadi o Nafarroa se está cumpliendo la Ley de Dependencia porque las autoridades autonómicas son las que están pagando lo que no paga el Estado. Y al final ocurre que aquello del 50% se está convirtiendo en un 80% en el caso de Euskadi, donde está delegada en las diputaciones, que son las que tienen la encomienda foral y las que tienen la capacidad en esta materia, y están cubriendo, como digo, el 80% y a veces el Estado no paga ni el 20% restante. Porque el ciudadano va a la ventanilla de la diputación, que es quien le da el servicio, y no se preocupa, como es normal, de quién tiene que darle ese servicio, porque la diputación no puede darle el 80% del servicio, le da el cien por cien y después el pago tendrá que reclamarlo a quien lo tenga que reclamar porque al ciudadano no se le puede decir, ¡mire, yo pago el 80%, y el 20% que falta —o el 50% que debería pagar el Estado—, pues no se lo puedo dar! No; damos el cien por cien del servicio. Ese es un problema que estamos padeciendo nosotros, pero en otros sitios reconozco que es a la inversa, que solo viven de lo que paga el Estado porque la comunidad autónoma es la que no está pagando o no estaba pagando hasta ahora.

En cualquier caso, el tema de la financiación de esta ley es un grave problema y nosotros hemos sido críticos con esta ley desde el principio, entre otras cosas porque los servicios que en esta ley se enmarcan, afortunadamente nosotros, en Euskadi y en Nafarroa, los estábamos dando independientemente y antes de que existiera la propia ley. Por lo tanto vamos a ver cómo queda al final con las enmiendas que unos y otros grupos han presentado, cuál va a ser el último texto y basándonos en eso decidiremos nuestro voto.

Muchas gracias.

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

Por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana, señor Olòriz.

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

Sin duda en la próxima comparecencia de la ministra este será un tema clave para saber cuáles son los objetivos y las voluntades del nuevo Gobierno porque, no nos engañemos, en la tradición parlamentaria española el Ejecutivo siempre ha dominado al Legislativo, y aquí tenemos a un ínclito representante, Sagasta, que decía, les dejo a ustedes las leyes que yo me quedo los decretos. Y el decreto 2012 ha sido realmente la aplicación, a su manera, de la ley, porque fue una ley de un tiempo de alegrías y de buenas nuevas. El Gobierno Zapatero nos dio alguna alegría en temas de igualdad y una alegría no poco importante, la aparición de un nuevo derecho subjetivo. Pero en la ley —y aquí se ha dicho— había también una gran decepción: que no hubiese una memoria económica. Se hacen leyes porque se sabe, o el Gobierno sabe que quiere interpretarlas a su manera. La memoria económica es una garantía para el cumplimiento de la ley y para que el derecho subjetivo no sea la subjetividad del Gobierno sobre el derecho, que es muy diferente. Las garantías que no se dieron son las que no se han aplicado luego en estos años, y así estamos, todos podemos presentar un memorial de quejas. La Generalitat aporta el 82,5%, el Estado el 17,4%, y lo que es más grave, el copago es más importante que el dinero que llega del Estado. Por tanto es un derecho subjetivo que se ha aplicado de una manera perversa. ¿El Estado español puede aplicar un nuevo derecho subjetivo? ¿Tiene la capacidad económica para hacerlo posible? ¿La ley ha de ser 'agitación y propaganda'? Estas son preguntas que en esta legislatura nos tendremos que contestar, y la realidad de esta Comisión, como de otras, tendrá que tener también una acción subjetiva. ¿Somos nosotros el poder Legislativo que a través de PNL o de PL haremos y contribuiremos a

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 51

24 de noviembre de 2016

Pág. 8

la mejora de este Estado? Digamos que yo tengo mis interrogantes; al menos por estos 'brindis al sol' que muchas veces convierten estas comisiones en PNL en las que luego no hay ninguna devolución, o al menos hasta ahora no ha habido ninguna. Dejo la duda porque el Gobierno ha estado en funciones. Ahora veremos esta realidad.

Nosotros daremos nuestro pequeño grano de arena, que es un voto, para que esto vaya adelante; pero con un cierto escepticismo. Escepticismo, no por ser independentista y nacionalista, no: escepticismo por ser parlamentario.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Olòriz.
Por el Grupo Parlamentario Popular, la señora Marcos.

La señora **MARCOS MOYANO**: Buenos días, señorías. Gracias, señor presidente.

Miren, a lo largo de estos años el Gobierno del Partido Popular ha garantizado en todo momento el derecho a la atención a las personas en situación de dependencia y lo ha hecho desde dos pilares fundamentales, por un lado desde el reconocimiento de ese derecho, y por otro lado desde las prestaciones y su efectividad.

Con respecto al primero, el reconocimiento del derecho, quiero recordar que este Gobierno no ha modificado los criterios de valoración que dejó el Gobierno socialista, acordado en junio de 2010: el baremo, que es la puerta de acceso al sistema, sigue siendo el mismo. Y con respecto al segundo, quiero recordar que el catálogo de prestaciones se mantiene el que establece la Ley 39/2006, y solo se ha modificado para ampliar la prestación económica de asistencia personal a todos los grados de dependencia cuando la previsión inicial de la ley se reservó solo para los grandes dependientes. Por lo tanto, estos retrocesos de los que habla el Grupo Parlamentario Socialista en su proposición no de ley, simplemente no existen.

Hablan también del copago, algo que por cierto ha estado en la Ley de Dependencia desde el principio, con el Gobierno socialista, un modelo de financiación que reparte el coste entre las distintas administraciones y los propios beneficiarios en función de su poder adquisitivo. Pues bien, resulta que los criterios actuales sobre lo que se considera renta, sobre lo que se considera patrimonio o los topes máximos de participación por parte de los usuarios, son idénticos a los que había entonces. Pero es que además los datos hablan por sí solos y rebaten sus argumentos. Si la memoria económica de la ley, año 2006, Gobierno Zapatero, preveía una participación por parte de los beneficiarios del 36% sobre el total del gasto, los últimos datos del año 2015 bajan esta cifra a un 28%, es decir ocho puntos menos. Esto supone un mayor esfuerzo económico de las administraciones y una descarga para los beneficiarios; en dos palabras: menos copago.

Con relación a la propuesta de incorporar al régimen general de la Seguridad Social a los cuidadores familiares, conviene recordar, aunque parezca una obviedad, que la razón de ser de esta Ley de Dependencia son los dependientes. Efectivamente, el Gobierno socialista incluyó en la ley la cotización de los cuidadores familiares pero a la hora de la verdad lo dejaron sin pagar. Ha sido el Gobierno del Partido Popular quien ha acabado pagando la deuda de 1.034 millones de euros de estas cotizaciones que ustedes dejaron en la Seguridad Social. Entonces, ¿con qué legitimidad pueden ustedes dar lecciones sobre financiación?

Señorías, esta proposición solo persigue revocar todas las medidas que ha tomado el Partido Popular y que han perfeccionado sustancialmente la Ley de Dependencia y su aplicación. Además, durante estos últimos años hemos ordenado y simplificado la normativa que desarrolla la Ley de Dependencia; hemos mejorado el catálogo de servicios y prestaciones al ampliar todos los grados de dependencia a la prestación para la asistencia personal, que con el anterior Gobierno era solo para grandes dependientes; hemos aumentado la calidad de la atención de las personas dependientes dentro de su domicilio al facilitar una formación mínima y adecuada y aumentando el número de servicios profesionales reconocidos, dando cumplimiento a la ley.

Indudablemente hay que seguir perseverando...

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

La señora **MARCOS MOYANO**: Termino enseguida.

La senda está marcada y el sentido de la marcha debe ser hacia un avance: un avance ordenado y consensado. Por ese motivo, hoy mi grupo no puede apoyar una proposición no de ley partidista que no

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 51

24 de noviembre de 2016

Pág. 9

pretende avanzar, sino acabar con todos los logros alcanzados y desandar el camino recorrido para volver a una situación que es manifiestamente peor.

Muchas gracias.

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

Haciendo un cálculo aproximativo de lo que ha durado esta PNL podemos llegar a la conclusión de que entre las dos o dos y media, igual podríamos hasta estar votando, —es posible que nos vayamos un poco más allá—, pero si seguimos en este nivel de rigurosidad con los tiempos; lo digo para que hagan un cálculo sus señorías.

Ahora entraríamos en el tercer punto pero nos han pedido a la Mesa que la PNL del Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea, la llevemos al último punto porque alguno de los portavoces tiene que ir al traumatólogo o similar. Seguimos con el orden del día y entramos en la del Grupo Parlamentario Ciudadanos sobre la protección de las personas afectadas por la talidomida. ¿No está su portavoz? (**Denegación**).

— RELATIVA AL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN NACIONAL DE TRANSPARENCIA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/000564).

El señor **PRESIDENTE**: ¿Está todo el mundo para poder debatir la PNL relativa al diseño e implementación de un plan nacional de transparencia en el Sistema Nacional de Salud, del Grupo Parlamentario Popular? (**Asentimiento**). Pues hacemos esta, porque hemos tenido también problemas anteriormente. Ahora falta el representante del Grupo Socialista; parece ser que está en otra Comisión. Por eso, si todos los que van a intervenir en el quinto punto están, hacemos esta del Grupo Parlamentario Popular. ¿Les parece bien? (**Asentimiento**).

El Grupo Parlamentario Popular tiene la palabra para defender esta proposición no de ley.

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

¿Por qué planteamos esta proposición no de ley? A finales de 2013 se aprobó la Ley 19/2013, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno. Esa ley permitía —era el objetivo general— una mejor fiscalización de la actividad pública y, fundamentalmente, ha estado dirigida desde entonces, desde que se aprobó, a contribuir a la regeneración democrática. Es un objetivo muy loable, pero hay otro aspecto de esa ley en el que yo creo que no se ha hecho especial hincapié, que es promover la eficiencia y la eficacia del Estado. Un año más tarde, en diciembre de 2014, se puso en funcionamiento el portal de la transparencia que, como todos ustedes saben, está en el Ministerio de la Presidencia y, en virtud de la ley, todas las administraciones públicas y las equivalentes en las comunidades autónomas, entes con participación pública mayoritaria, partidos políticos, sindicatos, entidades que perciban ayudas públicas deben publicar la información que la normativa menciona y dar respuesta a las solicitudes de información de los ciudadanos.

El Ministerio de Sanidad tiene un portal, y no es excepción para esta ley, y ha dado respuesta a 292 solicitudes de información por parte de los ciudadanos —lo cual representa algo menos de un 5% del total— hasta el 31 de agosto de 2016. Pero, si tenemos en cuenta que cada año se hacen más de 553 millones de actos —médicos, de enfermería, de cirugía, de urgencias— es evidente que no está siendo usado para que los ciudadanos lo utilicen como una fuente de información práctica. Por eso digo que es necesario mucho más, porque un sistema de salud debe dar a conocer los resultados de su desempeño a los ciudadanos y debe hacerse responsable de los mismos. Y todo ello sin opacidades y sin dilaciones excesivas para promover así la calidad y la mejora continua del conjunto del Sistema Nacional de Salud. Para ello hay que ofrecer información objetiva a la ciudadanía, para que sepa valorar, sepa cuidar y sepa exigir al Sistema Nacional de Salud y a sus responsables sobre la base de una información precisa y veraz, no sobre lo que oye a otro paciente o a un conciudadano sobre determinado profesional, sobre determinado hospital, sobre el Sistema Nacional de Salud en su conjunto sino sobre datos objetivos, precisos y veraces.

El portal estadístico del ministerio ofrece consultas interactivas, información sobre listas de espera, información sobre la opinión de los ciudadanos —es lo que conocemos como barómetro sanitario— pero, si bien es verdad que toda esa información es útil desde el punto de vista del análisis técnico, tiene una utilidad limitada como medio de información para el ciudadano que le permita valorar el desempeño del

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 51

24 de noviembre de 2016

Pág. 10

Sistema Nacional de Salud o bien de su servicio autonómico de salud o de sus centros asistenciales, por ejemplo. Esta limitación se debe, en parte, a la poca actualidad de los datos; suele haber un desfase de más de seis meses excepto para cuestiones como el gasto farmacéutico o alertas epidemiológicas. Pero siendo eso un problema no es el principal; el principal es que los indicadores y su explicación son de difícil comprensión para el ciudadano medio. El formato de presentación no está orientado, por ejemplo, a la toma de decisiones para la libre elección de centros allí donde esto es posible.

Por lo tanto, presentamos esta propuesta para impulsar la transparencia y, sobre todo, la accesibilidad a los datos detallados de salud y económicos del Sistema Nacional de Salud y sus componentes. Se presenta como un plan nacional de transparencia en coordinación o cooperación con las comunidades autónomas que podría contar —y es solo un ejemplo— con un observatorio de salud del Sistema Nacional de Salud especialmente orientado al ciudadano. Alguien puede decir: No es posible. No solo es posible sino que ya está hecho en otros países y ya hay ejemplos, que no son la mejor referencia pero que son un intento de avanzar en este sentido en nuestro país, como el Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña o el Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud. Pero, definitivamente y a mi juicio, el mejor referente es el portal del servicio de salud británico, conocido como Servicio Nacional de Salud. Basta con entrar en su página para ver las referencias a todos los hospitales del país, a los profesionales, a los niveles de calidad, al nivel de actividad de cada uno de ellos y sobre todo muy orientado, muy visible, muy comprensible para el ciudadano y para darnos cuenta cómo esa información puede hacerse muy útil para todos los ciudadanos.

Por lo tanto, —y concluyo, señor presidente— solo desde esa transparencia, evitando la opacidad, ofreciendo datos concretos y que sean comprensibles para todos los ciudadanos podemos no solo mejorar la calidad sino además constituirlo en un instrumento que sirva para la mejora continua de nuestro Sistema Nacional de Salud. Se han presentado varias enmiendas, hemos estado debatiendo los distintos portavoces y vamos a presentar una transaccional al finalizar esta Comisión que creo que va a ser apoyada por todos los grupos parlamentarios. Se lo agradezco porque no es una cuestión que presente un partido u otro, que tenga que impulsar un Gobierno u otro, es realmente algo que importa a la ciudadanía porque al final el Servicio Nacional de Salud es un instrumento de la ciudadanía, para la ciudadanía y no tiene otro sentido que mejorar ese servicio para esa ciudadanía.

Muchísimas gracias.

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

Grupos enmendantes. Empezamos por el Grupo Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea. Tiene la palabra la señora Sibina.

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

Señorías, nos alegra ver cómo la transparencia va ganando protagonismo en las instituciones sanitarias y los servicios de salud. Tanto en el programa electoral de Unidos Podemos como en los de En Comú Podem y En Marea había referencias explícitas a estos aspectos que consideramos esenciales pero no suficientes para garantizar avances en materia de calidad, cohesión, equidad, seguridad, solvencia y sostenibilidad, como dice la PNL presentada por el Grupo Popular. Creemos que hay algún elemento cuya introducción podría capacitarnos para dar un salto cualitativo hacia la democratización de los servicios de salud. Es por ello que nos gustaría hacer algunas aportaciones a la propuesta que ahora debatimos.

La transparencia sin control y participación no sirve de nada. No vale solamente con publicar las cuentas de una entidad si luego esta tiene una caja B funcionando a todo trapo. Es preciso que los discursos y las prácticas sobre transparencia introduzcan de forma inseparable la mejora de la participación real de la ciudadanía que pueda monitorizar si se trata de transparencia verídica, que pueda ser un motor de cambio, o solamente es la forma de subirse al carro de un valor que socialmente parece bien considerado: la rendición de cuentas. Por esto mismo consideramos fundamental —y así lo hemos reflejado en la enmienda presentada a la PNL— la incorporación de colectivos ciudadanos y profesionales en la elaboración del plan nacional de transparencia sanitaria. Transparencia es ceder una parte del control de la información; es ceder una parte del poder y redistribuirlo entre la colmena que es la sociedad civil. Eso sería una apuesta decidida por la transparencia y no solo la creación de una nueva página web más o menos completa. La transparencia no es solo hacer públicos muchos datos sino también hacerlo de una manera en la que la población y otras instituciones puedan manejar estos datos, estudiarlos y analizarlos.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 51

24 de noviembre de 2016

Pág. 11

Por ello, y especialmente en esta época en que la confección y el debate de los Presupuestos Generales del Estado vuelve a hacerse presente, deberíamos enfatizar la necesidad de adecuar los datos publicados a formatos abiertos y manejables, desterrando el uso intencionado de formatos cerrados e incómodos como el PDF para la publicación de hojas de cálculo o similares. Consideramos que abrir las puertas y ventanas de nuestros sistemas de información y ponerlos al servicio del resto de instituciones y de la sociedad civil es un imperativo del cual no podemos abstraernos pero, además de eso, hay que crear los circuitos para que las iniciativas que esa formación genera puedan canalizarse para la mejora de las instituciones y del funcionamiento de nuestra sociedad. Precios de medicamentos, discusiones de las comisiones de aprobación de medicamentos y tecnologías para su financiación, recomendaciones de las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias, todo eso debe ser objeto de transparencia y podría serlo sin necesidad de esperar a este plan nacional de transparencia sanitaria que esperamos que sea una apuesta decidida por la transparencia y no solo una letanía de indicadores epidemiológicos y de estructura. En esa visión de la transparencia y la participación nos tendrán al lado, en la contraria nos tendrán enfrente.

Muchas gracias.

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

Para defender la enmienda del Grupo de Esquerra, tiene la palabra el señor Olòriz.

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

A veces lo que pensamos no es tanto lo que escribimos sino lo que no escribimos y hay como una especie de currículum oculto en algunas de las PNL que se han puesto encima de la mesa y, en principio, en esta, que espero que salvemos con la transaccional. Es olvidar una y otra vez que este Estado está compuesto por comunidades autónomas que tienen sus competencias, que tienen competencias exclusivas. A veces, en este currículum oculto hay una idea de que centralizando, volviendo a uniformizar, las cosas serían mejor. Pienso que algún día tendremos que discutir de manera explícita este concepto porque, si no, caeremos una y otra vez en el currículum oculto y una y otra vez los grupos tendremos que hacer enmiendas un poco pesadas, siempre poniendo el huevo duro, y otro huevo duro que significa las comunidades autónomas y, a lo mejor, haciéndonos pesados, los que son centralistas lo serán más: ¡ya están otra vez estos pesados nacionalistas poniendo...!

Curiosamente, lo que ponemos encima de la mesa no es lo que queremos sino lo que hay; curiosamente. Y si lo que hay no gusta, entonces se explica por qué algunos queremos otras cosas. Sálvese la parte, entiendo el objetivo fundamental que es hacer mejor la transparencia en servicios fundamentales. Nos atenemos al texto más que al contexto y, por tanto, daremos nuestro voto favorable si la transaccional, como parece, satisface nuestro huevo duro.

Gracias.

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

Por el Grupo Parlamentario Ciudadanos, que también tiene enmienda, tiene la palabra el señor Igea.

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

A nosotros no solo no nos preocupa que los nacionalistas sean pesados en este término sino que nos alegra, porque eso quiere decir que están preocupados por un futuro en común y que vamos a seguir teniendo al señor Olòriz aquí el año que viene, el siguiente y el siguiente, lo cual es una buena noticia.

El porqué de la transparencia se resume en una frase: cuanto más te miro, mejor te portas. Para nosotros, como partido político, la transparencia es un asunto esencial, es un asunto esencial en el programa de Ciudadanos y por eso en el acuerdo de 150 medidas que firmamos con el PP una de ellas es esta misma y vamos a apoyarla. Es una buena señal que el acuerdo esté vivo y que se presente aquí, pero queremos decir que está mal enfocado. Se ha enfocado únicamente como un derecho de la ciudadanía derivado de la Ley de Transparencia y para nosotros la transparencia en sanidad es bastante más que esto, fundamentalmente es una herramienta de gestión, porque no se puede medir ni comparar si no hay unidades de medida. No podemos medir cómo funcionan nuestros sistemas, cómo funcionan nuestros hospitales, si no tenemos unidades de medida y si estas no son transparentes. No podríamos nunca comparar formas de gestión distintas si no tuviéramos los mismos parámetros, si no tuviéramos esta herramienta. Necesitamos, pues, una herramienta potente que nos indique cuánto gastamos y en qué: cuánto gastamos en farmacia, en personal, en tecnología, capítulo por capítulo y producto por

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 51

24 de noviembre de 2016

Pág. 12

producto. Eso nos permitiría dar explicaciones a los ciudadanos de por qué en algunas comunidades se ha gastado tres veces más, el 300% más por población asistida en tratamientos como el del virus C.

Naturalmente, para un partido liberal como el nuestro no existe el libre mercado si no hay transparencia en los precios; si no hay transparencia en los precios que pagamos por medicamentos y productos tecnológicos no podremos tener de verdad una economía de libre mercado. Pero, además, es una herramienta para la valoración y el estímulo profesional; no hay una herramienta más potente para mejorar el sistema que el orgullo de los profesionales al hacer su trabajo y lo que no se mide, sencillamente no se valora. Cuando digo esto quiero decirles que a mí, que me he dedicado veinticinco años en la medicina pública a hacer cosas complicadas como la endoscopia digestiva terapéutica, en esos veinticinco años ningún gerente me ha preguntado nunca cuántas complicaciones tenía, cuántas pancreatitis o cuánta gente se moría al hacer una prueba; nunca es nunca y, por tanto, esto no se valora. Necesitamos unidades más focalizadas en sus resultados de salud y en sus resultados de calidad. Además, también es una potente herramienta para la equidad, y si hay algo que propone este partido es la equidad entre los distintos territorios. Voy a ponerles algún ejemplo del portal de transparencia que ya está: en este país, si una mujer da a luz en una comunidad, sus posibilidades de que le hagan una cesárea son del 13% y, si es en otra, es del 28%. Eso quiere decir que hay comunidades donde las mujeres tendrán el doble de riesgo en su siguiente parto, más problemas y más complicaciones; también quiere decir que hay comunidades autónomas en las cuales las posibilidades de que a una mujer le hagan una cirugía conservadora de la mama en un proceso tumoral son del 30%, mientras que en otra comunidad son del 76%; sufrirán más del doble de amputaciones innecesarias según la comunidad en la que vivan. Lo mismo ocurre con la mortalidad prematura por diabetes, que oscila entre el 1,2 y el 12/100.000, diez veces más posibilidades de morir por una diabetes de forma prematura si uno vive en una comunidad o en otra. Esto es una herramienta de equidad; la transparencia es una herramienta de equidad y debemos hacer hincapié en esto para que la gente no se fije solamente en la lista de espera o en el barómetro sanitario, que es un pobrísimo indicador de la calidad de nuestro sistema.

