



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

Año 2018

XII LEGISLATURA

Núm. 659

Pág. 1

SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. PATXI LÓPEZ ÁLVAREZ

Sesión núm. 31

celebrada el jueves 15 de noviembre de 2018

Página

ORDEN DEL DÍA:

Proposiciones no de ley:

- Relativa al restablecimiento de los recursos necesarios para el cumplimiento de la Ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia y otras medidas para la garantía del derecho. Presentada por el Grupo Parlamentario Confederado de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea. (Número de expediente 161/003452) 2
- Sobre apoyo a los pacientes infantiles de Daño Cerebral Adquirido (DCA) y sus familias. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/001933) 6
- Relativa a la realización de un estudio sobre las necesidades de las personas sin hogar. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/002321) 10
- Relativa a impulsar el Plan concertado de prestaciones básicas de servicios sociales. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/002947) 13
- Sobre la implantación completa del cribado de cáncer colorrectal en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. Presentada por el Grupo Parlamentario Ciudadanos. (Número de expediente 161/003145) 16
- Relativa a potenciar los tratamientos contra el cáncer. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/003412) 20

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 659

15 de noviembre de 2018

Pág. 2

— Relativa a facilitar el proceso de implementación de la profilaxis pre-exposición (PrEP) en España. Presentada por el Grupo Parlamentario Mixto. (Número de expediente 161/003594)	24
— Relativa a la revisión de los cuadros médicos de exclusión en el acceso al empleo público con el fin de evitar la discriminación. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/003827)	28
Votaciones	32

Se abre la sesión a las dos y cinco minutos de la tarde.

PROPOSICIONES NO DE LEY:

- **RELATIVA AL RESTABLECIMIENTO DE LOS RECURSOS NECESARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA LEY 39/2006 DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y OTRAS MEDIDAS PARA LA GARANTÍA DEL DERECHO. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO CONFEDERAL DE UNIDOS PODEMOS-EN COMÚ PODEM-EN MAREA. (Número de expediente 161/003452).**

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

Una vez más, empezamos con un cambio del orden del día. Avisé en la última sesión de la Comisión que no podía volver a procederse en los términos en que se ha procedido hoy, porque no sabíamos por cuál empezar y esto parecía un sorteo o una subasta y, por lo tanto, pido un poco de rigor y seriedad a la hora de participar en las comisiones. Ya sabemos que todos tenemos otras comisiones, pero pido un poquito de por favor a la hora de iniciar la sesión. ¿Hay algún problema en que empecemos por el punto 6.º? Luego vamos a seguir con el orden establecido y quien no esté perderá turno. ¿Hay algún problema en comenzar por el punto 6.º? ¿Estamos todos y todas las que vamos a participar en este punto? **(Pausa)**.

Empezamos por la PNL relativa al establecimiento de los recursos necesarios para el cumplimiento de la Ley 39/2006, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia y otras medidas para la garantía del derecho. Es del Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea y para su defensa tiene la palabra la señora Terrón. Recuerdo que tiene siete minutos quien presenta la iniciativa, cinco quien enmienda y tres quien fija posición. Tiene la palabra, señora Terrón.

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

Señorías, en noviembre de 2006 se aprobó en este Congreso la Ley de dependencia. Fue un gran avance social y supuso que España reconociera la autonomía como un derecho y que tenían que garantizarlo los servicios públicos. Son más de dos millones de personas las que necesitan apoyo para las tareas más básicas de la vida diaria. Cuando se presentó era una ley que, como pionera, sin duda tenía limitaciones, brechas y falta de definición, pero es algo que debería haberse corregido mientras se iba implementando.

Sin embargo, ¿qué hizo el Gobierno del Partido Popular ante las limitaciones que se plantearon en el desarrollo de esta ley? En uno de sus viernes negros —así se conocían los Consejos de Ministros del Gobierno de Mariano Rajoy porque no había viernes que la ciudadanía no esperase con miedo que se aprobase una nueva iniciativa que cercenase derechos y calidad de vida— se aprobó el Real Decreto 20/2012. Supuso la demolición del sistema de dependencia, supuso que de golpe se recortaran financiación y derechos —más de 3500 millones de euros en recortes acumulados—, la eliminación de los niveles logrados, la eliminación de la cotización a la Seguridad Social de las cuidadoras en el entorno familiar —y digo cuidadoras porque de esas 180 000 personas que perdieron su cotización más del 80% eran mujeres—, también se eliminaron las compatibilidades entre prestaciones, aumentaron el copago y asfixiaron a las comunidades autónomas, porque entre comunidades autónomas y usuarios se aporta más al sistema de dependencia que desde la propia Administración General del Estado. Resultado de estas políticas: más de trescientas mil personas en lista de espera y cien personas mueren al día esperando un derecho que tienen reconocido.

¿Qué hizo el expresidente Mariano Rajoy ante esta situación? Cargó la atención y los cuidados de su padre a las cuentas de la Moncloa. A ustedes les gusta el sistema público —estoy convencida de que

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 659

15 de noviembre de 2018

Pág. 3

también lo defienden—, pero el dinero público de todos y de todas, para ustedes. (**Rumores**). Hoy tenemos la oportunidad de acabar con esa infamia, y ustedes, señorías del Partido Popular, también tienen la oportunidad de revertir sus recortes. Del Partido Socialista esperamos el apoyo —de hecho, ya estamos trabajando en una transaccional— y también de las señorías de Ciudadanos.

Tenemos la oportunidad de que en un plazo máximo de seis meses las personas que soliciten su ayuda a la dependencia puedan recibirla, así como de garantizar los cuidados y la autonomía que las personas en situación de dependencia necesitan y poner en marcha aquello que en un Estado democrático y de derecho se entiende, y es que el derecho a la autonomía es tarea y responsabilidad del Estado y es este el que lo tiene que gestionar.

Nuestro acuerdo con el Partido Socialista implica un incremento de 515 millones de euros para el sistema de dependencia, cinco veces más que el incremento del Partido Popular —teniendo en cuenta los recortes—, que fue ínfimo y que ni siquiera ejecutaron en su totalidad. Somos conscientes de que este incremento sigue siendo muy insuficiente, lo cual supone un verdadero drama. Así pues, en definitiva, pedimos más financiación, pero también una nueva Ley de dependencia digna que se encuadre dentro del marco de un modelo de cuidados, entendiendo que los cuidados son una política pública transversal y no una política estanca, que tiene que definirse y enmarcarse dentro del sistema de bienestar del proyecto de país que queremos: un país que cuide de su gente y que no deje a nadie atrás.

Gracias.

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

Ahora el único grupo que tiene enmiendas es el Grupo Socialista y para su defensa tiene la palabra el señor Sahuquillo.

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

Han pasado doce años desde que se aprobó la Ley de dependencia, que supuso el reconocimiento del derecho de las personas que no pueden valerse por sí mismas para ser atendidas por los poderes públicos y la puesta en marcha del sistema de autonomía y atención a las personas en situación de dependencia. Comenzó a implantarse, por tanto, según lo previsto, con resultados satisfactorios para sus beneficiarios, generando empleo y retornos económicos y con un calendario de implantación que se desplegaría de forma gradual. A partir de noviembre de 2011 todo el mundo sabe lo que ocurrió aquí, que llegó al Gobierno el Partido Popular y se produjeron importantes recortes y reformas que han supuesto un ataque frontal al sistema: supresión del nivel acordado, reducción del nivel mínimo, derogación del convenio de las cuidadoras familiares. El resultado de estos recortes ha sido que el calendario totalmente implantado desde julio de 2015 no se esté prestando con una adecuada atención a las personas en situación de dependencia. En 2017, el Gobierno que en su momento estaba redujo aún más su escaso porcentaje de financiación al sistema, con una inversión pública total certificada de 7459 millones de euros. De esa cantidad la aportación finalista del ministerio fue de 1218 millones de euros, es decir el 16,3% del total, mientras que las comunidades autónomas, con 6241 millones de euros, aportaban casi el 84%.

La prioridad absoluta que tiene el actual Gobierno es recuperar los derechos recortados en estos últimos siete años y devolver la dignidad a las personas en situación de dependencia de nuestro país mediante un acuerdo, que conocen, de Presupuestos Generales del Estado para 2019 del Gobierno de España con Unidos Podemos. Estos presupuestos plantean mejoras en las cuantías en el nivel mínimo —132 millones de euros— y en el nivel acordado —383 millones de euros—. Fíjense ustedes, en siete años de recortes del anterior Gobierno, estamos hablando de 1981 millones de euros que tenían que haber ido destinados a las comunidades autónomas y que el Gobierno del Partido Popular de España decidió que no fuera así. Es también prioritario para el Gobierno devolver las cotizaciones a la Seguridad Social a las cuidadoras familiares. El Gobierno ya está trabajando para mejorar la información y la transparencia del sistema de información a la dependencia y, por ello, en cumplimiento del punto 5 del Pacto por la dependencia, estamos facilitando por primera vez la información de la financiación del sistema.

En lo relativo a la disminución de los tiempos de espera para recibir las prestaciones, estamos de acuerdo en que es una necesidad imperiosa que hay que solucionar lo antes posible. Actualmente —y lo decía la portavoz del Grupo Unidos Podemos— 110000 grandes dependientes y dependientes severos continúan sin recibir su prestación y los servicios que tienen reconocidos por derecho. En este sentido, nuestra enmienda plantea —al ser un aspecto de gran importancia— no solo la configuración del derecho y la retroactividad de la prestación, sino también, desde el punto de vista de la gestión, que es competencia

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 659

15 de noviembre de 2018

Pág. 4

absoluta de las comunidades autónomas, que esta cuestión se acuerde previamente en el Consejo territorial de servicios sociales y del sistema para la autonomía y la atención a la dependencia. Les recuerdo que existe un acuerdo de los presidentes autonómicos con el Gobierno de España de enero de 2017, en el que se incidía en que cualquier comportamiento del gasto que pudiera acordarse se negociase previamente dentro del consejo territorial.

Por todo ello, hemos presentado una enmienda, y como esta situación la hemos debatido en tantas ocasiones a través de tantas iniciativas, tanto en el Congreso como en el Senado, creo que lo que tenemos que hacer es que sea una realidad. Por consiguiente, apoyaremos la transaccional que estamos negociando y esperamos que todos los grupos así lo hagan.

Muchas gracias.

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

En el turno de fijación de posiciones, empezamos con el Grupo Mixto. Señor Alli.

El señor **ALLI MARTÍNEZ**: Muchísimas gracias, señor presidente.

Quiero poner sobre la mesa, en primer lugar, que resulta agotador debatir continuamente proposiciones no de ley que «instan al Gobierno a» y que no tienen por tanto rango legislativo, y ver cómo van pasando los meses y los años en esta legislatura y no se toma ninguna decisión al respecto. En segundo lugar, es agotador escuchar a los grandes partidos de siempre hablar de los recortes de unos —de los azules— y del agujero que dejaron los otros, con casi 100000 millones de déficit, que no es otra cosa que gastar más de lo que ingresas y dejar un agujero tremendo en la Tesorería de la Seguridad Social de aquellos cuidadores de personas con cualquier tipo de dependencia. Es agotador. No sé qué número de proposiciones no de ley se habrán debatido en este sentido en esta Comisión y en otras, como en la Comisión de políticas integrales de la discapacidad.

Fui muy crítico con el Real Decreto-ley 20/2012, que entre otras muchísimas medidas —motivadas por las razones que fuesen en ese momento— derogó el nivel acordado de financiación que correspondía —tal como recogen los artículos 32 y 33 de la Ley 39/2006, la mal llamada Ley de dependencia— a la financiación de las prestaciones y los servicios públicos que tienen garantizados las personas con los tres grados de dependencia. Ese fue un gran problema. Ahí tuvimos la suerte —y a mí me correspondió ser en ese momento consejero de Políticas Sociales del anterior Gobierno de Navarra— de que dentro de nuestra autonomía y de nuestras amplias competencias pudimos mediar en aquellas medidas que no eran de rango básico y, por tanto, de obligado cumplimiento a nivel nacional; pudimos mediar en cuanto a ajustes y en cuanto a recortes en esas prestaciones, ya fueran de servicios o de prestaciones económicas.

Hay una realidad. El espíritu de la Ley 39/2006, de las prestaciones de dependencia y de la autonomía personal, venía a decir que un tercio de la financiación le correspondía al Estado, otro tercio lo financiara el propio usuario y otro tercio cada comunidad autónoma. La realidad hace ya algunos meses —y con esto finalizo, señor presidente— en la Comunidad Foral de Navarra, según el último informe de la Cámara de Comptos, que es el órgano fiscalizador de las cuentas públicas del Gobierno de Navarra, es que en prestaciones de dependencia el 70% lo están soportando los navarros a través de sus impuestos, el 9% el Estado —fíjense qué lejos de lo que le corresponde por ley— y el 21% cada usuario a través del copago.

Creo que es el momento ya de tomar decisiones. Estoy a favor completamente de la enmienda presentada por el Grupo Socialista, que plantea que eso tiene que ser de manera transversal y aprobado de manera coordinada en el consejo territorial, donde están presentes todos los Gobiernos autonómicos y, por tanto, también el Gobierno foral de Navarra. Por tanto, si se aprueba y hay una transaccional, el Grupo Mixto, a través de Unión del Pueblo Navarro, votará favorablemente.

Muchas gracias.

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

Por el Grupo Parlamentario Ciudadanos, el señor Clemente tiene la palabra.

El señor **CLEMENTE GIMÉNEZ**: Gracias, señor presidente.

En primer lugar, quiero unirme a lo que acaban de decir los anteriores portavoces, tanto el señor Sahuquillo como el señor Alli. Nuestra posición inicial, con la redacción original del grupo proponente, iba a ser la abstención, pero será a favor si se tiene en cuenta esa enmienda, que vemos adecuada precisamente por tener en cuenta a las comunidades autónomas. Por poner un ejemplo, en la comunidad autónoma de la que yo soy, Andalucía, el sistema tiene un déficit de más de 500 millones de euros. La media —estamos

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 659

15 de noviembre de 2018

Pág. 5

todos de acuerdo en que los datos son los que son— es de 80/20% respectivamente. Parece ser que, según el acuerdo de presupuestos Podemos-Partido Socialista, este aumento para la dependencia está en torno a los 515 millones. Todos estamos de acuerdo —como se ha debatido en numerosas ocasiones— en que hay que mejorar el sistema de financiación y revertir los recortes. Quiero recordar que nuestro grupo parlamentario ya tenía pactado revertir esos recortes en el acuerdo de la legislatura pasada con el Partido Socialista. Más allá de echar la culpa a los antiguos partidos tradicionales, nosotros usamos los datos que se nos dan, y el acumulado total de recortes —siempre miramos desde 2012— sobrepasa los 2600-2800 millones de euros, con lo que el total histórico acumulado llega ya casi a los 4000 millones.

Nos encantaría que esta medida saliera adelante, que se ejecutaran de verdad los presupuestos. Queda por ver si estos 550 millones de euros —515 en este caso— se convierten en algo real, cosa que dudamos mucho, puesto que la Comisión Europea ya está cuestionando la viabilidad de estos Presupuestos Generales del Estado. Ojalá sean realistas y no se utilicen como mera propaganda o para crear falsas expectativas a los ciudadanos dependientes de nuestro país.

En relación con el cuarto punto, quiero señalar que en algunas comunidades autónomas este reconocimiento ya es retroactivo. Los que no se cumplen nunca son los plazos de los seis meses. Este vuelve a ser otro ejemplo de inequidad entre las distintas comunidades autónomas. Desde nuestro grupo siempre proponemos medidas para intentar armonizar y homogeneizar los servicios en el espacio sociosanitario, y en las hemerotecas y en el *Diario de Sesiones* queda que los distintos grupos mayoritarios, tanto el Partido Popular como el Partido Socialista, siempre que pueden intentan generar españoles de primera y españoles de segunda.

Muchas gracias.

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

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

La señora **MARCOS MOYANO**: Gracias, señor presidente. Buenas tardes, señorías.

No es la primera vez que debatimos sobre el tema que hoy nos trae el Grupo Parlamentario Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea. Les voy a repetir también lo que no es la primera vez que mi grupo explica. A finales de 2011, hasta entonces con un Gobierno socialista, el sistema de atención de la dependencia estaba colapsado, funcionaba de manera desordenada, desigual y poco transparente, hasta el punto de que algunos medios de comunicación se hicieron eco de la situación. Cito. *El País*, 1 de noviembre de 2011: La Ley de dependencia está paralizada. En mayo de 2010, este mismo medio: No falta dinero para la dependencia, falta control. Sin embargo, después de 2011, el Gobierno del Partido Popular impulsó mejoras en el sistema de la dependencia, de acuerdo con las comunidades autónomas, que configuraron un sistema más justo y solidario que garantizaba la calidad y la sostenibilidad del mismo. Estas medidas adoptadas permitieron también simplificar la normativa, que había avanzado, según el Tribunal de Cuentas. Así, 671 normas autonómicas y 134 estatales hacen más ágil el proceso que tienen que seguir las personas que solicitan la valoración, mejoran la transparencia del sistema de información, se paga la deuda con la Seguridad Social por la cotización del convenio especial de personas cuidadoras no profesionales, 1034 millones de euros; sí, lo repetimos, pero es que hay que repetirlo porque es la verdad. El resultado de toda esta política es que el sistema de la autonomía y atención a la dependencia tiene más beneficiarios con prestación, más beneficiarios nuevos, más servicios profesionales y más cobertura y, sobre todo, la garantía de que están atendidos quiénes más lo necesitan, que son los grandes dependientes y los dependientes severos.

