



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

Año 2020

XIV LEGISLATURA

Núm. 177

Pág. 1

SANIDAD Y CONSUMO

**PRESIDENCIA DE LA EXCMA. SRA. D.^a ROSA MARÍA ROMERO
SÁNCHEZ**

Sesión núm. 23

celebrada el martes 13 de octubre de 2020

Página

ORDEN DEL DÍA:

Comparecencia en relación con la proposición de ley de modificación de la ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, en materia de participación en el coste de las prestaciones y servicios de las personas beneficiarias. (Número de expediente 120/000001):

- Del señor Pérez Bueno, representante de la Comisión Promotora de dicha iniciativa, para que exponga los motivos que justifican la presentación de la iniciativa legislativa popular. Por acuerdo de la Comisión de Sanidad y Consumo. (Número de expediente 219/000290) 2

Comparecencia en relación con la proposición de ley sobre ratios de enfermeras para garantizar la seguridad del paciente en centros sanitarios y otros ámbitos. (Número de expediente 120/000004):

- Del señor Cascos Fernández, representante de la Comisión Promotora de dicha iniciativa, para que exponga los motivos que justifican la presentación de la iniciativa legislativa popular. Por acuerdo de la Comisión de Sanidad y Consumo. (Número de expediente 219/000291) 15

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 177

13 de octubre de 2020

Pág. 2

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

COMPARECENCIA EN RELACIÓN CON LA PROPOSICIÓN DE LEY DE MODIFICACIÓN DE LA LEY 39/2006, DE 14 DE DICIEMBRE, DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA, EN MATERIA DE PARTICIPACIÓN EN EL COSTE DE LAS PRESTACIONES Y SERVICIOS DE LAS PERSONAS BENEFICIARIAS. (Número de expediente 120/000001).

— **DEL SEÑOR PÉREZ BUENO, REPRESENTANTE DE LA COMISIÓN PROMOTORA DE DICHA INICIATIVA, PARA QUE EXPONGA LOS MOTIVOS QUE JUSTIFICAN LA PRESENTACIÓN DE LA INICIATIVA LEGISLATIVA POPULAR. POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD Y CONSUMO. (Número de expediente 219/000290).**

La señora **PRESIDENTA**: Se abre la sesión.

Muy buenos días a todos los diputados y diputadas.

Vamos a comenzar la sesión de la Comisión de Sanidad y Consumo. Por supuesto, empiezo dándole también la bienvenida al presidente del CERMI, del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad, al que todos le llamamos CERMI, al señor Pérez Bueno.

Voy a contarles un poco el funcionamiento, entrando, en primer lugar, en el orden del día que tenemos por delante en la mañana. Tenemos la celebración de las siguientes comparecencias: De don Luis Cayo Pérez Bueno, representante de la Comisión Promotora de la proposición de ley de modificación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, en materia de participación en el coste de las prestaciones y servicios de las personas beneficiarias, para que exponga los motivos que justifican la presentación de la iniciativa legislativa popular. A continuación, tendremos a don Manuel Cascos Fernández, representante de la Comisión Promotora de la proposición de ley sobre ratios de enfermeras para garantizar la seguridad del paciente en centros sanitarios y otros ámbitos, para que exponga los motivos que justifiquen la presentación de la iniciativa legislativa popular.

El compareciente, el señor Pérez Bueno, va a tener la palabra por un tiempo de veinte minutos, para que exponga los motivos que justifican la presentación de la iniciativa legislativa popular. Tras su intervención, los portavoces, como saben, tienen un tiempo de cinco minutos, tal y conforme acordamos en Mesa y portavoces, de menor a mayor, como siempre.

Por tanto, empezamos con la comparecencia; de nuevo le doy la bienvenida y, tiene la palabra, señor Pérez Bueno.

El señor **PÉREZ BUENO** (representante de la Comisión Promotora): Buenos días. Muchas gracias, presidenta, miembros de la Mesa, portavoces, señorías, letrado y personal al servicio de la Cámara.

Como bien saben, la legislación reguladora de la iniciativa legislativa popular exige que los promotores de las mismas sean personas físicas, ciudadanos, ciudadanas, y a este título comparezco como una de las tres personas promotoras de esta concreta iniciativa legislativa popular. Pero el verdadero impulsor de la misma ha sido el movimiento social de la discapacidad, articulado en torno al CERMI, lo que podemos llamar la discapacidad organizada. CERMI es la expresión de la sociedad civil articulada en torno a la discapacidad, a las personas y sus familias; hay más de 4 millones de personas con discapacidad en España, 12 millones, si se cuentan a sus familias, porque es absolutamente una estructura totalmente imbricada, las personas y el entorno familiar, y en uno de cada cinco hogares hay una situación de discapacidad y creciendo. CERMI expresa esta sociedad civil articulada para la incidencia, la interlocución y la negociación política, para que la discapacidad esté en la agenda pública en términos favorables de derechos, de inclusión y de bienestar para este grupo social que históricamente ha estado en zonas periféricas en cuanto al ejercicio real y efectivo de sus derechos.

Señorías, esta es la tercera vez que comparezco ante esta Comisión, a lo largo de los cinco años de vida que tiene esta iniciativa legislativa popular. Cinco años de demora por la inestabilidad política institucional que ha generado —no puedo ocultarles— frustración y desafección. Esperamos que esta tercera vez vaya la vencida y sea la definitiva, y que esta iniciativa legislativa popular se conozca, se tome en consideración, se debata y pueda ser legislación positiva a la vuelta de unos meses.

Antes de pasar a exponer las razones y motivos por los que solicitamos encarecidamente el apoyo de todos los grupos de esta Cámara, la toma en consideración de esta proposición de ley, cuando se debata

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 177

13 de octubre de 2020

Pág. 3

en el Pleno, deseo expresar la gratitud y reconocimiento más sinceros y efusivos a los casi 740 000 ciudadanos y ciudadanas españoles, mayores de 18 años, en posesión de sus derechos políticos de sufragio que la suscribieron con su firma. Extiendo este agradecimiento, no podía dejar de suceder, a las organizaciones de la discapacidad de todo el Estado, a los miles de personas voluntarias, a las personas fedatarias, a otras entidades y sectores cívicos que se han solidarizado con esta iniciativa, que se han movilizado para obtener ese resultado tan positivo de superar con creces las 500 000 firmas mínimas necesarias que exige la Constitución y la legislación de desarrollo de esta previsión constitucional. Es la primera vez en más de cuarenta años de vigencia de la Constitución española que llega a este Parlamento una iniciativa legislativa popular sobre cuestiones estrictamente sociales, de servicios sociales, y hemos de congratularnos por ello. Se trata de un hito en nuestra historia reciente social, de nuestras políticas sociales y de inclusión, que entendemos no puede ser ignorado ni desconsiderado. Solo por ello debería merecer el respaldo de esta Cámara a la toma en consideración de esta iniciativa legislativa popular y a su continuidad en el trámite parlamentario.

Paso ahora brevemente a exponer las razones de esta ILP y los motivos para apoyarla. El movimiento de la discapacidad, el CERMI, fue actor cívico en el proceso de aprobación de la Ley 39/2006 y la creación subsiguiente del Sistema de Autonomía y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, como nuevo dispositivo de protección ante perentorias necesidades sociales no atendidas o cubiertas. Saludamos, especialmente en su momento, que se configurara como un derecho subjetivo, universal y exigible, pues no existía ni existe tradición de que las necesidades de tipo social, aquellas que tienen o guardan relación con los servicios sociales en nuestro país alcancen este derecho, este rango de derecho perfecto.

A pesar de nuestro empeño en los momentos de gestación de la ley, de la creación del sistema, no logramos apoyo político para que esta nueva arquitectura de protección social fuese gratuita, sin coste para la persona usuaria y transigimos con el llamado copago, participación en el coste de las prestaciones y servicios, como mal menor y necesario para el lanzamiento y puesta en marcha del sistema, siempre que se regulara reglamentariamente en unas condiciones aceptables. Casi quince años después de la aprobación de la ley, de la creación del sistema, hemos comprobado con tristeza que el conocido coloquialmente como copago ha sido uno de los elementos más negativos, paralizantes y perturbadores, así al menos lo percibimos las personas usuarias del sistema y sus familias y sus organizaciones cívicas para el despliegue de la ley, y que haya llevado a la sensación generalizada de cierto fracaso del sistema y de decepción creciente. ¿Por qué un copago exacerbado sin regulación estatal? Llamo la atención, señorías, sobre el hecho de que no hay ninguna normativa estatal sobre copago —desatendiendo lo que dice la Ley 39/2006, que habla de desarrollo reglamentario—, sino un mero acuerdo sin valor como norma. Este copago, a nuestro juicio, no asegura el ejercicio y garantía del derecho, sino que aboca y obliga a la compra del derecho en muchas ocasiones, y al no poder hacer frente al mismo expulsa a las personas pretendidamente beneficiarias del apoyo de los servicios sociales. Castiga a aquellas personas, en este caso, con discapacidad, que generan ingresos propios a través de la actividad laboral, de la activación de la participación y del empoderamiento económico, pues desincentiva la autonomía económica y disuade de la activación. Cuanto más ganas, más pagarás a través del copago.