Si tenemos un buen portal de transparencia tendremos un sistema de rendición de cuentas, tendremos posibilidad de tener gestores independientes y profesionales, tendremos posibilidad de tener jefes de servicio y unidades que sean reevaluados de acuerdo con criterios objetivos. No podemos pretender tener gestores o carreras profesionales independientes si no tenemos unidades de medida con las cuales comparar a unos y otros y darle a cada uno según su merecimiento, que en eso consiste la justicia. Por tanto, si queremos acabar con la politización y con la arbitrariedad, este portal es una prioridad; es una prioridad para los ciudadanos porque asegura la igualdad, es una prioridad para los profesionales porque establece el mérito y la capacidad, para los gestores y para la política, porque esto nos permitirá tener herramientas con las que medir nuestras formas de gestionar, comparar diferentes formas de gestión y alejarnos del sectarismo y del prejuicio ideológico que ha dominado el debate sanitario en estos años.

Creemos en una sanidad pública y universal, que no es lo mismo que una sanidad masificada y uniforme. Los ciudadanos quieren resultados en sanidad y no quieren demagogia. Si no medimos los resultados, solo nos quedará la demagogia, el enfrentamiento y la sospecha, que es en lo que vive el sistema sanitario. No nos busquen en ese campo.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Igea, debe concluir.

El señor **IGEA ARISQUETA**: Concluimos. Por eso vamos a votar a favor y por eso hemos presentado nuestra enmienda.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Ahora, los grupos no enmendantes. Por el Grupo Mixto, señor Campuzano.

El señor **CAMPUZANO I CANADÉS**: Gracias, señor presidente.

Es evidente que mi grupo comparte la cultura de la transparencia que defiende esta iniciativa. Estamos convencidos de que una cultura de la transparencia fortalece el buen gobierno y además también puede servir para corresponsabilizar a los ciudadanos en relación con la política pública en concreto, además una política pública tan esencial como la sanitaria y en un sistema, por otro lado, tan complejo como el que tenemos en el Estado español, fruto también del modelo constitucional de reparto de competencias que atribuye a las comunidades autónomas las competencias exclusivas en esta materia. Por tanto, desde esa

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 51

24 de noviembre de 2016

Pág. 13

coincidencia en la cultura de la transparencia, advertimos también que esa demanda de transparencia —en la que, insisto, estamos plenamente posicionados— no la podemos convertir en un elemento que deslegitime a las comunidades autónomas en el ejercicio de sus propias funciones. Por ejemplo, escuchaba al portavoz del Grupo Ciudadanos en esa vinculación entre transparencia y equidad y seguramente aquello que haría al sistema más transparente y más equitativo es superar la crónica de la infrafinanciación de la sanidad catalana, el déficit fiscal que padece Cataluña, que no permite que en Cataluña a veces se puedan hacer las inversiones necesarias para garantizar una mejor sanidad pública.

En este sentido, bienvenido ese portal, pero incorpórese también, por ejemplo, esa dimensión que no tan solo afecta a Cataluña, sino también a la Comunidad Valenciana y a las Islas Baleares. Tenemos un mal sistema de financiación autonómico que en esos territorios implica peores servicios públicos de los que el esfuerzo fiscal de los ciudadanos podría financiar. Por tanto, bienvenida la transparencia, bienvenido el buen gobierno y bienvenida la corresponsabilidad de los ciudadanos, pero que eso no sea una excusa para debilitar la legitimidad de un modelo que es el establecido en la Constitución, modelo que establece que las competencias en sanidad corresponden a las comunidades autónomas. Además, seamos capaces de introducir en positivo eso porque quizá esa diferencia de modelos que existen en el conjunto del Estado debe servir para inspirar las mejores prácticas y si en algún sitio se opta por un determinado modelo de gestión del modelo de salud o si se opta por determinadas prioridades y son útiles, pueden estimular a otros territorios a inspirarse en esas políticas. Para eso también podría ser la política de transparencia, no para deslegitimar a las comunidades autónomas en esta materia. En cualquier caso, la transacción que hemos conocido contaría con nuestro apoyo.

Gracias.

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

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

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

Buenos días. Vamos a votar a favor de esta proposición pues nuestro compromiso y nuestro objetivo es la creación de una amplia estrategia de buen gobierno y gestión de las organizaciones del Sistema Nacional de Salud que contribuya a mejorar la calidad y la eficiencia de los centros, la rendición de cuentas y la transparencia. Pero es verdad que son muchas las razones que justifican ese deseo de mayor transparencia del Sistema Nacional de Salud y me referiré a tres. En primer lugar, la política sanitaria a lo largo de las últimas décadas se ha limitado a informar del incremento en el número de camas o la inauguración de nuevos hospitales o centros de salud que cada Gobierno autonómico ha emprendido. En segundo lugar, el sistema es sutilmente opaco, pues las comunidades autónomas han funcionado con criterios estadísticos diferentes y con sistemas informáticos igualmente incompatibles, lo que ha hecho imposible hasta ahora comparar.

En tercer lugar, entendemos que el incremento y mejora de la transparencia y la consecuente rendición de cuentas contribuirá también a mitigar la corrupción política en el ámbito sanitario y el efecto de los *lobbies* en este campo. Pero también es necesario poner de manifiesto que el Partido Popular no ha hecho gala precisamente de voluntad política de transparencia en el área de la Administración sanitaria desde que accedió al Gobierno el pasado año 2011. A simple título de ejemplo, el portal de transparencia del Gobierno de España deja mucho que desear en materia de sanidad. Es verdad que mucha de esta información se halla en portales autonómicos, pero es necesario hacer un esfuerzo de centralización, sistematización y mejora del acceso a esta información a través del portal de transparencia del Gobierno de España. Asimismo, el Ministerio de Sanidad ha denegado información que se le ha solicitado, negando la efectividad de este derecho. Por ejemplo, Transparencia Internacional debió acudir al Consejo de Transparencia y Buen Gobierno, que por cierto le dio la razón, para obtener información sobre el desabastecimiento en farmacias de la vacuna de varicela en 2014. También generó polémica precisamente por falta de transparencia en relación con el precio de los medicamentos del tratamiento de los enfermos de hepatitis C. Lo mismo se puede decir en relación con la información solicitada a través de las iniciativas parlamentarias que se han quedado sin contestación por parte del Gobierno. Además, Ana Mato, la anterior ministra, ha sido siempre incluida entre los ministros que menos comparecen ante el Parlamento y, en consecuencia, entre los que más comparecencias pendientes acumulaban.

Otro ejemplo es el incumplimiento de la obligación de elaborar y dar a conocer informes de evaluación que exige la normativa en materia sanitaria. A simple título de ejemplo, y por terminar, la ley 42/2010, de 30 diciembre, de Medidas sanitarias frente al tabaquismo, reguladora de la venta, suministro y consumo

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 51

24 de noviembre de 2016

Pág. 14

de la publicidad de productos del tabaco prevé en su disposición adicional un informe que el Ministerio de Sanidad y Política Social deberá remitir a las Cortes Generales con carácter bienal y durante los cuatro años siguientes a la entrada en vigor de la ley que evalúe su impacto sobre la salud pública. Pues bien, el único informe elaborado y presentado se refiere a los años 2011 y 2012. Por tanto, no tenemos motivos para confiar en la gestión del Partido Popular, pero sí para exigir avances en transparencia y de ahí nuestro voto a favor de esta proposición.

Gracias.

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

¿Podemos tratar el tema de la talidomida o todavía no? (**Varios señores diputados: Todavía no**).
Todavía no.

— SOBRE LA MODIFICACIÓN DE LA LEY 1/2004, DE 21 DE DICIEMBRE, DE CONCATENACIÓN DE CONTRATOS TEMPORALES EN EL PERSONAL SANITARIO. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO MIXTO. (Número de expediente 161/000598).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al siguiente punto del orden del día, que es una iniciativa del Grupo Parlamentario Mixto sobre la modificación de la Ley 1/2004, de 21 de diciembre, de Concatenación de contratos temporales en el personal sanitario. (**Rumores.—El señor Fernández Díaz, don Jesús María: Presidente, es que la diputada de nuestro grupo que iba a intervenir en la PNL sobre la talidomida estaba defendiendo otra proposición no de ley en otra sala**).

Vamos a ver, una cosa es que alguien tenga que ir al traumatólogo, otra cosa es que alguien esté en otra Comisión y sea imposible, pero lo que no puede ser es que estemos entrando y saliendo y pillemos a todo el mundo fuera, luego entre y hagamos un desbarajuste del orden del día. Por tanto, un poco de seriedad. Además, se va avisando a quién corresponde tratar el punto del orden del día.

La representante del Grupo Mixto tiene la palabra para defender su proposición no de ley.

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

Presentamos aquí una proposición no de ley para garantizar los derechos laborales del personal sanitario. El Tribunal de Justicia de la Unión Europea ha dictaminado que se están realizando contratos para cubrir puestos de manera temporal cuando son necesidades prolongadas en el tiempo. Por eso queremos que el personal sanitario sea ciudadanía de primera en todo. Si se nos aplican los recortes en sanidad tal cual exige la Unión Europea, también queremos que se nos apliquen los derechos laborales que nos tocan. Además, la Administración tiene que ser ejemplo claro de proteger y garantizar los derechos laborales de las personas y de prestar servicios que puedan garantizar las prestaciones básicas y la estabilidad no solo del personal sanitario, sino también de los pacientes. La sanidad tiene que ser un buen servicio, de hecho, tiene que ser nuestro mejor servicio. Muchas veces sacamos pecho de la buena situación de nuestra sanidad en comparación con otros sistemas sanitarios a nivel mundial y por eso nuestros profesionales tienen que ser los que más estabilidad tengan y los que más puedan desarrollar su trabajo de una manera estable, clara y cubriendo sus puestos de trabajo atendiendo a las necesidades reales de la sanidad pública.

El Govern del Botànic del País Valencià ya está haciendo esta revisión de contratos. Sin ir más lejos, en el Hospital Provincial de Castellón hay 120 contratos precarios, 120 contratos inestables que se han ido encadenando para cubrir puestos de trabajo que eran puestos estables y que se han cubierto sin convertirlos en interinos y sin sacar, por tanto, un proceso de selección público que garantizara la concurrencia de diferentes profesionales para cubrirlos. Pensamos que esto es hacerle un flaco favor a la sanidad y a la atención sanitaria y por eso queremos que la nueva ministra de Sanidad se comprometa con los derechos laborales, se comprometa con el cumplimiento de las sentencias europeas y, por tanto, se aplique lo que ha dictaminado el Tribunal de Justicia de la Unión Europea y se acabe ya con las concatenación de contratos en la Administración sanitaria.

Gracias.

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

Por los grupos enmendantes, en primer lugar, por el Grupo Parlamentario Ciudadanos, señor Igea.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 51

24 de noviembre de 2016

Pág. 15

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

La temporalidad genera precariedad y desmotivación en nuestro sistema. Medicina y enfermería, y en general todas las profesiones de la salud, son profesiones altamente vocacionales por su nivel de exigencia no solo científica, sino también técnica y sobre todo emocional y humana.

Nos cansamos de repetir que nuestro sistema sanitario es la joya de la corona. Si así tratamos a la joya, no sé lo que haremos con la bisutería. Tenemos bajos sueldos, comparados con la OCDE estamos en los peores puestos tanto en medicina como en enfermería, y tenemos unas tasas de precariedad muy altas, lo que quiere decir que en el sistema público la tasa de temporalidad en 2015, según el informe de Comisiones Obreras, es del 30%, siendo en el privado del 17%. En el sistema público tratamos peor a la gente por lo que a temporalidad se refiere. Un informe publicado hoy mismo por el Colegio de Médicos de Valladolid en un periódico de esa ciudad dice que entre enero y noviembre de 2015 la media de contratos en el sector de los médicos es de 2,4 en menos de doce meses, pero es que hay gente que ha tenido veinticinco contratos en diez meses. Veinticinco contratos en el sector público sanitario en diez meses. Esto no es tratar a la joya de la Corona como tal. Es una vergüenza más, por lo que vamos a apoyar esta propuesta. Es una vergüenza más que ha hecho que licenciados especialistas en mi comunidad esperen la apertura de las bolsas de empleo durmiendo en la calle como si se tratara de un concierto de Britney Spears, señores que han hecho seis años de carrera y cuatro de especialidad, a los cuales solo se les valora por si se apuntan pronto o tarde a la bolsa.

¿Cuáles son los beneficios de tratar así a la gente? ¿Por qué estamos tratando así a la gente? Es difícil de entender. Para la población, ninguno. El aumento de la inseguridad y la rotación de los facultativos no favorece la calidad. Al sistema parece ser que le permite tener personal empleado al cual poder despedir sin necesidad de indemnización, pero la sentencia ha venido a acabar con esto. Este problema está generando desafección de los profesionales. No hay nada más grabado a fuego en la mente de los mamíferos —no diré ya de los humanos— que la reciprocidad. Cuando el sistema te trata mal, cuando alguien te da patadas, lo normal es que tú devuelvas patadas. No es una buena idea para el sistema y por eso incluimos en el acuerdo del Gobierno con el Partido Popular, en su punto 49, una propuesta para mejorar la situación contractual al objeto de acabar con la precariedad laboral en el sistema. Por ello, vamos a votar a favor de esta iniciativa. Y no es solo que vayamos a votar a favor de esto, sino que ya hemos presentado una iniciativa urgente en la Comisión de Empleo nada más conocer la sentencia, en la que se pusieron objetivos claros menores del 10% de temporalidad al finalizar la Comisión. Esta proposición no de ley fue aprobada por la práctica unanimidad de los miembros de la Comisión, con la única abstención del Grupo Popular, que en aquel caso se abstuvo porque en la redacción del párrafo inicial obligábamos de cierta manera a la modificación del estatuto. Comprendo que es difícil conocer todo, pero quiero decir a los ponentes que el estatuto del personal al servicio de las instituciones de la Seguridad Social no es el Estatuto de los Trabajadores, sino otro. Hemos modificado esto para que esta enmienda, que mejora y facilita el acuerdo, sea aceptada. Existe un amplio acuerdo político al respecto —también incluye al PP— y esperamos alcanzar una transaccional que pueda ser votada de manera uniforme y que dé muestra de que de verdad queremos acabar con este problema.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Gracias, señor Igea.

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

La señora **BLANCO GARRIDO**: Muchas gracias, señor presidente.

Señorías, con carácter previo al debate de la iniciativa en cuestión me gustaría realizar algunas precisiones sobre el contenido de la proposición no de ley. En primer lugar, quiero transmitir a la portavoz de Compromís un poco de rigor y seriedad a la hora de presentar una iniciativa. Me va a permitir que le diga que ya la redacción de la misma demuestra —se lo digo de verdad— el más mínimo interés de su grupo en este tema, manifestando con la misma que lo importante para ustedes es la foto y el titular y no el problema y la solución efectiva y real, que al fin y al cabo —se lo puedo asegurar— es lo que mi grupo parlamentario busca. Me explico. Se hace referencia a la Ley 1/2004, de 21 de diciembre, de concatenación de contratos temporales en el personal sanitario. Ese es el título de la iniciativa; sin embargo, señora portavoz, la citada ley a la que usted hace mención para el desarrollo de dicha iniciativa tiene por título de horarios comerciales, no guardando, por tanto, relación alguna con la contratación del personal sanitario, a no ser —me van a permitir que se lo diga— que ahora el Grupo de Compromís vea los hospitales como nuevos comercios. No lo sé; a lo mejor el subconsciente les ha jugado una mala pasada a la hora de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 51

24 de noviembre de 2016

Pág. 16

escribir. Por otro lado, me van a permitir que les diga que se alude al artículo 15.5 del Estatuto de los Trabajadores poniéndolo en relación con el caso sentenciado por el Tribunal de Justicia de la Unión Europea, referido, como ya se ha dicho aquí, a una trabajadora contratada como personal estatutario temporal eventual, por tanto, al amparo del Estatuto marco del personal sanitario, concretamente su artículo 9, y no del Estatuto de los Trabajadores, tal y como recoge su iniciativa.

Una vez realizadas estas precisiones, que me parecen importantes para su debate, paso a fijar la posición del Grupo Parlamentario Popular con respecto a la iniciativa que hoy nos ocupa. Señorías, me gustaría hacer hincapié una vez más —ya lo hicimos en la Comisión de Empleo, donde se debatió también una iniciativa muy similar— que el problema de la sentencia del Tribunal de Justicia Europeo no es la norma, no es el estatuto marco que algunas comunidades autónomas incluso han desarrollado en su legislación regional. El problema es esencialmente el incumplimiento por parte de algunas administraciones, tal y como recoge la sentencia en esta materia, porque, como sus señorías conocen perfectamente, las competencias de desarrollo y ejecución de las políticas de selección e incorporación del personal estatutario temporal corresponde a las comunidades autónomas y no al Gobierno central. Por ello, entendemos que sería muy positivo y constructivo la realización de un análisis en profundidad de la situación actual de esta materia en cada uno de los diferentes servicios autonómicos de salud para saber de qué estamos hablando, en qué comunidades y con qué alcance, para que a partir de ahí se puedan establecer las medidas oportunas que puedan realmente prevenir una utilización abusiva de los mecanismos previstos en el nombramiento del personal que preste servicios de duración determinada y evitar así la precarización de la situación de estos profesionales. En definitiva, señorías, el Tribunal de Justicia de la Unión Europea no rechaza la norma española. A lo que se opone exactamente es a que las administraciones procedan al encadenamiento de sucesivos contratos temporales para cubrir necesidades que no sean temporales, es decir, que no tengan carácter provisional, sino que sean permanentes y estables. Dicho esto, también me gustaría resaltar que fue precisamente la reforma laboral llevada a cabo por el Partido Popular en el año 2012 la que recuperó la prohibición del encadenamiento de los contratos temporales más de veinticuatro meses en un periodo de treinta, algo que por cierto había suspendido la reforma laboral del Partido Socialista en el año 2010.

Pedía la portavoz de Compromís compromiso por parte del ministerio. Quiero trasladarle que el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad lleva ya tiempo trabajando para dar una solución a este problema, porque, si bien los pacientes son la razón de ser del Sistema Nacional de Salud, los extraordinarios profesionales con los que contamos son su principal activo, su piedra angular. Nadie puede negar la agilidad con la que ha actuado el ministerio. Así, si en septiembre se hicieron públicas las sentencias relativas al personal temporal en el sector sanitario, el 25 de octubre el ministerio convocó ya sendas reuniones con las autonomías en el Pleno de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, en el que se adquirió el compromiso de crear un grupo de trabajo con el fin de estudiar soluciones que permitan reducir la actual tasa de temporalidad, así como las políticas a implantar en materia de bolsas de empleo. Por cierto, en relación con esta última propuesta quiero dejar claro que ya se debatió en la sesión plenaria de la Comisión de Recursos Humanos celebrada en el mes de julio, es decir, antes de la sentencia. Ese mismo día 25 de octubre, por la tarde, en el ámbito de negociación, que es la mesa de negociación sindical, ya se acordó crear otro grupo de trabajo con el objetivo de hacer un seguimiento paralelo de la actividad del primero. A estas alturas podemos decir que ya han comenzado los trabajos para realizar este estudio y el posterior informe sobre la situación de los profesionales sanitarios con carácter eventual. Por tanto, hay voluntad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, que no es otra que diseñar y llevar a la práctica la solución más efectiva y ligada siempre a las necesidades reales de nuestros profesionales y hacerlo de la mano tanto de las comunidades autónomas como de los sindicatos, buscando el consenso y el diálogo que permita abordar y resolver cuestiones como la temporalidad.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Blanco, debe concluir ya.

La señora **BLANCO GARRIDO**: Voy terminando.

El señor **PRESIDENTE**: No, terminando, no.

La señora **BLANCO GARRIDO**: Simplemente quiero decir que hemos presentado una enmienda que recoge el espíritu de lo que acabo de exponer y espero que el consenso y el diálogo con el que está

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 51

24 de noviembre de 2016

Pág. 17

trabajando el Ministerio de Sanidad sea el que impere en esta Comisión y podamos llegar a un acuerdo entre todos los grupos aquí presentes.

Muchas gracias.

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

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

El señor **FERNÁNDEZ DÍAZ** (don Jesús María): Buenos días.