Miren, señorías y ‘señoríos’ de Podemos (**risas**), ustedes viven de la demagogia y hacen siempre acusaciones infundadas y muy graves hacia el presidente Rajoy, que les recuerdo que ganó las elecciones. No se lo vamos a permitir. Vuelven a hacer demagogia, como ya les he dicho, pero ahí están los datos y, una de dos, o los desconocen o no los quieren reconocer. Hacen mal en cualquiera de los dos casos.

No sé dónde o quién les ha redactado la exposición de motivos de esta iniciativa que hoy nos traen a Comisión. Hablan ustedes de derechos humanos y dicen que la Ley de dependencia no respeta los derechos humanos, y resulta que el Grupo Popular trae una iniciativa sobre el maltrato a personas mayores y ustedes votan en contra. Que se entere todo el mundo, ustedes votaron en contra el día 21 de septiembre, hace mes y medio. ¡Qué les van a importar los derechos humanos! Por favor, acuérdense.

Dicen también y sin ningún pudor que la Ley de dependencia contiene medidas crueles. Les voy a decir yo qué son medias crueles. Medidas crueles de un país son: que falten productos de primera necesidad, productos de higiene, medicamentos y medicamentos quirúrgicos, que faltan en el 88 % de los

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 659

15 de noviembre de 2018

Pág. 6

hospitales; que los pacientes —los que pueden, que son la minoría— tengan que comprar antibióticos, material quirúrgico, sondas; que el 53% de los quirófanos no sean operativos; que no funcionen las cocinas de los hospitales. Esas son medidas crueles de un país hacia sus ciudadanos, un país, por cierto, al que a ustedes les gusta mucho mirar, pero que les gusta muy poquito ver.

Muchas gracias.

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

Señora Terrón, para la votación he creído entender que están trabajando en una transaccional.

La señora **TERRÓN BERBEL**: Ya tenemos la transaccional.

El señor **PRESIDENTE**: Bien. La esperamos en la Mesa.

— SOBRE APOYO A LOS PACIENTES INFANTILES DE DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO (DCA) Y SUS FAMILIAS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/001933).

El señor **PRESIDENTE**: Vamos ahora al primer punto del orden del día, que es la proposición no de ley sobre apoyo a los pacientes infantiles de daño cerebral adquirido y sus familias, presentada por el Grupo Parlamentario Socialista.

Para su defensa, tiene la palabra el señor Fernández.

El señor **FERNÁNDEZ DÍAZ** (don Jesús María): Buenas tardes.

Como ustedes conocen, el daño cerebral adquirido infantil es uno de los factores más frecuentes que provocan discapacidad en la infancia y se debe a una serie de causas, algunas compartidas con el daño cerebral adquirido en los adultos, pero en diferente orden, porque en el caso infantil la causa más frecuente es el traumatismo craneoencefálico y también lo son los accidentes cerebrovasculares, las anoxias, los tumores, las encefalitis y otras infecciones del cerebro.

El daño cerebral produce dos tipos de déficits: los problemas físicos que son visibles —déficits de movilidad de los niños y niñas, problemas en la deglución, en la comunicación e incluso crisis y convulsiones— y los daños no visibles, que tuvimos la oportunidad de conocer cuando vino la Asociación de Daño Cerebral Adquirido Infantil el año pasado a comparecer en esta Comisión, que son aquellos problemas del comportamiento, de la concentración, dificultades del aprendizaje, que tienen un especial efecto en su desarrollo escolar y en su adaptación social.

Por ocurrir en el cerebro del niño o de la niña, cuando se aplica un tratamiento intensivo y especializado en la fase aguda podemos reducir el daño y las secuelas que produce este trauma en el cerebro, y cuando se le apoya con tratamientos de fisioterapia, apoyo psicológico y otras técnicas rehabilitadoras en la fase subaguda, también con tratamientos altamente especializados y multidisciplinarios, podemos recuperar funcionalmente la capacidad de ese cerebro infantil, porque tiene —valga la redundancia— muchísima mayor capacidad de recuperación que el cerebro del adulto. El problema es acceder a estos servicios y a estos recursos que existen en España, porque a veces no cuentan con la financiación pública y eso significa que solamente las familias que tienen recursos pueden llevar a sus niños y niñas a este tipo de centros. Existen también trabas en el desplazamiento de estos pacientes a algunos de los centros de excelencia que existen en España cuando residen en una comunidad autónoma diferente. En resumen, tenemos la capacidad de intervenir con servicios intensivos multidisciplinarios y bien coordinados entre el ámbito sanitario, el social y el educativo en la atención a estos niños y sobre todo en su capacidad de adaptación y de aprendizaje.

No es la primera vez que el tema del daño cerebral adquirido infantil llega a esta Comisión. Vino en 2015, con una proposición no de ley del entonces Grupo de Convergència i Unió, pero —no me da tiempo a explicar los contenidos de aquella proposición no de ley y de la resolución transaccional que se adoptó— se quedó corta, porque se refería únicamente a una modificación del Real decreto de cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud y a una utilización del criterio de urgencia vital para tratar de asegurar que los niños y niñas que no disponen en sus comunidades autónomas de centros de excelencia puedan utilizar esta justificación de la urgencia vital para poder acudir a otro centro.

Por otra parte, en junio del año pasado tuvimos la comparecencia, como les decía antes, de la Asociación Hiru Hamabi, de padres y madres de niños afectados de daño cerebral adquirido, que nos presentaron no solamente los problemas de estos niños, sino las buenas prácticas que algunos centros y algunos profesionales especializados en este tipo de problemas demostraban en diferentes ciudades

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 659

15 de noviembre de 2018

Pág. 7

españolas. Ayer mismo hubo un taller de trabajo en el Defensor del Pueblo en el que estas asociaciones presentaron su problemática y los técnicos de la defensoría del pueblo explicaron también la información que habían podido recabar de las comunidades autónomas. Desgraciadamente, uno de los problemas que se vieron ayer en esa reunión en el Defensor del Pueblo fue que las comunidades autónomas no han sido capaces de suministrar mucha de la información que el Defensor del Pueblo les requería, y esto es por la falta de un censo de afectados por esta patología. Precisamente por eso nosotros, viendo las enmiendas que se han presentado a nuestro texto de proposición no de ley, estamos dispuestos a aceptar las enmiendas de algunos de los grupos, concretamente del Partido Popular y de Ciudadanos, para incorporar la necesidad de realizar un censo de afectados de daño cerebral adquirido infantil.

Nuestra proposición no de ley busca elaborar una guía de actuación frente al daño cerebral adquirido infantil en su fase aguda que incluya la identificación de un código de ictus infantil, para poder hacer una atención temprana de este tipo de lesiones, acreditar centros de referencia en daño cerebral adquirido infantil que se incorporen a la red de los CSUR y se financien desde el Fondo de Cohesión Sanitaria. Busca establecer los criterios de derivación a estos centros entre las comunidades autónomas y una serie de recomendaciones de buenas prácticas aprovechando la experiencia que ya existe en distintas comunidades autónomas, no solamente en el tratamiento en fase subaguda, sino también en esa coordinación social, sanitaria y educativa que se está haciendo afortunadamente bien en algunas comunidades autónomas, aunque no en todas ellas, al menos no con la misma intensidad. Asimismo, busca considerar un carácter preferente en la valoración del grado de dependencia de los niños y niñas con daño cerebral adquirido en función de su gravedad, y esto es una autoenmienda que el Grupo Parlamentario Socialista ha registrado para que quede claro que lo que queremos es que en la valoración de la dependencia se atiendan antes los pacientes con mayor gravedad.

Nada más.

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

Efectivamente, el Grupo Parlamentario Ciudadanos ha presentado una serie de enmiendas. Para su defensa, tiene la palabra el señor Navarro.

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

Ustedes lo han dicho, el daño cerebral adquirido provoca un serio menoscabo de la salud y de la calidad de vida, porque las lesiones producidas por accidentes cerebrovasculares o traumatismos craneoencefálicos u otros además de al cerebro afectan a cualquier otra función del organismo, y hay colectivos de especial vulnerabilidad, aquellos a los que les ha producido alteraciones de conducta, los que han quedado en estado vegetativo permanente y también los menores de edad, que son objeto de esta iniciativa.

La atención a los menores y a sus familias no debe limitarse al proceso agudo, sino que debe mantenerse en el tiempo y, por otro lado, debe ser de carácter multidisciplinar, de manera que no solo estén implicadas competencias en sanidad, sino también en servicios sociales, discapacidad y educación. Entre las dificultades para la correcta atención, en primer lugar, está que al no ser propiamente una enfermedad, sino un conjunto de secuelas sobre distintas áreas funcionales es más difícil homogeneizar y, en segundo lugar, que hay un lapso de tiempo entre el episodio de lesión y la estabilización de las secuelas de hasta un año y medio. Todo esto dificulta la medición de la incidencia, que a su vez provoca una indefinición respecto a los derechos sanitarios y sociales de los pacientes y que además se traslada a la hora de prescribir y dimensionar adecuadamente la atención. Los profesionales de administraciones, de hecho, conocen estos problemas de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, pero lo cierto es que no disponen de los recursos precisos. Sí que existen unidades y centros dedicados de manera exclusiva al daño cerebral adquirido en adultos, pero en menores, no. Solo hay tres comunidades, no todas convenientemente desarrolladas, pero tampoco se cuenta con recursos más allá de la fase aguda.

En el Grupo Parlamentario Ciudadanos consideramos que la atención para estos menores es manifiestamente mejorable y hemos presentado ya varias iniciativas en relación con esta materia. Estamos básicamente de acuerdo con esta iniciativa, y lo que quiere nuestra enmienda es introducir un punto nuevo, que el ministerio impulse un grupo de trabajo con representantes de las administraciones, profesionales y miembros del movimiento asociativo. Estando de acuerdo en acreditar centros de referencia para la atención, lo enmarcamos en la coordinación entre el consejo interterritorial, el Sistema Nacional de Salud y el Consejo territorial de servicios sociales y del sistema para la autonomía y atención a la Dependencia. Esperamos que estudien con atención esta enmienda y que la estimen.

Muchas gracias.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 659

15 de noviembre de 2018

Pág. 8

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

El Grupo Parlamentario Popular también ha presentado enmiendas. Para su defensa, tiene la palabra el señor De Arriba.

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

Señorías, el DCA supone un deterioro importante en la salud y en la calidad de vida de las personas, de los niños y de las niñas que lo han sufrido y de sus familias. Hace un año, como bien se ha dicho aquí, comparecían en esta Comisión la presidenta de la Asociación Hiru Hamabi y el presidente de la Federación Española de Daño Cerebral para visibilizar con su testimonio y su determinación la situación y las necesidades a las que se enfrentan todos los días los niños y niñas con DCA y sensibilizarnos sobre ellas. Ante la realidad de la situación que viven a diario y que nos describieron, estamos, como políticos, obligados a sentar las bases para una atención multidisciplinar y continuada de los niños y niñas afectados por daño cerebral adquirido. Tenemos la obligación de coordinar y realizar las actuaciones necesarias para mejorar la calidad de vida de estos niños y de sus familias. En definitiva, debemos mejorar su atención sanitaria, social y educativa.

Hemos presentado una enmienda que consideramos que enriquece y complementa la iniciativa que ahora mismo estamos debatiendo. Consideramos necesaria la realización de una estrategia común relativa al daño cerebral adquirido para toda España, que se refiera de forma específica al DCA infantil y que contemple los recursos y las ayudas sanitarias y sociales que han de disponerse para las personas afectadas y sus familias y, como no puede ser de otra forma, en coordinación con las comunidades autónomas. Nos encontramos ante una responsabilidad compartida, con la participación de profesionales, sociedades científicas, entidades sociales y asociaciones de pacientes, para hacer posible una asistencia integral, interdisciplinar, personalizada, flexible y continuada en el tiempo. Debemos incluir en la estrategia una guía de actuación ante el DCA, incorporando un código ictus infantil. Es cierto que existen más de cincuenta protocolos de ictus en España, entre el nacional, los autonómicos y los hospitalarios, siendo la actuación similar en todas las autonomías, al margen de la diferencia en dotación de recursos. Con el objetivo de mejorar la prevención de muertes en la infancia, así como las secuelas en los niños que se estabilizan se debe favorecer el diagnóstico temprano y avanzar en el tratamiento durante la fase aguda, además de la coordinación de la atención entre las unidades de vigilancia y cuidados intensivos pediátricas de todo el territorio nacional.

Considero que hemos avanzado en la atención a la fase aguda, en la respuesta más inmediata, en la rehabilitación interhospitalaria, aunque debemos avanzar en la rehabilitación ambulatoria y en otros componentes de la misma. Todavía recuerdo la frase que dijo una madre de un niño con DCA hace un año cuando salía del hospital después del alta hospitalaria: ¿Y ahora qué? Coincidimos todos en la acreditación de nuevos centros especializados y de referencia de atención al DCA infantil en la etapa subaguda, para que ofrezcan una atención multidisciplinar y de neurorehabilitación cognitiva, conductual y emocional, dimensionando de forma correcta los recursos necesarios para este colectivo de personas a través de un censo o un registro, con el fin de garantizar esa continuidad asistencial y la coordinación sociosanitaria y alcanzar niveles de calidad de vida e inclusión social suficientes para personas con DCA y sus familias. Creemos necesario incluir las buenas prácticas y experiencias existentes atesoradas por las propias comunidades autónomas a lo largo y ancho de nuestra geografía nacional, impulsar esa coordinación y cooperación también entre los organismos que conforman el Sistema Nacional de Salud, el Imsero, el Instituto de Salud Carlos III, para generar sinergias entre el ámbito asistencial sanitario, la atención social y la investigación biomédica que redunden en un mejor abordaje transversal del daño cerebral adquirido. Coincidimos también en el establecimiento en coordinación con las comunidades autónomas del carácter preferente en la valoración de la discapacidad y la situación de dependencia de los afectados por DCA infantil.

Ahora bien, esta iniciativa también exige contar con una dotación económica adecuada en los Presupuestos Generales del Estado, contar con los mejores recursos presupuestarios y con la mejor financiación a nuestras comunidades autónomas responsables de su aplicación. Me han escuchado muchas veces decir que no es buena la idea de diferir la reforma del sistema de financiación autonómica. Creo que necesitamos impulsar un nuevo modelo de financiación con el que financiar y mejorar nuestros servicios esenciales y, por ende, nuestro Sistema Nacional de Salud. Esta misma mañana diversos consejeros de comunidades autónomas de distinto signo político han solicitado una reunión del consejo interterritorial, porque creen que se debe celebrar a corto plazo para tratar de abordar de forma monográfica la financiación de la sanidad y para que se trabaje en un documento de consenso que

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 659

15 de noviembre de 2018

Pág. 9

posteriormente pueda llevarse al Consejo de Política Fiscal y Financiera. No se puede continuar, desde mi punto de vista, creando incertidumbre o seguir instalados en determinadas rectificaciones. Apelo a las señorías del PSOE para que aborden el sistema de financiación autonómica y, con él, la revisión de las necesidades financieras del Sistema Nacional de Salud.

Finalizo, presidente. Creo que debemos poner en marcha esta iniciativa para intentar que la vida de los niños, de las niñas y de sus familias sea mejor.

Muchas gracias.

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

Para fijar la posición del Grupo Mixto, tiene la palabra el señor Alli.

El señor **ALLI MARTÍNEZ**: Muchísimas gracias, señor presidente.

Voy a empezar haciendo algo que no está muy de moda entre los que estamos aquí presentes, y es dar las gracias al Grupo Socialista por esta proposición no de ley, especialmente al señor Fernández. También quiero dar las gracias a la asociación Hiru Hamabi, de la comunidad de la que vengo, que es Navarra, por su lucha y por apoyar a los niños con daño cerebral adquirido, que es lo que hoy estamos debatiendo, y a sus familias. Por tanto, anticipo que Unión del Pueblo Navarro votará favorablemente los cinco puntos de esta proposición no de ley.

Antes de entrar en el contenido de esta proposición no de ley quiero hacer una reflexión, que viene un poco a reiterarse respecto del punto anterior. Decía muy bien el señor Fernández que ya en 2015 hubo otra proposición no de ley similar que se votó por unanimidad, pero el problema de las proposiciones no de ley de la Cámara legislativa es que, aun habiendo unanimidad, al no tener rango legislativo, los ejecutivos que estén en ese momento en el Gobierno central, y me da igual su color, no desarrollan algo que unánimemente los que hoy estamos aquí legislando queremos desarrollar. Siendo el Grupo Socialista quien propone esta proposición no de ley aprovecho para decirle que comunique esa exigencia, no instancia, sino exigencia a la ministra de Sanidad y al resto de ministerios, porque esto efectivamente es un asunto transversal en el apoyo a las familias y especialmente a los niños con daño cerebral adquirido por las causas que ha citado muy bien el señor Fernández, portavoz del Grupo Socialista.

En cuanto a contenido claro que estoy a favor de que haya más guías, haya más protocolos, haya más programas, haya mejores prácticas, y que se pongan en común entre las diferentes comunidades, pero más allá de eso —con lo que yo estoy de acuerdo por descontado— considero que se han de hacer más unidades de neurorrehabilitación, por ejemplo, en cada una de las comunidades autónomas, y por lo tanto también lógicamente en la Comunidad Foral de Navarra, porque en este momento de la atención temprana que acaba en los tres años, como bien saben, hasta los dieciséis años la cartera básica no recoge esa estimulación, esa neurorrehabilitación de los niños, de las niñas, de los jóvenes hasta los dieciséis años, que necesitan, que requieren y que es absolutamente de obligado cumplimiento por parte de cada comunidad autónoma. Por tanto es el Gobierno central quien tiene que liderar que se desarrolle esta proposición no de ley, y no tanto la PNL, sino su contenido, y que se desarrollen nuevos servicios públicos para estas familias y en definitiva para estas personas. Insisto en que ha de ser un desarrollo no solamente en el ámbito sanitario, sino también a nivel social, educativo, etcétera, por los apoyos que requieren estas familias, estos niños y estas niñas, para poder hacer una vida cotidiana, porque son absolutamente necesarios.