En épocas de grave crisis invita a las Administraciones, a algunas, a la perversión de hacer recaer el esfuerzo de sostenimiento del sistema en las personas usuarias, no en los presupuestos públicos. Origina graves diferencias de trato entre territorios, de la gratuidad en algún caso, hasta la participación en el coste de un 90% de la prestación o el servicio que las personas beneficiarias y sus familias experimentan como doloroso agravio. El copago en dependencia, irradiado y contaminado a otros servicios y prestaciones sociales distintas, no del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, que no tenían copago o no lo tenían en estas intensidades y rangos.

Ante esto, la ILP del movimiento de la discapacidad, cuya defensa hago ante sus señorías, propone y plantea: reformar la Ley 39/2006, casi quince años después, en uno de sus aspectos más controvertidos, problemáticos y críticos, el copago confiscatorio. A nuestro juicio, aplicamos así ese calificativo de confiscatorio. Llevar a la propia ley en sede legal unos criterios básicos sobre determinación de la capacidad económica y también sobre la participación en el coste, estrictamente copago, iguales y vinculantes para todas las Administraciones. Estos criterios serían desarrollados y complementados, posteriormente, mediante norma estatal de rango reglamentario, que no se ha aprobado, pese a las previsiones establecidas en la propia ley en este sentido. Permitir que las Administraciones territoriales los mejoren, al margen de ampliación del derecho, con el horizonte puesto en la gratuidad del sistema. Estos criterios legales mínimos en materia de copago pasan, según la propuesta, la proposición de ley, por una

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 177

13 de octubre de 2020

Pág. 4

exención de 2,5 IPREM —en este momento sería 1344,06 euros— para todo tipo de prestaciones y servicios del sistema, incluido el residencial, que suele ser el que más copago exige. Limitar la aportación máxima de la persona beneficiaria al 60% del precio de referencia del coste o servicio que reciba, por tanto, preservar siempre el 40% del IPREM correspondiente como renta disponible para la persona. La persona no puede vivir para la prestación o el servicio, sino que debe tener otras fuentes de ingresos, otra disponibilidad económica para participar económicamente en la comunidad de pertenencia.

Incluir como nuevos criterios de modulación de la capacidad de renta de la persona —aquí pongo el énfasis— la edad o el momento de la aparición de la situación de dependencia. No es lo mismo nacer con una situación de dependencia que la vas a llevar o sobrellevar a lo largo de toda tu vida, que adquirirla en los cinco, diez, quince últimos años de tu vida, y también su prolongación en el tiempo en la vida de la persona. Esto se proyectaría tanto sobre la renta como sobre el patrimonio que conforman esa capacidad económica que se toma en cuenta para fijar el copago.

Estos son en esencia, señorías, los elementos de esta proposición de ley que llega, como señalaba, por tercera vez al Parlamento, sobre la firma y extensa base social y ciudadana de casi 740000 firmas de apoyo.

En este momento procesal, procedimental, solicitamos el respaldo de los grupos para su toma en consideración, para que pueda debatirse en el Congreso y en el Senado. Este apoyo ya se prestó en las dos anteriores ocasiones, a través de manifestación favorable del Pleno, con otras mayorías en estas Cámaras y con distinto Gobierno. En la tramitación parlamentaria podrá ampliarse, podrá ensancharse y mejorarse más allá; los grupos podrán perfeccionarla a través de enmiendas, pero será en otro momento posterior, ya volveremos sobre ello, cuando toque, si es que toca. Ahora lo que corresponde es tomarla en consideración, y así lo pedimos, y permitir que inicie su camino legislativo, acelerado, en este caso, para compensar el tiempo perdido en estos últimos cinco años.

Las personas que precisan de apoyos intensos para su autonomía, las personas con discapacidad y las personas mayores y sus familias, hemos estado históricamente silenciadas, opacadas. No hemos formado parte central ni hemos tenido acceso fácil y fluido a la agenda política y legislativa en la posición que creemos merecer. Esta ILP es un elevar la voz de estos grupos sociales que, movilizados cívicamente, llaman la atención sobre sus necesidades y plantean constructiva y cooperativamente lo que desean, haciendo uso de los mecanismos constitucionales a su disposición, y a través de ellos plasmar y proclamar nuestras aspiraciones y anhelos.

Pido —voy concluyendo ya, señorías— a los grupos políticos que se hagan eco de esta demanda sonora. Espero y deseo que no desoigan este clamor. Hay 740000 personas, conciudadanos, conciudadanas, que esperan impacientes tras años de demora. Hemos hecho llegar a la Secretaría de la Comisión, distinto material sobre la ILP, para que tengan mayores elementos informativos y de juicio al que me remito.

Finalmente, muchas gracias. Quedo a su disposición para las preguntas, aclaraciones, críticas, y el contraste que sus señorías deseen plantearme.

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias.

A continuación, pasamos al turno de portavoces como les he informado. No veo a nadie del Grupo Parlamentario Mixto y creo que no hay nadie en la sala, que no se me pase. Del Grupo Parlamentario Bildu creo que tampoco. Con lo cual, pasaríamos al Grupo Parlamentario Vasco, que sí que está. Tiene la palabra la señora Gorospe.

La señora **GOROSPE ELEZCANO**: Gracias, presidenta.

Buenos días, señor Cayo y gracias por la exposición que de esta iniciativa nos ha realizado. Tendremos tiempo para analizarla con más detenimiento y poder fijar posición. Comentaba ahora aquí, con un compañero, que su iniciativa podría, probablemente, circunscribirse más en el ámbito de las políticas en otra Comisión. No sé por qué ha venido aquí. Probablemente no sea una cosa suya, sino de orden interno de la Cámara, pero no sé si usted también puede ver que su debate estaría mejor insertado, probablemente, en la Comisión donde se abordan cuestiones de la discapacidad. Eso solo es a modo de reflexión.

En cuanto al planteamiento que hacía, usted comentaba que pidieron gratuidad universal y que transigieron con el copago, lo cual ha tenido unos efectos no deseables, o no los esperados. Sí que coincidimos con usted en que entendemos que en el ámbito de la discapacidad y por el sobreesfuerzo, yo creo que es un concepto que ustedes también lo utilizan a menudo, que exige tanto a las familias como a las personas que sufren de discapacidad, el concepto de copago debe tener un tratamiento diferenciado.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 177

13 de octubre de 2020

Pág. 5

Usted hacía referencia, además, a que la edad es una de las variables que debe tenerse en cuenta, porque el tiempo durante el cual una familia, una persona hace el sobre esfuerzo durante distintas etapas de la vida, es una variable que debe tenerse en cuenta. Nosotros compartimos esta reflexión, pero tenemos ciertas dudas en cuanto a la gratuidad universal, porque indudablemente el presupuesto es limitado, limitado y escaso en este contexto. Por tanto, entendemos que es muy importante establecer variables de copago, para que ayuden a aquellas personas que realmente puedan tener mayores necesidades socioeconómicas, entendiendo que, en sí, si hubiera posibilidad sería deseable que pudiera ser universal, pero que la situación impediría esta cuestión.

Sí nos gustaría saber, señor Cayo, si tienen ustedes, si conocen el estado de la cuestión en las distintas comunidades autónomas, en relación con las demandas que ustedes están haciendo, si hay notables diferencias o algunas propuestas que puedan ser de interés.

Sin más, me despido, ya que tengo que asistir a otra Comisión ahora; no podré escucharle, probablemente, la respuesta, pero seguiré su intervención en el *Diario de Sesiones*.

Gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

A continuación, por el Grupo Parlamentario Ciudadanos, tiene la palabra el señor Díaz.

La señora **DÍAZ GÓMEZ**: Gracias, presidenta.

Gracias por su comparecencia. El Grupo Parlamentario Ciudadanos ya manifestamos nuestro apoyo a la ILP en las dos veces anteriores y lo vamos a hacer otra vez. A ver si a la tercera conseguimos que esto vaya para adelante.