Este es un tema capital para la sanidad española, el terrible nivel de temporalidad que se ha ido acumulando a lo largo de distintos años por una mezcla de causas. Es verdad que por un marco legal que ha facilitado esa situación de concatenación o encadenamiento de contratos temporales, pero también por una situación —no lo olvidemos— de asfixia financiera del Sistema Nacional de Salud durante los últimos años, acompañada de limitaciones a las tasas de reposición de personal sanitario también en la sanidad española. Este debate es capital, y quiero recordar que ya lo hemos mantenido en el Congreso de los Diputados en la Comisión de Empleo; ahí, todos los grupos parlamentarios tuvimos la oportunidad de explicar cuál era la situación y pactar un acuerdo, como ha dicho el señor Igea, que creo que es el adecuado para abordar de manera definitiva el problema de la temporalidad en la sanidad española. A este acuerdo no se sumó el Partido Popular y ojalá que en virtud de la segunda lectura de este problema en la Cámara se pueda sumar. Es verdad que esta sentencia del tribunal europeo pone sobre la mesa la situación específica de una enfermera de Madrid, pero que en definitiva refleja una realidad que todos conocemos y que han denunciado las organizaciones sindicales y las organizaciones profesionales. Afecta a un 30% de los trabajadores sanitarios temporales actuales, con un nivel de encadenamiento de contratos que ya se ha comentado en esta sala y que no hace sino empeorar la calidad del empleo del trabajador o trabajadora sanitaria, así como la calidad del servicio sanitario que reciben los ciudadanos. Es imposible que queramos abordar la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud cuando un paciente crónico acude al centro de salud y resulta que a lo largo de sus seis o siete visitas al médico de familia le atiende cada vez una persona distinta. Valga ese ejemplo como otros muchos que podría traer aquí y que demostrarían que esta temporalidad en la asistencia sanitaria no hace más que empeorar la calidad de la asistencia sanitaria que reciben los ciudadanos.

Insisto, creo que hay que restablecer en el marco normativo sanitario español el principio de causalidad, de manera que los contratos temporales sean exclusivamente para puestos de trabajo temporales y los contratos indefinidos para puestos de trabajo estructurales. Ahí tenemos una enorme casuística, que en el argot de gestión sanitaria se llaman las plazas sin código, que no son más que plazas estructurales necesarias y con carácter ordinario e indefinido en la sanidad, en los hospitales y en los centros de salud ocupadas por trabajadores eventuales porque simplemente esas plazas no están reconocidas en plantilla. Esto hay que abordarlo de una manera sistemática, no hay que abordar solamente los cambios normativos, como recogimos en la enmienda que presentó el Grupo Socialista en la Comisión de Empleo y que con transacciones con otros grupos conseguimos aprobar. En ese sentido, hemos presentado de nuevo una enmienda a esta proposición no de ley que aborda la revisión del Estatuto marco del personal estatutario. Es verdad que lo que hay que revisar es esta Ley 55/2003 y no el Estatuto de los Trabajadores. Pedimos también que se estudie la manera de indemnizar a aquellos trabajadores que ya han concatenado de manera seguramente injusta contratos que deberían haber sido indefinidos. Además, existe ya otra sentencia del tribunal europeo que genera un nivel de inseguridad muy alto; es mejor que se aborde de una manera ordenada por parte del Sistema Nacional de Salud en vez de dejar a las reclamaciones judiciales el tema de las indemnizaciones de aquellos trabajadores y trabajadoras que ya han estado encadenando contratos temporales. También un plan de estabilidad en el empleo dentro de la comisión de recursos humanos del Consejo interterritorial de salud que incluya la eliminación o flexibilización de las tasas de reposición establecidas por el Partido Popular en la pasada legislatura y un calendario de ofertas públicas de empleo entre todas las comunidades autónomas...

El señor **PRESIDENTE**: Vaya concluyendo.

El señor **FERNÁNDEZ DÍAZ** (don Jesús María): ... que permita abordar la estabilización de todo este empleo temporal que existe ahora en la sanidad española.

Gracias.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 51

24 de noviembre de 2016

Pág. 18

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Turno ahora de los grupos no enmendantes.

Al no estar presente el Grupo Vasco, PNV, tiene la palabra el señor Olòriz, del Grupo de Esquerra.

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

Siempre he pensado que los grupos grandes tienen mejores servicios jurídicos, sin duda, y cuando uno está en los ayuntamientos es fundamental tener un buen secretario, pero quien manda es el alcalde y quien hace política es el político. En ese sentido, lo más importante es el contenido de la PNL que presenta Marta, que me parece bien fundamentada y plenamente necesaria; sobre dicho contenido se definirá esta Comisión. Yo pienso —y Francisco me dará la razón, si le puedo tutear— que liberalizar no es precarizar y que la libertad no pasa por tener a los trabajadores en las peores condiciones posibles; esto sería otra cosa. En este sentido, se ha acabado pensando que el mejor mercado de trabajo —a mí nunca me ha gustado la idea del mercado porque pienso que el trabajo es un derecho— es el más desregulado, que permite a un gerente presionado por las circunstancias, como es el mal financiamiento de la sanidad, que lo que no entre por la puerta entre por la ventana y, como le piden resultados, qué mejor que precarizar al máximo a los trabajadores posibles sabiendo que en la sanidad, como en la educación, hay un principio fundamental del propio trabajador de, a pesar de los pesares, hacer el mejor trabajo posible. Partiendo de ese criterio y abusando del mismo, nos encontramos con esta situación.

Me parece correcto que pongamos el tren a las vías otra vez y que la causalidad del contrato sea el principio fundamental, que un trabajo fijo y de calidad deba tener la mejor situación posible en cuanto al sueldo y la seguridad en el mismo. Podemos perdernos en quién tiene la culpa de tal o cual cosa, pero yo pienso que en todas las administraciones de todos los partidos políticos los gerentes que tenemos hacen esto, porque se les pide resultados. ¿Me explico? Por tanto, saquemos presión al gerente, que muchos nos lo agradecerán, y hagamos lo que tenemos que hacer, causalidad del contrato y no solo la mejor sanidad posible —que en buena parte la tenemos y sin duda es la niña de nuestros ojos—, sino la mejor relación laboral para que esto persista.

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

Por el Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos, tiene la palabra la señora Sibina.

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

Señorías, es un lugar común a muchos discursos enarbolados desde las instituciones sanitarias que sus trabajadores y trabajadoras son su principal activo. Hace unos días la recién nombrada ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad agradecía a estos trabajadores su labor y el haber hecho de amortiguadores de los recortes presupuestarios realizados durante los años de crisis económica; por agradecimientos que no quede. Este reconocimiento a la labor de los trabajadores y trabajadoras de la sanidad no se relaciona en absoluto con las prácticas políticas de la contratación de profesionales y con las condiciones laborales a las que son sometidos.

La concatenación de contratos temporales es solo un ejemplo de esto y la sentencia del Tribunal de Justicia Europeo ha venido a evidenciar lo que muchas compañeras y compañeros han venido sufriendo en primera persona estos años. Mientras las derivaciones de pruebas complementarias a centros privados o la financiación de las concesiones de gestión privada gozaban de buena salud presupuestaria, las políticas de precarización y denigración de los profesionales sanitarios se enarbolaban bajo la justificación de no hay alternativa, haciendo que fueran los proyectos vitales y profesionales de los trabajadores y trabajadoras de la salud los que absorbieran una parte muy importante de los recortes presupuestarios y la desidia en la gestión de profesionales que han protagonizado estos años. Hemos podido ver también comunidades autónomas en las que la temporalidad tomaba cara de contratos al 75% renovados mes a mes para puestos totalmente estructurales, como es el caso de Andalucía, por ejemplo, mientras que otras cronificaban la concatenación de contratos temporales, como es el caso de la sentencia del Tribunal de Justicia Europeo que hace referencia a la Comunidad de Madrid.

Creemos que esta proposición de ley que hoy trae a debate el Grupo Mixto y que con anterioridad se debatió en alguna otra Comisión debería ser una prioridad en la acción del nuevo Gobierno. Lo único que está pidiendo esta PNL es que se cumpla la ley, pero estamos en momentos en los que hasta eso parece revolucionario. Sin estabilidad de nuestras profesionales no hay calidad asistencial, innovación, ni ninguna de las denominaciones que le queramos poner a la dignidad de nuestras trabajadoras. Sin

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 51

24 de noviembre de 2016

Pág. 19

estabilidad en la contratación de nuestros profesionales sanitarios no hay justicia para ellos y para ellas. En este caso nosotros votaremos a favor de la PNL.

Gracias.

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

— SOBRE LA PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR LA TALIDOMIDA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO CIUDADANOS. (Número de expediente 161/000331).

El señor **PRESIDENTE**: Vamos a ver si podemos, por fin, tratar el punto 4.º, sobre la talidomida. Para ello, el Grupo Ciudadanos, que es el que la presenta, tiene la palabra.

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

Siete meses después estamos en la misma Comisión, en la misma sala, con los mismos portavoces, incluso con la misma ropa, porque tenemos el mismo problema, y espero que con los mismos afectados y no hayamos perdido un afectado más de los que se han ido perdiendo a lo largo de estos cincuenta o sesenta años de iniquidad y desidia. Estamos aquí porque las víctimas de este desastre no lo han sido solo de una industria farmacéutica desalmada que no ha querido hacerse responsable de los daños generados por su producto. Estamos aquí porque son víctimas también de nuestro nefasto e inexistente sistema de alarma de los sesenta, por nuestra desidia en la gestión de los casos, por la inexistencia de un registro de embriopatías, por nuestro ocultamiento de la enfermedad y porque todos, todos como Estado, todos como Parlamento, que representamos a nuestro país, somos culpables de la situación de las víctimas de la talidomida. Todos miramos hacia otra parte alguna vez; todos escurrimos su mirada; ninguno estamos libres de ello. Lo que sí que puedo asegurarles es que nosotros no volveremos a hacerlo.

Han propuesto a las víctimas de la talidomida incluir una enmienda a la PNL aprobada en la pasada legislatura por unanimidad, porque muestran una natural desconfianza al cumplimiento de nuestras promesas. Y lo muestran porque tienen razón, porque necesitamos que la gente vuelva a confiar en la política; porque necesitamos ganarnos su respeto; porque necesitamos que la gente vea de verdad coherencia, compromiso y verdad en la política. Por eso estamos hoy aquí, después de unas elecciones y sin un horizonte electoral cercano. Por eso no lo modificaremos, porque debemos demostrar que vamos a hacer honor a la palabra dada, a la palabra que dimos en la pasada Comisión y a la palabra que Ciudadanos dio en su acuerdo con el Partido Popular. Este acuerdo incluye ciento cincuenta medidas, que a nosotros nos gusta llamar exigencias, que son exigencias bilaterales, son exigencias de Ciudadanos al PP y del PP a Ciudadanos, como todos los acuerdos. Siempre son así los acuerdos. Esta es la primera de ellas y no la modificaremos. Pero no quedará cumplido este acuerdo si en 2018 los afectados no están ya cobrando sus indemnizaciones. Que quede claro que haremos honor a la palabra dada en nuestros acuerdos políticos, pero sobre todo haremos honor a la palabra dada a las víctimas de la talidomida. Para ello, habrá que crear la unidad de diagnóstico y reabrir el registro ya en 2017.

No dudamos del cumplimiento de este acuerdo, pero les pido que tampoco duden de que cumpliremos con las víctimas. La confianza se gana con la reciprocidad, con la lealtad y con la fiabilidad, con esa palabra que tanto le gusta a nuestro presidente repetir: la certidumbre. Pues tengan ustedes esta certidumbre: este acuerdo se cumplirá. Mucha gente nos pregunta a Ciudadanos por qué nos hemos empeñado en que esta sea la primera medida sanitaria de nuestro acuerdo. Les voy a explicar por qué. Porque lo que queremos es recuperar algo que es la fuerza de la política, que es su decencia. Y queremos que la gente entienda que la labor más noble de la política no es ocuparse de aquellos que nos pueden dar suficiente número de votos para estar en las instituciones, ni ocuparse de aquellos que nos pueden dar suficiente seguridad o beneficio personal. La verdad, la decencia de la política es ocuparse de aquellos que son pocos y que son débiles, y que lo único que pueden hacer a cambio de nuestro trabajo es darnos las gracias. Esa es la verdad y la decencia de la política. Por eso, les pido que reiteremos el compromiso de la pasada legislatura en su literalidad y les aseguro que no pasará 2018 sin que las víctimas de la talidomida en este país hayan empezado a cobrar sus prestaciones.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Por parte de los grupos enmendantes, en primer lugar, por el Grupo de Esquerra Republicana, tiene la palabra el señor Olòriz.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 51

24 de noviembre de 2016

Pág. 20

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

Solo quiero hablar de dos elementos para asegurar el que decía el ponente de la proposición no de ley respecto a que ahora sí y que se asegure que los acuerdos se apliquen. Primero, que en último término habrá dinero, y esto significa: Presupuestos Generales del Estado. La certeza de que los Presupuestos Generales del Estado de 2018, como máximo, asegurarán que estas indemnizaciones lleguen a los que corresponda. El otro elemento que nos han comentado muchos, porque las enmiendas de los diferentes grupos son coincidentes, es que los grupos estemos en la comisión de seguimiento; que los grupos políticos que estamos en esta Comisión también seamos garantes de nuestra palabra y que en la comisión de seguimiento se asegure que no nos desdijéramos de la palabra dada. Ahora sí. Pienso que es muy importante que los afectados que quedan sepan que no los dejaremos desamparados, que por muchos problemas que tenga este Estado, por muchas necesidades que pongamos encima de la mesa, ellos son una prioridad y, en estos momentos, nosotros garantizamos que será así. Estoy seguro de que esto se aprobará por unanimidad, ya que es un elemento de derecho. En todo caso, la efectividad de esta Comisión vendrá dada porque se aplique lo que hoy aprobemos y qué mejor que una comisión nos diga a la oreja: cuidado que aún esto no se ha hecho; atención que esto se ha de aplicar. Me parece perfecto.

El señor **PRESIDENTE**: Para la defensa de la enmienda del Grupo Mixto, tiene la palabra la señora Ciuró.

La señora **CIURÓ I BULDÓ**: Muchas gracias, señor presidente.

Hoy quiero empezar mi intervención recordando a mi compañera Conchita Tarruella, que ya empezó cuando éramos el Grupo Parlamentario de Convergència i Unió la defensa de los intereses de las personas víctimas de la talidomida. Esta diputada, cuando entró en el Congreso de los Diputados, cogió el testigo y nuestro empeño ha sido constante durante todos estos años para intentar luchar, para presentar iniciativas, para poder avanzar en el reconocimiento de algo que era flagrante. En aquel momento hablábamos —me estoy refiriendo al año 2012— de alrededor de 400 personas afectadas. Hoy están en 280. Ellos van muriendo. Ellas van pereciendo. Esta enfermedad mata. Y la consecuencia de la negligencia del Estado en su reconocimiento, en su acompañamiento en la reclamación a la farmacéutica —reconocimiento y acompañamiento que sí han tenido afectados de otros países europeos—, nos tiene que poner en alerta para decir que esto no puede seguir pasando. Estamos hablando de Montse, de Josefina, de Silvia, de Sofía y de su madre, Antonia, que tiene que estar con ella constantemente porque no tienen extremidades, de José, de Jesús, de Rafael, de José, de Joana, y así hasta 280 afectados en toda España.

Hoy, lo que hacemos es dar de nuevo vía libre a la proposición no de ley que presentamos en la extinta y corta legislatura anterior. Pero yo no quiero dejar de reivindicar la enmienda de poder asegurar esto en los Presupuestos Generales del Estado. ¿De verdad me están diciendo que no pueden habilitar fondos para esas 280 personas que se ven afectadas después de sesenta años de lucha? ¿De verdad me están diciendo, señores del Grupo Popular, que no pueden habilitar estos fondos? ¿De verdad esto no puede empezar a funcionar hasta 2018? ¿No pueden ustedes, vía real decreto de urgencia —porque esto mata, señorías—, habilitar que este reconocimiento empiece a funcionar a la mayor brevedad? ¿De verdad me lo están diciendo?

Lógicamente, votaremos a favor de esta proposición no de ley, pero nos duele que no puedan aceptar esta enmienda, colgar esta recompensa, esta pensión. ¿De qué porcentaje estamos hablando de los Presupuestos Generales del Estado? Es que me da hasta vergüenza decirlo. Por lo tanto, les recomiendo, les sugiero, les exhorto, les animo, les pido, les suplico que lo cuelguen de los Presupuestos Generales del Estado. Además, quiero que esta sesión de la Comisión de hoy, que parece que va a tirar hacia adelante esta proposición no de ley, sirva también para reconocer a las madres, a las familias, a aquellas personas que han tenido que pasar muchísimos años sintiéndose culpables por haber tomado un medicamento que afectó a sus bebés. Me emociona porque hemos luchado muchísimo por esto. Señorías, espero que cuelguen esto de los Presupuestos Generales del Estado.

Muchas gracias.

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

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

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 51

24 de noviembre de 2016

Pág. 21

La señora **ALCONCHEL GONZAGA**: Muchas gracias, señor presidente.

Desde el Grupo Parlamentario Socialista, en primer lugar, queremos hacer un reconocimiento a las personas afectadas. Ha sido una lucha de muchísimos años. Es verdad que desde que se organizaron como Avite han tenido y demostrado una gran capacidad de diálogo, de trabajo incansable y de paciencia con este tema, por lo que se merecen ya ese reconocimiento y resarcimiento de los daños. Han trabajado intensamente, desarrollando una labor importantísima a la hora de aportar todas las informaciones sobre la talidomida y sobre la distribución del fármaco. La empresa ha tenido la actitud que todos conocemos y mientras que en otros países sí ha reconocido a las víctimas, las ha escuchado y concedido las indemnizaciones, en España las han sometido a un periplo judicial insoportable. Seguimos esperando que la empresa se sienta con las administraciones y con los afectados y afectadas para buscar la solución, tras haberse lucrado con un fármaco, conociendo los daños que estaba causando. Esta empresa de manera irresponsable, absolutamente reprobable y de manera vergonzante jugó con las madres que tomaron ese medicamento con la única intención de aliviar las molestias de un embarazo; también jugó con los profesionales que prescribieron el medicamento con la tranquilidad de que estaban aliviando las náuseas y los vómitos a sus pacientes embarazadas y, finalmente, también ha jugado con esos niños y niñas que nacieron con las malformaciones al no proceder a la retirada inmediata del medicamento, como debiera haberse hecho.

Señorías, estamos abordando una vez más esta problemática y ya ha llegado la hora de que de verdad se tengan las respuestas y nos podamos dirigir a los afectados diciéndoles que ya están las soluciones encima de la mesa. Estas personas también han sido víctimas de la inacción del Estado porque no se retiró el medicamento en su momento, sabiendo sus efectos nocivos. Tampoco ha sido capaz de resarcir los daños con toda la magnitud que requería la respuesta a estas víctimas, que además se sienten agraviadas y es lógico que se sientan así viendo cómo en otros países los afectados están teniendo respuesta y en España no. Es verdad que en 2009 el Gobierno socialista reconoció la jubilación anticipada y se publicó el Real Decreto 1006/2010, que concedió ayudas y aprobó el protocolo para determinar quién era víctima y quién no. Fue un primer paso para el reconocimiento, pero todos estamos de acuerdo en que hay que avanzar y en que esas medidas se quedaron cortas. Las víctimas, en ese periplo judicial del que hablaba, han visto cómo el Tribunal Supremo reconocía que realmente sufrían malformaciones como consecuencia del consumo del medicamento, pero que los hechos estaban prescritos, al igual que han tenido que sufrir que el Tribunal Constitucional no admita el recurso de amparo. Desde el Grupo Socialista nos preguntamos si de verdad estas personas afectadas tienen que ir agotando instancias judiciales para que se les reconozca lo que les pertenece y si de verdad van a tener que acudir, como han llegado a decir, al Tribunal de Estrasburgo cuando el Estado y las farmacéuticas deberían haberles dado respuesta. Por tanto, con esta oportunidad queremos poner fin a este disparate —porque es un disparate todo lo que ha ocurrido en torno a la talidomida— y tener en cuenta esa lucha, con sus reivindicaciones y peticiones. Tenemos también muy presente a todas las víctimas, a todos los afectados que ni siquiera van a llegar a tiempo para ver los resultados de esa justa batalla que han protagonizado. Hay que recordar que estas personas, con su batalla, han aportado muchísimo a la sociedad, por los grandes avances en materia de seguridad de uso de medicamentos, en la farmacovigilancia, en los sistemas que se han desarrollado para detectar los efectos adversos de los medicamentos que se están comercializando, en el desarrollo de la estricta normativa sobre los productos que están en fase de desarrollo para garantizar la seguridad de su consumo, con los comités de ética y de investigación para controlar la investigación en humanos y también a raíz de este problema se ha propiciado la elaboración de recomendaciones en el uso de medicamentos durante el embarazo.

Por ello, el Grupo Socialista hace suyas las propuestas que nos ha presentado Avite, que creo que debemos aceptar todos los grupos parlamentarios. Son una batería de medidas que permiten el resarcimiento de una manera individualizada y completa. Señorías, espero que todos, por unanimidad, aprobemos esta propuesta y que hagamos nuestro lo que nos pide la asociación porque es de justicia y consideramos que ya vamos tarde.

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

A continuación, intervendrán los grupos no enmendantes. Por el Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos, tiene la palabra la señora De la Concha.

La señora **DE LA CONCHA GARCÍA-MAURIÑO**: Señorías, cuando vi que hoy íbamos a tratar de nuevo el tema de la talidomida creí que estábamos de celebración porque como hace diez años que se

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 51

24 de noviembre de 2016

Pág. 22

trajo por primera vez aquí al Congreso pensé que estábamos celebrando los diez años. He querido saber cuántas iniciativas parlamentarias se habían registrado en estos diez años —y aquí las tengo— y son prácticamente cincuenta entre las que tenemos de todo: preguntas, PNL, interpelaciones urgentes, etcétera. Los compañeros y compañeras hoy han dicho prácticamente todo lo que se puede decir, pero la palabra despropósito hay que subrayarla. El compañero de Esquerra Republicana de Catalunya dijo anteriormente que las PNL son un brindis al sol y me ha quitado la frase, pero si son un brindis al sol tendremos que decirlo porque la gente tendrá que saberlo. Yo ayer hablaba con los afectados de la talidomida y creían que una vez que una PNL estaba aprobada todo estaba hecho, como lo cree mucha gente. Si evaluamos estas cincuenta iniciativas, sabríamos cuántas personas tuvieron que trabajar en cada una de ellas, cuánto tiempo llevó, cuánta energía se consumió en el Congreso, cuánto tiempo se tardó en archivar todo esto, cuánto esfuerzo y cuánto dinero se metió en una cosa que no fue a ningún lado, por lo que tendríamos que replantearnos bastantes cuestiones del proceso, de cómo se trabaja y de a dónde vamos.