Me alegra también saber que va a haber una transaccional en la que se incluye un censo para saber exactamente de qué estamos hablando. Esta mañana hablaba con una de las personas que trabajan en Hiru Hamabi, Mar Ugarte, y me decía que la estimación es que hay 9000 casos anuales de daño cerebral adquirido infantil. Necesitamos tener información para saber cuál han de ser los apoyos a futuro. Por lo tanto vuelvo insistir en que tendrá el apoyo de Unión del Pueblo Navarro en esta proposición no de ley.

Muchísimas gracias.

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

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

La señora **DE LA CONCHA GARCÍA-MAURIÑO**: Buenas tardes. Seré muy breve porque todo ha sido dicho. Qué felicidad ver que aquí hoy todo el mundo está de acuerdo, también con las enmiendas, para hablar de las 9000 familias que cada año tienen este problema en su casa. Cómo no vamos estar de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 659

15 de noviembre de 2018

Pág. 10

acuerdo con esto, donde se habla de elaborar un código de ictus infantil, diagnósticos tempranos, prevenir muertes en la infancia —¿qué pasa, que hasta ahora no lo hacíamos?—, prevenir las secuelas en los niños —¿tampoco se hacía esto, cómo es posible?—, crear un sistema coordinado de atención, UCI pediátricas. Leemos todo esto y parece increíble que no exista ya; a lo mejor es que antes no había gente con daño cerebral adquirido, y es cosa nueva, porque me da la sensación de que no.

Estamos de acuerdo con los cinco puntos y nos parece importantísima la atención de estos niños y estas niñas de entre tres y dieciséis años. Hace un año tuvimos, creo que casi todos los que estamos aquí, una reunión con estas familias y nos explicaron casos que todos conocemos y que no voy a volver a repetir. En definitiva es lo de siempre; en este caso, como decía el representante navarro, ¿esta PNL de hoy se va a transformar en una realidad? En primer lugar, ¿cómo no está hecho ya? Aquí han gobernado fundamentalmente dos partidos, el Partido Socialista y el Partido Popular. Respecto del primero, no creo que un partido se pueda llamar socialista si no se preocupa, para empezar, de las personas más necesitadas, especialmente de los niños, y el Partido Popular siempre ha hecho bandera de la defensa de la familia. Es obvio que todas estas familias han estado muy abandonadas, entonces nos parecen correctas las demandas, nos parecen muy bien las enmiendas que se han presentado, esto empieza diciendo que el Congreso de los Diputados insta al Gobierno a que en el plazo máximo de seis meses. Es decir, 15 de mayo. ¿Es verdad que esto va a estar hecho para el 15 de mayo? Creo que hoy mismo vamos a registrar una PNL para que no se nos olvide, el 15 de mayo, recordarlo.

Muchas gracias.

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

Señor Fernández, hemos entendido que aceptaba algunas enmiendas de Ciudadanos y del Partido Popular; pero como son de modificación...

El señor **FERNÁNDEZ DÍAZ**: No, no; estamos preparando una transacción que presentaremos a la Mesa.

El señor **PRESIDENTE**: Muy bien.

— RELATIVA A LA REALIZACIÓN DE UN ESTUDIO SOBRE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS SIN HOGAR. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/002321).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al segundo punto del orden del día, la proposición no de ley relativa a la realización de un estudio sobre las necesidades de las personas sin hogar, del grupo Parlamentario Popular en el Congreso.

Para su defensa tiene la palabra la señora Navarro.

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

Señorías, el Grupo Parlamentario Popular trae esta tarde a debate una iniciativa sobre uno de los problemas latentes en España, el sinhogarismo: personas sin hogar o los sin techo. No es la primera vez que en esta Comisión se aborda el problema; tampoco es la primera vez que este Grupo Parlamentario Popular se ocupa del mismo. Les voy a refrescar la memoria, ya en la X Legislatura, en el año 2014, a instancias del Grupo Parlamentario Popular, se debatía en esta Comisión una iniciativa que tenía por objeto instar al Gobierno —un Gobierno del Partido Popular, sí— a elaborar una estrategia integral para personas sin hogar. El Gobierno de España se hacía eco del mandato de la Cámara aprobando en el año 2015 la Estrategia de Personas sin Hogar, y cumplía así con las recomendaciones de la Unión Europea a través de su Estrategia Europea 2020, entre cuyos objetivos yo quiero recordar que estaba encontrar empleo al 75% de las personas entre veinte y sesenta y cuatro años, y reducir en veinte millones de personas el riesgo de exclusión social. Lo digo porque ahora también están ustedes en responsabilidades de gobierno, y es bueno que no perdamos este objetivo. Pero, señorías, se daba la paradójica situación de que España afrontaba las consecuencias de la peor crisis económica y social de la era de la democracia. Los socialistas habían dejado multiplicada por cinco la tasa de pobreza, en datos de la OCDE, y además el paro se había duplicado tras años de políticas socialistas, donde tan solo nos habían dejado tres millones y medio de parados, de ahí que la única preocupación de un Gobierno del Partido Popular fuese revertir la deriva de los españoles, sostener nuestra sociedad del bienestar y garantizarlo para las generaciones futuras. Una gran medida fue el Plan de Inclusión Social 2013-2016,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 659

15 de noviembre de 2018

Pág. 11

que permitió inyectar más de 136000 millones de euros a través de más de doscientas medidas para paliar dicha situación. Y fue además el instrumento que sirvió de percha para colgar la Estrategia de Personas sin Hogar, en cooperación con el resto de administraciones autonómicas y locales, y por supuesto de la mano de las entidades del tercer sector, que quiero recordar, por cierto, que ustedes se dejaron a deber más de 3000 millones de euros, y hay que recordar igualmente que las entidades del tercer sector, con su esfuerzo y con su dedicación, son las que permiten, a través de la inyección económica que reciben del 0,7% del IRPF, vertebrar nuestra sociedad del bienestar y garantizar la cohesión social.

Los objetivos de la estrategia no eran otros que la prevención, protocolos de detección e intervención temprana, sensibilización, accesibilidad a servicios y prestaciones, combatir la violencia que se ejerce contra las personas que sufren este fenómeno, entre los más importantes. Y en ello está verdaderamente comprometido el Grupo Parlamentario Popular. Tres son las iniciativas que ya se han registrado en las distintas comisiones del ramo. Por ejemplo, en la Comisión de Justicia incluir la aporofobia como agravante penal en los delitos de odio; en la Comisión presente de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales impulsar el *housing first* como modelo que sirva de palanca para reinsertar en la sociedad a las personas en situación cronicada y con grave deterioro de sus condiciones físicas y psíquicas; y esta otra iniciativa que se debate esta tarde, donde la responsabilidad del Partido Popular va siempre a cumplir con la veracidad de los datos. Sí, hay que utilizar la eficiencia y la eficacia y la efectividad de las políticas a aplicar, porque el sinhogarismo nos preocupa de verdad.

Ya el Gobierno del Partido Popular fue pionero en abordarlo a través de la estrategia de 2015, y ahora debemos comenzar también la casa por los cimientos y abordar la problemática de los datos de las personas sin hogar. Mientras que el Instituto Nacional de Estadística en su último estudio —que por cierto data del año 2016— arroja la cifra de 23000 personas sin hogar en España, las entidades del tercer sector, como la Fundación RAIS, apunta a que hay en torno a 30000 personas en España. No obstante es Cáritas España la que ha llegado a señalar incluso que son 40000 las personas sin techo que hay en España.

Señorías, estos no son números, son rostros. ¿Son 23000, 30000, 40000? Hay que saber cuántos son, porque se trata de personas que no tienen una almohada donde soñar, y un altísimo porcentaje de las mismas —más de la mitad— no llegaron a esta situación fruto de la pobreza —uno de los estigmas de las personas sin hogar con el cual hay que acabar—, sino que llegan a esta situación tras sufrir seis o siete traumas en un corto espacio de tiempo, con lo cual esto corroe los cimientos de una persona, que además emprende un viaje hacia un lugar para el que sin duda no compró billete: la muerte de un familiar cercano, una separación, el paro, una enfermedad grave, la falta de una red familiar de sostén. Si está demostrado que una persona es capaz de atravesar por dos, tres o como mucho cuatro de estos traumas a lo largo de toda su vida, quién nos dice que la fortuna no decida que seas tú, tu vecino, tu amigo o tu primo quien mañana podamos acumularlos y vernos en esta situación. Por eso es imprescindible contar con la fiabilidad de los datos para la planificación e intervención de las personas sin hogar, para la efectividad de las políticas para que se pongan en marcha, y sí, señorías, también hay que contar con presupuesto. Yo sé que ustedes también van a hablar de presupuesto.

Por último, no quiero cerrar esta iniciativa sin aportar algunos datos que son contradictorios con las entidades del tercer sector, pero que ponen de manifiesto la necesidad de saber cuántas personas sin hogar tenemos y a partir de estos datos empezar a trabajar. Por ejemplo, el Centro de Personas sin Hogar de Albacete, atendido por el ayuntamiento, revela que en el año 2016 se realizaron 29000 pernoctaciones y en el año 2017 solo 19000, con lo que han bajado en un 48%. Esto, unido a que el Ayuntamiento de Salamanca el pasado 8 de noviembre saliera a la calle con una iniciativa de recuento local de las personas sin hogar, de la mano de las entidades del tercer sector, pone de manifiesto que a nuestras administraciones les preocupa el sinhogarismo, les preocupa cuántas personas duermen en la calle, cómo lo hacen y qué situación les ha llevado a ese punto. Por tanto contaremos en este caso con la necesidad de que esta sea una buena política, porque un porcentaje del éxito de la misma se basa en la veracidad de los datos.

El Grupo Socialista ha presentado una enmienda a esta iniciativa y tenemos la esperanza de poder llegar a una transaccional.

Muchas gracias.

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

Hay una enmienda del Grupo Parlamentario Socialista que va a defender la señora Tundidor.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 659

15 de noviembre de 2018

Pág. 12

La señora **TUNDIDOR MORENO**: Buenas tardes.

Señor presidente, señorías, nos resulta llamativa la iniciativa que nos trae hoy el Partido Popular, presentada justo unos días después de la nuestra relativa al Plan de Atención Integral a las Personas sin Hogar. Además es sorprendente que votaran en contra de nuestra enmienda en los Presupuestos Generales del Estado para la dotación de 5000 millones de euros que permitieran la puesta en marcha de la Estrategia Integral para Personas sin Hogar 2015-2020, y sabiendo además que en las comunidades autónomas en las que había un plan de atención específico para las personas sin hogar cuando el Partido Popular ha tenido la posibilidad lo ha destruido. En este sentido sirve de modelo el implantado en Castilla-La Mancha, que funcionaba, daba buenos resultados, y cuando llegaron al Gobierno lo anularon, pese a que, como consecuencia de la crisis y los recortes en políticas sociales llevados a cabo en 2012, había aumentado el sinhogarismo por impagos, pérdidas de vivienda y desempleo. A ello se suma el desarraigo, la soledad, los problemas con las drogas y el alcohol, las enfermedades mentales, las agresiones y delitos principalmente dirigidos contra jóvenes y mujeres, así como la extensión de tópicos y perjuicios.

Para el Grupo Socialista las personas sin hogar son una prioridad, por eso el Gobierno de Pedro Sánchez revitalizará la Estrategia Nacional Integral para Personas sin Hogar paralizada desde 2015, comprometiéndose a respaldar de forma activa la participación de España en iniciativas como la impulsada por la Comisión Europea, a través del Programa Primera Vivienda, de Europa, para facilitar viviendas accesibles con carácter permanente a quienes se encuentren en peor situación. Además el Gobierno trabajará para tener datos actualizados, tanto de la población sin hogar como de los centros de atención y los recursos de los que se dispone.

También el Ministerio de Fomento, dentro del Plan Estatal de Vivienda 2018-2021, incorporará un tratamiento específico para las personas sin hogar. Asimismo en la página web del Ministerio Sanidad, Consumo y Bienestar Social se creará un apartado específico para dar visibilidad a este problema, y se incluirá de forma específica al colectivo de personas sin hogar dentro del Plan Nacional para la Prevención y Control de la Tuberculosis en España. Igualmente se realizará un estudio para identificar la labor que están desarrollando las comunidades autónomas, y se creará una red de conocimiento sobre las formas de abordar el sinhogarismo, y en ese sentido, teniendo en cuenta las actuaciones que está desarrollando el Gobierno, presentamos nuestra enmienda.

Señorías, el drama de las personas sin hogar es una lacra de nuestra sociedad a la que no podemos ni debemos acostumbrarnos.

Muchas gracias.

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

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

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

La Estrategia Europa 2020, de crecimiento de la Unión Europea para esta década, pretendía, en un mundo en transformación, conseguir que la Unión Europea creciera con una economía inteligente, sostenible e integradora, y por eso se impusieron cinco objetivos muy ambiciosos en distintas materias; una de ellas la integración social. En esta línea, con este criterio, se pretendía una reducción muy significativa de las personas en riesgo de pobreza y exclusión social, un objetivo que —hay que decirlo— avanza a trancas y barrancas.

El término sinhogarismo hace referencia a personas sin techo, sin vivienda, con vivienda insegura o con vivienda inadecuada, y es una realidad que España arrastra desde hace muchos años como consecuencia de muchos factores, pero fundamentalmente por el diseño de las políticas habitacionales y de suelo que han tenido en conjunto las distintas administraciones —no hay un responsable único—, y también por la no correlación entre el crecimiento económico y la intervención social en este ámbito. Pero sabemos que este proceso puede ser tratado de manera eficaz, y tenemos la experiencia de países europeos que ya han adoptado estrategias para luchar contra el sinhogarismo y la exclusión residencial con éxito: Irlanda, Reino Unido, Dinamarca, Finlandia, Holanda, Francia y Portugal. Lo que ha ocurrido en estos países ha sido que optar por una u otra estrategia tiene impacto, puede tener un impacto muy positivo.

Lo cierto es que España hasta este momento no tiene una estrategia específica, y esto hace que cada vez estemos en peor situación. No hay a nuestro juicio ninguna disculpa para no iniciar inmediatamente una tarea en esta materia, en el marco de las resoluciones europeas y de esa Estrategia Europa 2020. Es preciso que esa estrategia se base en mecanismos de seguimiento y rendición de cuentas, poniendo objetivos, plazos y procedimientos de denuncia. Algunas cifras tenemos: en 2010 la cifra de personas sin

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 659

15 de noviembre de 2018

Pág. 13

hogar rondaba, según el INE, las 13700, y en 2012 habían ascendido dramáticamente a casi 23000. Desde entonces el INE no se ha vuelto a preocupar del asunto, los Gobiernos han tenido otras prioridades, pero son unas cifras que estaban aumentando significativamente y que son insoportables. Además los datos destruyen ideas preconcebidas; por ejemplo, casi el 60% son menores de cuarenta y cinco años —destruye el mito de que son todas personas de más avanzada edad—; el 54,2 son de nacionalidad española —otro mito que sea gente de fuera la que acaba viviendo en la calle—, el 80,3% son hombres. Desde luego necesitamos tener datos que fundamenten esa iniciativa como decimos de rendición de cuentas. Por lo tanto, como veo que está ya en rojo oscuro (**risas**), apoyaremos la iniciativa.

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

Es ahora el turno del Grupo Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea y de la señora Bosaho.

La señora **BOSAHO GORI**: Buenas tardes, señor presidente.

Señorías, lo que indica el Partido Popular en esta proposición no de ley es bastante razonable, pero los hechos que cuenta no son proporcionales al Estado de derecho que parece que disfrutamos, y tienen razón cuando dicen que la exclusión social es uno de los problemas más graves de la sociedad actual, claro que sí. No tenemos datos actualizados, la estrategia específica no está implementada, y también es complicado acabar con el hambre en el mundo, y la responsabilidad institucional y política debe poner por delante los problemas difíciles y resolverlos. Quizá si los Estados invirtieran muchos más recursos en estas cuestiones tan importantes tendríamos mejores datos y más efectivos para analizar la situación real de las personas sin hogar, porque es un verdadero drama, como todos los compañeros han comentado.

Me voy a centrar en un estudio sobre esta cuestión que se hizo recientemente por la Red de Entidades para la Atención de Personas sin Hogar de Alicante y la Consejería de Acción Social del ayuntamiento de esta ciudad el pasado mes de febrero. En este mismo año se hizo un estudio de personas sin hogar y se llegó a la conclusión de que se estima que hay gravísimos problemas en la mayoría de las personas que sufren este drama en la ciudad; de una población de 330000 habitantes en 2016, casi 200 personas viven y duermen en la calle. Es un verdadero drama. Muchas de ellas son víctimas de agresiones, como delitos de odio, violencia machista, racismo, según consta en el informe de la propia campaña. Estamos hablando de 23000 personas o de 40000 personas, porque no tenemos los datos, que son muchas personas, y es una verdadera vergüenza que un Estado social y de derecho permita este tipo de situaciones.

Finalmente, si se trata de impulsar las acciones previstas en la línea estratégica 13, del objetivo 5 de la Estrategia Nacional Integral para Personas sin Hogar 2015-2020, relativa a mejorar el conocimiento y la evaluación en el marco de políticas de personas sin hogar, ¿cómo no vamos a estar de acuerdo con esta estrategia? Votaremos a favor.

Muchas gracias.

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

Por lo que hemos oído, esperamos una transacción para la hora de la votación.