La triple regla que establece la ley, de que los copagos no pueden superar el 60% del coste del servicio, de que las personas con ingresos inferiores a 2,5 veces el IPREM, como ha dicho usted, estarían exentas del copago y, que en el caso de personas con ingresos superiores, el gasto total no pueda superar la cantidad que había, evidentemente, tiene que ser reformado. Estamos de acuerdo en que esta reforma es necesaria. No obstante, ¿usted cree que puede quedar alguien fuera con la ILP que traen? Lo digo de cara a las reformas que podemos hacer con este sistema que han establecido ustedes. ¿Puede quedar alguien fuera todavía? Lo digo para la tramitación, ya que podemos enmendar. Si usted cambiaría algo ahora mismo por su conocimiento de las personas afectadas, algo que quedara fuera de esta tipología o de las personas que están en estas circunstancias.

Por otro lado, ¿qué medidas cree usted que serían necesarias para financiar esta menor aportación por parte del usuario? Si tiene alguna idea en ese sentido dígala. Qué otras reformas considera urgentes para acometer en el sistema de atención a la dependencia. Aparte de esta, ¿cree usted que puede darnos alguna otra medida que adoptar para mejorar el sistema de atención a la dependencia.

Yo creo que su exposición ha sido bastante clara. Gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

A continuación, por el Grupo Parlamentario Plural, tiene la palabra la señora Cañadell.

La señora **CAÑADELL SALVIA**: Hola, buenos días. Gracias, presidenta.

Buenos días, señor don Luis Cayo. Le agradezco su exposición sobre el tema que nos lleva hoy aquí. Ha hablado usted de 4 millones de discapacitados en España y si hablamos de sus familias, 12 millones. Es un colectivo considerable e importante. Nos dice que es la tercera vez que comparece ante la Comisión y que ya llevan cinco años con esta iniciativa legislativa popular. Le deseo que esta sea la última vez que venga a esta Cámara para dar lugar a la iniciativa. Sobre el copago, tengo también alguna duda sobre la gratuidad universal, porque creo que tendríamos un problema presupuestario. No sé si ustedes han calculado o tienen números de lo que podría suponer el hecho de que pudiésemos dar este servicio de una forma gratuita, universal y a todas las personas que están afectadas. Me gustaría saber si tienen algunas andadas al respecto. Siempre estamos hablando de recursos económicos, de la falta de recursos económicos, pero también es muy importante hablar de la falta de recursos humanos, porque creo que este colectivo se merece tener los cuidados necesarios, y para tener esos cuidados que precisan también estaría muy bien dotar a los servicios sociales de recursos humanos.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

A continuación, por el Grupo Parlamentario Republicano, tiene la palabra el señor Eritja.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 177

13 de octubre de 2020

Pág. 6

El señor **ERITJA CIURÓ**: Muchas gracias, presidenta.

Muy buenos días, señor Luis Cayo Pérez Bueno. En todo caso, quiero felicitarlos por la iniciativa legislativa popular. Es la tercera vez que la presentan, sin embargo, ya se sabe que una de cada diez iniciativas legislativas populares llega a votarse en el Parlamento. Es una mala noticia, creo yo, para el propio parlamentarismo, porque son iniciativas que llegan de la ciudadanía y, en todo caso, deberían tener un aporte mucho más grande. En todo caso, esperemos que esa iniciativa a la tercera sea la vencida. En todo caso, asumiendo los retos que tienen ustedes, creo que es necesario, como mínimo, que entren muchas más iniciativas de este estilo.

Quería decirle dos cosas. Sobre el tema de reducción de los costes que debe asumir, realmente, no solo es el paciente a quien se le deben reducir los costes que les suponen muchas veces tener esa dependencia, sino que, además, como bien ha dicho mi compañera del Grupo Plural, detrás está toda la familia. Por lo tanto, es un tema que afecta no solo al paciente, sino incluso a los núcleos familiares, y es importante tener en cuenta esto. Porque muchos de los criterios no tienen que ser simplemente a nivel de grupos, sino tienen que valorar, como mínimo, además lo que serían los grupos familiares o la situación de contexto en los grupos familiares. Creo que son criterios que deberían tenerse en cuenta a la hora de aplicarse, según qué criterios mismos, a la hora de definir según qué restricciones o según qué reducciones.

Sobre el asunto del copago universal, no querría entrar. Ustedes piden el copago universal. Ustedes hablan de copago universal, pero yo quería hacer otra referencia. Hay otro elemento del que usted no ha hablado y que creo que hace falta comentar aquí, es el tema de la propia financiación del Estado. Hay una infrafinanciación del Estado por doble banda. Por un lado, está el déficit de financiación de Servicios Sociales, ya que a mitad del año 1980 el Estado traspasó la competencia de los servicios a todas las comunidades autónomas y a los ayuntamientos, pero sin financiación. Por lo tanto, eso acaba notándose también, incluso en las economías familiares propias, no solo de las Administraciones correspondientes, sino que a la larga o a la corta acaban afectando a todas las economías familiares.

Piensen que el déficit de transferencias ya es histórico y muy elevado. Por ejemplo, la deuda neta acumulada durante el periodo 2008-2019 en Cataluña es de 3648000 millones de euros. Estamos hablando de una cantidad enorme. Esto de alguna manera acaba afectando realmente a las economías familiares y, por lo tanto, hay una responsabilidad del Estado que debe ir paralela a la aplicación de otras medidas, como la que están ustedes planteando. Y con el déficit de financiación de la Ley de dependencia, tres cuartos de lo mismo. El Estado está incumpliendo lo que es su propia ley, que es la financiación del 50%. Esto, aunque sea en otro tema que no tenga que ver con esto, sí que acaba afectando que las propias Administraciones más cercanas, como son las autonómicas y, sobre todo, las locales, no puedan interceder por esas economías más domésticas, esas economías de las familias que no pueden. Creo que esta iniciativa que ustedes plantean debe ir paralela además con otras medidas, si no, siento decirlo, pues va a ser un poco el chocolate del loro, teniendo en cuenta las dimensiones de lo que estamos hablando, y teniendo en cuenta que hay unos déficits históricos que se arrastran desde hace mucho tiempo.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

A continuación, por el Grupo Parlamentario Confederal de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común, tiene la palabra la señora Medel.

La señora **MEDEL PÉREZ**: Buenos días. Gracias por su comparecencia y por la iniciativa legislativa popular que usted representa.

En su exposición de motivos dicen ustedes que les parece bien en un principio la Ley 39/2006 por lo que suponía en su momento, pero que luego viene una virulenta crisis económica, que es lo que motiva que no se pueda desarrollar la ley, y creo que tienen razón. Dice usted que la crisis económica atacó a la arquitectura del bienestar —siempre es insuficiente, pero además sucede eso—, y tiene razón: mientras se abandonaban los servicios sociales, cuando la salida de la crisis no obligaba necesariamente a ello, por lo menos no de la manera en que se hizo. Los bancos siguieron teniendo grandes beneficios, mientras que empresas, trabajadores —y respecto a esta cuestión—, personas dependientes, sanidad, educación eran castigadas. Fue una decisión política, no solo una cuestión de crisis económica. Se escogió quienes tenían que perder. Creo que se protegió a los ricos. España recauda en impuestos un 8% de PIB menos que la media europea, algo que ni entendemos nosotros ni creo que entiende la Unión Europea. Pero así es y así seguimos. Quiero decir que el abandono de lo social se hizo a propósito y fue una decisión política. Entiendo que lo que ustedes defienden es muy justo.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 177

13 de octubre de 2020

Pág. 7

Cuestiona usted qué es lo que más rechazo ha producido en el despliegue del SAAD. El copago por lo que implica de inequidad, es un castigo. Se castiga la discapacidad, la enfermedad, la dependencia, todo esto. Nosotros creemos que sus propuestas sobre el artículo 14 y el artículo 33 deben ser estudiadas a fondo. Según en el vigésimo dictamen del Observatorio para la Dependencia, en 2019 fallecieron 31000 personas sin haber podido ejercer los derechos derivados de su situación de dependencia, una cifra enorme. Por tanto, ¿qué pensamos de esta propuesta? Desde luego, que tiene que ser estudiada a fondo, y también con cuidado, de modo que no genere en sí misma algún tipo de inequidad. Quizá, como le preguntaba antes mi compañero, ¿cree usted que puede dejar a alguien fuera o puede lesionar de alguna manera?

Desde luego, está claro que todo esto se tiene que estudiar. Y hay que tener muy en cuenta una cosa: no todas las personas salimos del mismo punto de partida. Hay una gran diferencia social, y esto hay que tenerlo muy en cuenta.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

A continuación, por el Grupo Parlamentario VOX, tiene la palabra el señor Steegmann.

El señor **STEEGMANN OLMEDILLAS**: Buenos días. Con la venia, señora presidenta. Muchas gracias.