Me alegra mucho saber que estas medidas sobre la talidomida están incluidas en las ciento cincuenta medidas del acuerdo de Ciudadanos con el Partido Popular y me alegra mucho saber que el compañero de Ciudadanos se compromete a llevarlo adelante. Sería un pequeño paso y serviría para poder decirle a la ciudadanía que esta vez esto sirvió para algo. Sin embargo, cuando se habla de otras cuestiones, me sorprende mucho que siendo partidario de unas políticas liberales, luego se escandalice de sus consecuencias. Si esto no se incluye en los Presupuestos Generales del Estado, será una página más de este dossier. También me ha sorprendido que alguien del PP —no recuerdo ahora quien— decía: Ha sido el PP el que ha pagado las cotizaciones de los cuidadores, reprochándose al PSOE. Ni el PP ni el PSOE pagan nada, lo pagamos todos los ciudadanos con nuestros impuestos.

El señor **PRESIDENTE**: Vaya concluyendo, señora De la Concha.

La señora **DE LA CONCHA GARCÍA-MAURIÑO**: En otra ocasión hice una intervención que se calificó de emotiva. Creo que en este caso lo más emotivo para los afectados de talidomida es que de una vez se cumpla con lo prometido. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la señora García-Pelayo.

La señora **GARCÍA-PELAYO JURADO**: Muchas gracias, señor presidente.

En primer lugar, quiero destacar que, a pesar de lo que ha trasladado la señora De la Concha, todo el trabajo que se ha podido hacer con anterioridad no ha caído en saco roto. En todo caso, ha sido un trabajo válido y lo importante es que en el día de hoy —y yo me quedaría con ello— se puede acordar algo histórico, algo por lo que además absolutamente nadie nos tiene dar las gracias. Es más, creo que somos nosotros los que les tenemos que dar las gracias a todas esas personas que padecen esos daños como consecuencia de la ingesta de talidomida por parte de sus madres durante el embarazo, por habernos permitido trabajar con ellos para ir buscando soluciones. Lo cierto es que a lo largo de todos estos años se han ido dando pasos —como ha dicho también la portavoz del Partido Socialista—, pasos que han sido insuficientes, pero creo que hoy estamos marcando un antes y un después en la vida de estas personas y sobre todo en el derecho al resarcimiento que tienen estas personas por los daños que han sufrido. Por eso, me gustaría que el punto primero de esta iniciativa fuera el reconocimiento por parte de este Parlamento, por parte del Congreso de los Diputados a Avite por el trabajo que han hecho a lo largo de todos estos años. **(La señora vicepresidenta, Hernández Bento, ocupa la Presidencia)**. A su presidente, don José Riquelme, a su vicepresidente, don Rafael Basterrechea, a Ángel Marín, a todas las personas que han sido víctimas de la acción despiadada de una farmacéutica, Grunenthal, que, con el mayor desprecio hacia la vida de las personas, comercializó un medicamento que claramente era nocivo, dañino y que iba a marcar la vida de muchas generaciones. Por eso, hoy quiero hacer un reconocimiento a todos ellos y pedirles disculpas por el retraso que hemos tenido a la hora de adoptar las decisiones que pueden cambiar sus vidas, y quiero decirles que confíen —se habla mucho de la palabra confianza— en que el paso que se está dando hoy es un paso decisivo, que no teman por el hecho de que la enmienda en relación a la incorporación a los Presupuestos Generales del Estado vaya o no vaya en la iniciativa. Eso no va a ser un problema una vez que se apruebe la iniciativa. ¿Por qué? Porque, evidentemente, va de suyo que cualquier prestación, indemnización, resarcimiento en definitiva, que se haga a las víctimas de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 51

24 de noviembre de 2016

Pág. 23

la talidomida va a ir con cargo a los Presupuestos Generales del Estado; es decir, no existe otro concepto que pueda abordar el pago de esos resarcimientos. Por lo tanto, quiero que tengan la confianza de que, una vez que se ponga en marcha la comisión de seguimiento, se tomarán las decisiones oportunas, con ellos, por todos los grupos políticos que hoy nos estamos comprometiendo —porque hoy nos comprometemos todos, no solamente Ciudadanos y el Partido Popular sino todos los partidos políticos— para dar una solución ajustada a derecho y que claramente les compense.

Por último, quiero decirles también que Grunenthal no se puede ir de rositas, que también ahí todos tenemos que asumir un compromiso. No podemos permitir que las grandes empresas que abusan y que hacen daño luego se vayan de rositas y que sean los Estados, los países, en definitiva los ciudadanos que no han sido responsables de esa actitud tan ruin, los que paguen. Creo que hay que ir a por Grunenthal y creo también que la Unión Europea, que ya está trabajando en ello, tiene mucho que decir.

Termino —perdone, señora presidenta, un segundo— diciendo que ya se están tomando decisiones importantes en materia de salud, en el ámbito del Ministerio de Sanidad, en relación con modificaciones y actualizaciones del catálogo de todo lo que tiene que ver con las prestaciones para la rehabilitación, órdenes que se van a modificar en relación con el catálogo común de sillas de ruedas, órtesis y ortoprótesis. Y quiero decirles también que la próxima reunión que haya del...

La señora **VICEPRESIDENTA** (Hernández Bento): Señora García-Pelayo, tiene que ir terminando.

La señora **GARCÍA-PELAYO JURADO**: ... Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el Ministerio de Sanidad trasladará la propuesta que en el día de hoy se está aprobando en relación con la creación de las unidades de diagnóstico de daños por la talidomida.

Muchísimas gracias y disculpe pero creo que era importante aclararlo. **(Aplausos)**.

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

— **RELATIVA A MEJORAR Y ACTUALIZAR LA REGULACIÓN DE LA PUBLICIDAD DE LOS CENTROS, ESTABLECIMIENTOS Y SERVICIOS SANITARIOS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/000630).**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Hernández Bento): Continuamos con el punto 7.º, relativo a la mejora y actualización de la regularización de la publicidad en los centros, establecimientos y servicios sanitarios. Tiene la palabra, por el Grupo Popular, la señora Angulo.

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

Defiendo una iniciativa que ya tuvimos ocasión de ver en la pasada legislatura y que va orientada a mejorar, actualizar y clarificar la regulación de la publicidad en los centros, establecimientos y servicios sanitarios. La publicidad de los establecimientos sanitarios en nuestro país está regulada por varias leyes: la Ley General de Sanidad, el Real Decreto sobre publicidad y promoción comercial de productos, actividades o servicios con finalidad sanitaria, y el Real Decreto, de 2003, que establece las bases generales sobre autorizaciones de centros, servicios y establecimientos sanitarios. A lo que habría que añadir, en lo que al carácter general se refiere, tanto la Ley General de Publicidad como la Ley general para la defensa de los consumidores y usuarios. Y en la ejecución y desarrollo de estas normas, las comunidades autónomas han incorporado a su normativa disposiciones relativas a la publicidad de dichos centros, por lo general reproduciendo los anteriores proyectos. Esta normativa existe y ha ido cumpliendo su cometido, pero ello no es óbice para que, a la vista de determinadas actuaciones que en la práctica se dan y que hemos ido viendo con el paso del tiempo, desde mi grupo creamos oportuno que se elabore una nueva norma que integre, complete y normalice los aspectos esenciales de la regulación existente en esta materia desde una perspectiva que incorpore criterios éticos, deontológicos y basados en la evidencia científica. Y ello, por supuesto, siempre respetando las competencias de las comunidades autónomas y en coordinación con ellas, como no puede ser de otra forma. Todo con un único objetivo, el de garantizar la seguridad de los pacientes y usuarios. Porque la publicidad sanitaria, aunque por supuesto es admisible, es un tipo de publicidad especialmente sensible y por ello creemos que debe regularse de forma detallada mediante criterios estrictamente clínicos y conforme a la cual los ciudadanos reciban una información precisa, veraz, comprensible y basada en el conocimiento científico, evitando una publicidad engañosa o inapropiada que los pueda confundir o crear falsas expectativas.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 51

24 de noviembre de 2016

Pág. 24

Ese es el objetivo de esta proposición no de ley. Hablamos de regulación de publicidad para centros y establecimientos sanitarios en general, y lo hacemos, como digo, con carácter general y amplio, porque entendemos que los detalles y los aspectos concretos de esa regulación deben dejarse para el momento de elaboración de las normas que, en su caso, procedan. Por ello, entendemos que no es momento de introducir las cuestiones que el Grupo Ciudadanos nos plantea en su enmienda porque, aunque haya cosas que podemos compartir en estos momentos, esto no es una proposición de ley; esto es una proposición no de ley en la que instamos a que se mejore y se clarifique de manera más concreta la publicidad de los centros sanitarios, y los detalles habrá que introducirlos en el momento en el que se elaboren esas normas. Como digo, nosotros aquí no pretendemos hacer ningún juicio de valor sobre modelos de prestaciones sanitarias ni nada parecido. Entendemos que hay que regular de manera integral y completa la publicidad de los establecimientos y servicios sanitarios. Y si todos creemos que eso es así —como ya lo creímos, como digo, en la pasada legislatura, en la XI, en la que esta iniciativa fue aprobada— y si creemos que en estos establecimientos lo que se ofrece —si se me permite esa expresión— es atención sanitaria y en definitiva resultados de salud, deben tener una regulación publicitaria basada solo en el interés sanitario, la evidencia científica y el criterio científico, y no en el meramente mercantil. Como digo, estamos hablando con carácter general. No dejemos que cuestiones puntuales —que entiendo que deben tener la respuesta bien desde otros ámbitos o bien una vez que se desarrolle esta normativa— puedan hacer que esta iniciativa no tenga el mismo resultado que tuvo en la legislatura pasada. Les pido a los grupos que la aprobemos, que nos pongamos a trabajar en regular de manera concreta y eficaz este tema de la publicidad sanitaria porque estoy segura de que con ello, con una normativa clara, estaremos dando también respuesta y solución de manera indirecta a otro de los temas que a veces han surgido en determinados centros sanitarios en este país, también fruto de esa publicidad engañosa, tendenciosa o inveraz que a veces se hace y que lleva a muchos pacientes, a muchos ciudadanos a creer cosas que no son tales.

Como antes se ha hablado de transparencia en el Sistema Nacional de Salud y yo comparto la necesidad de que los ciudadanos estemos plenamente informados y una de esas fórmulas es obtener publicidad veraz, eso hará que se regulen también las demandas de los ciudadanos de determinados centros sanitarios que les ofrecen cosas que luego no son así en la realidad. Por ese motivo, entiendo que lo que tenemos que hacer es instar a que eso se modifique, que se concrete de una manera más completa. Para ello pido el apoyo de todos los grupos parlamentarios.

Muchas gracias.

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

Para defender la enmienda del Grupo de Izquierda Republicana, el señor Olòriz tiene la palabra.

El señor **OLÒRIZ SERRA**: En esta proposición no de ley no solo es necesario situar lo que antes yo decía, el respeto a las competencias de las comunidades autónomas, es que estamos hablando de una competencia exclusiva, en la cual el Estado solo puede hacer la regulación básica, y esto es lo que yo pedía en una enmienda de adición. **(El señor presidente ocupa la Presidencia)**. Que quede claro que solo puede hacer la regulación básica. Ahora bien, ¿estamos de acuerdo en analizar qué se está haciendo? Y tanto. ¿En que este análisis ha de ser integral? También. ¿En que ha de ser coordinado en el conjunto de las comunidades autónomas? Sin duda. Y el resultado de este análisis integral nos ha de llevar al cambio en una ley de bases, cuya regulación desarrollen las comunidades autónomas. Claro, si nuestra enmienda no es aceptada el tema genérico de que ‘se aceptará’ el resultado de los últimos años nos hace pensar que muchas veces no es así, y por tanto como elemento de prevención, si se acepta nuestra enmienda número 1, aceptaremos el texto; pero si no, no la votaremos.

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

Para la defensa de la enmienda del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, el señor Igea.

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

Existe el consenso en el mundo civilizado de que la sanidad no es un producto cualquiera, y por tanto su publicidad no se puede regular como el resto de las publicidades, y existe también el consenso de que se debe realizar sobre el rigor, la evidencia científica y la información precisa y fiable sobre sus resultados. Esto no contradice el derecho a la libertad de empresa, sino que se debe compatibilizar con el rigor y la veracidad en este campo. Por tanto votaremos a favor de la propuesta del Grupo Parlamentario Popular,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 51

24 de noviembre de 2016

Pág. 25

pero quisiéramos que las propuestas que se traen a esta Comisión —voy a ser políticamente incorrecto— no se parezcan mucho al discurso de miss España. Es decir, estamos a favor del bien, en contra del mal; sí, claro, estamos a favor de una buena regulación, a favor de la bondad en la regulación, pero tenemos que concretar un poco más. Y concretar un poco más quiere decir: vamos a evitar que se haga publicidad por precio/oferta, vamos a evitar que se vendan cupones de sanidad, etcétera, porque eso condicionará el desarrollo de la norma. No queremos desarrollar aquí la norma completamente, pero sí introducir medidas que aseguren que esa regulación se hace de acuerdo al rigor científico, y que se eviten cosas palpables que han producido daños evidentes en la población en fechas recientes. No obstante votaremos a favor de la propuesta en cualquier caso.

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

Grupos no enmendantes. El Grupo Parlamentario Mixto no va a intervenir. El Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV) parece que tampoco. Por el Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea, la señora Bosaho.

La señora **BOSAHO GORI**: Buenos días, señorías. Buenos días, presidente.

Mi grupo no presenta enmiendas a la proposición no de ley relativa a la mejora y actualización de la regularización de publicidad de centros y establecimientos en servicios sanitarios, que ha presentado el Grupo Parlamentario Popular. Tal y como se expresa en la PNL la regularización específica de la publicidad en centros, establecimientos y servicios sanitarios es todavía escasa, poco desarrollada y no delimita de forma clara las competencias entre el Estado y las comunidades autónomas. El seguimiento actual de la publicidad de establecimientos y servicios sanitarios no puede ser vigilada de forma rigurosa, debido precisamente a un tema complejo que no se puede evitar: la presión de los agentes publicitarios, que actúan con las normas de la libertad de mercado. Y en estas condiciones es muy fácil promover falsas necesidades en torno a la salud, aprovechando la falta de regularización estricta en determinados campos.

La publicidad, la promoción comercial de los productos, los servicios sanitarios y sus límites son objeto de debate permanente, donde ha sido necesario efectuar una ponderación de las legítimas aspiraciones de los profesionales sanitarios a dar a conocer sus servicios eventuales y sus beneficios. El crecimiento de estas herramientas publicitarias tiene algunos riesgos fundamentados en una excesiva concepción mercantilista de la actividad en el ámbito sanitario, todo ello acentuado en un entorno de crisis económica y de mucha competencia con los precios de los servicios, que podría comportar banalización de los mismos. El sector sanitario está siendo considerado por la legislación como uno de los más necesitados de regularización especial, por la confluencia de los intereses económicos generados por los consumidores y conectado con su derecho a la salud, que es pertinente.

Mi grupo considera que la proposición no de ley plantea cuatro puntos muy interesantes para regular y mejorar la actividad. Pero hay una falta de profundización desde nuestro punto de vista. El tema que nos ocupa necesita de compromisos concretos, medidas precisas y participación de los actores implicados en él, por lo que tal vez la vía legislativa, concretada en un articulado más adecuado, sería más deseable que el listado de buenos propósitos que el Grupo Parlamentario Popular plantea con su proposición no de ley. Respecto de la PNL del PP no se puede estar en contra ni a favor, porque es una PNL muy vacía, que más parece una carta a los Reyes Magos que un documento de posicionamiento político. Si lo que quieren es regular el sector de forma efectiva y útil, con el bienestar de la ciudadanía en el centro de la cuestión, en ese caso nos tendrán a su lado para empujar en ese sentido. Por todo lo expuesto nos vamos a abstener.

Muchas gracias.

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

Tiene la palabra el Grupo Parlamentario Socialista. Señora Tundidor.

La señora **TUNDIDOR MORENO**: Muchas gracias, señor presidente.

Para comenzar me gustaría recordar que el motivo que hoy nos reúne es una prioridad para el Partido Socialista. De hecho en mayo de este mismo año la Comisión de Sanidad debatió y aprobó, con el apoyo de todos los grupos, una iniciativa socialista en la que, entre otras cuestiones, se instaba al Gobierno, de común acuerdo con las comunidades autónomas, a establecer medidas eficaces para el control de la publicidad y propaganda comercial sanitaria.

En el ámbito de la salud la publicidad exige una especial atención por parte del legislador, porque debido a sus características no solamente tiene que estar regulada a través del derecho del consumo,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 51

24 de noviembre de 2016

Pág. 26

sino también a través del derecho sanitario. No solamente están en juego los intereses económicos de los consumidores y consumidoras, sino que también lo está, y de una manera muy importante, la salud de las personas porque puede verse afectada. Estamos en una sociedad en la que buscamos con avidez noticias médicas que anuncien fórmulas magistrales de prevención y de curación de enfermedades, y además como la manera de acceder a ellas es en muchas ocasiones a través de Internet tenemos una tendencia a creémoslas. Además la publicidad sanitaria ha experimentado un notable crecimiento en estos últimos años, habiéndose detectado en numerosas ocasiones una presencia de publicidad engañosa, que es mucho más frecuente de lo que sería deseable. Se trata de una publicidad muy agresiva, con mensajes directos que inciden hacia una compra en algunos casos compulsiva. En muchas ocasiones este tipo de ventas se hacen de una manera engañosa, y su utilización en algunas ocasiones puede suponer un riesgo para la salud.

En el sector sanitario debería potenciarse el valor informativo de la publicidad en detrimento del valor persuasivo. El principio de veracidad constituye una de las bases del derecho de la publicidad cuando se refiere a productos o servicios médicos. Este principio debe llevarse a su extremo. En el ámbito sanitario ese objetivo se suma a la protección de la salud. A pesar de que existe una gran cantidad de regulación en esta materia, ésta es escasa, dispersa y confusa, como ha argumentado en la exposición de motivos de la iniciativa la representante del Partido Popular.

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

La señora **TUNDIDOR MORENO**: Para finalizar nosotros consideramos que se deben efectuar campañas para concienciar a las personas de los peligros e intensificar las campañas de inspección y control, siempre con el compromiso ético que debe primar en el ejercicio profesional en el ámbito de la salud y que debe prestar la mejor asistencia posible, orientando la práctica profesional a las necesidades de salud y bienestar de los ciudadanos. Por todo ello votaremos a favor.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

— SOBRE EL ETIQUETADO Y COMERCIALIZACIÓN DE PRODUCTOS CON UN ALTO COMPONENTE DE AZÚCARES AÑADIDOS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO DE ESQUERRA REPUBLICANA. (Número de expediente 161/000670).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al punto 8.º del orden del día, una proposición no de ley del Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana, sobre el etiquetado y comercialización de productos con un alto componente de azúcares añadidos.

Tiene la palabra el señor Olòriz.

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

Presentamos esta proposición no de ley con la intención de empezar a acabar con una política de tolerancia o de brazos caídos de las administraciones con respecto a estos productos que tienen alto contenido en azúcares, pero también grasas, calorías o sal. El etiquetaje de los alimentos es una información básica para que el consumidor pueda ejercer libremente su libertad. Sin esto su libertad queda conculcada a una situación de oscurantismo respecto de las consecuencias que tiene de consumir aquel producto. (**Rumores**). Es más libre y racional a la hora de elegir, y por tanto de preservar su salud.

El señor **PRESIDENTE**: Silencio por favor.

El señor **OLÒRIZ SERRA**: En la próxima reunión de Mesa y portavoces, señor presidente, intentaré proponer una alternativa a este mercado habitual mientras hablamos, porque nos ayudaría un poco a todos a hacer mejor nuestro trabajo.

Factores como la escasa actividad física y el sedentarismo, que son consecuencia del que se llama ocio pasivo —parece una incongruencia, pero es así—, así como la mala alimentación, suelen tener una incidencia directa en el sobrepeso de muchos niños y niñas así como de personas adultas. La obesidad —y muy especialmente la obesidad infantil— supone un alto riesgo no solo para la salud de los afectados, sino también para el sistema sanitario. Nuestra sociedad tiene un problema grave no solo en acertar en el modelo de salud activo, sino también en la prevención de la salud, y sin duda la concienciación colectiva es un elemento fundamental. Uno de estos pasos con relación a la concienciación colectiva es la adopción

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 51

24 de noviembre de 2016

Pág. 27

de hábitos de consumo saludables que conduzcan a una mejor alimentación. Uno de los principales problemas en relación con la mala alimentación son las cantidades de azúcar añadido que se están sumando gratuitamente a las dietas de muchos niños y niñas. Las consecuencias de la ingesta de estos azúcares, en términos de salud, van más allá de las caries o la ya de por sí preocupante obesidad infantil, ya que pueden provocar la primera generación con una esperanza de vida menor que la de sus padres, debido a los malos hábitos alimentarios.