— RELATIVA A IMPULSAR EL PLAN CONCERTADO DE PRESTACIONES BÁSICAS DE SERVICIOS SOCIALES. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/002947).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al tercer punto, proposición no de ley relativa a impulsar el Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales, del Grupo Parlamentario Socialista. Para su defensa, tiene la palabra la señora Martín González.

La señora **MARTÍN GONZÁLEZ** (doña María Guadalupe): Muchas gracias, presidente. Señorías, buenas tardes a todos y a todas.

No quisiera que se interpretara que el motivo por el que el Grupo Parlamentario Socialista trae hoy a debate esta iniciativa es solamente por la celebración de los treinta años del Plan concertado. Son varias las iniciativas que hemos presentado anteriormente —se han debatido en Pleno y en Comisión— y, de hecho, esta misma semana se ha hablado del Plan concertado tanto en el Pleno como ahora en esta Comisión. No podemos ni queremos —insisto, no queremos— renunciar a la satisfacción que nos produce celebrar estos treinta años. El Plan concertado, como se ha dicho en muchas ocasiones, ha sido un auténtico pacto de Estado para el desarrollo de las prestaciones básicas de servicios sociales de las

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 659

15 de noviembre de 2018

Pág. 14

corporaciones locales, pero ha sido la base sobre la que ha crecido el sistema público de servicios sociales, que se ha consolidado como uno de los sistemas públicos de nuestro desarrollo constitucional y como instrumento de cohesión territorial. Hoy nadie pone en duda los pilares sobre los que se asienta el Estado del bienestar: el sistema educativo, el Sistema Nacional de Salud, el sistema de servicios sociales y el sistema de pensiones.

Decimos con orgullo que el Plan concertado inicia su andadura en 1988 con un Gobierno socialista, siendo ministra Matilde Fernández, y es el inicio de la consolidación de la Red Básica de Servicios Sociales. Durante los primeros años su crecimiento era necesario para arraigar en los ciudadanos el concepto de derecho social, participación social y de política social en el sentido más amplio. Se consensuaron una serie de prestaciones básicas para todos los territorios, si bien también hay que poner en valor el fuerte compromiso de las administraciones autonómicas, que desarrollaron sus propios sistemas de servicios sociales con la aprobación de leyes de servicios sociales. El compromiso de la Administración General del Estado, la Administración autonómica y la Administración local es lo que realmente consolidó e hizo crecer el Plan concertado. Pero no todo ha sido un camino de rosas. Si en los años noventa la Administración del Estado llegó a financiar hasta el 25% del coste de la red, ahora constatamos que la participación del Estado ha adelgazado considerablemente hasta situarse en un simbólico 2,9% en 2016. Sí, señorías, hemos pasado de 87 a 27 millones de euros, justo en el momento en el que se estima que la demanda de ayuda para emergencia social se había incrementado un 200%. Si el Plan concertado ha sobrevivido ha sido por el esfuerzo de las comunidades autónomas y de los ayuntamientos, que no han sido ajenos a las necesidades reales de los ciudadanos, pese al escaso apoyo recibido. Junto a este esfuerzo, debemos reconocer el trabajo de los más de 62000 profesionales de los servicios sociales que hoy trabajan en el sistema. A ellos y a todos los que han pasado su vida laboral entregados a un trabajo duro, a veces ingrato, a veces desesperante por los escasos recursos que han limitado su capacidad de respuesta, a todos ellos y a todas ellas, porque son en su gran mayoría ellas, quiero manifestarles nuestro reconocimiento. Ahora, después de treinta años, merece la pena reivindicar más esfuerzo para reforzar el Plan concertado, más fondos para el mismo y más reconocimiento para los profesionales.

Quisiera finalizar utilizando las palabras de ellos, de los profesionales, lo que dijeron en las jornadas de evaluación de Álcazar de San Juan del día 5 de octubre —abro comillas—: La sociedad ha cambiado mucho en estos treinta años. Hay 13 millones de personas en la exclusión social que no se ajustan al modelo inicial. Antes pobreza era igual a exclusión social; hoy hay pobres que trabajan y no están en riesgo de exclusión. Tenemos que adaptar el modelo. Es un reto que no podemos hacer sin los ayuntamientos, la Administración más cercana. Cierro comillas.

Señorías, espero que apoyen esta iniciativa del Grupo Socialista —deduzco que sí, al no haber presentado enmiendas—, porque necesitamos unos servicios sociales fuertes, con el compromiso de todas las administraciones, para que los ciudadanos consideren los servicios sociales como una garantía contra las desigualdades, como una garantía para que nadie se quede por el camino.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Como bien decía la señora Martín, esta proposición no tiene enmiendas y, por lo tanto, los grupos van a fijar posición. En primer lugar, por el Grupo Parlamentario Ciudadanos, el señor Clemente.

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

Seré relativamente breve, puesto que estamos a favor. Los servicios sociales siempre han sido una de las patas con menor apoyo por los sucesivos Gobiernos de este supuesto Estado del bienestar. Es importante comprender que estos servicios complementan a los servicios de sanidad, dependencia y educación. A día de hoy, casi 62000 profesionales trabajan en este sector en los servicios que prestan comunidades autónomas y de ellos un 42 % son funcionarios. Los servicios sociales son un importante nicho de creación de empleo, si bien, pese a los recortes, en el año 2015 la variación anual del empleo fijo ha sido de 1004 trabajadores y la del empleo nuevo de 524 puestos de trabajo. Las principales quejas vienen dadas porque la financiación de este Plan concertado siempre recae sobre las administraciones autonómicas y locales. También es cierto que son quienes poseen competencia para desarrollar este tipo de servicios, pero estas quejas se acrecientan especialmente tras los recortes del año 2012, cuando se pasa de más de 80 millones de euros anuales por parte de la Administración General del Estado a apenas 27 en el año 2015. En los Presupuestos Generales del Estado de 2017 y 2018 mi grupo parlamentario ya incrementó esas partidas destinadas a los servicios sociales dentro del Ministerio de Sanidad. Parte de este incremento fue a parar al

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 659

15 de noviembre de 2018

Pág. 15

Plan concertado. Sin embargo, consideramos que aún hay mucho margen de mejora. Uno de los principales problemas del que siempre se ha quejado este sector es la falta de una regulación que armonice y garantice unos derechos sociales básicos al conjunto de la ciudadanía; es decir, una ley marco de servicios sociales que posteriormente desarrollen comunidades autónomas y entidades locales, ¿cómo no!

Somos favorables a que se aumenten los fondos de este plan y mejorar así la dotación de los servicios sociales, al menos hasta las cuantías previas a la crisis económica y los recortes producidos a partir de los años 2011 y 2012. Por ello, apoyaremos esta proposición.

Gracias.

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

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

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

Treinta años después de la creación del Plan concertado tenemos que hablar —en el Pleno hablamos esta semana y ahora en la Comisión— de la recuperación del mismo. Quizá por su nombre no sea muy conocido para mucha gente y por eso el Partido Popular se permitió sin ningún sonrojo un recorte brutal. El caso es que las consecuencias de los recortes sí son palpables y las sufre la mayoría social. El Plan concertado es el plan que estructura los servicios sociales y se trata de una colaboración económica y técnica entre las comunidades autónomas, la Administración General del Estado y las administraciones locales. Se financia vía Presupuestos Generales del Estado. Es triste pero tenemos que recordar hoy aquí lo que son los servicios sociales, que son la garantía de cohesión social, la garantía de que cualquier persona pueda acceder a una vida digna, independientemente de la situación socioeconómica en la que se encuentre. ¿Cuál ha sido el problema? ¿Por qué nos encontramos en la actualidad ante unos servicios sociales que están más cercanos a la caridad y al asistencialismo que a la universalidad? ¿Por Venezuela? Pues, no, señorías, no es por Venezuela. Vamos a hablar de España. Recortes: año 2012, el año más duro de la crisis, una situación de pobreza en la que el 30% de la población se encuentra en riesgo de exclusión social y el 8% en situación de pobreza severa. ¿Qué hace el Gobierno del Partido Popular? Recorta, pasa de un presupuesto de 87 millones de euros en 2011 a 27 millones de euros, 27 millones de euros para atender toda la red de servicios sociales del país. Para que nos hagamos una idea con esta comparativa, 27 millones de euros es el presupuesto para esta temporada del Huesca Club de Fútbol y díganme ustedes si con ese dinero se puede financiar una red de 5600 municipios que pertenece a esta red de servicios sociales, una red de la que reciben prestación 6 millones de personas en España y que sostiene a 62000 profesionales.

Segundo problema. Como saben, los servicios sociales son competencia autonómica y son gestionados a través de la Administración local. En un momento de asfixia de los ayuntamientos se aprueba por parte del Partido Popular —año 2013— la Ley de racionalización y sostenibilidad de la Administración local, que vacía de competencias a los servicios sociales comunitarios. Eso, además, obviamente, de la infrafinanciación del Plan concertado. Hay que decir que esta norma ha sido anulada parcialmente por el Tribunal Constitucional, aunque hay algunos preceptos que siguen vigentes y que están impidiendo la prestación equitativa de los servicios sociales. En último lugar, la externalización de los servicios sociales. Como otras políticas públicas, también está sufriendo una tendencia a la privatización a través de licitaciones de la Administración pública que premia la bajada de los contratos y, por tanto, la bajada de la calidad y a través de la infrafinanciación del Plan concertado que, al final, acaba cargando el peso de la responsabilidad de luchar contra la emergencia social sobre las organizaciones de la sociedad civil y el sector privado, porque las políticas públicas del Partido Popular le quitaron la responsabilidad al Estado.

En definitiva, recuperar ese Plan concertado con una inversión suficiente y derogar la Ley de racionalización y sostenibilidad de la Administración local. Esto aquí y ahora, pero tiene que ir acompañado de una reflexión del nuevo modelo de servicios sociales, universales, públicos y de calidad que necesita este país. Efectivamente, la España actual no se parece a la de los noventa. Ha cambiado, la estructura socioeconómica también ha cambiado y tenemos el reto y la oportunidad de diseñar unos servicios sociales que respondan desde el Estado a las necesidades actuales de España, pensando en el nuevo modelo productivo, pensando en el reconocimiento de cuidados y pensando en ese proyecto de país que todos queremos.

Anuncio que votaremos a favor.

Gracias.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 659

15 de noviembre de 2018

Pág. 16

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señora Terrón.
Por el Grupo Parlamentario Popular, la señora Heredia tiene la palabra.

La señora **HEREDIA MARTÍN**: Muchas gracias, señor presidente. Buenas tardes, señorías.

Está claro que el Gobierno socialista está a la deriva, está haciendo agua por momentos. Con toda la que tienen liada con los vehículos diésel y de gasolina su grupo tiene que volver a presentarnos, por trigésima vez ya —creo— en esta Comisión el tema más manido que tiene el Partido Socialista, que es el Plan concertado, como si pudieran darnos lecciones del Plan concertado cuando fue el primer Gobierno que se cuestionó el apoyo económico por parte del Estado a este plan en los ayuntamientos y en las comunidades autónomas. Sinceramente, creo que les gusta traer este tema porque se sienten cómodos, y no porque les preocupen los ayuntamientos, ni mucho menos, sino porque les encaja perfectamente en su mensaje estrella, en sus palabritas favoritas: retroceso en materia de derechos y libertades. Les encaja a la perfección lo del retroceso, como si no fuera un retroceso mandar a 3,5 millones de personas entre 2007 y 2011 al paro cuando ellos gobernaban. Eso no era un retroceso contra los derechos y las libertades de las personas, no, eso estaba estupendamente y nos vienen aquí a dar lecciones. O desmantelamiento de los servicios públicos o desmantelamiento de los servicios sociales, como si ellos no hubieran quebrado la Seguridad Social en 2011 y no hubieran generado una deuda de la sanidad pública de 16000 millones de euros. Lo vamos a repetir todas las veces que haga falta para que no se olvide, señora Terrón. ¿Ya se ha ido la señora Terrón? ¡Vaya por Dios! (**Rumores**). Cuando gobierna el Partido Popular lo único que le molesta a la señora Terrón es la gestión del Partido Popular, pero no se fija en cómo estaba España en 2011 y cómo nos la dejó el Partido Socialista. Pero bueno, esa es la izquierda, que solamente ve lo que le gusta ver. Por eso les tengo que decir que me parecen unos verdaderos artistas. Con esta proposición no de ley hoy en el Partido Socialista son verdaderos artistas, porque estamos ante una iniciativa con la que nos hacen otra vez a los españoles y a los ciudadanos el truco de la estampita. Dice: instar al Gobierno a adoptar las medidas necesarias para recuperar y reforzar el Plan concertado. ¡Olé! ¿Y donde está el dinero? Ni un duro. Oye, cuando estaban en la oposición ponían muchas cantidades en sus iniciativas —una alegría, venga, aquí no se acaba el dinero, el dinero crece en las macetas—, pero ahora que están en el Gobierno se tienen que poner de ladillo y hablan de reforzar y recuperar, pero ni un solo duro. Pero, bueno, yo también los entiendo, y tengo que decirle a la señora Martín que también lo celebro, pues sería una buena noticia. Eso habría que celebrarlo por todo lo alto, que pusieran una cantidad económica o un porcentaje: Mira, en el próximo presupuesto, que el señor Sánchez tiene preparado para finales de año, vamos a poner esta cantidad para el Plan concertado. No, no, de momento ni un solo duro.

Voy terminando, señor presidente. Yo veo que lo tienen difícil y lo puedo comprender. Todos conocemos a la ministra de Hacienda, la hemos sufrido en Andalucía como consejera, es la reina de la no ejecución, y para qué quieren que les ponga algo en el presupuesto que después no lo va a ejecutar. Y hablamos de ayuntamientos, ya que tanto les preocupa los ayuntamientos. Andalucía tiene más de 778 ayuntamientos y la señora Montero les ha dejado sin invertir más de 1125000000 de euros en planes de cooperación municipal. Eso también son servicios públicos, esos también son servicios sociales. Y más dinerito: 990000 millones en financiación de la patrica. Eso, los que somos concejales, sabemos lo que es...

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

La señora **HEREDIA MARTÍN**: Sí, concluyo.
Bueno, que busquen el dinero y nos hablen de realidades y no traigan más humo a esta Comisión.
Muchas gracias. (**Aplausos**).

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señora Heredia.
Al no tener enmiendas, esta proposición no de ley se votará en sus propios términos.

— SOBRE LA IMPLANTACIÓN COMPLETA DEL CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL EN LAS CIUDADES AUTÓNOMAS DE CEUTA Y MELILLA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO CIUDADANOS. (Número de expediente 161/003145).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al cuarto punto del orden del día, que es la proposición no de ley sobre la implantación completa del cribado de cáncer colorrectal en las ciudades autónomas de Ceuta y de Melilla, presentada por el Grupo Parlamentario Ciudadanos. Para su defensa, tiene la palabra el señor Igea.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 659

15 de noviembre de 2018

Pág. 17

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

Traemos hoy aquí un asunto de la cartera básica de servicios, que es el cribado de cáncer colorrectal. El cribado de cáncer colorrectal está en cartera, fue aprobado en 2013 y publicado en 2014 en el *Boletín Oficial del Estado* y es un asunto tan importante como que el cáncer colorrectal es el tumor más frecuente en la población general en nuestro país —más de 34000 casos de cáncer colorrectal al año—, cuyo pronóstico, cuyo tratamiento, difiere enormemente si uno ha realizado medidas de prevención o si ha realizado *screening*, porque el cáncer colorrectal no solo se puede detectar precozmente, sino que, a diferencia del resto de los cánceres, se puede prevenir. El test de sangre oculta en heces, que lleva a la realización de colonoscopias en los enfermos que dan resultados positivos, puede detectar lesiones precancerosas, pólipos que pueden ser extirpados y evitar la aparición del tumor. Esta simple práctica —y digo simple práctica porque el coste del test de la sangre oculta es aproximadamente de 2 euros y el coste de la colonoscopia es entre 180 y 300 euros— reduce la mortalidad entre el 30 y el 50% de los casos. Hagamos números, ¿qué es el 30 o el 50%? Pues que podríamos evitar que muriesen 15000 españoles al año a consecuencia de un cáncer colorrectal. Si quieren compararlo con alguna cifra que les suene o que sea recordada, les diré que la mortalidad por enfermedad hepática debida al virus C en España no alcanzaba los 2500 al año. Estamos hablando de siete veces más mortalidad que la que producía el virus C en nuestro país. Por eso, nosotros pensamos que es urgente acabar de implantar el *screening* de cáncer colorrectal en todas las comunidades, porque hay comunidades que no cubren ni siquiera el 20% y hay comunidades que ya han dado dos vueltas a toda la población. Esto quiere decir que nos estamos encontrando con diferencias de mortalidad y que se da el caso paradójico de que comunidades con más incidencia de cáncer colorrectal tienen menor mortalidad, porque tienen ya un diagnóstico precoz, porque su tratamiento es más fácil y porque en muchos casos, como digo, puede prevenirse. Por tanto, y como es nuestra costumbre, nosotros solicitamos que se homogeneice la detección del cáncer colorrectal y que en el año 2019, como estaba previsto —tengo que decir que aquí hay una errata en la transaccional que ha alcanzado Ciudadanos con el Grupo Popular, y que es en 2019 cuando tiene que acabar de implantarse—, debe estar implantado en todos los territorios, también en aquellos que dependen actualmente del Ingesa, del ministerio. Por eso, presentamos esta proposición, en la que, como ya hemos dicho, hemos alcanzado una transaccional con el Grupo Popular y con el Grupo Socialista, lo cual agradecemos.

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

Para defender las enmiendas que han dado lugar a esa transacción, en primer lugar, las enmiendas del Grupo Socialista, tiene la palabra la señora Flórez.