Muchas gracias, señor Pérez Bueno, por venir con esta iniciativa, cuya toma en consideración nuestro grupo parlamentario va a apoyar.

Hoy se hace eco uno de los periódicos de mayor tirada de un artículo de un periódico suizo en el que se avisa de que España puede ser un Estado fallido. Nosotros hemos repetido en la Comisión de Sanidad que este Estado autonómico de confusión se parece mucho a eso. Y nuestro diagnóstico sobre la situación de dependencia es que también el desorden autonómico ha infligido un grave daño a la dependencia.

Entonces, me gustaría señalar estas dos cuestiones. En primer lugar que nosotros vamos a apoyar esta iniciativa. Estamos muy a favor de su toma en consideración, aunque, naturalmente, habrá que ver los detalles y discutirlo. En su exposición ha dicho usted que estaba en contra del copago, si bien, llevado por la racionalidad, lo menciona entre sus objetivos, o sea, realmente entiende esa necesidad, máxime en una situación de crisis económica, porque la justicia no es tratar a todos por igual, es tratar a todos teniendo en cuenta sus características individuales y socioeconómicas. Entonces, estamos muy de acuerdo en eso. Pero, si es usted tan amable, me gustaría que nos hiciese algún comentario sobre si el Estado autonómico ha infligido algún daño o, por el contrario, usted cree que todo está estupendo en este sentido y que la descentralización es magnífica, como parece que dicen otras señorías en esta sala; nosotros no.

Por otra parte, quisiera señalar que, si seguimos en este Estado autonómico, que nos ha llevado a una catástrofe sanitaria, sobre todo, respecto a los más dependientes, cada vez habrá menos dependientes. El efecto siega que se ha cebado sobre nuestras residencias hará que cada vez haya menos dependientes. Y esto hay que pararlo. Un comentario sobre esto sería muy de agradecer por parte de nuestro grupo.

Le repito las gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

A continuación, por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la señora García.

La señora **GARCÍA RODRÍGUEZ**: Gracias, presidenta.

En mi nombre y en el del Grupo Parlamentario Popular, al que represento, doy la bienvenida al señor Pérez Bueno y a la entidad que preside, el Comité de Representantes de Personas con Discapacidad.

Quiero anunciar el voto favorable del Grupo Parlamentario Popular a esta iniciativa, que viene liderada por la discapacidad organizada y respaldada por 740000 firmas, al igual que hicimos en las dos ocasiones anteriores, cuando estábamos en el Gobierno.

Consideramos que para avanzar hay que ir de la mano de las entidades de la discapacidad, de quienes hemos aprendido mucho y seguimos aprendiendo. Estamos en una evidente crisis social, derivada de una crisis sanitaria y económica, y por ello es importante priorizar las políticas sociales y sustentarlas en derechos subjetivos, en diálogo y colaboración, que es lo que usted representa.

En referencia a esta iniciativa legislativa popular y la modificación de la Ley de dependencia, sin duda esta fue un avance en el despliegue del estado del bienestar, si bien nació lastrada por un grave defecto de origen, ya que carece de memoria económica y en su desarrollo aún continúa vigente el problema de su financiación.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 177

13 de octubre de 2020

Pág. 8

Como todos ustedes saben, el sistema de autonomía personal y atención a las personas dependientes tiene un sistema propio de financiación a través de tres vías: las aportaciones de la Administración General del Estado, las de las comunidades autónomas y, en tercer lugar, precisamente, la participación de las personas beneficiarias de las prestaciones, el copago. En cuanto a la aportación del Estado y las comunidades autónomas, como decía, la Ley nació lastrada porque no tiene memoria económica, si bien el artículo 32 establece que la aportación de la comunidad autónoma será para cada año al menos igual a la de la Administración General del Estado. Esta Ley generó expectativas que hablaban de una aportación al 50%, 50-50, pero la realidad es distinta y la única vía de financiación afectada al SAAD en la actualidad es precisamente el nivel mínimo de protección que corresponde a la Administración General del Estado, que representa entre el 17 y el 21% del coste total de las prestaciones. Y en cuanto a la participación de los usuarios, el copago, es precisamente esta Ley, como usted bien ha dicho, la que establece que las personas dependientes han de participar en el coste de los servicios del sistema según su capacidad económica, si bien ningún ciudadano quedará fuera de la cobertura del sistema por no disponer de recursos económicos, como derecho subjetivo.

Usted ha indicado que, a pesar de su empeño, no lograron en este tiempo —la Ley se aprobó en 2006— que esta arquitectura de protección social fuera gratuita, sin coste para la persona usuaria. Es verdad que en las dos ocasiones en que se debatió esta iniciativa algún grupo político pidió la gratuidad universal, pero hoy no dice lo mismo, sino que tiene que ser estudiada a fondo.

Creo que estimar el porcentaje promedio de copago a nivel nacional es complicado por dos razones: por los diecisiete modelos diferentes de copago, tantos como comunidades autónomas, y, en segundo lugar, porque el copago depende de la estructura de las rentas de las comunidades autónomas y, en el caso de las prestaciones, del coste o precio de las mismas. Por eso entraña una gran dificultad.

El actual sistema de copago, pese a las diferencias existentes entre las comunidades autónomas, presenta un factor común en todas ellas, y es que es un sistema que, como usted apunta, produce un impacto regresivo en las rentas de las personas en algunos casos, que se incrementa sustancialmente según el cálculo de la capacidad económica. Como usted comenta y se recoge en la iniciativa legislativa popular, se podrían establecer unos criterios mínimos en materia de copago, ampliar la exención, limitar la aportación máxima, modular la capacidad de renta, tener en cuenta la edad o el momento de la aparición de la situación de la dependencia.

Por eso usted hoy ha advertido del fracaso del sistema y de que, lógicamente, la situación de las personas con necesidades de apoyo también se ha visto agravada por la pandemia del COVID-19, razón por la que consideramos que esta iniciativa legislativa popular es oportuna, al tiempo que se debería haber incrementado la financiación del sistema para este año 2020, como se comprometió en mayo de este mismo año, con los mil millones de euros del Fondo COVID. La realidad es que en el Consejo de Ministros de 16 de junio desaparecieron esos mil millones de euros y no se destinaron precisamente a este fin, a paliar la situación por el COVID en la atención a las personas dependientes de España.

Por ello nos parece oportuno evaluar, incluso reformar la Ley, de modo que garantice la cohesión y la equidad en el acceso a las prestaciones en todo el territorio español, y —acompañado de esta ILP— revisar y actualizar el sistema de financiación de la atención a las personas con dependencia.

Por todo lo expuesto, porque queremos seguir avanzando de la mano de la discapacidad organizada, nuestro voto será a favor.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Por último, por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Andrés.

La señora **ANDRÉS AÑÓN**: Gracias, presidenta.

En primer lugar, quisiera agradecer al CERMI, en nombre de mi Grupo Parlamentario Socialista, toda la labor que realiza de manera intensa y sostenida en el tiempo en favor de la protección de los derechos y la mejora de las condiciones de vida de las personas con discapacidad, al tiempo que por articular, y saber hacerlo bien, la acción y la reivindicación de más de 3800000 personas con discapacidad, que se agrupan en 8000 asociaciones. Sin duda, es una gran muestra de que la unidad sí es necesaria y es posible para avanzar en los derechos.

También queremos agradecer su comparecencia en esta Comisión para presentar de nuevo esta iniciativa, que tiene como objetivo avanzar en la mejora de la atención a las personas con discapacidad. Es una iniciativa que se plantea en un contexto que tiene dos caras, dijéramos: por una parte, la de una

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 177

13 de octubre de 2020

Pág. 9

buena ley, una ley que fija como derecho subjetivo la autonomía personal y unos mecanismos y fórmulas de aplicación de la misma, que especialmente desde el 2012, con los decretos de estabilidad presupuestaria del Partido Popular, ponen en entredicho la universalidad de este derecho, la igualdad y la equidad en el acceso a las prestaciones, sencillamente porque cada comunidad autónoma puede hacer y deshacer en ese sentido.

Pero esta no es una crítica al Estado de las autonomías, para que no lo entienda así el señor Steegmann. El Estado de las autonomías es una consecuencia de nuestra Constitución, una de las cuestiones que aborda también esta iniciativa: el marco competencial en el que debe desarrollarse la Ley de autonomía personal. Por tanto, la iniciativa supone un gran reto, ya que incide en cuestiones que son de gran calado, una de ellas la del marco competencial que establece nuestra Constitución en el ámbito de las políticas sociales y especialmente de la atención a las personas con discapacidad, y en este momento este marco se articula sobre instrumentos que trabajan con base en el acuerdo y el consenso y han de velar por que exista equidad territorial en el acceso a todas las prestaciones. Esta es una cuestión que plantea la iniciativa.