Además esta iniciativa se enmarca en una situación no sé si llamar kafkiana, que es la de que el Plan Havis, es decir, el Plan de Hábitos de Vida Saludables, publicitado por el Gobierno, está financiado por las empresas fabricantes y distribuidoras de productos procesados con un alto contenido de azúcares añadidos. Esto es un auténtico sinsentido, porque un plan de este tipo debe dejar muy tranquilas a las empresas que hacen estos productos, en la medida en que difícilmente los financiarían si llevasen a cabo sus objetivos. Sin duda este objetivo a veces de algunas empresas de blanquear sus resultados, haciendo algún tipo de pequeñas acciones que no ponen en peligro la cartera de negocios, también se ha de cambiar.

Algunos Estados como Francia o Italia, pero también como México o Chile, ya han puesto en marcha impuestos elevados sobre productos edulcorados con tal de reducir su consumo. El caso de la Generalitat de Catalunya, si el presupuesto de 2017 se aprueba, va también en este sentido. La Comisión Europea por su parte está decidida a trabajar en esta línea, y ha elaborado un proyecto de reglamento que obligará a detallar el contenido de azúcar, sal y grasas de un producto en su parte frontal y en un tamaño de letra legible. En el Estado español de momento nos hemos conformado con el Plan Havis, con las contradicciones que antes les comentaba. Me parece que estamos a tiempo de hacer una acción decidida, con una política de año tras año, para acabar con el sobrepeso y obesidad infantil o si no seguirá aumentando y la responsabilidad compartida también será nuestra.

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

El único grupo enmendante es Ciudadanos. Por tanto tiene la palabra el señor Igea.

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

He de anunciarles que hemos llegado a una enmienda transaccional. Ya le he pedido, por favor, al señor Olòriz que no se lo comunique al hermano Rufián.

El señor **OLÒRIZ SERRA**: Ni usted al hermano Rivera. **(Risas)**.

El señor **IGEA ARISQUETA**: Pero es verdad que es un problema global de salud. La obesidad infantil en nuestro país supone las siguientes cifras. Hay un 18% de niños que tienen sobrepeso y además otro 9% más de niños obesos, es decir, uno de cada cuatro tiene problemas de sobrepeso. Estamos en los niveles más preocupantes de OCDE. Es un asunto vital de política de salud pública, es mucho más importante y nos jugamos mucho más en esto que en infraestructuras o en hospitales. Nos enfrentamos a una epidemia de diabetes y de enfermedad cardiovascular en un futuro no muy lejano. Esto no lo digo yo, lo dice *Circulation*, la primera revista de medicina cardiovascular del mundo, que recomienda tomar medidas urgentes contra esta epidemia que va a suponer un elevadísimo coste en vidas y en gasto presupuestario en los futuros años. Por tanto se trata de un auténtico tsunami, y no solo de un aumento de la mortalidad —que sería suficiente—, sino de limitaciones para nuestros hijos en un futuro.

Nosotros creemos que las políticas de lucha contra la obesidad son políticas de 360 grados; no se deben limitar solamente al etiquetado, a los impuestos o a una medida coyuntural. Deben ser medidas que incluyan hábitos saludables, deporte en la infancia, comedores escolares, publicidad, campañas de salud pública, y evitar la vergüenza de que no solo el plan al que se ha referido el señor Olòriz, sino que muchas sociedades científicas o médicas avalen alimentos no saludables. Hay que acabar con esto; nos jugamos mucho en esta partida.

Por todo ello hemos incluido también algo que para nosotros es muy importante, que es la necesidad de evaluar las políticas públicas. Tenemos que introducir un plan, pero también tenemos que evaluar de manera periódica cómo van nuestros índices de obesidad, comunidad por comunidad, centro por centro, porque son muy diferentes. Es muy diferente el índice de obesidad que hay, por ejemplo, en Canarias al que hay en comunidades como Aragón o Cantabria, porque estamos hablando de diferencias de diez puntos. Y los datos de mortalidad asociada a diabetes arrojan que es diez veces mayor en Canarias, por ejemplo, que en Cantabria. Por ello la coordinación autonómica es muy importante así como la evaluación de resultados. Apoyaremos por tanto la propuesta de Izquierda, en los términos de la enmienda

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 51

24 de noviembre de 2016

Pág. 28

transaccional, y solicitamos al resto de los grupos que sean conscientes de la importancia de esta política y que voten también a favor de dicha propuesta.

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

Grupos no enmendantes. Grupo Mixto. (**Denegación**). Grupo Vasco (PNV).

El señor **AGIRRETXEA URRESTI**: Gracias.

Intervengo muy brevemente para decir que apoyaremos la proposición que ha presentado Esquerra Republicana. Nos parece que es una situación muy complicada la que se está viviendo ahora, sobre todo en esta tesitura, en colegios, en chavales que ya han obviado las meriendas oficiales que en nuestra época nosotros hemos tenido. Entonces no sé si decían que eran muy buenas, pero se ha demostrado que al final, gracias a ello, hemos crecido mejor y más hacia arriba que hacia los lados. Pero independientemente de esto estamos en una situación en la que deberíamos de hacer algo, y estoy totalmente de acuerdo con la propuesta que ha traído Esquerra Republicana.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Por el Grupo Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea.

La señora **DE LA CONCHA GARCÍA-MAURIÑO**: También estamos de acuerdo. Y no solo eso, sino que nos gustaría que el tema de la alimentación, que es un tema eminentemente político, se pusiera en el centro de la vida política, porque se va tirando del azúcar —que es lo que se traía aquí— y van saliendo todos los temas habidos y por haber. Ahora mismo comer curiosamente es lo que más enferma y además cada vez más. A lo mejor tiene que ver con que a veces comemos Bayer y a veces comemos Monsanto, es decir, a lo mejor la obesidad y la globalización galopan juntas, van al mismo tiempo y se desarrollan de una forma paralela. Cada vez es más barato comer porquería; cuanto peor es el producto más barato es, con lo cual cada vez hay más diferencia entre familias bien alimentadas y familias mal alimentadas. Ya sabemos que los índices de pobreza afectan sobre todo a niños, niñas y a mujeres, especialmente a aquellas que los crían solas. Pues ya sabemos a quién van a afectar más todas las enfermedades derivadas de esta política alimentaria demencial. Hay países como Francia o Italia que ahora parece que están despertando, y están poniendo un impuesto especial que grave la comida basura, pero aún es todo muy ambiguo. El reglamento de la Unión Europea de 2006 sigue sin desarrollarse, y en España la regularización del etiquetado todavía deja muchísimo que desear. Se puede usar casero, natural, etcétera, un poco sin ton ni son. Dicen todos los informes que el sobrepeso ha pasado a ser una epidemia, y en edad infantil en España, entre sobrepeso y obesidad, las cifras llegan casi al 50%; la incidencia de la diabetes en niños y niñas es muy alta y va creciendo año tras año. Sabemos que esto tiene una raíz alimentaria y de falta de ejercicio, lo cual también tiene que ver a su vez con una política urbanística completamente salvaje, no teniendo espacio los críos para estar por ahí; nos meteríamos por otro lado, pero también llegaríamos a lo mismo. Hoy en día hay azúcar escondido no solo en las cosas que la gente identifica como dulces, como cosas con azúcar, sino en salsas, hamburguesas o embutido, y cuanto peor es la calidad, más azúcar tienen, que es un gran conservante.

Esta alimentación de niños y niñas modifica también su paladar, con lo cual estas personas, cuando sean adultas, tenderán a seguir comiendo mal, porque querrán tener ese sabor que conocieron en su infancia, como nosotros añoramos otros sabores, que como alguien decía hace un momento por lo visto eran mucho menos perjudiciales. En España curiosamente en atención primaria no tenemos nutricionistas, como en muchos países de la Unión Europea.

El señor **PRESIDENTE**: Señora De la Concha, vaya concluyendo.

La señora **DE LA CONCHA GARCÍA-MAURIÑO**: No me da tiempo a seguir. Quería hablar también de la publicidad, de la que han hablado los compañeros, pero vamos a apoyar todo esto, aunque como un comienzo para seguir abundando en este tema, que es muy importante.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora De la Concha.

Antes de dar la palabra al Grupo Socialista, les pediría a los grupos «transantes» que cuanto antes nos hicieran llegar el texto acordado a la Mesa.

Tiene la palabra el Grupo Socialista.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 51

24 de noviembre de 2016

Pág. 29

La señora **GUINART MORENO**: Gracias, presidente.

Señorías, una alimentación inadecuada reporta a medio plazo problemas de salud. Cada vez somos, al menos sobre el papel, más conscientes de ello. Aun así la falta de información sobre lo que comemos y los malos hábitos adquiridos nos sitúan en un puesto más que preocupante en cuanto a problemas de salud, como la obesidad, y especialmente la obesidad infantil. Uno de cada seis adultos en España es obeso y más del 50% presenta en alguna medida sobrepeso, y además un 26% de los niños y un 24% de las niñas tienen sobrepeso —uno de cada cuatro, como ya se ha dicho—. La presencia de un exceso de ciertos componentes, entre ellos el azúcar, en los alimentos y productos que consumimos es uno de los factores desencadenantes de lo que se ha dado en llamar la epidemia del siglo XXI. Así lo reconoce la Organización Mundial de la Salud, la OMS, que propone que la industria alimentaria desempeñe un papel importante en la promoción de dietas sanas, reduciendo el contenido de grasa, de azúcar y sal en los alimentos procesados y limitando la comercialización de alimentos ricos en azúcar, sobre todo los alimentos destinados a niños y niñas así como a adolescentes. La obesidad y el sobrepeso exponen a quienes los padecen a mayores riesgos de salud, entre ellos el de padecer diabetes, esa enfermedad que en su tipo 1 —el que se da con mayor frecuencia en niños y jóvenes— afecta en España a 29.000 menores de quince años, y se dan 1.100 nuevos casos cada año. La diabetes supone 17.630 millones de euros en gastos indirectos, por absentismo laboral, jubilaciones anticipadas o gastos sociales, y otros 5.500 millones de euros en gastos directos, esto es, en tratamientos y hospitalizaciones; 25.000 españoles mueren cada año a causa de la diabetes.

No estamos hablando pues, señorías, de algo baladí; debemos empezar no solo a tomar conciencia, sino a actuar para atajar estos problemas en buena parte derivados de una inadecuada alimentación. Hace ya diez años, siendo ministra de Sanidad y Consumo la socialista Elena Salgado, se impuso desde el Gobierno la Estrategia NAOS para invertir la tendencia de la obesidad en España; una estrategia que abarcaba aspectos como la nutrición, la actividad física y la prevención, y en la que la Agencia Española de Seguridad Alimentaria contó con la colaboración de distintos sectores sociales, administraciones públicas, expertos independientes, empresas del sector de la alimentación y asociaciones. Entre las acciones de la Estrategia NAOS destacaba el control de las máquinas expendedoras de bebidas y alimentos en los colegios, que comportan el riesgo de que niños y niñas abusen del consumo de productos con alto contenido energético, pero un bajo valor nutricional. A ello también hace referencia la iniciativa de Esquerra.

En la evaluación de la Estrategia NAOS realizada años después, en 2015, se destacaba como uno de los retos a alcanzar el de conseguir compromisos más específicos con sectores de la alimentación y bebidas y otros sectores estratégicos y complementarios. Hay mucho que avanzar en este campo, y hay que comenzar por saber qué es lo que estamos ingiriendo. Eso nos lo revela el etiquetado de los productos que adquirimos y consumimos. Por ello es necesaria una mayor y mejor información por parte de los fabricantes. Y hay que continuar con las campañas de educación y concienciación para una dieta equilibrada.

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

La señora **GUINART MORENO**: Voy acabando. Un control de qué, cómo y cuándo se publicitan determinados productos, sobre todo cuando los mensajes van dirigidos a los menores. Por nuestra parte ya hemos registrado una iniciativa que solicita una nueva estrategia nacional en diabetes. Entre sus propuestas, establecer la obligación de incluir el índice glucémico en el etiquetado de los alimentos.

Por todo lo anteriormente expuesto, apoyaremos esta proposición no de ley o la transaccional que se presentará, porque amplía las medidas inicialmente propuestas...

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Guinart. Ha concluido su tiempo.
Por el Grupo Parlamentario Popular, señora Romero.

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

Señoras y señores diputados, para explicar el posicionamiento de mi grupo he dividido la iniciativa en dos grandes bloques. El primero tiene que ver con los apartados 1, 2 y 4 del texto. Habíamos intentado pedir votación separada; somos conscientes de que, al haber un texto transaccional, no es posible. En el contenido del resto de los puntos estamos plenamente de acuerdo, y en los puntos 1, 2 y 4 no lo podemos estar, y explico el porqué. Estos puntos instan a iniciar las iniciativas legislativas pertinentes, y con respecto

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 51

24 de noviembre de 2016

Pág. 30

a ello quiero aclarar que España, como Estado miembro de la Unión Europea, tiene que aplicar directa y obligatoriamente y en todos sus elementos el Reglamento 1169/2011, de 25 de octubre, sobre la información alimentaria facilitada al consumidor; desde el 13 de diciembre de 2014 es aplicable en España, a excepción de las disposiciones relativas a la información nutricional, que lo serán a partir del 13 de diciembre de 2016, y creo que quizá eso, no haber entrado en vigor, es lo que ha llevado a insistir en el *petitum* de esta proposición no de ley. En fin, una norma que obliga a detallar el contenido de energía, grasa, grasa saturada y carbohidratos, con referencia específica a los azúcares, proteínas y sal por 100 mililitros o gramos o por cantidad diaria recomendada, así como los alérgenos de envasados y no envasados; aclarar responsabilidades en materia de etiquetado; recoge la ilegibilidad de las etiquetas, precisamente como propone la proposición no de ley, que es una de las primeras demandas de los consumidores, con un tamaño mínimo de letra de 1,2 milímetros para las menciones obligatorias. También existe otro Reglamento, el 1924/2006, sobre declaraciones en etiquetados que sean falsas, ambiguas o engañosas, debiendo basarse fundamentalmente, como exige la PNL, en pruebas científicas generalmente aceptadas. También está el Reglamento 2283/2015, del mes de noviembre, que ha incorporado todas estas medidas a los nuevos alimentos comercializados, incluidos los de terceros países.

En definitiva, ¿estamos o no estamos en la Unión Europea? ¿Sus reglamentos son directamente aplicables o no? Aquí estamos dentro de la Unión Europea y nosotros apostamos por la libre circulación de bienes y servicios; hay otros que están por las fronteras, que no están por Europa, y nosotros sí; nosotros creemos que no debemos hacer derechos nacionales parcheados en la Unión Europea, porque la calidad, la seguridad, la libre circulación de los bienes y servicios es algo fundamental para los que pertenecemos al club europeo y no queremos hacer minimercados; otros están en otras cosas. Nosotros estamos de acuerdo con el resto, es algo que se está haciendo a través de la Estrategia NAOS, como ya ha comentado la compañera, en coordinación con las comunidades autónomas, en esas competencias en las que hay veces que nos ponemos muy respetuosos en ese currículum oculto a defender y otras no.

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

La señora **ROMERO RODRÍGUEZ**: Nosotros, si hubieran quitado esos puntos sobre iniciativas legislativas que ya existen, votaríamos a favor; de otra forma no podemos.

— SOBRE LA PROMOCIÓN DE UN PACTO DE ESTADO POR LOS SERVICIOS SOCIALES. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/000787).

El señor **PRESIDENTE**: Siguiendo punto del orden del día, proposición no de ley del Grupo Parlamentario Popular, sobre la promoción de un pacto de Estado por los servicios sociales.

Tiene la palabra la señora Valmaña.

La señora **VALMAÑA OCHAÍTA**: Gracias, señor presidente.

Tomo la palabra en nombre de mi grupo parlamentario para presentar la proposición no de ley que tiene como objetivo la promoción de un pacto de Estado por los servicios sociales. Decía Edmund Burke que toda clase de gobiernos, y en realidad cualquier provecho y satisfacción, cualquier virtud y cualquier acción prudente, está basada sobre compromisos y pactos. Esta ha sido la intención del Grupo Popular al plantear esta proposición no de ley, que todos los grupos políticos sin excepción y sin exclusión puedan partir de la libertad absoluta de planteamientos, sin más cortapisas ni condiciones que el respeto al marco constitucional para alcanzar un acuerdo que favorezca el bien común. Y ello porque lo que se plantea es el provecho y satisfacción de todos los españoles porque el pacto que aquí hoy proponemos afecta a varias cosas, todas ellas de gran importancia y todas ellas necesarias o, mejor, imprescindibles, si queremos que esta XII Legislatura sea la del protagonismo de los españoles y el protagonismo de la política y no el protagonismo de los políticos.

Esta proposición no de ley además se enmarca hoy en una Comisión en la que se han planteado dos iniciativas por parte de dos grupos parlamentarios, el PSOE y el Partido Popular, que responden a muy diferente filosofía. Me atrevería a decir que en el fondo de las materias que se incluyen en las propuestas de ambos, también en las del Partido Socialista, muchas de ellas podrían ser acordadas con una gran facilidad, otras con mayor dificultad, pero también objeto de acuerdo y otras, posiblemente aquellas que no tienen un objetivo más basado en el bien común, sino más de tipo partidista, puede que no llegaran a buen fin. Pero la cuestión, como decía, es de filosofía. El Grupo Socialista ha planteado una propuesta

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 51

24 de noviembre de 2016

Pág. 31

interesante, pero de forma parcial, anticipando una posición estratégica. El Partido Popular se pronuncia, propone un gran acuerdo buscando en este acuerdo el núcleo de la solución. Creemos firmemente que hay margen para mejorar porque, a diferencia de lo que otros parecen pensar, consideramos que el Partido Popular no es el único y exclusivo administrador de la verdad y del acierto, como a veces parece que hacen otros grupos políticos. Por todo esto, quiero recordar las palabras del presidente Suárez cuando decía, como gran referente que es de los pactos integradores, que el diálogo es, sin duda, el instrumento válido para todo acuerdo, pero en él hay una regla de oro que no se puede conculcar, no se debe pedir ni se puede ofrecer lo que no se puede entregar porque en esa entrega se juega la propia existencia de los interlocutores.

El simple hecho de proponer este pacto de Estado en una materia tan sensible considero que significa un paso importante en este camino y espero de todo corazón que sus señorías lo acepten porque se trata de destacar lo que nos une, el mínimo común denominador que los partidos políticos, la Administración del Estado, las comunidades autónomas, el tercer sector, los agentes sociales, en definitiva, todos los que tienen una propuesta y un enfoque que aportar deben contribuir desde el respeto al marco competencial que nuestra Constitución consagra al acuerdo que suponga trabajar unidos para conseguir la prestación de unos servicios sociales básicos de calidad, así como garantizar el acceso a los mismos en condiciones de igualdad.

Es necesario avanzar y profundizar en las diferentes vías de colaboración entre el Gobierno de España y las comunidades autónomas en la apertura de diferentes vías por las que, reconociendo la diversidad existente fruto de la distribución competencial consagrada en la Constitución, sea posible la consecución de una mayor coherencia y consenso en todo el territorio español. Por eso es imprescindible mantener la colaboración con otras administraciones a través de sistemas de financiación que permitan la sostenibilidad del sistema de prestación de los servicios sociales en todo el territorio y la igualdad en el acceso de todos los españoles a estos servicios. Créanme, no tendría sentido este pacto de Estado si del mismo se excluyera el estudio de una financiación adecuada.

Estamos ahora en una situación muy diferente a la que nos encontramos en 2011 y estoy de acuerdo en que de este pacto de Estado la cuestión de la financiación no solo no se puede sustraer, sino que se convierte en un elemento fundamental en ese camino para lograr la igualdad de todos los españoles. Insisto en que podemos llegar a un acuerdo. Quiero destacar en este campo el hito que supuso fruto de la colaboración entre el Gobierno y las comunidades autónomas a través del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia la aprobación del catálogo de referencia de servicios sociales. En este catálogo se reúnen por primera vez en un único documento las prestaciones a las que pueden acceder las personas en el conjunto del territorio, con independencia de la entidad que los preste, su forma de provisión, de si están o no garantizadas por ley o sujetas a disponibilidad presupuestaria, de la administración competente, de si forman parte del propio sistema de servicios sociales de la comunidad autónoma o están incluidos en los demás sistemas de protección social. Podría seguir enumerando las muchas ventajas que presentó este catálogo.

Señorías, tuve el privilegio —me van a permitir que así lo afirme— de ser testigo de cómo se gestó ese gran acuerdo que condujo a una herramienta que hoy constituye, sin duda, el gran punto de partida para este nuevo desafío que entre todos tenemos que concretar en este gran pacto de Estado. Aquel acuerdo fue fruto del interés directo de todos los que intervinimos en el mismo desde diferentes posiciones ideológicas, territoriales, estratégicas que confluyeron, que las hicimos confluir, para dotarnos de una herramienta que hoy se contempla como fundamental para tener una idea clara de lo que hay y, por tanto, de hacia dónde queremos avanzar. En aquellas mesas se habló de todo, se negoció todo y se buscó hacer posible la propia existencia del catálogo en la que pocos creían *a priori*. Este acuerdo se alcanzó porque todos los que participamos lo creímos posible, porque buscábamos el acuerdo y lo que nos unía, porque la letra pequeña se estudió y se valoró en la Mesa y no en condiciones previas ni líneas rojas que buscaban una coartada a una ventaja estratégica.

Hemos dado muchos pasos, señorías, y creo que hemos señalado bien el camino a seguir, porque creo firmemente que a todos nos une el mismo objetivo de fortalecer los pilares sobre los que se asienta nuestro Estado del bienestar y mejorar la calidad, cobertura, implantación territorial, cartera de servicios y transparencia de los servicios sociales y porque creo también que lo que nos une es el bien común de los españoles, por todo esto, porque lo creo, pido a sus señorías el voto favorable a esta proposición no de ley.

Muchas gracias.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 51

24 de noviembre de 2016

Pág. 32

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

Corresponde el turno a los grupos enmendantes. Empezamos por el Grupo Confederal de Unidos Podemos. Tiene la palabra la señora Marcello.