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

El cáncer de colon y de recto es el tumor maligno más frecuente en ambos sexos y la segunda causa de muerte por cáncer. Sin embargo, se da la circunstancia de que esta es una de las neoplasias que mejor pueden prevenirse y que, si se detecta a tiempo, puede curarse en nueve de cada diez casos. En noviembre del año 2014 ya se incluyó el cribado de cáncer de colon en la cartera de servicios para todas las personas de cincuenta a sesenta y nueve años. En el ámbito de Ceuta y de Melilla corresponde su puesta en práctica y gestión a la Dirección General de Salud Pública de las ciudades autónomas, ya que tienen transferida la competencia en dichas materias. El tema de las competencias, señor Igea, es importante. No obstante, el Ingesa firmó sendos convenios de colaboración con ambas ciudades, por los que se comprometía a prestar asistencia sanitaria para completar los protocolos diagnósticos y terapéuticos aprobados. De ahí, señorías de Ciudadanos, parte del sentido de la enmienda presentada por este Grupo, ya que en su caótica redacción parece ser que no tienen claro quién debe gestionar o llevar a cabo este asunto.

La historia de la implantación de esta prueba en ambas ciudades es un ejemplo más de la política del Partido Popular en materia sanitaria, tanto de los Gobiernos de las ciudades autónomas que lideran, en una demostrada inadecuada diligencia para hacer frente a sus obligaciones en materia de salud pública, como del Partido Popular en el Gobierno de la nación en materia de desigualdad, de déficits y de recortes. Mientras en el año 2016 la cobertura estimada nacional del programa de cribado era de una media del 38%, la ciudad de Ceuta tendría que esperar un año más para implantar una experiencia piloto que solo cubre a la población de sesenta a sesenta y nueve años. Además, se han detectado numerosos problemas en relación con la confirmación diagnóstica, con importantes esperas a lo largo del ciclo de detección, en las que este Gobierno ya está trabajando para corregirlas. Melilla no corrió mejor suerte. No

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 659

15 de noviembre de 2018

Pág. 18

solo fue la última en implantarlo en todo el país, sino que las pruebas no las realiza el Ingesa, como sucede con otros cribados, sino una institución privada, hecho que ya ha sido denunciado repetidamente tanto por el PSOE melillense como por este grupo parlamentario en la Cámara. Preguntado en varias ocasiones el Partido Popular entonces en el Gobierno tanto por tal hecho como por la falta de coordinación, que era evidente, salió por peteneras y evitó todo tipo de responsabilidades y de respuestas, como es habitual. Y ahora nos encontramos con que, ante el elevado número de irregularidades detectadas, la experiencia piloto ha sido suspendida, por lo que estamos intentando solventar este problema a la mayor brevedad posible.

La implantación del programa de cribado no es más que una muestra de las acciones o inacciones del Gobierno popular en Ceuta y en Melilla, para quien estas ciudades autónomas, en su ámbito más directo de gestión entonces como Gobierno, siempre estuvieron a la cola, de tal modo que los populares han convertido a estas ciudades en áreas líderes en fuga de profesionales, líderes en cargas de trabajo, líderes en déficit de personal y en agresiones a sanitarios. Ambas ciudades están a la cabeza en déficit de servicio y de cobertura, en carencia de recursos y en una mínima ejecución de los pocos recursos que les son asignados; por cierto, son recursos o presupuestos apoyados entonces por ustedes, señorías de Ciudadanos.

Queda mucho por hacer en estas ciudades. En julio, a un escaso mes del llegar al Gobierno, el Consejo de Ministros de Pedro Sánchez desbloqueó la situación del Hospital Universitario de Melilla, cuya construcción estuvo paralizada durante más de cinco años. El pasado mes, el Ministerio de Sanidad ya inició los trámites para solucionar el problema de la falta de acreditación de las actividades de formación continua de los profesionales de estas ciudades, y esto solo en unos meses de Gobierno. Esta es la diferencia entre el Partido Popular, al que usted ha apoyado, señor Igea, y un Gobierno socialista. El PSOE no puede asumir las decisiones y desmanes que llevó a cabo el Ejecutivo de Rajoy, apoyado y avalado por ustedes, pero sí que toma decisiones y actúa para revertir el desequilibrio y la desigualdad existentes. Estamos trabajando para que estas ciudades autónomas no sean más las últimas de la fila, como sucedió bajo el Ejecutivo popular y como es el caso de la prueba de cribado. Como ha anunciado el señor Igea, estamos trabajando en una transaccional y daremos apoyo a esta proposición no de ley, puesto que desde el minuto uno estamos trabajando para garantizar el cumplimiento del convenio. Ahora, también es cierto que es necesario que los Gobiernos de las ciudades autónomas de Ceuta y de Melilla cumplan con la parte que les corresponda y así, de hecho, lo esperamos.

Gracias. **(Aplausos)**.

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

A continuación, la señora Dueñas defenderá la enmienda del Grupo Parlamentario Popular.

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

Señorías, antes de entrar en la enmienda presentada por el Grupo Parlamentario Popular, no me puedo resistir a rebatir la intervención realizada por la portavoz socialista. Podemos empezar por el grado de implantación de los programas de cribado de cáncer de colon que, según el último informe de la Asociación Española contra el Cáncer, está por debajo del 20% en las comunidades de Andalucía, Asturias, Extremadura y Madrid. En fin, señorías, aplíquense el cuento ustedes, a los que tanto les gusta utilizar la demagogia también, lamentablemente, en estas cuestiones. Diré un detalle más. Hablaba usted, señoría, del Hospital Universitario de Melilla y le quiero recordar que fue precisamente por una nefasta gestión del Ejecutivo socialista, que negoció un modificación de obras por encima del valor máximo permitido sin contar con los preceptivos informes que se requerían al efecto. Eso trajo consigo un eterno procedimiento judicial y fue el Gobierno del Partido Popular el que, al final, cuando consiguió desbloquearse, inició y presupuestó las obras del hospital universitario; por cierto, presupuesto que ustedes tanto criticaron y que luego utilizaron.

Pero vamos a lo importante, que es lo que le preocupa en este caso también al Partido Popular. Bienvenida sea esta proposición no de ley presentada por la formación de Ciudadanos. Estamos absolutamente de acuerdo con que hay que seguir trabajando en la total implantación del programa de cribado de cáncer de colon tanto en Ceuta como en Melilla, como ya se venía haciendo, y seguir trabajando en el ámbito de la concienciación, en la necesidad de prevenir en este caso el cáncer colorrectal. Por apuntar un detalle, en el caso de Melilla, desde el primer momento —y se ha reiterado, además, recientemente en una reunión mantenida con la Dirección General del Ingesa en Madrid y dentro de las competencias que nos son propias en materia de salud pública— hemos colaborado en el desarrollo

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 659

15 de noviembre de 2018

Pág. 19

de los programas en esta materia. Se puso en marcha un programa piloto que solo llegó a un determinado tramo de edad y ahora se ha realizado una nueva adjudicación dirigida a toda la población. De hecho, el 25 enero del pasado año se firmó ya este convenio de colaboración entre la Ciudad autónoma de Melilla y el Ingesa, y en mayo de este año se ha formalizado la adjudicación absolutamente normalizada para desarrollar este procedimiento, y de la que tiene conocimiento la Dirección General del Ingesa, como digo, para la detección precoz del cáncer colorrectal mediante la realización del test inmunológico de sangre oculta en heces cada dos años dirigido a la población comprendida entre cincuenta y sesenta y nueve años de edad residente en la ciudad. Además, hemos realizado otra serie de acciones, como campañas en colaboración con la Asociación Española contra el Cáncer. En el caso de Ceuta, señorías, también se han desarrollado acciones similares, como la puesta en marcha del programa y no solo en el ámbito de la concienciación y la formación indispensable para la prevención de esta patología. Le podría dar datos: por ejemplo, se han realizado ya más de 789 pruebas en ese programa, que en este caso se está desarrollando en la ciudad hermana de Ceuta.

Somos muy conscientes de que es prioritario llevar a cabo, como apuntaban el portavoz de Ciudadanos, estos programas de prevención al cien por cien de la población porque, como se ha dicho también, aporta unos beneficios tremendamente importantes al detectar precozmente la enfermedad mejorando así la supervivencia y, además, permitir que en este tumor se evite que determinadas lesiones premalignas se conviertan en cáncer.

Voy a ir concluyendo porque ya se ha aportado más de uno de los datos que tenía previsto señalar en esta intervención. Creo que hoy damos un paso adelante y me congratula que hayamos alcanzado esta transaccional en esta materia. En esta Comisión, como decía al principio, hay que ir a lo importante. Lamento que la portavoz del Grupo Socialista se hayan disipado en esa habitual crítica absolutamente demagógica de la gestión, en este caso del Grupo Parlamentario Popular, porque los hechos, señoría, les guste o no, están en el *Boletín Oficial del Estado*.

Concluyo. Agradezco al grupo proponente aceptar la enmienda planteada y, desde luego vamos a seguir muy de cerca este trabajo, ese compromiso que recientemente ha manifestado el director general de Ingesa a la consejera del área, en este caso de la Ciudad Autónoma de Melilla para seguir avanzando en esta cuestión.

Quiero concluir con la frase de la última campaña de la Asociación Española contra el Cáncer, que se realizó en colaboración con la Ciudad Autónoma de Melilla y que me parece importante que hoy también la incluyamos aquí: Dale voz, te puede salvar la vida.

Nada más y muchas gracias.

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

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

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

En primer lugar, creemos que es necesario hacer constar una realidad que nadie puede negar y es que Ceuta y Melilla sufren de manera recurrente el desdén de la administración sanitaria central; está claro que dependiendo del Gobierno central de forma directa debería ser allí donde primero se implantaran los programas que a nivel central se han aprobado y recomendado para su implantación. En segundo lugar, nos gustaría hacer una reflexión de fondo en relación a los programas de cribado. En general estos programas tienen una gran capacidad para desplazar recursos desde los servicios asistenciales a los servicios de prevención. Eso, que en principio puede ser entendido como una cuestión positiva, podría ser negativo si en el intento de evitar cosas que no sabemos si pasarán estamos desatendiendo a población que certeramente tiene una necesidad sanitaria. Es una cuestión que creo que siempre debemos tener en mente cuando hablamos de cribado. Debemos tener en cuenta muchos factores tal y como nos recuerda la Sociedad Española de Epidemiología.

Habiendo puesto sobre la mesa estas cuestiones, anunciamos nuestro voto favorable.

Nada más y muchas gracias.

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

Quedamos en espera de la enmienda prometida.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 659

15 de noviembre de 2018

Pág. 20

— RELATIVA A POTENCIAR LOS TRATAMIENTOS CONTRA EL CÁNCER. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/003412).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la PNL relativa a potenciar los tratamientos contra el cáncer, del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. La señora Cabezas tiene la palabra.

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

Buenas, tardes, señorías. Esta iniciativa que presenta hoy el Partido Popular se debe a la enorme importancia que tienen los pacientes con cáncer y su tratamiento. El cáncer es la segunda enfermedad que provoca mayor número de muertes del mundo; es la primera causa de muerte en hombres y la segunda en mujeres. La frecuencia del cáncer aumenta en España según los últimos datos; en 2015 hubo casi 248000 nuevos diagnósticos, se incrementó en casi un 15% respecto a los 215534 que hubo en 2012. Los tipos de cáncer más frecuentes diagnosticados en el año 2015 fueron: colorrectal, 41441 casos; próstata, 33370 casos; pulmón, más de 28000 casos; mama, más de 27000 casos; y vejiga, 21093 casos. Desde el anterior Gobierno del Partido Popular se trabajó desde cuatro ámbitos. **(La señora vicepresidenta, Hernández Bento, ocupa la Presidencia)**. El primero, la prevención. Para ello se desplegaron algunas acciones concretas como son la estrategia en cáncer del Sistema Nacional de Salud o la estrategia de promoción de la salud y prevención, que fundamentalmente conciencian a los ciudadanos de la importancia de llevar una vida sana y saludable. El segundo, el diagnóstico precoz, donde se realizan pruebas como el análisis de sangre oculta en heces, la mamografía y citología cervical. El tercer ámbito es la investigación y la innovación, donde hay que destacar la labor desarrollada por el Instituto de Salud Carlos III, el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas y los institutos de investigación sanitaria, entre otros. Finalmente, el cuarto es el tratamiento y la asistencia. Por último, cabe recordar que las competencias sanitarias están transferidas a las comunidades autónomas y que cada autonomía gestiona su presupuesto sanitario de diferente forma. El elevado precio de algunos medicamentos favorece que el acceso a los tratamientos no sea uniforme en España ya que hay comunidades autónomas que pueden retrasar el uso de determinadas terapias, pese a estar autorizadas a nivel estatal o europeo.

En relación con el cáncer de colón, existen inequidades en cuanto al programa de cribado. Solo el País Vasco, Navarra, La Rioja o Valencia tienen el 100% de cobertura. El resto de las comunidades autónomas tienen distintos porcentajes de cobertura que no alcanzan el 100%. El Observatorio del Cáncer de la Asociación Española contra el Cáncer señala que Andalucía es uno de los puntos negros del cribado de cáncer de colon, estando por debajo del 20% de la población de riesgo. Provincias como Badajoz, Cáceres, Huelva, Sevilla o mi provincia, Córdoba, se encuentran en situación crítica, debido a que en estas zonas la mortalidad por cáncer de colon se encuentra muy por encima de la media española. Como pienso igual que Inés Entrecanales, que es la vicepresidenta de la Asociación Española contra el Cáncer, digo que no nos podemos permitir el lujo de agotar los plazos de implantación fijados en el año 2024, porque estamos permitiendo que haya muertes y sufrimientos innecesarios. Por todo esto, se hace necesaria la existencia de una cierta homogeneización a la hora de dar tratamiento a las personas con cáncer para que todos los españoles puedan acceder en igualdad de condiciones. Señorías, este es un tema de extrema sensibilidad y no es la primera vez que en esta Comisión se solicita al Gobierno, en colaboración con las comunidades autónomas, agilidad y equidad en los distintos tratamientos de cáncer. Todos somos pacientes, señorías; seguramente conocemos o hemos sufrido el cáncer de algún familiar. Yo lo he vivido muy de cerca, soy paciente de riesgo de primer grado, pertenezco a la junta local de mi municipio y trabajo muy activamente con la Asociación Española contra el Cáncer en Córdoba, donde se denuncian constantemente desde hace mucho tiempo las desigualdades que existen en los tratamientos y la falta de recursos en la provincia.

Voy terminando. Vamos a presentar una transaccional con el grupo Parlamentario Socialista. A ellos me dirijo y me alegra enormemente que en uno de los puntos de esta transaccional estén pidiendo el impulso de la compra centralizada de medicamentos. Le recuerdo al Grupo Parlamentario Socialista que precisamente en mi querida autonomía, Andalucía —está presidida por Susana Díaz y el Partido Socialista lleva cuarenta años gobernando Andalucía— todos los profesionales han denunciado el mal invento de las subastas, porque los profesionales y, sobre todo, los pacientes son los grandes perjudicados: faltan medicamentos, no hay abastecimiento en las farmacias... Me alegra que en esta iniciativa que presenta el Grupo Parlamentario Popular ustedes nos estén dando la razón. Me gustaría que cuando termine esta tarde la Comisión, le trasladen a la presidenta de la Junta de Andalucía que por fin ustedes se han dado cuenta de que las subastas son un fracaso.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 659

15 de noviembre de 2018

Pág. 21

Me voy a dirigir también a Ciudadanos, que también tiene su parte de culpa en este asunto, porque lleva tres años siendo un socio muy amable de la presidenta de la Junta de Andalucía. Después de oír todo lo que ha dicho hace un rato el señor Igea, le recuerdo que Andalucía es uno de los puntos más negros de toda España, que ustedes tuvieron una oportunidad estupenda durante estos últimos años y no hicieron absolutamente nada. No podemos aceptar la enmienda de Ciudadanos, porque no se adecua prácticamente a nada de lo que nosotros solicitamos. Aun así, voy a apelar a su voto favorable para esta iniciativa porque, si no, va tener usted que acercarse a Andalucía —con la señora Inés, que va a tirarse allí una buena temporada— y explicarles a todos los pacientes andaluces que han votado en contra de esta iniciativa; es decir, que están en contra de acercar los tratamientos y del cribado de cáncer de colon. Si la señora Inés tiene un ratito en esa campaña tan activa que va a tener —como está en un hotel, va a estar muy descansada—, se lo podrá explicar a todos los andaluces, porque nosotros sí lo vamos a hacer. En última instancia, sigo apelando a su voto favorable a esta iniciativa, porque creo que no es justo que los andaluces estemos sufriendo día tras día el tratamiento al que nos tiene sometidos la señora Díaz en Andalucía. Por eso le damos la bienvenida al Grupo Parlamentario Socialista, que se suma a nosotros en esta iniciativa porque no está de acuerdo con las subastas de los medicamentos. Agradezco también al Grupo Parlamentario Socialista que haya aceptado la mayoría de lo que nosotros solicitamos aquí. Apelo en esta Comisión a que cada vez que se trate un tema tan sensible y de tanta importancia dejemos a un lado tanto partidismo —aunque yo he criticado mucho a Ciudadanos y al PSOE en este aspecto— y nos centremos en que hay muchísimas personas que sufren cáncer. **(Risas)**.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Navarro Garzón): Tiene que concluir, señora Cabezas. **(Rumores)**.

La señora **CABEZAS REGAÑO**: Claro, hay que criticar porque los datos están ahí y como llevan cuarenta años gobernando en Andalucía...

La señora **VICEPRESIDENTA** (Hernández Bento): Señora Cabezas, vaya concluyendo.

La señora **CABEZAS REGAÑO**: Voy terminando, presidenta.