La segunda, a nuestro entender, es también de gran calado, y es una reflexión sobre las fórmulas y los criterios más idóneos para garantizar los principios de igualdad y equidad en el acceso a las prestaciones de atención a la dependencia a fin de procurar que se cumpla ese objetivo de acceso universal. Esta es una cuestión que hay que estudiar, como decía la señora Medel; hay que estudiar en profundidad estos criterios y estas fórmulas precisamente para que no se den situaciones de inequidad o desigualdad en el acceso.

Otra cuestión importante que plantea la iniciativa son los mecanismos jurídicos más idóneos para establecer estas fórmulas de acceso, mecanismos que nuestro grupo entiende que han de ser lo suficientemente flexibles para poder actualizarse y dar respuesta en cada momento a las necesidades concretas del colectivo.

Finalmente, una cuestión importantísima y que han tratado todos los diputados que me han precedido en la palabra, que es la sostenibilidad del sistema de autonomía y atención a la dependencia. Esta no es una cuestión menor y requiere alto grado de responsabilidad por parte de todos los poderes públicos; también de todos los grupos parlamentarios, para poder tener unos Presupuestos Generales del Estado que respondan a las necesidades de manera positiva frente a esta iniciativa que presenta CERMI, a fin de que hoy las intervenciones de sus señorías no queden solo en buenas palabras, sino que se traduzcan en acciones; una de ellas, fundamental: apoyar el Presupuesto General del Estado para el próximo año.

Por lo tanto, cuestiones todas importantes a estudiar, que seguramente tendremos ocasión de hacer en los trabajos y debates parlamentarios que se puedan desarrollar en la tramitación de esta iniciativa, que esperamos que pueda culminar en buen fin.

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias.

Una vez han concluido la intervención de todos los portavoces, tiene de nuevo la palabra el señor Pérez Bueno para todas las consideraciones que pueda hacer después de las mismas.

El señor **PÉREZ BUENO** (representante de la Comisión Promotora): Gracias nuevamente, presidenta. Gracias, señorías, por su tono y la disposición favorable. Tengo que transmitirles nuestra sensación positiva acerca de que esta llamada, esta demanda está siendo acogida por los distintos grupos parlamentarios. Entendemos absolutamente que tiene que ser analizada, esa es su labor, y mejorada a través de enmiendas, aunque hay un paso previo, que es su toma en consideración, que, por el apoyo expreso o implícito que han manifestado, creo poder deducir que podré trasladar a esas 8000 organizaciones, a esas grandes confederaciones estatales y autonómicas. En todos los territorios hay presencia de la discapacidad organizada, que hemos encontrado una vía para que esta pretensión, esta aspiración a la vuelta de unos meses pueda convertirse en una respuesta legislativa, que es lo que pretende la ILP. Les reitero la gratitud y el reconocimiento de mi movimiento social.

Pasaría a responder a las cuestiones más concretas o sobre las que me han pedido pronunciamiento los distintos portavoces.

A la señora representante del Grupo Parlamentario Vasco, señora Gorospe, gracias por ese análisis. Creo que la inteligencia, el talento siempre ha de ponerse en todas las tareas de políticas públicas, tanto en las legislativas, en las revisiones legislativas, como en algo que en nuestro país, en España, y sus comunidades autónomas no hay demasiada tradición, que es la evaluación de las políticas públicas. A veces se toman decisiones por la presión social, por la influencia ejercida por alguien, y no sobre una base

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 177

13 de octubre de 2020

Pág. 10

científica o de evidencias acerca de cómo ha respondido esa política o cómo se ha trasladado a la realidad después de unos años esa estrategia o esa acción pública. La propia Ley 39/2006 contempla que sería sometida a evaluaciones y balances, y no se ha hecho. En este caso no se ha atendido al mandato del legislador, y creo que ese es uno de los elementos que no contribuyen precisamente a su revitalización, a que pueda tener un vigor y pueda adaptarse a los tiempos cambiantes, a las diferentes situaciones, que son muy versátiles.

Respecto a por qué en esta Comisión de Sanidad y Consumo, es decisión referente a la ordenación de los trabajos parlamentarios —que nos es ajena—, quizá porque las dos anteriores también fueron aquí. Es debido a que dependencias se entiende que no es estrictamente discapacidad. Se trata sobre todo, de personas mayores y de personas con discapacidad, por lo que vino a la Comisión de Servicios Sociales. Hoy ya no es de servicios sociales, si bien hay una de derechos sociales, y por eso ha sido asignada aquí.

Es muy cierto lo que indica su señoría. Desde la generación de conocimiento social valioso que hacemos desde el mundo de la discapacidad, en alianza con las universidades y los centros de investigación, consideramos que tenemos un agravio económico por razón de discapacidad que origina un sobre coste y un sobreesfuerzo. Ese agravio económico supone que las personas con discapacidad somos más pobres. En general, tenemos un tercio menos de capacidad de renta. Nuestra situación de discapacidad, tener menos oportunidades formativas, de cualificación profesional, de acceso al empleo nos sitúa en un tercio menos de disponibilidad de renta en relación con el resto de la ciudadanía. Y a ello se suma lo que consideramos un factor diabólico, y es que las mismas cosas, es decir, prestaciones, servicios, productos que tenemos que adquirir, nos cuestan más por razón de discapacidad. Somos más pobres y tenemos que pagar más por muchos de los mismos servicios. Algún ejemplo, para que no piensen que hablo teóricamente. Imagínense un hijo o una hija con parálisis cerebral que tiene que ir a la guardería. Quizás la guardería que esté más cerca de la casa familiar no sirve porque no resulta accesible o no está adaptada o no cuenta con el personal de apoyo cualificado que pueda dar una atención de calidad a esa persona, y esa otra guardería a veces está en la misma ciudad, si es una ciudad grande, pero en otro distrito, en otro barrio, lo que supone mayor coste de desplazamiento y de las tarifas de la propia guardería, y quizás esa persona no pueda utilizar el transporte público y tenga que usar un transporte específico por su situación de discapacidad. Todo ello es un sumatorio de costes, que es lo que hemos llamado agravio económico, que todavía nuestras políticas públicas no han tomado en cuenta verdaderamente por lo que supone para las unidades familiares donde hay una situación de discapacidad.

Respecto a las dudas sobre la gratuidad, como he dicho, no es una cuestión pacífica. Como horizonte, en una situación ideal social, sí, porque hay otros servicios públicos esenciales, derechos subjetivos a los que nadie plantearía aplicar un coste. Sin embargo, hay una tradición, un recorrido histórico que hace que no pueda cambiarse el imaginario social. Este caso es nuevo —ya no tan nuevo, son casi quince años— y en su momento, quizá en una expresión de posibilismo y pragmatismo, ya entendimos que aquella familia o persona que pudiera aportara pero que a la que no pudiera que no que se le imposibilitara la atención exigiéndole una contribución que no podía hacer. Entonces, se trata de cómo nos ponemos de acuerdo y en qué reglas, en qué factores que midan bien esa aportación que entendemos necesaria para la creación, el sostenimiento y la sostenibilidad del sistema, que no expulse ni deje a nadie fuera porque no puede hacer esa aportación. Se trata de un equilibrio incierto, pero creo que ahí está el talento, la experiencia y el conocimiento de los poderes públicos, del legislador, de las organizaciones sociales, que tendremos que dar con fórmulas que consigan trasladar ese equilibrio a una realidad aceptable, que no la vivamos con dramatismo.

Respecto de los datos, lo siento pero nuestro sistema social en esto también es deficitario. El Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia nació en plena era de la sociedad de la información y donde se supone que a un golpe de clic tienes todos los datos, pero no es así, y ya son muchos años. Y si vamos al sistema de información del SAAD, al Sisad, la fuente oficial estadística e informativa, no hay ninguna información sobre copago. Ahora mismo no se genera información oficial sobre el impacto del copago, la realidad en cada territorio, y estamos a oscuras en esa materia. Hay algunas aportaciones del Tribunal de Cuentas, cuando ha fiscalizado la ejecución y la gestión presupuestaria del sistema, y algunos informes de académicos, universidades y personas expertas en esta materia, pero es bastante oscurantista y sería bueno que a la hora de decidir viniera acompañada de información actual, fidedigna y que nos indique cuál es la realidad. Pero ahora no la podemos aportar. Tenemos experiencias singulares de personas y familias que se sienten maltratadas con el copago al que tienen que hacer frente, pero no están sistematizadas y no hay una información fluida, extracta y fiel de esa realidad. Esto es lo que le puedo decir.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 177

13 de octubre de 2020

Pág. 11

En respuesta al portavoz del Grupo Parlamentario Ciudadanos, señor Díaz, gracias por la manifestación de su apoyo, como en las dos anteriores ocasiones.