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

Felicitemos la propuesta que nos trae el Grupo Popular, pero no salimos de nuestro asombro viendo que el mismo grupo proponente que nos trae la proposición no de ley hoy es el mismo que ha estado gobernando durante estos últimos años y hemos visto cómo ha iniciado un desmantelamiento del cuarto pilar del Estado como son los servicios sociales. No lo ha hecho solo con los servicios sociales, sino que lo ha hecho con la educación, con la sanidad y con la Seguridad Social. Fruto de esa gestión observamos el aumento de las personas en riesgo de pobreza, llegando a ser un 28,6% y no lo decimos nosotras, señorías, lo dice el informe Arope de la Red europea contra la pobreza. Hemos observado un aumento de la pobreza severa. Vemos cómo uno de cada tres niños y niñas en nuestro país está en riesgo de pobreza. Vemos cómo la pobreza tiene rostro de mujer y cómo la pobreza energética es una realidad palpable y sangrante en nuestro país. Hemos tenido que ver, como ya se ha dicho aquí, cómo más de 100.000 dependientes han fallecido esperando la Ley de Dependencia. Vemos una saturación en los servicios de atención primaria de servicios sociales, que los ratios del personal de servicios sociales es insuficiente y que no existe un catálogo de prestaciones estatales en materia de servicios sociales y hemos visto cómo se han iniciado procesos de privatización del sistema público de servicios sociales.

Señorías, podría seguir enumerando barbaridades sobre la gestión del Partido Popular en materia de servicios sociales, pero si de verdad, como ha dicho la diputada, lo que nos plantea es un Gobierno de diálogo y de pacto, yo le propongo que empecemos a dialogar y no nos quedemos simplemente en un brindis al sol. Si quiere dialogar, dialoguemos sobre la derogación de la Ley de racionalización y sostenibilidad de la Administración local. Empecemos a dialogar, a revertir los recortes de la financiación en materia de dependencia. Empecemos a dialogar sobre la recuperación de la financiación del plan concertado de prestaciones básicas de servicios sociales. Empecemos a dialogar sobre la reforma de la Constitución sin miedo, la reforma de la Constitución incorporando el derecho a los servicios sociales como un derecho fundamental. Si de verdad quieren diálogo, si de verdad apuestan por unos servicios sociales públicos y de garantía, no es el momento de hacer un brindis al sol. Acepten nuestras enmiendas en las que nosotros planteamos empezar a debatir también sobre la financiación, sobre los plazos, crear mecanismos de control, supervisión y coordinación y tutela de todo lo que nosotros vamos a trabajar en este supuesto pacto de Estado por los servicios sociales. Por tanto, si no nos aceptan estas enmiendas, no podremos valorar ni votar a favor de un brindis al sol, de un gran titular vacío de contenido, como han hecho en estos últimos años, haciendo un desmantelamiento de los servicios sociales públicos de nuestro país, porque nuestra posición es y seguirá siendo defender los servicios sociales públicos, la creación de una ley estatal de servicios sociales públicos y tratar a las personas como sujetos de derecho. No podemos apoyar un brindis al sol, de verdad, no podemos apoyar un titular vacío de contenido.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Hay una enmienda del Grupo Mixto. No está quien la debiera defender y, si no hay nadie que la sostenga, decae. **(Pausa)**. Por tanto, decae.

Hay una enmienda del Grupo Parlamentario Socialista. Tiene la palabra el señor Sahuquillo.

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

El Partido Popular ha roto consensos que se mantuvieron durante más de tres décadas y ha conducido al Estado del bienestar en general y al sistema público de servicios sociales en particular a un evidente deterioro de sus estructuras y de su capacidad de respuesta a los problemas de los ciudadanos. Pondré algunos ejemplos. Pues claro que hay diferente filosofía, señora Valmaña, entre el Partido Popular y el Partido Socialista, y también hay diferente compromiso. En primer lugar, desde los Presupuestos Generales del Estado se ha reducido de forma drástica la participación de la Administración General del Estado en el Plan concertado de servicios sociales. Fijense que en el momento en que se han disparado las necesidades básicas de la población, en especial de más de 8 millones de usuarios de los servicios sociales municipales, el Partido Popular ha reducido el presupuesto de 87 millones de euros que había en 2011 a poco más de 27 en 2016.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 51

24 de noviembre de 2016

Pág. 33

En segundo lugar, no contentos con eso, aprobaron la Ley de sostenibilidad y racionalización de la Administración local para privar a las entidades locales de las competencias en materia de servicios sociales. Posteriormente, de manera chapucera el secretario de Estado de Administraciones Públicas pretendió suspender la aplicación de la ley por la vía de una carta dirigida a los ayuntamientos, interpretando, según él, que su aplicación dependía de un supuesto nuevo pacto en materia de financiación autonómica. Fijese, hablan de lo que ustedes traen otra vez aquí con una enmienda transaccional: nuevo pacto de financiación autonómica, con el que llevan toda la vida. Y por si esto fuera poco, el Tribunal Constitucional dictó el pasado 8 de marzo una sentencia que declaraba inconstitucional, con la consiguiente nulidad, determinados preceptos relacionados con la prestación de servicios sociales municipales. Obviamente, la incertidumbre creada a los gestores locales y autonómicos no ha beneficiado nada el desarrollo y el funcionamiento de los servicios sociales. La situación es rocambolesca y tiene su verdadero origen en algo que el Gobierno no tuvo ningún pudor en contar, que es reducir en 3.000 millones de euros a través del Plan nacional de reformas y programas de estabilidad el presupuesto. Lo dicen así de claro, sin eufemismos, como le decir: suprimir servicios.

En tercer lugar, al mismo tiempo se producía un claro ataque a la Ley de Dependencia mediante recortes y reformas demoledoras. Nada más diré porque Elvira Ramón, mi compañera, lo ha explicado de forma muy clara.

En cuarto lugar, por ejemplo, la ausencia de coordinación y cooperación entre la Administración General del Estado y el resto de administraciones es la aprobación de leyes tanto ordinarias como orgánicas de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Avanzar en protección a la infancia es una necesidad y una obligación de los poderes públicos. Estas dos leyes podrían servir para ese fin si no fuera porque ambas incorporaban unas disposiciones finales que les leo textualmente: Las medidas incluidas en esta norma no podrán suponer incremento de gasto público ni de dotaciones ni de retribuciones ni de otros gastos de personal. Señorías, son muchas las atribuciones que tienen los servicios sociales en materia de infancia y en particular en la protección de la infancia más vulnerable, pero no es posible avanzar en la protección a la infancia sin que se movilicen los recursos necesarios. Podría seguir poniendo ejemplos de la nefasta gestión del Gobierno del Partido Popular en políticas sociales y sus perniciosos efectos para el desarrollo de unos servicios sociales de calidad y, por tanto, para la ciudadanía, pero creo que con los que he citado ya son suficientes.

La exposición de motivos de la proposición no de ley del Grupo Parlamentario Popular pone como ejemplo de la optimización de resultados cuando se diseñan políticas basadas en la coordinación efectiva entre todos los actores implicados al Plan nacional de acción para la inclusión social 2013-2016. Si este es su ejemplo a seguir, nos queda claro que no saben mucho sobre negociaciones ni pactos y todavía saben menos sobre coordinación administrativa e institucional. Permítanme decirles que coordinar no significa plasmar en un cuadro común un conjunto de medidas ya existentes, prestadas por todas las administraciones públicas. Coordinar es mucho más. Lo esencial de una coordinación política es que la unidad que se forma en el conjunto de actuaciones tenga valor añadido, ventajas y sinergias respecto a la prestación aislada, algo que no han logrado en absoluto con el Plan nacional de acción para la inclusión social.

Al grupo parlamentario que apoya al Gobierno le digo lo siguiente. Su Gobierno ha atacado, debilitado, recortado y deteriorado los servicios sociales, ha roto consensos, ha expulsado a personas del sistema, ha desatendido a los más vulnerables en el peor momento. Las corporaciones locales, centrales sindicales, organizaciones, mareas, plataformas y, en definitiva, quienes están detrás de todas ellas, las personas, han salido a la calle a reclamar sus pisoteados derechos y ustedes han mirado durante cinco años para otro lado. ¿Y ahora vienen a reclamar un pacto de Estado? Claro, es que ya no tienen los 186 diputados. Por eso en todas las comisiones que se están celebrando estos días el Grupo Parlamentario Popular está planteando pactos de Estado.

Como Grupo Parlamentario Socialista, nuestro objetivo es la consolidación de un sistema público, universal, gratuito, equitativo y de calidad de servicios sociales como el cuarto pilar del Estado del bienestar, capaz de hacer efectivo el derecho de acceso a la ciudadanía a un conjunto de servicios sociales que garanticen protección social a todas las personas que vivan en España, un sistema de servicios sociales sostenible desde el punto de vista social, asistencial, profesional y financiero, un sistema que sea considerado como una inversión y no como un gasto, que es lo que para el Partido Popular suelen ser los servicios sociales.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 51

24 de noviembre de 2016

Pág. 34

El señor **PRESIDENTE**: Señor Sahuquillo, tiene que ir concluyendo.

El señor **SAHUQUILLO GARCÍA**: Termino en veinte segundos.

Dada la distribución competencial de esta materia, somos conscientes de que para lograrlo es necesario el compromiso efectivo de todas las administraciones públicas. Estamos de acuerdo con la necesidad de fortalecer la coordinación y de un pacto de Estado de servicios sociales, pero su propuesta no es seria si no son capaces de acompañarla de un compromiso que devuelva al sistema sus recortes. Por eso hemos presentado una serie de enmiendas que mejorarían lo que ustedes pretenden.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señor Sahuquillo. Su tiempo ha concluido.

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

El señor **PRESIDENTE**: Turno para los grupos no enmendantes. En primer lugar, tiene la palabra el Grupo Vasco, PNV.

El señor **AGIRRETXEA URRESTI**: Gracias, señor presidente.

Voy a intervenir muy brevemente. Nosotros no somos muy dados a los términos pacto nacional de pacto de Estado de, que parece que se han puesto de moda últimamente. Esto no es de ahora, sino que sea quien sea el que haya estado gobernando nunca nos han gustado esos términos, entre otras cosas porque los que proponen el concepto de Estado o lo que entienden por pacto de Estado o por pacto nacional seguramente difiere bastante de lo que nosotros entendemos, no por el sustantivo pacto, sino por lo que se refiere a Estado o nacional. Dicho esto, creo que detrás de ello siempre hay una política que entiende que, independientemente de que la colaboración o lo que ellos entienden por cooperación o coordinación con las comunidades autónomas, existe una especie de pirámide en la cual el Estado siempre está por encima en cuanto que es una especie de madre que sustenta a los demás, que son los que después deben ejercer, pero en materia transferida no hay verticalidad. En materia transferida la política es horizontal, incluso transversal en más de una ocasión.

Por otro lado, aparte de estar de acuerdo en que cuando han estado gobernando con mayoría absoluta han entendido de otra manera y ahora ven la realidad con otros ojos, los ojos con los que se ve la realidad, creemos que quizá habría que plantear otra serie de políticas y dejar hacer a quien lo hace bien y exigir a quien no lo hace en vez de tener que meter a todos en un mismo saco, bajo ese paraguas de pacto nacional, porque me da la sensación de que el recorte vendría por debajo en vez de por arriba. Como a nosotros no nos gustan estos conceptos, preferiremos abstenernos en esta proposición.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Por el Grupo Parlamentario de Esquerra tiene la palabra el señor Olòriz.

El señor **OLÒRIZ SERRA**: Indudablemente, nos encontramos con un problema de confianza. Un partido que ha gobernado con mayoría absoluta difícilmente nos puede pedir que la confianza no se base en el cambio de aquello que consideramos una mayoría que no se ha hecho bien. Puede que presentar hoy un pacto aquí sea empezar la casa por el tejado. En primer término, será clave la reunión de la ministra con las consejeras y consejeros de servicios sociales, ver qué cambiará, qué propuestas hay y si realmente hay propuestas que transforman profundamente aquello que mayoritariamente se ha hecho mal a lo mejor el pacto será posible. En una competencia exclusiva la buena fe entre las partes, el Gobierno del Estado y el Gobierno de la comunidad autónoma, se ve en los proyectos compartidos, en los programas compartidos. El otro día la consejera de *serveis socials i treball* de la Generalitat me decía que desde 2008 de los dieciséis programas sociales cofinanciados diez han desaparecido. De dieciséis, diez. Nos encontramos, por tanto, con un problema grave de confianza; a ver si es verdad que esta nueva etapa nos permite rehacer puentes que hoy por hoy están rotos.

A pesar de los intentos que he visto de la ponente de encontrar un texto, me parece que aún estamos alejados. En este sentido, nuestro voto no puede ser favorable, pero dejamos la perspectiva de los próximos meses para ver si podemos hacer algo que es imprescindible. Es cierto que en temas tan importantes como educación, salud o servicios sociales tiene que haber un consenso amplio para que no se cambien las reglas del juego cada cuatro días. Ustedes han de aprender de los errores; una mayoría

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 51

24 de noviembre de 2016

Pág. 35

absoluta no sirve para cambiar las reglas del juego, porque, si se cambian las reglas del juego, una nueva mayoría las volverá a cambiar. Aprendamos de lo que hemos hecho e intentemos hacerlo mejor.

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

Por el Grupo Parlamentario Ciudadanos, tiene la palabra la señora Martín.

La señora **MARTÍN LLAGUNO**: Gracias, señor presidente.

Señorías, la falta de una cartera de servicios sociales básicos que deban cubrirse en todo el territorio está generando importantes situaciones de inequidad y de exclusión social que profundizan en una ya complicada situación en la que se encuentran numerosos ciudadanos.

Avanzo ya que la posición de Ciudadanos con relación a esta proposición no de ley va a ser positiva, porque nosotros creemos firmemente que es urgente avanzar mediante el diálogo y el acuerdo en una mayor armonización del sistema de servicios sociales para la cohesión y la equidad. La promoción de un pacto de Estado nos parece una buena herramienta. Animamos a que aquellas fuerzas políticas que no estén dispuestas a promover la equidad y la solidaridad en estos aspectos para todos los ciudadanos, con independencia del territorio en el que vivan, lo digan públicamente a la gente.

Dicho esto, queremos subrayar que esta propuesta no se puede quedar en eso, en una mera idea, y que nosotros vamos a trabajar para que el Partido Popular, imbuido en un espíritu prenavideño, con una carta a los Reyes Magos, no deje esta PNL en eso, en una simple carta a los Reyes Magos, y haga que la mejora del sistema de servicios sociales sea una realidad, como se ha comprometido con nosotros, porque sinceramente, señores del Partido Popular, su pasado no les avala. La memoria es lábil y es bueno recordarles que en estos últimos años no solo han herido de muerte a la Lapad con el decreto de 2012, sino que también han infrafinanciado el plan concertado, han puesto en marcha la Ley 27/2003, de racionalización de la Administración local, que ha quitado competencias a la administración de cercanía, y un largo etcétera.

Según su discurso, parece que están haciendo propósito de enmienda y nosotros nos alegramos mucho por ello. Por eso, más allá de apoyar este pacto por los servicios sociales, les encomendamos a que, tal y como se han comprometido con nosotros, elaboren con urgencia una ley básica en el ámbito nacional que garantice con carácter uniforme para toda España unas prestaciones comunes, promueva la coordinación y el refuerzo de las ayudas, rentas y prestaciones sociales estatales con las autonómicas impulsando la transparencia, complementariedad y la potenciación de la eficacia, implante la tarjeta social que permita conocer a cada individuo las prestaciones y asistencias sociales de las que se beneficia por parte de las diferentes administraciones públicas y fortalezca de verdad el sistema de atención a la dependencia con una gestión más ágil y un mayor énfasis en la prevención y dotación de recursos.

Muchas gracias.

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

— SOBRE LOS FONDOS DE COHESIÓN Y GARANTÍA ASISTENCIAL SANITARIA CON EL FIN DE INCREMENTAR LA EQUIDAD Y CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/000864).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al 10.º punto del orden del día, que es una proposición no de ley del Grupo Parlamentario Socialista, sobre los fondos de cohesión y garantía asistencial sanitaria con el fin de incrementar la equidad y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Tiene la palabra el señor Fernández.

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

Todos los temas que hemos tratado hoy son muy importantes, y este de la financiación sanitaria lo es tanto como el resto, si no más. Estamos pidiendo la recuperación de unos fondos de financiación sanitaria que hagan posible los mandatos de la Ley General de Sanidad cuando habla de que la asistencia sanitaria pública se extendería a toda la población española en condiciones de igualdad efectiva orientándose a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales. Con ese fin la Ley General de Sanidad dice que todos los servicios y acciones sanitarias realizadas por las distintas administraciones tendrán una concepción integral de Sistema Nacional de Salud sin perjuicio de que su organización sea descentralizada. Esa igualdad de acceso no hace sino reflejar un mandato de la Constitución española en sus artículos 9 y 158. Con ese sistema integrado y también descentralizado que propone la Ley General de Sanidad,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 51

24 de noviembre de 2016

Pág. 36

buscamos garantizar la igualdad de acceso y la libre circulación de ciudadanos dentro del territorio nacional, la mejora continua de la calidad y la innovación sanitaria, la planificación y racionalización de la distribución de los recursos, el autogobierno de las comunidades autónomas y mecanismos de cooperación horizontal entre administraciones para hacer un sistema sanitario coherente, armónico y solidario.

La Ley de cohesión y calidad del año 2003 concretó algunos de estos aspectos de la Ley General de Sanidad; concretamente en el artículo 4 establece el derecho de todos los ciudadanos a recibir asistencia sanitaria en condiciones de igualdad, también cuando se encuentren desplazados fuera de su domicilio habitual, y abre la vía a una introducción de tratamientos de uso tutelado y a la creación de una red nacional de centros y servicios de referencia. Además, para facilitar estos objetivos que propone la ley, establece en su disposición adicional quinta un fondo de cohesión para garantizar esta igualdad de acceso. Este Fondo de cohesión se reguló por Real Decreto 1207/2006 y estableció cuatro grandes epígrafes de financiación: uno, el de los pacientes residentes en España que son derivados de una comunidad a otra por carecer la comunidad de origen de los recursos asistenciales necesarios; dos, la asistencia a asegurados desplazados temporalmente en España pero que tienen un aseguramiento por parte de un tercer país; tres, la financiación precisamente de estas redes, centros, servicios y unidades de referencia; y cuatro, la financiación de tecnologías y procedimientos en la modalidad de uso tutelado. Los dos primeros son un sistema de compensación de asistencia sanitaria entre comunidades autónomas o con Estados terceros, pero los dos segundos, uso tutelado y centros de referencia, se financiaban a fondo perdido desde el Fondo de cohesión.

Si bien el Fondo de cohesión supuso un avance importante en estos objetivos de la Ley de cohesión y de la Ley General de Sanidad, es verdad que dejó sin resolver el tema de la asistencia sanitaria intercomunitaria a poblaciones limítrofes o fronterizas, así como la asistencia sanitaria a la población española que se desplaza temporalmente a otra comunidad autónoma por razones cada vez más frecuentes —familiares, de trabajo, de ocio, de estudio, etcétera—. Tradicionalmente la asistencia a poblaciones limítrofes se ha resuelto de una manera más o menos tranquila, con convenios o sin convenios entre comunidades autónomas, hasta que algún Gobierno del Partido Popular ha puesto fronteras a esta asistencia sanitaria intercomunitaria. Creo que el presidente de la Comisión recordará muy bien cómo sufrimos en el País Vasco cuando él era el lehendakari el cierre del hospital de Logroño a ciudadanos del País Vasco o de Navarra, cuestión que puso sobre la mesa el problema de la resolución definitiva de este asunto de la asistencia a poblaciones fronterizas. Ayer mismo estaba en una conferencia del consejero de Castilla-La Mancha y mencionaba cómo él tiene convenios con distintas comunidades autónomas, heredados de Gobiernos regionales de Castilla-La Mancha anteriores, en las cuales en unas se compensan y en otras tienen que pagar por la asistencia que prestan a estos ciudadanos de Castilla-La Mancha. Esto demuestra que hay un enorme vacío en cuanto a la solución de esta asistencia a poblaciones limítrofes.

Por otra parte, a raíz del conflicto que hubo entre La Rioja y las comunidades autónomas limítrofes, la ministra, Ana Mato en aquel momento, se comprometió a establecer un fondo estatal para la atención sanitaria a desplazados —que, incluso, existe en las hemerotecas—, que decía que no iba a ser a costa de las comunidades autónomas, sino que sería un fondo pagado por el Estado. Y en una intervención que ella tuvo en marzo de 2012 dijo que esa misma tarde se había puesto en contacto con los consejeros de Sanidad de todas las comunidades autónomas y lo iba a resolver. Estamos hablando de hace cuatro años y medio. Esas llamadas de teléfono todavía hoy están pendientes, porque hoy el problema de la asistencia a poblaciones limítrofes sigue sin una respuesta coordinada por parte del Sistema Nacional de Salud.

También tenemos otro problema importante, que es la financiación de las innovaciones terapéuticas. Hemos asistido recientemente al conflicto y al caos que hemos tenido en la financiación de los tratamientos de hepatitis C, ya que el ministro Alfonso Alonso anunció que, si bien no iba a crear un fondo estatal para pagar los tratamientos innovadores, sí iba a ayudar financieramente a las comunidades autónomas a pagar este tipo de tratamientos, que van dirigidos a poblaciones grandes y con un coste elevado. Sin embargo, todos sabemos que no ha habido criterios explícitos porque, de hecho, el ministro Montoro...

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

El señor **FERNÁNDEZ DÍAZ**: Termino ya.