Vuelvo a repetir que bienvenido sea el Partido Socialista, que parece que ahora está en contra de las subastas. También le quiero dar la bienvenida a Ciudadanos si al final vota a favor de esta iniciativa.

Muchas gracias.

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

Para defender las enmiendas presentadas por Ciudadanos, tiene la palabra el señor Igea.

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

Agradezco a la señora Cabezas que haya traído la campaña andaluza de manera sorpresiva a esta Comisión. Me gusta, porque ustedes llevan veinte, treinta, cuarenta años... ¿Cuántos años llevan haciendo oposición en Andalucía? **(Rumores)**. ¿Y han conseguido algo útil? **(La señora Cabezas Regaño pronuncia palabras que no se perciben)**. Bueno, no es este el debate. No he sido yo el que ha mentado la campaña.

Vamos a hablar del asunto. Vamos hablar de la equidad en los tratamientos del cáncer. Ustedes nos traen aquí hoy una propuesta para homogeneizar los tratamientos. La verdad es que usted tiene desparpajo suficiente para traer esta propuesta. **(La señora Cabezas Regaño: Soy andaluza)**. Si no tuviera ese desparpajo, sería difícil traerla para el partido que con el decreto de 2012 estableció las carteras autonómicas para que aquellas autonomías sobrefinanciadas, con un cupo y que no tenían deuda pudieran implementar tratamientos que las comunidades con deuda —como Andalucía, que estaba infrafinanciada— no podían implementar. Hay que tener desparpajo y usted lo tiene; doy fe de que lo tiene. **(La señora Cabezas Regaño: Muchas gracias)**. Cuando hablamos de homogeneizar los tratamientos y las carteras de prestaciones, en este Parlamento admitimos lecciones de poca gente, porque hemos traído tres veces ya al Pleno propuestas concretas para actualizar y homogeneizar carteras de servicios y ustedes con el partido de Susana Díaz han votado reiteradamente en contra. Por tanto, señora Cabezas, la que va a tener que dar explicaciones en Andalucía seguramente va a ser usted.

Nadie nos va a ganar en la pelea por una sanidad igual para todos los españoles ni nadie nos va a dar lecciones a este respecto. Para dar lecciones tendríamos que saber cosas, por ejemplo, que nunca hay subastas —con las que nosotros no estamos de acuerdo— sobre medicamentos oncológicos. Los medicamentos oncológicos no han ido nunca a ninguna subasta. —Por lo tanto, hay que saber de lo que

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 659

15 de noviembre de 2018

Pág. 22

se habla—. Cuando ustedes hablan del screening de cáncer de colon y los socialistas intentan darnos lecciones diciendo que esto es una cosa de la Dirección General de Salud Pública, tendrían que saber —digo yo que a veces conviene que hable alguien que sabe de lo que habla— que el problema de la implantación del screening de cáncer colorrectal no está en la Dirección General de Salud Pública. Dar el test no es un problema; el problema es que hay que hacer colonoscopias y, para hacer colonoscopias, tienes que tener atención especializada y gente que haga esas endoscopias, que no se hacen en la Dirección General de Salud Pública, sino en el Hospital de Melilla y en el Hospital de Ceuta. Pero, claro, para eso tendría que hablar de las cosas alguien que sepa de qué está hablando.

Les hemos presentado una enmienda pidiéndoles que, en vez de hacer discursos electorales, tomemos medidas concretas, como una propuesta —reiterada ya— para actualizar la cartera de prestaciones cada seis meses para aquellas prestaciones que se hayan introducido en otras comunidades autónomas y que hayan pasado el test de una agencia de evaluación tecnológica. También les pedimos en nuestra enmienda que atiendan a los servicios de radioterapia. Hay muchas prestaciones en el tratamiento de cáncer de colon que no son quimioterapia; hay técnicas quirúrgicas, radioterapia y otras medidas de tratamiento. Hay provincias, por ejemplo, en Castilla y León —Ávila, Segovia, Zamora— que no tienen instalaciones de radioterapia, y tienen más cerca las de otras comunidades y ven limitado el acceso al tratamiento de esos pacientes a esas provincias. **(El señor presidente ocupa la Presidencia)**. Si queremos hablar de equidad y de homogeneidad en serio, nos van a encontrar; nos van a encontrar seguro, señora Cabezas. Pero, si lo que queremos es hacer un brindis al sol y empezar las campañas de las elecciones andaluzas en esta Comisión, ha elegido mal día para dejar de fumar.

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

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

La señora **BAÑOS RUIZ**: Gracias, señor presidente.

Buenos días. Hemos de ser muy sinceros llegados a este punto. En el Grupo Parlamentario Socialista nos causa sorpresa la preocupación del Partido Popular por la exposición de los diferentes puntos de su propuesta. Empezando por el principio, el Partido Popular desconoce que la homogeneidad que reclama ya se ejerce desde el Consejo Interterritorial de Sistema Nacional de Salud, que realiza su trabajo no sólo a través del pleno que se reúne en las comunidades autónomas, sino también en las comisiones, ponencias y grupos de trabajo especializados. Las memorias de todos estos trabajos están publicadas en la página web del Ministerio de Sanidad. —Puesto que comprobamos con su PNL que no lo han consultado, tendremos la deferencia de pasárselo—. Señorías, en defensa de la cohesión del Sistema Nacional de Salud y de la fortaleza de las instituciones de nuestro país que entre todos nos hemos dado, solo podemos remitirnos al consejo interterritorial que dota de transparencia todas sus decisiones y que desde el Gobierno socialista de Pedro Sánchez queremos seguir potenciando. Dentro de sus propias competencias queremos recordarles también que está la de la coordinación de la asistencia sanitaria, incluido el diagnóstico y el cribado del cáncer de colon.

Cuando hablamos de la financiación de los medicamentos y de la asistencia sanitaria que reclama el Grupo Popular, quizá habría que recordar que precisamente los mayores recortes en los servicios sanitarios que ha vivido este país han sido de la mano de la señora Ana Mato y la señora Monserrat. En cualquier caso, la financiación de los tratamientos, incluida la aprobación de la farmacología relacionada con el cáncer, obedece al principio de financiación selectiva, como bien saben los señores diputados del Partido Popular. Tampoco podemos apoyar la redacción de la proposición no de ley del Partido Popular en sus términos —de ahí que hayamos llegado a una transaccional— porque podría invadir las competencias de las comunidades autónomas, ya que la decisión de financiar o no un medicamento corresponde al Estado garantizando la igualdad territorial en su prestación, pero también es cierto que son las administraciones territoriales las que acuerdan la prescripción y utilización de los mismos a través de los comités especializados y propios, incluso de cada hospital, obedeciendo a razones de idoneidad que dependen de la realidad de la población afectada —no población diana— que debe ser tratada, y esta no es igual en todos los puntos geográficos del país.

Sobre la transparencia que reclama la proposición, hemos de apuntar también que la Comisión interministerial de precios de los medicamentos ya está haciendo un ejercicio de publicación continua de sus decisiones, aunque somos conscientes de que se puede mejorar la atención a la ciudadanía en la vía de acceso a la información de pacientes y familiares sobre tratamientos contra el cáncer, precisamente con la elaboración de una guía farmacéutica del paciente oncológico.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 659

15 de noviembre de 2018

Pág. 23

Hablemos, señorías, de los datos con rigor, a fin de que al menos en el *Diario de Sesiones* se recoja con fidelidad la realidad que tenemos en España. Con el fin de facilitar la puesta en marcha del programa de cribado de cáncer de colon en las comunidades autónomas y ciudades autónomas, la disposición adicional segunda de la Orden Ministerial del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2065/2014, estableció un período transitorio de implantación, de manera que los servicios de salud de las comunidades autónomas pudieran adaptar sus recursos de forma progresiva, en un plazo de cinco años desde la entrada en vigor de dicha orden, para que todas las administraciones y mutualidades de funcionarios hubiesen iniciado en diez años la cobertura, entendida como invitación a participar y que se aproximase al cien por cien. En 2017, transcurridos algo más de dos años de la entrada en vigor de la orden ministerial, todas las comunidades autónomas habían iniciado ya la implantación de este programa, y en 2018 lo han hecho las dos ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, de manera que el primer objetivo se ha cumplido en un plazo inferior al previsto en la norma. Respecto al objetivo de alcanzar una cobertura cercana al 100%, todas las comunidades autónomas han realizado grandes avances. En estos momentos no solo País Vasco, Navarra, La Rioja y Valencia tienen el 100% de la población de riesgo cubierta entre los 50 y los 69 años, como recoge el texto de la PNL, sino que Cantabria y Cataluña también han implantado el programa en todo su territorio, y otras comunidades autónomas tienen previsto hacerlo durante los años 2018 y 2019.

Respecto a la cobertura del programa, en 2016 era cercana al 40%. En estos momentos, tras los avances realizados en varias comunidades durante los últimos dos años, podemos estimar que la cobertura global es de al menos un 50% de la población objetivo. Estos importantes avances permiten garantizar que el programa de cribado de cáncer de colon se implante en todo el Sistema Nacional de Salud dentro del plazo previsto e incluso parece muy factible cumplir ese objetivo en un plazo bastante inferior. De cualquier forma, señores del Partido Popular, si tan preocupados están por la financiación de los tratamientos y el acceso a los mismos, sería buena idea que aprobaran cuanto antes la nueva senda de estabilidad económica propuesta por el gobierno de Pedro Sánchez y la modificación de la vigente Ley de Estabilidad Presupuestaria, a fin de permitir a las comunidades autónomas una mejora en su capacidad de inversión en las estrategias de prevención, cribado, tratamiento e investigación del cáncer. Pero específicamente en lo relativo al programa de cribado de cáncer de colon, deseo indicar que en la misma orden que antes he referido por la que se modifican los anexos 1, 2 y 3 del Real Decreto 1030/2006, de 15 septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, incorporó el cribado en la población de cáncer colorrectal a la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

Para terminar, por hacer referencia a la campaña...

El señor **PRESIDENTE**: Tiene diez segundos.

La señora **BAÑOS RUIZ**: Terminó ahora mismo, señor presidente.

Por hacer referencia a la campaña, en Andalucía los programas de cribado de cáncer colorrectal se han actualizado desde el año 2014; por contra, en la Comunidad de Madrid, donde el modelo sanitario ha campado a sus anchas, solo se ha realizado desde el año pasado. Deseo aclararle también a la señora Cabezas que está confundiendo conceptos y que no tiene nada que ver la subasta con la compra centralizada de medicamentos, puesto que no hay ningún...

El señor **PRESIDENTE**: Concluya, señora Baños, su tiempo se ha rebasado con creces.

La señora **BAÑOS DIAZ**: Gracias, señor presidente.

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

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

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

Deseo comenzar la intervención comentando a la portavoz del Grupo Popular que no nos molesta en absoluto la referencia a Venezuela, Irán, etcétera. Son comodines de hoy día, ya está evidenciado, y cuando no tienen argumentos recurren a ello. Tampoco voy a hacer demagogia, sino que voy a intentar hacer un análisis concreto de los puntos que ellos han plasmado en la PNL. No se entiende que ustedes presenten esta PNL cuando no están legitimados, por la gestión que durante estos años pasados han gestionado. Le explico, hablan de prevención. Ustedes no han tocado la Ley de salud pública en ningún

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 659

15 de noviembre de 2018

Pág. 24

momento y hablan de prevención. Hablan de diagnóstico precoz y ponen de ejemplo el cáncer de colon, de cuyo *screening* llevamos ya un rato hablando. **(Rumores)**.

Ustedes saben perfectamente que el cribado de cáncer de colon no tiene la misma implantación en Navarra y en el País Vasco que en Andalucía. Claro que no, y ya lo hemos comentado más veces. Ello depende de los recursos que tenga la comunidad autónoma, y el País Vasco y Navarra tienen una renta per cápita anual de 1600 euros y Andalucía de 1100. No pueden tener el mismo *screening* de cáncer de colon, es imposible. Seguimos. Si ustedes son conscientes de que eso **(Continúan los rumores)**...

El señor **PRESIDENTE**: Un momento señora Botejara. Vamos a ver si reducimos el volumen de las conversaciones que se están manteniendo en este momento. Tenemos la mala suerte de que la tarima debe ser muy flotante porque suena mucho, y luego la resonancia de estas paredes es tremenda. Vamos a ver si escuchamos a quien tiene el uso de la palabra.

La señora **BOTEJARA SANZ**: Estábamos en el diagnóstico precoz del cáncer y habíamos entrado en algún detalle sobre el cáncer de colon. Con esas necesidades que ustedes plantean y que están claramente referenciadas en cuanto a los recursos y la asistencia que se llega a dar, ¿cómo es que su exministro de Hacienda, el señor Montoro, en el presupuesto de 2018 llevó a Bruselas una referencia para Sanidad de 5,8% del PIB, que es la más baja que hemos tenido en la historia? Apúntese ese dato cuando hable de que unas comunidades tienen y otras no.

Sigo, el tercer planteamiento que hacen ustedes es la investigación. Les recuerdo los recortes que ustedes hicieron en el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas, cuya directora, María Blasco, compareció en esta Comisión para explicar la situación lamentable ante los recortes del Partido Popular. ¿Lo recuerdan o no? Respecto al elevado precio, proponen ustedes garantizar de forma homogénea el tratamiento oncológico en el territorio nacional. Estamos de acuerdo. ¿Cuántas veces llevó este asunto su exministra de Sanidad al Consejo Interterritorial, las escasas veces que lo convocó? Pero ¿llevó alguna vez al Consejo Interterritorial este problema que ahora les preocupa tanto? Porque yo creo que no lo llevó en ninguna ocasión.

Otro punto.

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

La señora **BOTEJARA SANZ**: No tengo más tiempo. Nada más quiero comentarle que —traía un listado— echen un vistazo a las conclusiones que ha hecho el Tribunal de Cuentas sobre su gestión a nivel de farmacología durante los años 2014 y 2015. Ante esta situación y teniendo en cuenta que para nosotros el tratamiento oncológico es algo muy serio y que esta proposición no de ley no es nada serio, nosotros votaremos en contra

Muchas gracias.

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

Hemos entendido de las intervenciones que iba a haber una transacción. La esperamos.

— RELATIVA A FACILITAR EL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA PROFILAXIS PRE-EXPOSICIÓN (PREP) EN ESPAÑA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO MIXTO. (Número de expediente 161/003594).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al séptimo punto del orden del día, que es la proposición no de ley relativa a facilitar el proceso de implementación de la profilaxis pre-exposición en España, del Grupo Parlamentario Mixto.

Para su defensa tiene la palabra el portavoz del Grupo Mixto.

El señor **MIQUEL I VALENTÍ**: Gracias, presidente.

Señorías, en primer lugar quería empezar mi intervención con un agradecimiento a todas aquellas entidades o personas que a título individual o colectivo llevan años trabajando para que la profilaxis preexposición sea una realidad en España y que hoy ven que están un poquito más cerca si esta iniciativa sale adelante y adquirimos un compromiso por parte de los grupos que dan apoyo al Gobierno. Agradezco también a los equipos técnicos de mi grupo que han permitido que esta enmienda sea presentada hoy.

En Cataluña hay más de 30 000 personas infectadas por el virus del VIH, más de 150 000 en toda España y más de 37 millones en todo el mundo. Se registran, según datos oficiales, más de 3000

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 659

15 de noviembre de 2018

Pág. 25

infecciones anuales en España, el 80% de las cuales son en hombres y más de la mitad en hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres. Eso nos ayuda a aquellos que hacemos políticas, pero especialmente a aquellos que hacen política sanitaria de todos los Gobiernos, a identificar aquellos colectivos de riesgo, lo cual nos permite hacer unas políticas de prevención más eficientes que nos ayuden de alguna manera a terminar con la epidemia que supone el virus del VIH. Es aquí donde mi grupo cree que entra en juego la profilaxis pre-exposición, porque es un fármaco con resultados contrastados; son más de un 90% de los casos donde la prevención es eficiente gracias a la profilaxis pre-exposición. Creemos que los casos de los países donde ya se ha desarrollado, donde se ha implementado la PREP en los sistemas de prestaciones de los sistemas sanitarios —países como Francia, Noruega o Bélgica—, nos dan garantías suficientes para dar el paso de implementar la profilaxis pre-exposición en España. En ese sentido, no entendemos el bloqueo que lleva años teniendo lugar por parte del ministerio y nos preguntamos cuánto tiempo más hay que esperar para que la profilaxis sea una realidad y que nuestros vecinos, nuestros amigos, nuestros conciudadanos, puedan acceder a ella teniendo un acceso más fácil, con totales garantías y con un control sanitario propio de un fármaco como el que nos ocupa hoy. Por eso creemos que el Gobierno debe, como decía, desbloquear la incorporación y la total distribución de la profilaxis pre-exposición entre los ciudadanos del Estado.

Se calcula que hay unas 1000 personas en España que toman este fármaco sin un control sanitario propio de un fármaco de estas características, sin unas garantías de calidad, sin garantías sanitarias suficientes y generando desigualdad respecto a aquellos que no pueden acceder al mercado negro, como ellos que sí que pueden.

Por eso, como decía —voy terminando, presidente—, pedimos el desbloqueo por parte del ministerio que nos ocupa para que la profilaxis pre-exposición pueda ser adquirida con total garantía, con total igualdad y con todas las seguridades sanitarias del mundo, con todos los seguimientos clínicos necesarios, y que sea esto lo más rápido posible. Se infectan en el mundo más de 5000 personas cada día del virus del VIH, y creemos que eso sin duda nos obliga a comprometernos con la lucha contra la epidemia.

Muchas gracias, presidente.

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

Hay tres grupos que han presentado enmiendas. Defenderá las del Grupo Parlamentario Ciudadanos el señor Igea.