Preguntaba sobre algunas cuestiones que a la hora de pergeñar esta proposición de ley también nos asaltaron, como si con esta propuesta quedaría alguien fuera. Entendemos que no o que podrían ser casos muy específicos, de laboratorio. Por otra parte, la propuesta que traemos para que quede en el texto legal es suficientemente elástica a fin de que en el reglamento de desarrollo mínimo que después tendrían que completar las comunidades autónomas —ya no sería una ley, sino una decisión reglamentaria de los Gobiernos o Ejecutivos— pudiera variarse en función de la realidad práctica y la retroalimentación que se fuera teniendo. Por tanto, entendemos que no, que con ese 2,5 IPREM no se produciría ninguna situación de verdadera necesidad que estuviera afectada por copago. Pero lo dejamos también para la regulación reglamentaria, que es más fácil de cambiar, por si esta se pudiera producir.

Desde luego, en toda esta propuesta late de fondo la cuestión de la financiación del sistema, si es suficiente o ha variado respecto de las previsiones del libro blanco en el que se fundó la Ley de autonomía personal y dependencia. Creo que es una evidencia que nadie puede discutir razonablemente, que el sistema está infrafinanciado y gran parte de los problemas derivan de ahí, de una infrafinanciación que se ha ido enquistando, que no ha ido a mejor, sino a peor.

Y, desde luego, esto supone un replanteamiento de todas las políticas sociales, de cuánto se destina y qué cantidades a sufragar políticas que tienen que ver con la inclusión social. Todos los indicadores europeos muestran que España tiene una baja inversión social y que tenemos que actualizarla y elevarla considerablemente. Eso pasa por una reestructuración profunda de las fuentes de financiación.

En nuestro país, donde hay tantas necesidades, esta misma Cámara está tramitando ahora el ingreso mínimo vital, que era una realidad que hasta ahora solo atendían las comunidades autónomas. Ahora la asume el Estado, en una parte. Pero también hay ahí una cuestión. El ingreso mínimo vital, ¿puede detraer fondos de la dependencia, porque es una nueva realidad? Si no se afloran nuevos fondos, parece que va a haber una competencia entre las distintas arquitecturas de protección social. Ahora, que hay ingreso mínimo vital, ¿dejo de favorecer la dependencia, que ha estado estos quince años en situación muy dudosa? Hay cuestiones que, desde luego, deben ser planteadas y quizá habría que hacer la planificación de una década y ponernos a la altura del gasto o de la inversión social necesaria.

Me preguntaban qué otras reformas planteamos. Esta ILP la hemos circunscrito a las cuestiones del copago y de la financiación correspondiente. Hay muchas otras propuestas que podríamos debatir en otro momento. Hay algunas que favorecerían el despliegue del sistema. Por ejemplo, hemos propuesto —y algún grupo lo ha planteado en alguna proposición no de ley, incluso creo que en alguna proposición de ley en el Senado que ahora mismo está viva, pendiente de toma en consideración— asimilar por ley las situaciones de personas que tengan grado de dependencia reconocido al grado de discapacidad. Ahora mismo tenemos tres sistemas de valoración de situaciones que son muy similares o que pueden ser muy similares. Hay un baremo del año 1999 en el que se fija que a partir del 33% eres una persona con discapacidad y tienes acceso a una serie de derechos, de beneficios y de prestaciones. Después, en 2006, se crea la dependencia. Podía haberse reconfigurado la discapacidad, pero no, se prefirió hacer un sistema nuevo, con valoradores nuevos, con un baremo distinto, que da otra situación administrativa a la dependencia. Y tenemos la incapacidad laboral de la Seguridad Social para la población trabajadora, que en caso de enfermedad profesional sobrevenida, de enfermedad común o de un accidente de trabajo tenga como consecuencia una situación de discapacidad.

La persona tiene que pasar por esos tres sistemas distintos. La persona está en función de la lógica de la Administración, no la Administración en la lógica de la persona. Esos tres sistemas no tienen pasarelas, no están homologados. Incluso, el que existía desde 2003 —y, con la venia de la presidenta, quiero llamar su atención, si me lo permite— para reasimilar las situaciones de incapacidad de Seguridad Social, de incapacidad laboral y de discapacidad, fue tumbado en 2018 por una sentencia del Tribunal Supremo, por una cuestión formal. Pues esa homologación ha desaparecido y obligamos a la persona a ir a tres valoraciones distintas, a veces discordantes. Asimilar las situaciones de dependencia y las situaciones de discapacidad les abriría a todas las personas en situación de dependencia el abanico fiscal, laboral o de otro tipo que ya haya establecido para la discapacidad. Nadie podrá negar que una persona en situación de dependencia no es una persona con discapacidad. No todas las personas con discapacidad son personas en situación de dependencia, pero todas las personas en situación de dependencia —porque el baremo es más estricto— sí que serían personas con discapacidad, sin ninguna duda. Por tanto, por qué obligarlas a hacer valoraciones que no dejan de ser una carga administrativa a la que a veces renuncias.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 177

13 de octubre de 2020

Pág. 12

Otra mejora que podría implantarse ya es establecer que las controversias relativas a la dependencia estuvieran en la jurisdicción social. Ahora, si una persona beneficiaria o una familia no está de acuerdo con el grado de dependencia que le han dado, o piensa que le han dado un grado de dependencia menor, o no le gusta la prestación que le han dado porque pedía una residencia y le han dado teleasistencia, la única forma que tiene de combatir esa decisión administrativa es yendo a la jurisdicción contencioso-administrativa. Tiene que plantear una demanda al Contencioso, que es una jurisdicción cara, lenta, muy específica, donde no rige el principio pro operario, pro trabajador, pro trabajadora, pro persona que recibe la prestación y donde las cargas económicas son mayores que en la jurisdicción social, en la que a veces no se requiere postulación o en la que opera más la justicia gratuita. Cambiemos eso. ¿Por qué las cuestiones de controversia sobre dependencia están en la jurisdicción contencioso-administrativa? Pasémosla a lo social. La Ley de Jurisdicción Social del 2011, por una enmienda que promovimos y que aceptó el legislador, decía que, en el año 2014, el Gobierno remitiría un proyecto de ley para hacer ese traspaso de lo Contencioso a lo Social. Pues estamos en 2020 y no se ha hecho. Son medidas, reformas parciales que podrían contribuir a esa mejora, porque ahora mismo nos enfrentamos al limbo de la dependencia, expresión que es dolorosa pero que no deja de ser real. ¿Qué es el limbo de la dependencia? Que personas con reconocimiento de su prestación, no la están recibiendo, y no pasa nada. Traslade eso a pensionistas de la Seguridad Social, es decir, que 300000 pensionistas que tuvieran reconocida su pensión pasaran meses sin cobrarla. Sería inaudito, no daríamos crédito a que ocurriera en nuestro Estado. Pues eso ocurre en el ámbito de la dependencia. Si la persona tiene un recurso fácil o más barato para acudir a la justicia y que tutele sus derechos, podrá ejercer una presión mayor sobre la Administración incumplidora. Si no se me concede mi derecho, voy a mi juez social. No sabemos cuál va a ser la tardanza de nuestro sistema judicial, pero es una presión que se podría ejercer.

Voy adelantando, señorías. Al Grupo Plural también quiero agradecerle su consideración a nuestra iniciativa legislativa popular. Pedía datos, pedía números, aludía también a la situación de recursos humanos en el sistema de Servicios Sociales, en general, que ahora la pandemia ha puesto en evidencia. Es un sector menos deseable porque tiene condiciones menos atractivas. Eso hace que haya un problema objetivo para cubrir las necesidades de personal que tienen todos los sistemas, pero más un sistema como este, donde la relación personal es absolutamente determinante. Es más difícil cambiar el apoyo personal, el roce o el contacto que en otros sistemas donde no es tan apremiante y tan intenso.