Repito, el ministro Montoro anunció que el pago del tratamiento de la hepatitis C iba a ser repercutido sobre el déficit de las comunidades autónomas. Por eso, nosotros planteamos esta proposición no de ley recuperando el Fondo de cohesión sanitaria para impulsar los objetivos originales del fondo de cohesión.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 51

24 de noviembre de 2016

Pág. 37

También queremos que se regule el FOGA de una manera rápida para resolver este problema de desplazados y atención fronteriza, y queremos también un sistema de información...

El señor **PRESIDENTE**: Señor Fernández, su tiempo ha concluido.

El señor **FERNÁNDEZ DÍAZ**: ... que permita tener transparencia sobre esas asistencias. Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias.

Pasamos al turno de los grupos enmendantes. Por el Grupo Ciudadanos, tiene la palabra el señor Igea.

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

Es evidente que existe un problema de equidad en el Sistema Nacional de Salud. Y es evidente que existe por los datos que hemos ido viendo a lo largo de toda la mañana y por las conversaciones que hemos tenido a lo largo de estos meses, con asociaciones de pacientes como Feder, o asociaciones de pacientes, los enfermos de Von Hippel-Lindau, fibrosis quística, endometriosis y, en general, pacientes de enfermedades raras. ¿Por qué? Porque los pacientes que tienen la mala suerte de adquirir una enfermedad rara y vivir en una comunidad con bajo presupuesto, o que no tiene centros hospitalarios del tamaño y la capacidad de las grandes comunidades, han visto dificultado su trasiego de una comunidad a otra al desaparecer el Fondo de cohesión y al desaparecer el Fondo de garantía y tener que facturarse las comunidades unas a otras.

No nos importa mucho qué es lo que ocurre con las comunidades autónomas; no nos importa mucho lo que ocurre con el fondo; nos importa, sobre todo, qué ocurre con los pacientes. Nuestra tarea es asegurar la igualdad de derechos de todos los españoles, y esta es una situación en la que, evidentemente, no se da una situación de igualdad de derechos. Por ello, nosotros propusimos en el acuerdo con el Partido Popular recuperar el Fondo de cohesión —que no se llama Fondo de cohesión, pero nos perdemos siempre en los debates nominales— que asegure el tratamiento de los pacientes que tienen que ser derivados a los CSUR, a los centros de referencia, y que de esta manera no se les dificulte trasladarse a esos centros, y también poder pagar los medicamentos huérfanos, los medicamentos muy caros de enfermedades raras, que cuando caen sobre una comunidad con bajo presupuesto son de más difícil acceso que cuando caen en otras comunidades. Hemos vivido ejemplos recientes, por ejemplo en Aragón, con la enfermedad de Duchenne y el Translarna, que tardaron muchísimo en aceptar el tratamiento con este medicamento huérfano, y eso añade a una familia con un niño en situación de especial gravedad, con una enfermedad mortal a los veinte o veintitantos años y bastante debilitante, la ansiedad además de que uno está siendo tratado injustamente porque ha nacido en un sitio equivocado. Esto es con lo que nosotros queremos acabar.

También hemos vivido en estos dos últimos años lo que significa para las comunidades autónomas la llegada de tratamientos irruptivos, como el tratamiento del virus C. Estos son unos tratamientos de alto coste que necesitan de una ayuda de financiación. Nosotros no somos partidarios de que las comunidades autónomas rehuyan sus responsabilidades. Es decir, no se puede ser autonomista para pedir y, luego, centralista para dar. Esto es esencial. Las comunidades tienen transferido el sistema de salud y tienen que hacerse cargo de sus pacientes estén donde estén, pero eso no quiere decir que en condiciones especiales, como hemos hablado, de enfermedades raras o de medicamentos huérfanos o en condiciones como la aparición de tratamientos irruptivos, el Estado no tenga que aportar por lo menos ayuda financiera para poder tratar a estos pacientes.

Esto es lo que nosotros planteamos y, por eso, presentamos una enmienda. La propuesta del Grupo Socialista nos parece una propuesta sensata y una propuesta meditada. Tiene algunas pegas, como las que acabo de explicar, nos gustaría llegar a una transaccional, y por ello llevamos entrando y saliendo toda la mañana. Intentaremos alcanzar una enmienda transaccional e intentaremos que sea en estos términos, pero, en ningún caso, nos opondremos a esta propuesta porque es cierto que existe un problema de financiación y de inequidad que afecta a los ciudadanos y no solo a las comunidades autónomas, que nos preocupan poco, sino a los ciudadanos que viven en esas comunidades autónomas y que nuestra ley y nuestro Estado de derecho deben garantizarles su igualdad en el acceso al sistema sanitario y las prestaciones que tiene.

Muchas gracias.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 51

24 de noviembre de 2016

Pág. 38

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Igea.
Por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana, señor Olòriz.

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

La oportunidad que me han dado los electores de estar en este Congreso sirve también, entre otras cosas, para deshacer algunos estereotipos. A un grupo como el mío le preocupa la equidad, y le preocupa profundamente. Tanto es así, que si Cataluña fuese un Estado independiente le continuaría preocupando la equidad e intentaría tener el mejor tipo de relación para asegurar que todos los españoles y los catalanes tuviésemos la mejor sanidad, el mejor medio ambiente o la mejor educación. Hoy, aquí y ahora la propuesta del Grupo Socialista nos parece buena. Tanto es así que retiramos la enmienda para que no haya ningún tipo de confusión. Nos parece útil y posible y, por tanto, también es un tipo de propuesta que nos permitirá despejar algunos malos entendidos que han generado tensiones innecesarias. Sobre buenas bases se pueden construir nuevas alternativas. Nunca hemos pensado que cuando peor, mejor. Sin duda, yo pienso que cuando mejor, también somos más generosos y, por tanto, mejor soluciones podemos encontrar.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Olòriz.
Por el Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos, la señora Botejara.

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

Durante estos últimos quince años, la relación entre los distintos Gobiernos que hemos tenido y las comunidades autónomas nos han llevado a la situación actual, que es inaccesibilidad e inequidad entre los diecisiete sistemas sanitarios que tenemos ahora mismo. Es un compartimento estanco. Estamos de acuerdo con las propuestas del Grupo Socialista. Es cierto que en los últimos años, por el abordaje de las enfermedades raras, ha habido un aumento de las unidades de referencia en todo el territorio, no solamente —como se ha comentado antes— en ciudades grandes, sino que están distribuidas por todo el Estado, con la consiguiente limitación importante de la atención a este tipo de pacientes. La solución depende de dos factores. En primer lugar, recobrar el Fondo de cohesión que se inició en la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, que tenía como objetivo garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios. Lógicamente, esto fue previo a la conclusión de las transferencias sanitarias.

Estamos de acuerdo con el marco legislativo referenciado en la propuesta: La Ley general de 1986, la Ley de cohesión y calidad 16/2003, el Real Decreto 1027/2006, de 20 de octubre y, por último, el ya famoso Real Decreto 16/2012, donde el Fondo de cohesión pasa a ser contemplado como Fondo de Garantía Asistencial con carácter extrapresupuestario. Voy a dar algunas cifras. En los últimos años, los 150 millones asignados han ido disminuyendo paulatinamente. Así, en el año 2012 estábamos en 93 millones para el fondo de cohesión; en 2013, estábamos en 36 millones; en 2014, en 22 millones hasta llegar a los 2,3 millones en 2015 y cero euros en 2016 dada la situación actual. La alternativa que dio el Gobierno evidentemente no ha funcionado, todo lo contrario. Nos queda otro factor importante que es el consejo interterritorial. El último acuerdo que sobre este tema se alcanzó en el consejo fue el 26 de noviembre de 2008, donde se decidió que la derivación de pacientes se realizaría siempre a través del sistema de información del Fondo de cohesión. Para nuestro sistema sanitario es clave el funcionamiento del consejo interterritorial, un reto difícil para la ministra actual dada su situación de persona ajena al mundo sociosanitario.

Todos los partidos políticos recogen en sus programas la sanidad pública, universal, accesible y equitativa, pero ahora empezaremos a ver qué de realidad hay en ello. Nosotros votaremos a favor, si bien solicitamos un instrumento de control y seguimiento de este proceso.

Muchas gracias.

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

El Grupo Parlamentario Popular también ha presentado enmienda, por lo tanto tiene el uso de la palabra el señor De Arriba.

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

Señorías, si bien es cierto que a partir de la Ley de Presupuestos Generales del Estado para el año 2013 el Fondo de Cohesión Sanitaria pasó a compartir la naturaleza extrapresupuestaria del Fondo de Garantía Asistencial, del FOGA —que ha supuesto un cambio de procedimiento de liquidación y compensación para las comunidades autónomas—, no es menos cierto que no lo ha sido respecto de los criterios para el acceso a la atención sanitaria de los pacientes derivados entre comunidades autónomas

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 51

24 de noviembre de 2016

Pág. 39

cuando la región de origen no dispone de los servicios o recursos adecuados para ello o requiere para su tratamiento un alto grado de especialización humana y técnica. De igual forma, tampoco se ha dejado de compensar a las comunidades autónomas por la atención a asegurados desplazados a España en estancia temporal con derecho a asistencia a cargo de otro Estado, gestionado por el INSS y asumiendo los criterios establecidos en el Real Decreto 1207/2006.

A tenor del acuerdo suscrito con Ciudadanos de ciento cincuenta compromisos para mejorar España, hemos elaborado una enmienda de modificación donde se explicita que para asegurar la movilidad geográfica de los pacientes dentro del territorio nacional se creará un fondo sanitario que permita que los centros, servicios y unidades de referencia y los medicamentos huérfanos se financien con cargo a dicho fondo, de tal manera que se eviten las inequidades de acceso a tratamiento. Las decisiones de traslado a CSUR o de tratamiento con medicamentos huérfanos se tomarían por comités clínicos independientes, sin cargos de libre designación. Señorías, en relación con el impulso en la acreditación de los CSUR —en particular para aquellas enfermedades de especial significación por tratarse de enfermedades raras o de especial complejidad en su diagnóstico o tratamiento—, el Ministerio de Sanidad viene trabajando en esta línea y se conoce sobradamente el proyecto CSUR del Sistema Nacional de Salud, por lo que entendemos que más que impulsar la acreditación, que tan solo es una parte del proceso, lo que se debe de impulsar es la designación de los mismos.

Los avances introducidos en la gestión sanitaria han permitido que la combinación de las medidas en materia farmacéutica, así como el ahorro conseguido, generado por medicamentos genéricos, biosimilares y revisiones de precios, haya compensado largamente los incrementos derivados de la innovación farmacológica. Es más, se han garantizado la incorporación de nuevos tratamientos innovadores para pacientes, tanto oncológicos como biológicos. En concreto, los doscientos medicamentos innovadores autorizados desde 2012 hasta mediados de este año nos sitúan en la media de aprobación de otros países europeos. Esta incorporación se produce sin que la factura farmacéutica total aumente y ponga en peligro la sostenibilidad del sistema. Las claves de este resultado son un análisis presupuestario preciso y prudente, un desarrollo de fórmulas de financiación *ad hoc* para medicamentos con alto potencial de impacto, techos máximos de gasto, sistema de riesgo compartido y un sistema competitivo vía agrupaciones homogéneas y precios de referencia. Señorías, si queremos hablar de modelo de financiación autonómica, hagámoslo, y si tenemos que realizar reformas, dialoguemos y trabajemos en ello.

Señoras y señores diputados, el proyecto de real decreto por el que se regula la gestión del FOGA y se modifica el Real Decreto 1207/2006, por el que se regula la gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria, ha superado ya el plazo del trámite de audiencia previsto en el artículo 24.1.c) de la Ley 50/1997, del Gobierno, y se han recabado las alegaciones de las comunidades autónomas y demás organizaciones a las que fue sometido el texto del proyecto. A fecha de hoy se están valorando dichas alegaciones para su posible incorporación al texto del proyecto del citado real decreto. El FOGA es una herramienta que tiene por objeto garantizar la equidad. El FOGA es una herramienta que tiene por objeto garantizar la cohesión. Es la primera vez que las comunidades autónomas reciben compensación por la prestación farmacéutica prescrita y dispensada en otra comunidad autónoma con efecto retroactivo desde el año 2012 y también por la prestación de asistencia en atención primaria, en ambos casos independientemente de la duración de desplazamiento de los pacientes. Nunca se había hecho hasta ahora, ningún Gobierno socialista había adoptado medidas. Se ha procedido a la compensación a las comunidades autónomas que arrojan saldo positivo mediante el reparto porcentual del fondo extrapresupuestario, según lo establecido en la disposición 71 de la Ley General de Presupuestos Generales del Estado para el presente ejercicio. Entendemos plausible aprobar en un plazo no superior a seis meses el real decreto por el que se regula la gestión del Fondo de Garantía Asistencial con el fin de facilitar y eliminar las barreras existentes en la asistencia a personas desplazadas temporalmente de sus domicilios y poblaciones limítrofes, que reciben asistencia sanitaria de manera planificada en una comunidad autónoma diferente a la de su residencia. Asimismo, consideramos necesario promover a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud la utilización conjunta de los recursos asistenciales de alta complejidad o alto coste por parte de las distintas comunidades autónomas, de manera que aumente la eficiencia global en el uso de dichos equipamientos y servicios, así como la calidad o resultados clínicos al lograrse un mayor volumen de atenciones.

Concluyo. Actualmente, tanto la información del Fondo de Cohesión Sanitaria como la del Fondo de Garantía Asistencial se recogen en dos sistemas de información plenamente operativos denominados Sifco y Sifos. Señorías, después de garantizar la sostenibilidad del sistema en el ámbito de la sanidad,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 51

24 de noviembre de 2016

Pág. 40

este grupo parlamentario considera que tenemos que seguir avanzando por dicha senda, afianzando y mejorando nuestro Sistema Nacional de Salud.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor De Arriba.

A continuación, grupos sin enmiendas. ¿Grupo Mixto? **(Pausa)**. ¿Grupo Vasco del PNV? **(Pausa)**.

— RELATIVA A LA SUPRESIÓN DE LA PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA A LAS PERSONAS QUE PERMANEZCAN FUERA DEL ESTADO ESPAÑOL DURANTE MÁS DE 90 DÍAS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO CONFEDERAL DE UNIDOS PODEMOS-EN COMÚ PODEM-EN MAREA. (Número de expediente 161/000271).

El señor **PRESIDENTE**: Retomamos el punto tercero que habíamos dejado para el final de la Comisión, relativo a la proposición no de ley Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea—, sobre la supresión de la prestación de asistencia sanitaria a las personas que permanezcan fuera del Estado español durante más de 90 días.

Tiene la palabra la señora Rodríguez.

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

En primer lugar, tengo que decir que estoy completamente fascinada con la gestión del orden del día y de las intervenciones de la mañana de hoy. Creo que de verdad estaría bien que, por mostrar un respeto a las instituciones de las que formamos parte, nos tomásemos esto un poco más en serio, sobre todo porque todas y todos tenemos una agenda que cumplir. Esta PNL, según el orden del día, iba a ser discutida a primera hora de la mañana y al final nos hemos visto obligadas a hacerlo a última hora y esto también tiene sus consecuencias. **(Rumores)**.

El señor **PRESIDENTE**: Un momento. Un Grupo nos ha preguntado si podríamos retrasar este punto del orden del día al final por una cuestión de asistencia a un médico y nadie ha dicho nada. Por tanto, de ahí no se deriven interpretaciones en el sentido que ha hecho su señoría, que no me parecen de recibo para el trabajo que está haciendo esta Comisión. Por lo tanto, me gustaría que lo retirara.

La señora **RODRÍGUEZ MARTÍNEZ**: Creo que cada uno puede prever su agenda de la mejor manera posible y la gestión del tiempo también de la mejor manera posible, por lo que creo que pedir esto no es ofensivo para nadie. En cualquier caso, si lo ha sido, por supuesto que lo retiro, pero me parece que no tiene nada que ver con la Presidencia ni con lo que ha pasado hoy aquí.

El señor **PRESIDENTE**: No estaba hablando por mí, que yo he estado aquí toda la mañana. Estaba hablando por otros grupos que efectivamente son los que han pedido esto.

Señora Rodríguez, tiene la palabra por un tiempo de siete minutos.

La señora **RODRÍGUEZ MARTÍN**: Gracias.

Me gustaría decir que esto ha sido como un trabajo de arqueología, para ir descubriendo todos los lugares en los que se han ido modificando leyes y reales decretos-ley, para lograr saber por qué a día de hoy esto estaba vigente y por qué no se ha dado una información clara al respecto. Lo primero es que realmente nos enteramos de que muchas personas han dejado de tener su tarjeta sanitaria por haber estado una serie de días en el exterior gracias a que algunas organizaciones como Marea Granate que han hecho la labor de ponernos en conocimiento de esta situación. Es evidente que muchas veces hacemos publicidad de lo que nos interesa y no de aquellas realidades en las que las personas que están en una situación más complicada quedan discriminadas, como en este caso, y sin acceso a la tarjeta sanitaria. Esta es la primera sorpresa que nos encontramos cuando empezamos a trabajar en este tema, que en realidad no hay mucha información al respecto, y como digo —y así figura en nuestra exposición de motivos— hemos tenido que hacer un trabajo de arqueología para encontrar dónde estaban todas las modificaciones que hacían que finalmente este fuera el resultado para las personas que estaban más de noventa días en el extranjero.

En primer lugar, hay un cambio de sentido o un cambio de marcha fundamental a partir del Real Decreto 16/2012, pero nos sorprende porque —como antes lo comentó no sé si fue el compañero de Esquerra o el de Ciudadanos, pero el hecho de que no esté segura muestra que esto es algo en lo que

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 51

24 de noviembre de 2016

Pág. 41

estamos todos y todas de acuerdo en esta Comisión— la sanidad era nuestra niña bonita, la niña de nuestros ojos. Tenemos una muy buena sanidad y eso lo sabemos todas, el problema es que, como decía, hay un cambio de ritmo, un cambio de marcha, que hace que no todas las personas en este país —a partir de ahora— tengan acceso a la sanidad, a una cobertura como la que exige nuestra propia Constitución. Como decía, a partir de este Real Decreto 16/12 —del que estamos todo el rato hablando y yo creo que vamos a tener que traerlo bastante a colación durante esta legislatura, porque nos preocupan sus consecuencias— aquellas personas que eran titulares del derecho a la salud y a la atención sanitaria pasan a tener acceso a la sanidad por su condición de asegurado o asegurada. Y esto que, a lo mejor no se entiende tan bien cuando estamos hablando en contextos fuera de las instituciones, tiene unas consecuencias terribles, es una transformación radical de cuál es el acceso a la sanidad.

Decía antes mi compañera Amparo que todos los partidos políticos recogen en su programa que debemos tener acceso a la sanidad, sin embargo cuando una se para a leer cómo es este acceso a la sanidad, sabemos que no es universal y que no es para todos y todas, y aquí traemos un caso hoy que es especial gravedad y que a parte nos sorprende. Nos sorprende porque sabemos que hay cierto debate —sobre todo en la derecha— sobre si las personas extranjeras en España deben tener —todas ellas, sean cuales sean sus condiciones— acceso a la sanidad. Nosotros ahí tenemos una posición muy diferente, pero nos sorprende que haya este mismo debate con personas que sí tienen la nacionalidad española. Esto es curioso, es contradictorio y por eso lo traemos hoy aquí porque desde luego no debería pasar.

Lo que nos encontramos, a raíz de la Ley de Presupuestos Generales del Estado de 2014 y mapeando esto con el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, es que aquellas personas que a partir del Real Decreto 16/2012 han estado en el extranjero más de noventa días se ven enfrentadas a la pérdida del derecho a la asistencia sanitaria. Y no son solamente ellas, es decir, este es un caso que nosotros traemos aquí de forma concreta pero hay muchos más casos de personas que ustedes saben perfectamente que se ven obligadas a enfrentarse a esta situación. Cuanto más duros son los requisitos para que uno pueda estar asegurado, más duros son los requisitos para que uno tenga acceso a la sanidad. Lo curioso es que esto no afecta a las personas que mejor están, sino a las que peor están. Es decir, una persona que no tiene trabajo y que no puede —por cualquier otro motivo de los que se recogen los textos que he citado— acceder a la sanidad, se encuentra ante la peor situación posible. Nos parece que es escandaloso que se haya cambiado de tal manera la forma de garantizar este derecho a la sanidad y que ahora mismo sea una cuestión de aseguramiento y no de derechos. Por eso lo reclamamos en el *petitum* de nuestra proposición no de ley.

Quería comentar algo brevemente antes de hacer una reflexión final sobre cuál es nuestra consideración respecto de las enmiendas que nos han hecho. Hay un debate que se traslada a todas las comisiones y también al hemiciclo cuando hablamos de derechos sociales, en el que casi siempre estamos en desacuerdo absoluto con el Partido Popular, porque es él casi siempre quien ha propuesto las cosas que ahora pedimos que no se hagan, y por otro lado siempre tenemos este debate con el Grupo Socialista. Hoy vamos a aceptar sus enmiendas porque creemos que es importante que esto salga adelante; no así vamos a aceptar las de Ciudadanos porque nos parece que, como siempre, es descafeinar el contenido político de nuestras proposiciones no de ley y no estamos de acuerdo porque cambia el sentido de nuestra proposición. Por lo tanto, esperamos que esto sirva para poder aprobarla.