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

En primer lugar quiero agradecer al grupo proponente, Esquerra Republicana, al señor Miquel, el interés de esta proposición. Es un tema que a nosotros nos importa y nos incumbe y es uno de los temas en los que nosotros sin duda vamos a estar de acuerdo. La infección por VIH sigue siendo a día de hoy una epidemia cuya curva descendente paró en el momento en el que la percepción del riesgo cambió y la infección por VIH dejó de ser una enfermedad mortal. Eso hace que se mantengan unos niveles de infección en nuestro país que no son aceptables. Por tanto, todas aquellas medidas que se dirijan a intentar disminuir la incidencia de la infección contarán sin duda con nuestro apoyo.

Pero nosotros creemos que hay que ir un poco más allá, porque que el Congreso de los Diputados inste al Gobierno, en colaboración con las comunes autónomas, a facilitar el proceso de implementación de la PREP y para ello avanzar en la actualización de la cartera de servicios del sistema nacional, es largo pero es decir pocas cosas concretas. Nosotros creemos que lo que debemos hacer es una propuesta —por eso hemos presentado nuestra enmienda— en la que se elabore un protocolo de dispensación concreto para poblaciones de riesgo, validado por la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, para tener una idea efectiva de cuál es el coste de la medida y a qué grupos de riesgo lo vamos a aplicar para hacerlo de manera racional y sistemática. Pero creemos que esto no es suficiente. Creemos que una de las medidas más eficaces para disminuir la incidencia del VIH sería sin duda financiar los autotest diagnósticos de VIH. ¿Por qué? Porque cuando uno es capaz de hacerse un autotest de detección del VIH en la intimidad, sin la necesidad de ir a un centro de salud, sin la necesidad de que hagan un análisis y que quede registrado en una historia, está demostrado que su aceptabilidad aumenta, porque es una enfermedad que, querámoslo o no, sigue teniendo un estigma, sigue causando temor, sigue causando ese rechazo en la población y la gente no quiere comentar ni exponer su intimidad en un centro de salud ni que esto quede registrado en una historia. Estos autotest se han demostrado eficaces, aumentan la prevención y evitan el contagio. Para nosotros sería importante que el grupo proponente aceptase estas enmiendas que proponemos, aunque en cualquier caso lo aprobaremos.

Llama la atención que en las proposiciones no de ley, cuando alguien pone financiar, habitualmente las enmiendas no salen adelante, porque hablar de implementar, avanzar, mejorar, siempre es una cosa

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 659

15 de noviembre de 2018

Pág. 26

que queda bien, pero cuando uno pone financiar siempre hay algún grupo que se resiste, habitualmente el grupo que está en el Gobierno. Espero que no sea este el caso.

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

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

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

La PREP es indicada, como ya se ha dicho, para las personas que presentan alto riesgo de contraer el VIH reduciendo su posibilidad de infectarse. Los estudios han demostrado que la PREP es altamente eficaz como prevención si se usa tal y como se indica médicamente; sin embargo, como cualquier otro medicamento, pierde eficacia si no se toma de manera constante. Es, por tanto, una herramienta preventiva reseñada por la Organización Mundial de la Salud y por los expertos, que también advierten que no deben decaer ni sustituir al resto de estrategias de prevención de la transmisión de VIH y de otras ITS. De hecho, la evidencia científica demuestra su eficacia en los países y ciudades donde ha sido autorizada, pero siempre en combinación con otras estrategias preventivas, como el uso del tratamiento antirretroviral como prevención, el inicio precoz del tratamiento antirretroviral, la promoción de la oferta de cribado de VIH o el uso de preservativos y lubricantes. Por otro lado, como intervención biomédica que es, supone una opción preventiva más dentro de la oferta de la prevención combinada que complementa una estrategia global de prevención del VIH y de otras infecciones de transmisión sexual. Es necesario no olvidar el verdadero enfoque del PREP como prevención combinada donde intervienen distintos factores: conductuales, biomédicos, de equidad en el acceso, justicia social y protección de derechos.

Diversos estudios demuestran que la PREP es efectiva especialmente entre los grupos de población con elevada incidencia de VIH. Hay que tener en cuenta, por otro lado, que la PREP implica tomar tratamiento diario en la mayor parte de los casos, lo cual requiere un control regular por parte de los profesionales sanitarios y una evaluación precisa de cada caso al inicio y durante el seguimiento de la estrategia. Y hay que señalar que en nuestro país se está produciendo la utilización de la PREP por parte de personas que la adquieren por su cuenta, tal y como atestiguan diversas clínicas de ITS y centros comunitarios. Una vez más hablamos de inequidad en el acceso en materia de salud.

En agosto de 2016 la Agencia Europea del Medicamento recomendó la autorización de esta combinación de medicamentos como método de prevención del VIH y es cada país de la Unión Europea el que debe ponerla a disposición de su población. En nuestro país, el Comité de Bioética de España se ha mostrado favorable a la introducción de la PREP y a su financiación pública. Mi grupo presentó una proposición no de ley en enero de 2017 con un contenido semejante a las enmiendas que presentamos hoy en el que se instaba al Gobierno a que España autorice el uso de la PREP de acuerdo con las recomendaciones de la Agencia Europea del Medicamento, que se introduzca entre las estrategias de prevención de la transmisión de VIH, que se facilite la información y consejo sanitario para los grupos que puedan ser beneficiarios de esta estrategia, que se cuente con la participación activa en el proceso de planificación e implementación de la PREP por parte de las sociedades científicas, la comunidad civil y los interesados y que se incluya la PREP en España dentro de nuestro Sistema Nacional de Salud. El ministerio y las comunidades autónomas, las ONG del comité asesor y consultivo del Plan Nacional sobre Sida, así como otras ONG, sociedades científicas, profesionales y expertos sanitarios, junto con determinados centros de relevancia, publicaron un documento sobre la PREP en España basado en la evidencia científica, formulando criterios de selección de personas susceptibles de recibirla y valorando los posibles modelos de prestación del servicio según diferentes organizaciones asistenciales en nuestro medio. Como ya anunció la secretaria del Plan Nacional sobre el Sida, Julia del Amo, el Gobierno se ha comprometido dentro del X Congreso Nacional de GeSIDA, que es donde se anunció, y ya se está trabajando en impulsar la implantación en breve de la profilaxis preexposición, PREP, para prevenir la transmisión del VIH entre aquellos grupos de alto riesgo.

El Ministerio de Sanidad está promoviendo ahora mismo un estudio de evaluación de la factibilidad de implementación de la PREP en Cataluña, País Vasco y Valencia. Serán los resultados de este estudio los que aportarán la información en relación con los diferentes modelos de prestación del servicio y las posibles dificultades para su implementación. Desde el ministerio se están estableciendo las medidas necesarias para valorar la mejor forma de implementación de la estrategia, acorde a nuestro Sistema Nacional de Salud, dentro de un plan global que incluya consejos asistidos y formación. Nosotros hemos presentado enmiendas que están incluidas dentro de una transaccional que estamos preparando y, para sorpresa a lo mejor de los señores de Ciudadanos, diré que cuando estábamos en la oposición hablábamos de que se introdujera esto dentro del Sistema Nacional de Salud y tuviera financiación pública y ahora, desde el Gobierno, presentamos

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 659

15 de noviembre de 2018

Pág. 27

la misma propuesta, la defendemos y esperamos que esa transaccional prospere y podamos introducirla dentro de nuestro sistema, que sea una consecución en breve tiempo.

Muchas gracias.

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

La señora Blanco defenderá la enmienda del Grupo Parlamentario Popular.

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

Señorías, es cierto que durante los últimos años hemos vivido múltiples cambios en el conocimiento de la infección por el VIH. Gracias a los avances en esta lucha, a los nuevos fármacos y al inicio —eso es lo más importante— precoz del tratamiento la supervivencia de los pacientes ha aumentado significativamente. Las personas afectadas por el VIH son, como ya se ha dicho aquí, entre 140000 y 145000 personas en España, con una media de 3000 nuevas infecciones cada año, de las cuales el 18% todavía no están diagnosticadas. La mayoría de los nuevos diagnósticos se dan en hombres, más del 80%, y la vía de transmisión más frecuente es la sexual. Aunque desgraciadamente aún no existe cura alguna para la infección, existen, como también se han comentado, antirretrovirales eficaces que permiten al menos controlar el virus y previenen la transmisión. En ese sentido, organizaciones como GeSIDA y Cesida, entre otras, reclaman la implementación precisamente de la profilaxis preexposición, conocida como la PREP, un medicamento antirretroviral, conocido comercialmente como Truvada, dirigido a prevenir la transmisión del virus en personas sanas con alto riesgo de contraer la enfermedad. Este tratamiento consiste en el uso diario de un medicamento antes de la exposición al virus y se acompaña de un paquete de medidas preventivas para mejorar la adherencia e incidir en el cambio de conductas. A pesar de que la Agencia Europea sobre el Medicamento emitió un informe favorable para la indicación de Truvada como tratamiento preventivo de la infección por el VIH y siendo aprobada por la Comisión Europea, la realidad es que, por eso estamos debatiendo hoy esta iniciativa, la profilaxis preexposición todavía no está garantizada en nuestro sistema de sanidad pública.

Si bien la PREP ha mostrado su eficacia en diversos ensayos clínicos y proyectos piloto, hasta la fecha es escasa su implantación a nivel internacional y existe todavía poca información sobre su efectividad y coste/efectividad en condiciones reales de uso. Por ello, ya el Gobierno del Partido Popular, desde el Ministerio de Sanidad, trabajó activamente en esta intervención desde el punto de vista reglamentario de recogida de la evidencia científica y mediante la elaboración de un documento de consenso sobre la PREP con la participación de las comunidades autónomas, expertos designados por las distintas sociedades científicas y sociedad civil. Tras la publicación de dicho documento, el Ministerio de Sanidad puso en marcha el proyecto del que ha hablado la portavoz del Grupo Socialista, pero tengo que manifestar y enfatizar que este proyecto lo puso en marcha el Gobierno del Partido Popular, proyecto en el que participaban el País Vasco y Cataluña, para valorar la factibilidad de la implantación de esta medida preventiva y hasta este momento desconocemos los resultados, aunque esperamos tenerlos en breve por parte del nuevo Gobierno del Partido Socialista. Dicho documento, presentado a principios de este año, plantea un decálogo de recomendaciones sobre las que hemos querido sustentar nuestra posición y por tanto la enmienda presentada y es el mismo documento en el que se ha basado el Grupo Socialista para sustentar su posición. En los diferentes puntos queremos dejar claro que la PREP es una opción preventiva más. Consideramos que con una epidemia concentrada en hombres la PREP sería más coste/efectiva en grupos de hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres de alto riesgo y entendemos que no debería ser una intervención aislada sino usada en combinación con otras intervenciones. También queremos manifestar que la PREP no se debe iniciar hasta descartar la infección por el VIH. Por otro lado, consideramos que la información, la formación y la sensibilización de la sociedad son necesarias para hacerles copartícipes y corresponsables tanto de la prevención como del uso racional y continuado de dicho medicamento y, por último, hablamos de control, en primer lugar, por seguridad del paciente y, en segundo lugar, para valorar la eficiencia en términos clínicos y el coste/efectividad de la PREP.

Para finalizar ya, señor presidente, manifestar, como no podía ser de otra manera, nuestra más firme apuesta y compromiso por la prevención, la información, el tratamiento, la atención y el apoyo a los pacientes, así como la necesidad también de continuar trabajando con el objetivo de concienciar a la sociedad y eliminar prejuicios.

Con este espíritu esperamos, desde luego, que podamos llegar a una enmienda transaccional.

Muchas gracias.

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

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

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 659

15 de noviembre de 2018

Pág. 28

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

Intervengo muy brevemente por parte de nuestro grupo porque nos parece muy bien esta iniciativa del PdCAT y nos parece aún mejor la propuesta transaccional en que se está trabajando ahora mismo con las incorporaciones del Grupo Socialista. Votaremos favorablemente y además es casi un gusto que por primera vez se peleen rojos y azules por ver quién hizo bien las cosas y no las cosas mal. Así que estaremos encantadas de votar a favor, especialmente con las incorporaciones del Grupo Socialista.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Esperamos esa transacción para la hora de la votación.

— RELATIVA A LA REVISIÓN DE LOS CUADROS MÉDICOS DE EXCLUSIÓN EN EL ACCESO AL EMPLEO PÚBLICO CON EL FIN DE EVITAR LA DISCRIMINACIÓN. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/003827).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al último punto del orden del día que es la proposición no de ley relativa a la revisión de los cuadros médicos de exclusión en el acceso al empleo público con el fin de evitar la discriminación.

Es del Grupo Parlamentario Popular y para su defensa tiene la palabra la señora Angulo.

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

Señorías, traemos hoy a debate una iniciativa en la que solicitamos al Gobierno la revisión y actualización de los cuadros médicos de exclusión en el acceso al empleo público para que sobre la evidencia científica se tenga en cuenta la valoración clínica de cada aspirante, más allá del diagnóstico de enfermedades como, por ejemplo, VIH, diabetes, celiaquía o soriasis, y que se valoren las condiciones físicas en relación con las aptitudes requeridas para cada puesto, evitando así discriminaciones a quienes por el mero hecho de tener diagnosticada una enfermedad se les niega la posibilidad de acceder a determinados empleos públicos, especialmente en cuerpos de seguridad del Estado y Fuerzas Armadas.

Es cierto que la Constitución española ampara la igualdad y la no discriminación en el acceso al trabajo y que el propio artículo 56 del Estatuto Básico del Empleado Público no establece como motivo de exclusión general padecer una enfermedad concreta, aunque sí en su apartado 3 establece para determinadas funciones la posibilidad de establecer algún requisito específico que guarde relación con las funciones y tareas a desempeñar, que en todo caso han de ser objetivas, proporcionadas y justificadas. Pero aun así, existen cuadros médicos de exclusión, principalmente referidos al acceso a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y Fuerzas Armadas, contenidas en órdenes, algunas con treinta años de vigencia, que a día de hoy resultan obsoletas y que no responden a la evidencia científica actual. Por ello, es unánime el sentir de que estos cuadros han de ser revisados para adaptarlos a esa evidencia científica, de manera que para el acceso a un determinado empleo público se tenga en cuenta y valore la situación clínica de cada aspirante y no el mero diagnóstico. Y digo que es un sentir unánime porque es cierto que esta es una cuestión sobre la que hemos debatido y aprobado ya varias iniciativas y soy consciente de que es algo que distintos grupos pueden reprochar. Porque pueden preguntar: ¿entonces por qué volver a presentarla? Porque entendemos que hay nuevas circunstancias que se lo hicieron parecer oportuno a mi grupo. Efectivamente, sobre este tema se aprobaron iniciativas tanto en esta Comisión como en la de Interior, en el año 2017, referidas específicamente al VIH y diabetes, habiéndose llegado a un consenso prácticamente mayoritario. En cumplimiento de ese mandato, el Gobierno del Partido Popular comenzó a trabajar en la aprobación del Pacto social por la no discriminación y la igualdad de trato asociada al VIH y sida, y además elaboró en coordinación con los ministerios del Interior y de Defensa el documento técnico *Criterios médicos para el acceso a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y a las Fuerzas Armadas*, que fue aprobado en abril de 2018, un documento técnico en el que se realizó la revisión tanto de la legislación vigente como de convocatorias a distintos Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado publicadas entre los años 2010 y 2017, y en el que, aunque se concluía que en ninguna convocatoria se incluía explícitamente, por ejemplo, la infección por VIH como criterio de exclusión, sí recomienda expresamente —y leo literalmente— que: Al haber detectado que en algunos cuadros médicos las causas de exclusión no están actualizadas, se recomienda revisar los cuadros, adaptándolos a la evidencia científica actual, valorando siempre la situación clínica del aspirante y no solo el diagnóstico. Y en concreto, en lo que al VIH se refiere, decía que en el ámbito laboral el estado serológico de las personas con VIH no sería causa de exclusión. Acto seguido, en mayo de 2018, el Gobierno del Partido Popular confirmó su compromiso para dar una respuesta definitiva a este asunto con

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 659

15 de noviembre de 2018

Pág. 29

la creación de un grupo de trabajo en el que participaran miembros de los ministerios de Sanidad, Interior, Defensa, Hacienda y Función Pública. Es decir, el Gobierno del Partido Popular dio cumplimiento a lo acordado en este Parlamento y atendió las reivindicaciones de los colectivos afectados con actuaciones concretas para empezar a resolver definitivamente este asunto. Pero tras el cambio de Gobierno, y especialmente ante la parálisis sufrida en el Ministerio de Sanidad por los cambios de los órganos directivos, fueron los propios colectivos quienes nos manifestaron su preocupación por que un tema que el anterior Gobierno había iniciado pudiera ser paralizado o cambiar ahora el criterio. Sirva de ejemplo la publicación el pasado 2 de octubre de una convocatoria del Ministerio del Interior para el Cuerpo de Ayudantes de Instituciones Penitencias que establece como causa expresa de exclusión estar diagnosticado de diabetes. Esta preocupación la manifestó en esta misma Comisión el propio presidente de la Federación Española de Diabetes hace apenas unas semanas, el día 25 de octubre, máxime tras la respuesta recibida tras una queja interpuesta ante el Defensor del Pueblo que causó cierta inquietud al colectivo o la respuesta dada en octubre por el Gobierno manteniéndose en la conveniencia de excluir del acceso a la enseñanza militar de formación a las personas con celiaquía.