Aquí sí quería dar unos datos, sí que existen, que creo que puede serles de utilidad conocerlos. Decía antes que no todas las personas con discapacidad son personas en situación de dependencia, pero que todas las personas en situación de dependencia deberían ser personas con discapacidad, lo son fácticamente pero lo deberían ser jurídicamente. Por los datos que tenemos, que provienen de nuestra demanda al Instituto Nacional de Estadística, cruzando distintas fuentes oficiales, sabemos que el 20% de los dependientes son personas que tienen discapacidad y a la vez tienen dependencia; o sea, que el 80% de los dependientes reconocidos no tienen la consideración de personas con discapacidad, porque fundamentalmente son personas mayores que han adquirido la dependencia al prolongar su vida, por envejecimiento. Vivir mucho es bueno, pero trae ciertos deterioros en las condiciones de partida de las personas. También coincide que el 80% de las personas en situación de dependencia son mayores de sesenta y cinco años. O sea, que los datos coinciden, o al menos son convergentes. Eso quiere decir que lo que aporta discapacidad a dependencia es una minoría; la minoría que ha nacido con la situación de dependencia o que la ha desarrollado desde la niñez, o a través de un accidente, o de una situación traumática, o por enfermedad en etapas jóvenes o adultas. En nuestra propuesta hablábamos de tener en consideración el factor edad. Quizá se podría establecer una exención del 2,5, que no tiene por qué ser lineal para todas las edades, puede hacerse por grupos de edad. El impacto económico tampoco sería el mismo si se segmenta por edades, y creemos que hay justificación material. Yo aquí no represento a personas mayores, solo hablo en favor de las personas con discapacidad, pero quiero partir de una consideración de justicia material, que lo que se pida esté soportado en demandas que sean presentables y admisibles.

Al portavoz de Esquerra Republicana también le quiero agradecer el interés y el apoyo manifestado. Es un deseo compartido que a la tercera sea la vencida. Quiero poner el énfasis en que en un país meridional como el nuestro, la familia ha sido soporte de casi todos los apoyos a la discapacidad y a la dependencia, y sobre todo en discapacidad es promotor de inclusión, no solo de cuidado pasivo, que es muy importante, sino de dar autonomía, de proporcionar inclusión a su miembro con discapacidad. El impacto de la familia en todo lo que tiene que ver con la discapacidad o con la dependencia es absoluto. A veces la discapacidad o la dependencia en la familia se convierte en algo nuclear, impactando en ella

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 177

13 de octubre de 2020

Pág. 13

de un modo desproporcionado, lo que también hace que se resientan otros miembros de la familia que no tienen discapacidad, o pueda dar lugar a una tensión extrema, que puede llevar a dudas sobre el mantenimiento del vínculo familiar por no poder sobrellevar esas situaciones.

Creo que he respondido ya a lo de la financiación del Estado. Ese 50 % no se ha cumplido desde casi el inicio, y tampoco sabemos en qué proporción se está realizando el copago en estos momentos porque no hay datos. No lo podemos saber. Se supone que iba a ser un tercio del sostenimiento global del sistema. Sería lo que contribuirían los usuarios a través de su aportación.

Voy avanzando para no alargarme en el tiempo. Perdona si no descendo al detalle de todas las cuestiones que han suscitado. Aunque el sistema pudiera tener problemas de modelo cuando se creó en el 2006, no le acompañó la suerte, y respondo con esto a la portavoz del Grupo Unidas Podemos. Se desata una crisis y hay una forma de gestionar esa crisis con decisiones políticas. Esto no vino bien a algo que estaba en ciernes, que estaba surgiendo, que estaba germinando y que no llegó a consolidarse. Yo creo que gran parte de los problemas viene por ahí.

Es muy triste. Hablaba del limbo de la dependencia, de esas personas no atendidas. Por ejemplo, desde el mundo de la discapacidad, nos parece que el catálogo de prestaciones y de servicios de la ley es muy esquemático y un tanto anticuado. Miren, la Ley 39/2006 me parece que se promulga el 14 de diciembre de 2006, y el 13 de diciembre Naciones Unidas aprueba la I Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, el primer tratado de derechos humanos del siglo XXI dedicado monográficamente a las personas con discapacidad. Hay una diferencia de enfoque, de consideración muy considerable entre nuestra ley y la visión de inclusión, de participación, de empoderamiento, de derechos humanos que tiene la convención; hay un desajuste. Nace, desde un punto de vista de mentalidad y de modelo de discapacidad, un poco anticuada; un día es una y otro día es otra. Lo digo, por ejemplo, en relación a la autonomía personal. Desde la discapacidad no queremos prestaciones meramente pasivas, remediadoras, que atiendan la situación final, donde la persona solo es un sujeto pasivo que recibe una prestación económica o material. Queremos que la prestación sea un elemento para recolocarla en la participación social. En nuestro sistema, si miramos ahora mismo los datos oficiales, la asistencia personal, que sería la prestación más deseable por parte de las personas con discapacidad que tienen dependencia, es el 0,4 o 0,5 de todas las prestaciones. Hay comunidades autónomas que no han otorgado oficialmente ninguna prestación de asistencia personal. Quince años después, no hay una regulación, un acuerdo del consejo territorial sobre cuáles deben ser los criterios básicos de regulación de la asistencia personal. Hay un déficit de autonomía personal de nuestro sistema.

Señor Steegmann, del Grupo Parlamentario VOX, gracias por su apoyo. En su caso, como su partido o su grupo parlamentario es más reciente, no tuvo ocasión de manifestarse en las dos ocasiones anteriores. No voy a entrar, no me corresponde, sería muy sugestivo desde la ciencia política, en los modelos de gestión o en los modelos en que se configuran los Estados. La Constitución está ahí y establece el sistema autonómico. La percepción o la valoración que cada cual hagamos de lo válido o de lo menos acertado del sistema, queda al fuero de cada persona.

Yo plantearía una cuestión previa que no es tanto de gestión como de contenido, y es otra demanda que simplemente voy a enunciar aquí. Es que la Constitución española no regula ni reconoce ni garantiza bien los derechos sociales. Una demanda nuestra es que se constitucionalicen como fundamentales los derechos sociales, que no sean meros principios rectores de la política social y económica, porque eso les deja al albur de lo que decida el legislador en cada momento, pero sin el grado de protección, de tutela, y de importancia social, constitucional y legal. Ese debería ser uno de los frentes, a nuestro juicio, de reforma constitucional, darles ese carácter de derecho fundamental que ahora mismo no tienen. Eso nos parecería absolutamente importante, porque el manto constitucional ya protegería las políticas sociales, y no serían unas políticas sociales meramente voluntaristas, en función de si hay más o menos compromiso, o de si hay más o menos dinero disponible dentro de una parte política que siempre es un poco secundaria o subalterna frente a otros grandes focos de gasto o de atención legislativa y política.

Voy ya concluyendo, presidenta. A la señora Alicia García, del Grupo Parlamentario Popular, quiero expresarle también mi enorme gratitud por el apoyo que ha manifestado.

Me parece que ya he tocado casi todas las cuestiones. Quizá falte señalar el impacto de la crisis sanitaria actual no resuelta, aunque en esta misma sala yo comparecí en la Comisión de Reconstrucción. Dentro del grupo de cuidados, del sistema de cuidados, las personas con discapacidad y las personas mayores han sido las que más han recibido el golpe de la pandemia, en términos de vidas —y esto

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 177

13 de octubre de 2020

Pág. 14

debería estar claro y no debería ser discutido— y en otras muchas dimensiones de su vida, desde la negación de derechos a la negación de asistencia sanitaria en situaciones críticas. Eso lo hemos vivido. Es verdad que con la presión se pudo reconducir, pero en las primeras semanas trágicas se produjeron muchas de estas situaciones, y también en otros muchos aspectos. Había dudas sobre cómo recibir aprovisionamientos si se estaba confinado en casa, desde alimentación y medicamentos hasta otros servicios sociales esenciales, como la asistencia personal, la ayuda en el entorno familiar, etcétera. También había dudas y se sugiere la necesidad de replantearnos, por ejemplo, el modelo residencial español. Es verdad que las personas con discapacidad y las personas mayores pueden tener factores objetivos que las expongan más a este virus, pero también hay muchos factores sociales que las han expuesto más a las consecuencias negativas de la crisis sanitaria. ¿Por qué han de vivir juntas personas con discapacidad o personas mayores cuando otro factor u otro elemento u otra condición social no determina el tipo o el modo de vida? ¿Por qué la edad y la discapacidad sí lo determina? ¿Las personas con discapacidad tienen que vivir con otras personas con discapacidad? ¿Por qué si eso no se produce ni por el color de la piel ni por cualquier factor, rasgo o condición social o personal? Eso nos debe llevar a un replanteamiento absoluto de la respuesta residencial a favor de alternativas mucho más inclusivas y debería ser un buen aprendizaje de esta situación, que podamos replantearnos las respuestas sociales para nuevas necesidades y no dar las respuestas de hace cuarenta o cincuenta años.