Decía que quería hacer una serie de reflexiones finales y me parece relevante hacerlas. Tenemos que preguntarnos qué estamos diciendo cuando decimos que solamente una parte de la ciudadanía tiene derecho a al acceso a la sanidad. Esto es un cambio muy bestia en la democracia de nuestro país y me recordaba cuando estaba preparando esta exposición a lo que cierto pensador, hace más de veinticuatro siglos, decía que era la ciudadanía. Me parece que es importante decirlo, son veinticuatro siglos y las cosas no han cambiado tanto. En principio todos decimos: Todo el mundo es ciudadanía, pero después resulta que las mujeres no tanto, los extranjeros no tanto, o una serie de personas que, según convenga a los intereses de ciertos partidos políticos o de ciertas elites financieras, tampoco son tan ciudadanía. Este pensador evidentemente es Aristóteles y me parece bastante irónico que después de veinticuatro siglos las cosas no hayan cambiado tanto. Desde luego, los señores del Partido Popular son unos clásicos a todos los niveles, también en política.

Por otra parte, ¿a quién afecta especialmente esta medida, a quién afecta especialmente el hecho de pasar noventa días en el extranjero? Sabemos perfectamente que los últimos cuatro años de crisis no se explican solo con la crisis económica, sino que tenemos que pensar también cuáles han sido las medidas

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 51

24 de noviembre de 2016

Pág. 42

que ha tomado el Partido Popular. Una de las consecuencias brutales —y esto en Galicia lo sabemos bien— de la gestión de la que esta crisis económica que ha hecho el Partido Popular ha sido la emigración. Hemos duplicado desde 2008 el número de personas que están inscritas en el PERE, pero estos son los datos que maneja el INE y por lo tanto los datos que maneja el Gobierno y no son suficientes. Nos gustaría reflexionar sobre cuál es el perfil del emigrante que nos hemos encontrado en los últimos años. No es una persona que se va a vivir a París porque tiene un trabajo fantástico y que lo primero que hace es inscribirse en el padrón. No suele ser así. Hay otro registro, el registro del ERTA que recoge a los trabajadores temporales en el extranjero y habitualmente, por desgracia, nuestros jóvenes tienen que recurrir a este tipo de registros locales. ¿Por qué? Porque son trabajadores...

El señor **PRESIDENTE**: Señora Rodríguez, tiene que ir concluyendo.

La señora **RODRÍGUEZ MARTÍN**: Sí, termino ya.

... son trabajadores temporales y nuestros jóvenes más formados terminan trabajando en el McDonald's y lo que se encuentran cuando vuelven a España es que, por haber estado una serie de meses intentando cumplir con este espíritu aventurero que dice el Partido Popular, como regalo lo que obtienen es que no tienen sanidad. Nos parece que esto es algo que tenemos que evitar a toda costa.

Y por último para que quede...

El señor **PRESIDENTE**: No, no, ha pasado y con mucho el tiempo ya.

Por los grupos enmendantes, por el Grupo Ciudadanos tiene la palabra el señor Navarro.

El señor **NAVARRO FERNÁNDEZ-RODRÍGUEZ**: Muchas gracias, señorías.

Yo soy el diputado que ha pedido el cambio en el orden del día. Pido disculpas a los diputados y agradezco su comprensión. Eso sí, me permito recomendar que el respeto que se exige a las instituciones en Comisión se traslade también al Pleno. (**Varias señoras diputadas: ¡Muy bien, bien muy!**). Por lo demás, voy a repetir un poco la intervención que ha hecho mi compañera. Recordemos que con el Real Decreto-ley 16/2012 nace un nuevo modelo en lo que se refiere al derecho a la asistencia sanitaria. Hasta ese momento el artículo 3 de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en lo que se refiere a los españoles decía sencillamente: Son titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles. Esto, desde luego, era fácil de entender. Pero en 2012 en un momento —justo es reconocerlo— de grave crisis, la situación cambia. Alegando informes del Tribunal de Cuentas y cuestiones de eficacia se modifica el mencionado artículo 3 de la Ley 16/2003 para incluir las figuras de asegurado y beneficiario. A partir de ese momento la asistencia sanitaria se garantiza al asegurado y esta condición pasa a depender en primer lugar de su afiliación a la Seguridad Social o a estar recibiendo prestaciones de esta. Para aquellos que no lo estuvieran y hubieran agotado el subsidio de desempleo, aún se consideraban asegurados si estaban inscritos en una oficina de empleo y aún existía una cláusula de cierre para incluir a todos aquellos que no alcanzarán un determinado nivel de ingresos. Los españoles que quedaban fuera aún podían ser incluidos por la vía de ser considerados beneficiarios de un asegurado, por ejemplo los hijos menores de veintiséis años. De modo que de una manera notablemente complicada pero parece que la intención era incluir a todos los españoles. Sin embargo, como se ha recordado, en los Presupuestos Generales del Estado de 2013 las cosas cambian, en primer lugar porque en una disposición final se vuelve a modificar el famoso artículo 3 para incluir entre los requisitos de los que han agotado la prestación por desempleo el de residencia española. Y en otra disposición final se añadía una nueva disposición adicional, concretamente la sexagésima novena, la Ley de la Seguridad Social, para delimitar ese criterio de residencia, dejando fuera a los que estaban fuera de España más de noventa días. Señoría, los caminos del Señor son inescrutables pero los de los Presupuestos Generales del Estado lo son aún más: he aquí que a través de dos disposiciones finales de una Ley de Presupuestos se modificaba una ley, se añadía una disposición adicional y el resultado es que unos españoles se quedaban sin derecho a asistencia sanitaria.

En resumen, el modelo actual incluye una inequidad francamente grave, tan grave como que a unos españoles se les niega la asistencia. En un mundo cada vez más globalizado, con un mercado de trabajo europeo en el que se fomenta la movilidad de los trabajadores y en el que muchos de nuestros parados deben ir a trabajar temporal o permanentemente, se les ha dejado en una situación de desamparo. Se les ha dejado sin asistencia sanitaria sencillamente por haber tenido que labrarse un futuro fuera de nuestras fronteras por más de noventa días. Con lo cual una vez más, como a lo largo de toda la mañana, tenemos

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 51

24 de noviembre de 2016

Pág. 43

que hablar de equidad. Esta es una situación que tenemos que remediar y de hecho en el acuerdo que firmamos con el Partido Popular, dentro de los 150 puntos del mismo, hay uno que dice expresamente lo siguiente: Garantizar la universalidad de la cobertura del Sistema Nacional de Salud, asegurando la sostenibilidad de un sistema sanitario público, universal, de calidad y gratuito, y garantizando la igualdad en el acceso con una misma cartera básica de servicios para todos los ciudadanos en el marco de una amplia descentralización.

Esta es la enmienda, concretamente el texto del acuerdo con el PP, que nosotros hemos propuesto. Pero en todo caso, nosotros apoyaremos esta iniciativa, concretamente aprobaremos la enmienda del PSOE siempre que se circunscriba a la medida concreta de la recuperación de la asistencia sanitaria a los españoles que están más de noventa días fuera.

Muchas gracias.

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

Antes de seguir les ruego que avisen a los integrantes de sus grupos de que seguramente en menos de un cuarto de hora estaremos votando.

Seguimos con grupos enmendantes. Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Martín.

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

El Partido Socialista siempre ha defendido la universalidad de la atención sanitaria. Son muchas las iniciativas que se han presentado para revertir los efectos del Real Decreto 16/2012, no solo en esta legislatura, sino en las dos anteriores, en las que también había vida. Este decreto cambió las reglas generales de la atención sanitaria en nuestro país, cambió el derecho —el derecho con mayúsculas— por un nuevo concepto de aseguramiento con reglas muy restrictivas, y trajo como consecuencia que más de 800.000 ciudadanos en nuestro país se quedaran sin tarjeta sanitaria. Pero además, lo que hoy nos trae aquí con esta proposición no de ley es discutir cómo han quedado ciudadanos españoles en el exterior, y ante las muchísimas reivindicaciones que ha habido de todos los afectados, siempre se han dado explicaciones engañosas. Mientras que el ministerio todo lo veía bien porque todo funcionaba bien, se comenzó a reconocer por debajo que había algunos fallos. Pero nada se ha hecho para cambiarlos. El Estatuto de la ciudadanía española en el exterior recoge en su artículo 17 el derecho a la protección de la salud, estableciendo que ese derecho se delimita a lo establecido en la normativa, de forma que no puede considerarse un derecho universal. Para la asistencia sanitaria en la Unión Europea, si el desplazamiento es temporal cabía y cabe solicitar una tarjeta sanitaria europea. Pero la naturaleza temporal es determinante porque esa tarjeta sanitaria no tiene por finalidad la cobertura sanitaria si la persona modifica su lugar de residencia a otro país, y además esta tarjeta sanitaria tiene una validez de dos años. El Gobierno del Partido Popular buscó restringir la vigencia de la tarjeta sanitaria europea y por ese motivo la sustituyó por un documento, que era el Certificado Provisional Sustitutorio, de noventa días de duración, que en muchos casos ni siquiera ha sido reconocido por las administraciones sanitarias de otros países. Si el español desplazado no ha comenzado una relación laboral con suficiente cobertura o no se encuentra en una situación que dé derecho en el país de desplazamiento, el español quedaría sin asistencia sanitaria.

Señoría, los residentes españoles en el exterior no tienen en general derecho a la asistencia sanitaria en España, salvo si tienen una relación laboral con una atención sanitaria asegurada, en cuyo caso no procedería la garantía de atención en nuestro país. Otra cuestión es el mantenimiento de la asistencia sanitaria en España a los nuevos emigrantes, muchas de estas personas que optaron por proyectos personales y si se daban de alta como residentes en el exterior en el correspondiente consulado, por ejemplo para votar, pues eso hace que pierdan su condición de asegurados en nuestro país. Para volver a tener tarjeta sanitaria si regresan a España tienen toda una carrera de obstáculos por delante. El Partido Socialista se opuso a la exclusión sanitaria de este real decreto segregador en este y otros ámbitos, por eso ha solicitado su derogación en múltiples iniciativas parlamentarias a lo largo de esta legislatura y en las anteriores.

Compartimos la procedencia de la iniciativa. Hemos propuesto una enmienda en la que se recoge derogar el Decreto 16/2012 restableciendo la universalidad de la cobertura del Sistema Nacional de Salud, pero también pedimos derogar las diferentes normas que impiden la asistencia sanitaria a personas que teniendo nacionalidad española residen fuera del territorio más de noventa días. En especial, habría que derogar esa exigencia de residir en España y sobre todo dejar también sin efecto todos aquellos artículos y disposiciones adicionales que se han ido incluyendo en la diferente legislación. Por eso digo que

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 51

24 de noviembre de 2016

Pág. 44

compartimos el fondo de la propuesta, pero creemos que nuestra enmienda mejora el texto y por eso la mantenemos. Esperamos que el partido proponente la acepte.

Muchas gracias.

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

Pasamos a los grupos no enmendantes. ¿Grupo Parlamentario Mixto? (**Pausa**). Por el Grupo Parlamentario Vasco, PNV, tiene la palabra el señor Agirretxea.

El señor **AGIRRETXEA URRESTI**: Muy brevemente, señor presidente.

Esta es una iniciativa que no es la primera vez que mi grupo apoya, y seguirá apoyando, en los diferentes formatos que han llegado a esta Cámara. Desde un principio fuimos claros defensores de la derogación del real decreto que se ha citado; ese real decreto que tantos dolores de cabeza nos ha generado en diferentes ámbitos, en los de la desigualdad, en los de los copagos, en los de no dar derechos a todos los ciudadanos, etcétera. Por lo tanto, en diferentes formatos nosotros también hemos incidido en la necesidad de la derogación y, por lo menos, si no ha sido posible, esperemos que las consecuencias que de ese real decreto se hayan derivado puedan ser mitigadas de diferente manera. Algunos Gobiernos, por voluntad propia y soltando dinero de su propio bolsillo, han intentado paliar los desfueros que este real decreto ha generado. Por lo tanto, vamos a apoyarla porque siempre hemos pensado que el derecho a la sanidad es un derecho universal que no depende ni de prestaciones ni de cotizaciones, sino de los Presupuestos Generales del Estado y todo ciudadano tiene derecho, venga de donde venga, tenga el color que tenga y esté el tiempo que esté fuera o dentro.

Muchas gracias.

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

Por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana, tiene la palabra el señor Olòriz.

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

Quiero agradecer que se haya hecho la propuesta y esperar que no pase lo que ha dicho el ponente del PNV, que necesite nuevos formatos, porque con nuevos formatos todo continúa igual. Antes comentaba el papel a veces perverso de los decretos y cómo en una estructura constitucional como en la que vivimos un decreto puede invalidar un derecho constitucional. Un decreto puede dejar a mucha gente fuera de un derecho subjetivo como es el derecho a la sanidad, el derecho a la salud. Se ha dicho —no recuerdo ahora quién lo dijo— que un error no es cometer un error, es no rectificarlo. Errores cometemos todos, pero en no rectificarlos encuentro que hay un empecinamiento constante en los Ejecutivos de, supongo, no admitir que se ha hecho un error. Nosotros les debemos recordar que el error se ha hecho y que el error es grave y afecta a mucha gente. Todos conocemos, yo especialmente, exalumnos que están en muchos sitios de Europa o de América, algunos con la posibilidad de usar la picaresca y cada noventa días venir y renovar esta situación, pero otros en Argentina, Chile o Brasil no pueden hacer ni esto, ni la picaresca, ese viejo procedimiento tan nuestro que en el siglo XXI continúa siendo incluso el salvavidas de no pocos. Por tanto, dejémonos de nuevos formatos, dejémonos de picaresca y que esta proposición se aplique.

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

Para finalizar, por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la señora Reynés.

La señora **REYNÉS CALVACHE**: Muchas gracias, presidente.

En primer lugar, señora Rodríguez, si ser clásico significa defender los intereses de los ciudadanos, todos los que conformamos el Partido Popular somos clásicos. En segundo lugar, el planteamiento que hace su grupo es erróneo al decir que mediante el Real Decreto-ley 16/2012 se ha alterado profundamente el ámbito subjetivo de la cobertura sanitaria dejando sin cobertura a todos aquellos que no tengan ningún vínculo con la Seguridad Social. Lo que el Real Decreto-ley 16/2012 aborda entre sus medidas es la regulación de la condición de asegurado del Servicio Nacional de Salud, con el fin de evitar algunas situaciones irregulares en la prestación de asistencia sanitaria que se estaban produciendo y que estaban debilitando la sostenibilidad del sistema como condición necesaria para garantizar a los ciudadanos una asistencia sanitaria pública, gratuita y universal. Este nuevo régimen jurídico no se ha traducido en una restricción del principio de universalidad en el acceso a la asistencia sanitaria, pues se ha ampliado la cobertura a determinados colectivos que hasta ahora no tenían derecho a ella, como es el caso de profesionales liberales o las personas que han agotado las prestaciones por desempleo, que hasta 2012

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 51

24 de noviembre de 2016

Pág. 45

perdían la asistencia sanitaria al finalizar el percibo de sus prestaciones. Por este motivo se puede decir que es ahora cuando la universalidad de la asistencia es un hecho, por lo tanto, todos los españoles y residentes legales tienen garantizado el acceso como asegurados.

En cuanto a la protección de la salud a ciudadanos extranjeros en situación irregular en nuestro país, con las medidas previstas en el real decreto que nos ocupa España se sitúa a la cabeza en el contexto europeo, por cuanto cubre con fondos públicos todas las contingencias de salud pública, por una parte la gratuidad de la asistencia sanitaria a los menores de dieciocho años y a las mujeres durante el embarazo, parto y postparto y, por otra, la de todas las personas en situaciones de urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica. En relación con los españoles que dejan de residir en España se pueden dar diferentes situaciones: Si encuentran empleo en el país de destino tendrán cobertura sanitaria en ese país y en sus desplazamientos temporales a España vendrán con la tarjeta sanitaria europea, emitida por la institución competente del citado país. Si permanecen más tiempo en el país de destino la legislación aplicable es la del país de residencia, de acuerdo con los reglamentos comunitarios. No obstante, cuando vuelvan a España mantendrán el derecho a asistencia sanitaria o causarán nuevo derecho, si su condición de asegurado llegó a extinguirse por trasladar su residencia al extranjero. Con este real decreto se aclara el límite temporal durante el que España se hace cargo de los gastos sanitarios de los ciudadanos cuando dejan de residir en nuestro país y que se garantiza por noventa días, evitando así abusos como los casos de extranjeros que, agotadas sus prestaciones y subsidios por desempleo, retornan a sus países de origen continuando España abonando indefinidamente a dichos países los gastos sanitarios de estas personas por no exigir la residencia para mantener el derecho. Este periodo de noventa días no afecta a los estudiantes, incluidos los Erasmus, durante todo el tiempo de sus estudios o a los españoles que viajan por turismo, ya que pueden solicitar la tarjeta sanitaria europea para recibir las prestaciones sanitarias durante su estancia temporal en otro país de la Unión Europea.

Acabo ya. Por todo lo expuesto, señorías, el Grupo Parlamentario Popular votará en contra de la proposición no de ley presentada, ya que consideramos que no es necesaria en cuanto que la protección a la salud y el derecho a la asistencia sanitaria pública universal están garantizados a través de los mecanismos actualmente vigentes.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Hemos terminado la fase de los debates y vamos a entrar en la de las votaciones. La Mesa ha querido entender antes que, además de las dos transacciones que ya se han presentado para los puntos 5.º y 8.º, había otra que se estaba intentando. Como parece que todavía hay unas últimas negociaciones, vamos a suspender la sesión cinco minutos y votamos. Se suspende la sesión cinco minutos. **(Pausa)**.

Empezamos votando el 2.º punto, que era la proposición no de ley del Grupo Parlamentario Socialista para garantizar el desarrollo y la financiación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, para la que se ha presentado ya a la Mesa una transacción. Por tanto, vamos a votarla en los términos en que aparece en este acuerdo.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 20; en contra, 14.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Pasamos a votar el 3.º punto, proposición no de ley del Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea relativa a la supresión de la prestación de asistencia sanitaria a las personas que permanezcan fuera del Estado español durante más de noventa días. Aquí no hay transacción y tengo que preguntar al grupo confederal si acepta alguna de las enmiendas que se han presentado.

La señora **RODRÍGUEZ MARTÍNEZ**: Sí, aceptamos las enmiendas del Grupo Socialista.

El señor **PRESIDENTE**: Pues votamos esta proposición no de ley con la incorporación de las enmiendas del Grupo Socialista.

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

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 51

24 de noviembre de 2016

Pág. 46

El señor **PRESIDENTE**: En este caso tenemos un empate: 18 votos a favor y 18 en contra. Por tanto, corresponde repetir la votación. Además, no se puede hacer el voto ponderado porque los dos miembros del Grupo Mixto han votado distinto. Entonces, tendremos que repetir la votación. **(Rumores)**. Vamos a repetir la votación y vamos a contar bien. Votamos la propuesta con la incorporación de las enmiendas del Grupo Socialista.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 19; en contra, 18.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Pasamos al 4.º punto del orden del día, que es la proposición no de ley del Grupo Parlamentario Ciudadanos sobre la protección de las personas afectadas por la talidomida. Hay que preguntar al Grupo Ciudadanos si acepta alguna de las enmiendas presentadas.

El señor **IGEA ARISQUETA**: En sus términos.

El señor **PRESIDENTE**: Votamos la proposición en sus términos.

Efectuada la votación, dijo

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

Pasamos al 5.º punto del orden del día, que es la proposición no de ley del Grupo Parlamentario Popular relativa al diseño e implementación de un plan nacional de transparencia en el Sistema Nacional de Salud. Hay una enmienda transaccional y, por tanto, votamos en los términos de esa enmienda.

Efectuada la votación, dijo

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

Pasamos al 6.º punto del orden del día, que es la proposición no de ley del Grupo Parlamentario Mixto sobre la modificación de la Ley de concatenación de contratos temporales en el personal sanitario. Parece que se han aceptado las enmiendas del Grupo Ciudadanos y del Grupo Socialista. Por tanto, la votamos en esos términos.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 18; abstenciones, 19.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Pasamos al 7.º punto del orden del día, que es la proposición no de ley del Grupo Parlamentario Popular relativa a mejorar y actualizar la regulación de la publicidad de los centros, establecimientos y servicios sanitarios. No nos consta nada en la Mesa, así que preguntamos al Grupo Popular si acepta algunas de las enmiendas presentadas.

La señora **ANGULO ROMERO**: No.

El señor **PRESIDENTE**: Se vota en los términos de la proposición no de ley.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 28; en contra, 1; abstenciones, 7.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Pasamos al punto 8.º, proposición no de ley del Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana, sobre el etiquetado y comercialización de productos con un alto componente de azúcares añadidos, que tiene una enmienda transaccional. Votamos en los términos del acuerdo.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 22; en contra, 14; abstenciones, 1.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Votamos la proposición no de ley del Grupo Parlamentario Popular, sobre la promoción de un pacto de Estado por los servicios sociales. Se vota en los términos en los que se ha presentado la proposición no de ley.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 18; en contra, 7; abstenciones, 10.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 51

24 de noviembre de 2016

Pág. 47

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Por último, votamos la proposición no de ley del Grupo Parlamentario Socialista, sobre los fondos de cohesión y garantía asistencial sanitaria, con el fin de incrementar la equidad y calidad del Sistema Nacional de Salud. No consta nada, por tanto, preguntamos al Grupo Socialista si acepta alguna de las enmiendas que se han presentado. **(Denegación)**. Por tanto, se vota en los términos en que se ha presentado la proposición no de ley.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 17; en contra, 14; abstenciones, 4.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Con esto cumplimos con el orden del día. Para que hagan sus previsiones, tengo que decirles que esta Comisión tiene asignada como fecha para volver a reunirse el día 21 de diciembre, pero es posible que haya una variación en previsión de que la agenda de la ministra le permita hacerlo antes para tener esa comparecencia que debiera ser prioritaria. En cualquier caso, será sobre esa semana, el 20 o 21 de diciembre.

Muchas gracias.

Se levanta la sesión.

Eran las dos y cinco minutos de la tarde.