Por todo ello, y aun a riesgo de ser criticados o parecer reiterativos, mi grupo registró esta iniciativa porque además, como se dice en mi tierra, lo que abunda no daña y porque nuestro interés, pero sobre todo el de los millones de los españoles afectados, es que el trabajo ya iniciado por el Gobierno del Partido Popular para acabar con esta discriminación no se pare o retrase como consecuencia del cambio de Gobierno. Hoy precisamente sí tenemos la convicción de que haber traído esta iniciativa es útil, porque en ese seguimiento y control que el Partido Socialista y el propio Gobierno están haciendo de las iniciativas que presenta mi grupo estamos observando que sirven para que el Gobierno actúe. Así, tras la reunión mantenida por el presidente del Partido Popular, Pablo Casado, con la Federación de diabetes y el registro de esta iniciativa, la ministra de Administraciones Públicas reunió el día 5 a representantes de distintos departamentos ministeriales para abordar un cambio de los cuadros médicos de exclusión en el acceso al empleo público, y anteayer, hace solo dos días, ha habido una reunión con los afectados en el Ministerio de Sanidad, como nos hizo saber ayer el presidente de la Federación Española de Diabetes. Por tanto, nos alegra haber sido útiles para que este tema se impulse de nuevo.

Como quiera que en dicha reunión lo que se ha acordado es iniciar el proceso de estudio, y esperamos que esto no se quede solo en eso y que efectivamente haya una voluntad que no se dilate en el tiempo, algo en lo que supongo coincidimos todos, es por lo que estoy segura de que todos coincidiremos en dar apoyo a esta iniciativa, y ya le adelanto al señor presidente que hemos llegado a una enmienda transaccional con el Grupo Parlamentario Socialista.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias por el adelanto de la información.

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

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

En primer lugar, quiero saludar y felicitar a todas las organizaciones que tanto han trabajado en relación al tema que ponemos hoy sobre la mesa. Dicho esto, tengo que confesar a sus señorías que estoy realmente contenta con esta propuesta que hoy nos presenta el Partido Popular. De hecho, me gustaría que estuviera aquí Pablo Casado para felicitarlo personalmente, pero como no está aquí, se lo explico a ustedes, señorías del PP, a ver si pueden hacérselo llegar a su jefe.

No estoy de broma, nuestro grupo votará a favor de la propuesta del PP contra la discriminación que padecen diversos colectivos para ser funcionarios. No puede ser que por el solo hecho de ser celíacos, diabéticos, de padecer psoriasis o VIH millones de personas no puedan ser funcionarias. Tienen nuestro voto, señorías del PP, pero, además de nuestro voto, también queríamos darles nuestra opinión sobre su forma de hacer política con la esperanza de que dejen de hacer un poco el ridículo. La cosa va así. Ayer fue el Día Mundial de la Diabetes y hoy, como por arte de magia, el PP presenta una propuesta para que los enfermos de diabetes y otras enfermedades no sean discriminados a la hora de acceder a empleos públicos. Qué bonita casualidad, ¿no? El PP viene hoy aquí y le dice al Gobierno que hay que ponerse las pilas con este tema; y estoy de acuerdo. Nos explica el PP que las afectadas necesitan una respuesta ya y que, si no, las afectadas, obviamente, se manifestarán en las calles. Y dice el PP que esto tiene que estar arreglado antes de final de año, es decir, en un mes y medio; y también estoy de acuerdo, claro. Y si el Gobierno del PSOE no espabila un poco estaremos con las manifestantes en la calle. Pero hay algo que me ha llamado

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 659

15 de noviembre de 2018

Pág. 30

la atención sobre este tema y las prisas que hoy tiene el Partido Popular. ¿Por qué el PP, que hoy tiene tanta prisa, no hizo nada, absolutamente nada, cuando los enfermos de diabetes iniciaron una campaña en el año 2016 para enviarle sus quejas al Defensor del Pueblo? Señorías del PP, por favor, explíqueme a Pablo Casado que el Defensor del Pueblo trasladó a la Secretaría de Estado de Función Pública las quejas por discriminación de los diabéticos. ¿Y saben lo que dijo la secretaria de Estado? Pues nada, que no es discriminación, que menos quejarse y que esto era lo que había. Señorías, esto pasó en junio de 2017, cuando gobernaba el Partido Popular. Explíqueme también a Pablo Casado —esto no se lo deben haber contado en su master de Administración Pública— que a la secretaria de Estado de la Función Pública la designa el Consejo de Ministros, es decir, que la secretaria de Estado que les dijo a seis millones de diabéticos que de discriminación nada de nada, fue nombrada por el Consejo de Ministros presidido por Rajoy. Esta señora se llama Elena Collado y es de su partido, señorías del PP. Es verdad que ahora Pablo Casado es más de Santiago Abascal y Vox que de Rajoy, pero quien le cerró la puerta en la cara a los diabéticos y, por extensión, al resto de víctimas de la discriminación fue su partido, señorías del PP. Y ahora vienen aquí a ponerse una medallita. Explíquenselo a Pablo Casado y, si ven que no lo pilla, se lo explican más fácilito, se lo explican así: si el PP después de gobernar seis años no hizo nada, la verdad es que la propuesta de hoy apesta a oportunismo y eso me parece realmente detestable. Esta manera de hacer política mintiendo, engañando, manipulando, buscando el titular, es una auténtica chapuza.

Acabo. Ustedes son profesionales de esto y ustedes se van a pasar la vida aquí, cobrando y haciendo estas chapuzas. Yo soy enfermera y bien pronto saldré de aquí y volveré a estar a pie de quirófano y, ¿saben qué les digo?, que si la gente que trabajamos en un quirófano o los que conducen trenes o los que tienen un negocio o nuestros funcionarios y todos los que hacen funcionar nuestra sociedad cada día fueran tan chapuceros como ustedes este país se habría hundido hace tiempo. ¡Qué vergüenza! (**Protestas**). No se pongan nerviosas, señorías del PP, por favor. Tengo el uso de la palabra, tranquilos. Acabo.

El señor **PRESIDENTE**: Un momento, señora Sibina. (**Protestas.-Una señora diputada: pero la gente es honrada también**). Un poco de silencio. Solo tiene la palabra la portavoz en este momento del Grupo Parlamentario Confederado de Unidos Podemos, punto. Y el resto en silencio. Termine. (**Rumores**). En silencio; en silencio y, si no, si siguen por ahí, les tendré que llamar al orden.

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

Ahora sí que termino. Señores del PSOE, por favor, pónganse las pilas, basta de postureo. Llevamos cuarenta años oyéndolos hablar de cosas de izquierda y luego votando algunas cosas de derecha. Espabilen también, señores del PSOE.

Muchas gracias, presidente.

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

Es el turno ahora, para defender la enmienda del Grupo Parlamentario Socialista, de la señora Guinart.

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

Señorías del Partido Popular, estamos contentas, estamos satisfechas de que ustedes presenten esta iniciativa. Han tenido tiempo de atender las demandas de las diferentes asociaciones, han tenido oportunidades mientras gobernaban ustedes de cumplir lo que decían otras PNL anteriormente aquí aprobadas y no lo han hecho, digan lo que digan, hasta ahora que ya no gobiernan. No lo han hecho y lo piden ahora cuando el Gobierno, y concretamente el Ministerio de Política Territorial y Función Pública, el de Sanidad y Vicepresidencia del Gobierno están coordinando los pasos para avanzar en igualdad de oportunidades y no discriminación en el acceso al empleo público y para que la evaluación que se haga sea en todo caso individualizada. Les puedo asegurar que en estos momentos hay una disposición clara y meridiana del Gobierno para revisar las causas de exclusión en el acceso al empleo público. De paralización nada de nada, tampoco postureo. Paralización la que hubo durante los años de gobierno del Partido Popular. El Gobierno —que lleva cinco meses no siete años— está entablando contactos con representantes de diferentes colectivos de personas afectadas por la exclusión. Los ha habido y los continuará habiendo y hay en ellos expectativas altas y positivas. Sin ir más lejos, ayer mismo se produjo uno de esos encuentros entre el director general de Función Pública y diferentes entidades, una de ellas Trabajando en Positivo. No era el primero y tampoco será el último.

Miren, el 5 de abril de 2017, hace más de un año y medio, esta Comisión aprobó nuestra proposición no de ley para acabar con la discriminación de los enfermos de diabetes en el acceso al empleo público.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 659

15 de noviembre de 2018

Pág. 31

Esa PNL instaba al Gobierno a adoptar medidas legales y reglamentarias para imposibilitar que la diabetes fuera causa de exclusión genérica para el acceso al empleo público. La PNL también instaba a revisar y actualizar el catálogo de exclusiones médicas y se refería no solo a la diabetes sino también al VIH o cualquier otro proceso, siempre que no supusiera una merma real de las capacidades de las personas candidatas para el desempeño de la función. En definitiva, lo que se pide, lo que pedía hace año y medio ya nuestro grupo y ahora el del PP es que se actualice la lista de patologías potencialmente excluyentes para realizar determinadas funciones. Es necesario orientar hacia una evaluación personalizada en la que se valoren características de los trabajos, condiciones individuales de cada persona, huyendo así de una exclusión genérica como ocurre actualmente. Estamos, por tanto, de acuerdo. La infección por VIH ha cambiado en la última década. Los avances en el tratamiento la han transformado en una enfermedad de curso crónico que con un control adecuado permite no solo mejorar la calidad de vida de quienes la padecen sino reducir su capacidad de transmisión. La diabetes resulta hoy en día, gracias a los avances en medicina, una enfermedad totalmente manejable por la persona que la padece. Por lo que se refiere a la celiaquía, no se trata en general de una enfermedad limitadora siempre que se siga una dieta adecuada, y la psoriasis es una enfermedad crónica cuyo tratamiento suele ser tópico y en algunos casos requiere fototerapia u otras terapias que consiguen considerables tasas de remisión de los síntomas.

Planteamos una enmienda a su proposición no de ley, enmienda de carácter técnico, que consideramos que contribuye a clarificar y precisar más el contenido propositivo de la iniciativa y que de hecho hemos transaccionado. Votaremos, por supuesto, a favor e, insistimos, el Gobierno no solo quiere abordar esta cuestión sino que ya lo está haciendo en el acceso al empleo público y en otros ámbitos también. El próximo 27 de noviembre, por ejemplo, la ministra de Sanidad, Consumo y Bienestar Social presentará el Pacto social por la no discriminación y la igualdad de trato asociada al VIH.

Gracias. **(Aplausos)**.

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

Por último, para fijar la posición del Grupo Parlamentario Ciudadanos, tiene la palabra el señor Igea.

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

La verdad es que no traía el discurso preparado, pero hoy, por alguna razón que no acabo de entender, me siento como un diputado de Podemos. **(Risas)**. Lo he dicho esta mañana y lo voy a repetir esta tarde. Porque es verdad lo que dice, señora Sibina: quizá para lo único para lo que ha servido esta legislatura pasada y la aparición de partidos políticos que no estaban instalados entre los dos partidos conservadores tradicionales de este país es para que algunas cosas salgan adelante, y probablemente esta es una de las cosas que ha salido adelante gracias a eso.

Pero me ha gustado mucho su discurso porque me he acordado de una situación que se vivió en este Parlamento, que fue cuando se trajo la proposición del Parlamento navarro —no sé si se acuerdan— sobre los seguros y que el VIH no fuera causa de exclusión. ¡Qué bonito discurso del Parlamento navarro! ¡Qué bonito discurso de representantes de ese Gobierno fascista de Navarra! ¿O no, o es un Gobierno que apoyan ustedes? Porque, después de ese bonito discurso, salió nuestra representante, Marta Martín Llaguno, sacudiendo una cosa. ¿Sabe qué era? La convocatoria de la Policía Foral de Navarra. ¿Y sabe cuál era una causa de exclusión? El VIH. Así que hay para todos, señores; aquí hay para todos. Y lo que tenemos que hacer es estar pendientes y vigilantes de que ningún Gobierno autonómico, ningún Gobierno municipal, ni del PSOE ni del PP ni de Podemos ni de Ciudadanos, vuelva a hacer una convocatoria de empleo público en que esto sea una causa de exclusión.

Señora Sibina, me ha gustado mucho su discurso, pero hay para todos.

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

Vamos a suspender dos minutos la sesión porque hace falta que nos lleguen...

El señor **TREMIÑO GÓMEZ**: ¡Señor presidente!

El señor **PRESIDENTE**: ¿Sí?

El señor **TREMIÑO GÓMEZ**: Siento mucho ser siempre el discordante, como pasó la última vez con la compañera...

La señora **SIBINA CAMPS**: ¡Pero si no tiene el uso de la palabra!

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 659

15 de noviembre de 2018

Pág. 32

El señor **TREMIÑO GÓMEZ**: ... con la compañera de...

El señor **PRESIDENTE**: Explique lo que quiere en medio minuto.

El señor **TREMIÑO GÓMEZ**: Quiero que la señora Sibina retire que yo soy mentiroso, que vengo a hacer aquí el vago, a pastar y no sé si ha dicho —a lo mejor lo he entendido mal— que venimos también a robar. Quiero que lo retire porque yo soy, como mínimo, tan honrado como ella. **(Aplausos.-Varias señoras y señores diputados del Grupo Popular: ¡Muy bien!-La señora Sibina Camps y el señor Fernández Díaz, don Jesús María, piden la palabra).**

El señor **PRESIDENTE**: Ya le hemos escuchado.

Es evidente que, por desgracia, en este Congreso llevamos escuchando expresiones como esas y peores durante demasiado tiempo...

El señor **TREMIÑO GÓMEZ**: ¡A mí no, a mí no!

El señor **PRESIDENTE**: Sí. Bueno, de su grupo también.

El señor **TREMIÑO GÓMEZ**: ¡Me da igual, señor presidente! ¡Que lo retire en relación con mi persona!

El señor **PRESIDENTE**: Y lo hemos escuchado, desgraciadamente, durante demasiado tiempo. El problema es que alguno ya definió que la libertad era decir lo que uno quería decir y escuchar lo que no quería escuchar. Y el límite...

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

El señor **PRESIDENTE**: Estoy yo en el uso de la palabra.

Y el límite, y así lo marca el Reglamento, es la ofensa. Pero eso no lo determina quien recibe las palabras, sino que, en todo caso, lo podrá determinar esta Presidencia, que ha escuchado cosas bastante peores; bastante peores. Por lo tanto, se acabó la discusión. **(La señora Sibina Camps y el señor Fernández Díaz, don Jesús María, piden la palabra).**

Ahora suspendemos la sesión durante dos minutos para que nos lleguen las enmiendas transaccionales prometidas en el punto 6.º y en el punto 8.º

La señora **SIBINA CAMPS**: Perdón, señor presidente. No puede ser que tenga el uso de la palabra él, pienso yo, y...

El señor **PRESIDENTE**: Puede ser porque la palabra la doy yo. Y se ha acabado.

La señora **SIBINA CAMPS**: Lo sé, lo sé, pero me parece muy injusto. No puede ser que este señor tenga el uso de la palabra y nadie...

El señor **PRESIDENTE**: Está suspendida la sesión. Se ha acabado. **(Pausa).**

VOTACIONES:

El señor **PRESIDENTE**: Reanudamos la sesión. **(Rumores).** Silencio, porque no voy a permitir ya nada más sobre este asunto. Vamos a pasar a la votación y cuando se vota ya nadie interviene.

Votamos el punto 1.º del orden del día, que es la proposición no de ley sobre el apoyo a los pacientes infantiles de daño cerebral adquirido y sus familias. Votamos sobre la base de una transacción firmada por el Partido Socialista, por el Partido Popular y por Ciudadanos.

Efectuada la votación, dijo

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

Votamos el punto 2.º, que es la proposición no de ley relativa a la realización de un estudio sobre las necesidades de las personas sin hogar. Votamos una transacción entre el grupo proponente, que es el Grupo Parlamentario Popular, y el grupo que había enmendado, que es el Grupo Parlamentario Socialista.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 659

15 de noviembre de 2018

Pág. 33

Efectuada la votación, dijo

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

Votamos ahora el punto 3.º, que es la proposición no de ley relativa a impulsar el plan concertado de prestaciones básicas de servicios sociales, que votamos en sus términos porque no tiene enmiendas.

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

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Pasamos a votar el punto 4.º del orden del día, que es la proposición no de ley sobre la implantación completa del cribado de cáncer colorrectal en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. La votamos según la transacción firmada por el grupo proponente, el Grupo Parlamentario Ciudadanos, el Grupo Parlamentario Popular y el Grupo Parlamentario Socialista.

Efectuada la votación, dijo

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

Votamos el punto 5.º, proposición no de ley relativa a potenciar los tratamientos con el cáncer. La votamos según la transacción presentada por el Grupo Parlamentario Popular y el Grupo Parlamentario Socialista.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 27; en contra, 6; abstenciones, 1.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Votamos el punto 6.º, proposición relativa al restablecimiento de los recursos necesarios para el cumplimiento de la Ley 39/2006, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia y otras medidas para la garantía del derecho. Se vota según la transacción presentada por el Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea y el Grupo Parlamentario Socialista.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 21; en contra, 14.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Pasamos a votar el punto 7.º del orden del día, que es la proposición no de ley relativa a facilitar el proceso de implementación de la profilaxis preexposición en España. Se votará según una transacción firmada por el Grupo Mixto, el Grupo Parlamentario Popular, el Grupo Parlamentario Socialista y el Grupo Parlamentario Ciudadanos.

Efectuada la votación, dijo

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

Por último —aunque aviso de que luego hay una reunión de Mesa y portavoces de dos minutos porque tenemos que fijar la fecha de una comisión para debatir la ley—, votamos la proposición no de ley relativa a la revisión de los cuadros médicos de exclusión en el acceso al empleo público con el fin de evitar la discriminación, según la transacción firmada por el Grupo Parlamentario Popular y el Grupo Parlamentario Socialista.

Efectuada la votación, dijo

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

Se levanta la sesión.

Eran las cuatro y cuarenta y cinco minutos de la tarde.

cve: DSCD-12-CO-659