Concluyo respondiendo a la señora Andrés, del Grupo Parlamentario Socialista, agradeciendo también su colaboración y disposición. Esa apertura a analizar, a examinar y ver lo positivo que hay en esta propuesta para ayudar al legislador a dar una mejor respuesta normativa para un sistema que nació con buenos propósitos, que creo que fue un acontecimiento o un avance país, se necesita que se traslade a la práctica. Ahora mismo hay un plano del discurso y un plano de la realidad. Comienza a haber desde hace unos años —y el copago es uno de los elementos— una distancia, una frialdad con algo que se prometió. Podría tener problemas, podría haber sido más moderno, pero era bueno en sí, y está costando ver que esa bondad se esté poniendo en práctica en la vida concreta de millones de españoles y españolas.

Desde luego, la equidad territorial es un elemento. Ahora mismo al menos hay alguna comunidad autónoma donde la atención en discapacidad y dependencia es gratuita, y en otras donde llega al 90% de copago. La situación es absolutamente agravante, porque los españoles y las españolas se mueven, aunque tengan dependencia, y van de una comunidad a otra, y si estaban en una comunidad en la que tenían un PIA, un programa individual de atención, no siempre ni rápidamente eso se traslada al lugar al que han cambiado de residencia o en el que están momentáneamente de vacaciones o en otra situación que no tiene que ser definitiva.

Hablaba de los Presupuestos Generales del Estado. Creo que la discapacidad, la dependencia y las cuestiones sociales deben ser un elemento de cohesión de la fracturada vida política que ayude a tomar decisiones. Siempre hay una cuestión ideológica, pero hay muchos más elementos de civilización en los que deberíamos estar de acuerdo. Por tanto, hay que recabar ese apoyo a las cuestiones que están muy maduras en la sociedad, porque así lo vive la ciudadanía, que a veces no entiende las disquisiciones o el modo de ver tan diferente que lleva al desacuerdo completo de la vida política.

Presidenta, muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias, presidente del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad, CERMI. Muchas gracias por su exposición y su trabajo hoy aquí, en la Comisión de Sanidad del Congreso, por traernos la voz de la discapacidad y de la dependencia. Por supuesto, también en nombre de la Comisión de Sanidad, le pedimos que traslade nuestro reconocimiento al trabajo realizado por toda la comisión organizadora o promotora de esta iniciativa legislativa popular que hoy está en trámite, y esperemos que, efectivamente —yo creo que sí—, su procedimiento pueda continuar después de los vaivenes políticos que ha tenido que sufrir.

Muchísimas gracias.

Vamos a hacer un receso. Hemos intentado adelantar un poquito la hora del siguiente compareciente. Puede estar aquí en torno a las 12:15. Entonces, si les parece, suspendemos la sesión hasta las 12:15. ¿De acuerdo?

(Asentimiento.—Pausa).

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 177

13 de octubre de 2020

Pág. 15

COMPARECENCIA EN RELACIÓN CON LA PROPOSICIÓN DE LEY SOBRE RATIOS DE ENFERMERAS PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CENTROS SANITARIOS Y OTROS ÁMBITOS. (Número de expediente 120/000004):

— **DEL SEÑOR CASCOS FERNÁNDEZ, REPRESENTANTE DE LA COMISIÓN PROMOTORA DE DICHA INICIATIVA, PARA QUE EXPONGA LOS MOTIVOS QUE JUSTIFICAN LA PRESENTACIÓN DE LA INICIATIVA LEGISLATIVA POPULAR. POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD Y CONSUMO. (Número de expediente 219/000291).**

La señora **PRESIDENTA**: Reanudamos la sesión de la Comisión de Sanidad.

A continuación, vamos a pasar a la siguiente comparecencia, como saben, de don Manuel Cascos Fernández, representante de la Comisión Promotora de la proposición de ley sobre ratios de enfermeras para garantizar la seguridad del paciente en centros sanitarios y otros ámbitos —número de expediente 120/000004—, para exponer los motivos que justifican la presentación de la iniciativa legislativa popular.

Como saben, la organización de la comparecencia es exactamente igual que la anterior. Quiero trasladar palabras de bienvenida al señor Cascos Fernández; muchísimas gracias por estar aquí en esta mañana de trabajo en la Comisión de Sanidad. Dispone de veinte minutos más o menos y, después de que intervengan los portavoces, también tendrá un turno para poder dar contestación a todas las consideraciones que usted estime conveniente. Así que, sin más, tiene la palabra.

El señor **CASCOS FERNÁNDEZ** (representante de la Comisión Promotora): Buenos días, señorías. En primer lugar, permítanme expresar mi agradecimiento sincero, en representación de las enfermeras y enfermeros de nuestro país, a todos los grupos parlamentarios que configuran la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales, por darnos la oportunidad de compartir con sus señorías nuestras reflexiones e iniciativas para promover un proyecto de ley que aporte garantía y seguridad al paciente en la atención sanitaria y cuidados que recibe en nuestros hospitales, centros de salud, equipos de urgencias y centros sociosanitarios. Un proyecto de ley de seguridad del paciente que se hace más necesario que nunca, tras sufrir la grave crisis sanitaria y social provocada por la pandemia que ha asolado nuestra sanidad y nuestra sociedad con tremenda virulencia, y que ha obligado a los profesionales sanitarios a trabajar al límite de su fuerza física y psíquica.

Permítanme, asimismo, expresar mis condolencias y sincero afecto a los familiares de todos los ciudadanos que han fallecido en esta pandemia, compartiendo al mismo tiempo el dolor de sus familiares y seres queridos. Ojalá que nada de esto hubiésemos tenido que vivirlo. Igualmente, deseo una pronta recuperación y sin secuelas a todas las personas que han sufrido problemas de salud provocados por el coronavirus.

Señorías, espero y confío que esta crisis sanitaria nos ayude a todos a reflexionar y resolver con prontitud los graves déficits de nuestro sistema sanitario, que han quedado al descubierto en estos meses de sufrimiento sanitario y social y donde la falta de enfermeros y enfermeras se ha revelado como el talón de Aquiles que el coronavirus también dejó al descubierto.

Señorías, como ustedes bien conocen, en el mes de diciembre de 2019, la Mesa de la Cámara acordó dar traslado de la iniciativa legislativa popular avalada con 660000 firmas de ciudadanos y ciudadanas a la Comisión correspondiente, así como dar traslado también de dicho acuerdo al Senado, a la Junta Electoral Central y a la Comisión Promotora, publicándose la proposición de ley de seguridad del paciente en el *Boletín Oficial de las Cortes Generales* con fecha 20 de diciembre de 2019. Una iniciativa legislativa popular que ha contado con el decidido apoyo y respaldo no solo de 660000 ciudadanos y ciudadanas que la han avalado con su firma, sino también de una docena de organizaciones de pacientes y usuarios que representan a cientos de miles de ciudadanos. Dicha ILP también ha sido respaldada expresamente por asociaciones de enfermería de todo el mundo, de países como Australia, Canadá, Estados Unidos, Uruguay, Nueva Zelanda, Uganda o Paraguay, además de la Confederación Europea de Sindicatos Independientes, CESI.

Señorías, el proyecto de ley que hemos propuesto solo persigue garantizar la seguridad del paciente, con independencia del lugar donde se viva, centro sanitario o sociosanitario donde se reciba la atención y cuidados y al margen de si eso ocurre en la sanidad pública o privada. Nuestro sistema sanitario es objetiva y alarmantemente deficitario en enfermeros y enfermeras; situación reconocida por todo tipo de instituciones y organismos como la OMS, la OCDE, el propio Ministerio de Sanidad de nuestro país, el Senado y otras organizaciones. Han sido varias las veces, señorías, en las que la seguridad del paciente,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 177

13 de octubre de 2020

Pág. 16

como consecuencia de la falta de enfermeros y enfermeras, ha sido abordada en nuestro país. Al respecto cabe señalar que, con fecha 18 de junio de 2010, se publicó en el *Boletín Oficial de las Cortes Generales* las conclusiones de la Ponencia de estudio de las necesidades de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud, determinando la necesidad de garantizar en el Sistema Nacional de Salud la financiación para consolidación y contratación de enfermeros y enfermeras suficiente para adecuar la ratio a las necesidades del sistema sanitario, reconociendo la baja ratio de España respecto de la Unión Europea. También, con fecha 15 de abril de 2013, se firmó un acuerdo con el Ministerio de Sanidad en el que, entre otras cuestiones, se incluye dotar a los centros sanitarios de las plantillas de enfermeros y enfermeras atendiendo a las necesidades de los ciudadanos y adecuando la ratio de dicho personal a la media de la Unión Europea con vistas al año 2020. Y destaco finalmente las conclusiones para la reconstrucción social y económica aprobadas por la mayoría de los grupos presentes en la Cámara el pasado mes de julio, que acuerdan, entre otras importantes cuestiones, aumentar la plantilla de la sanidad pública hasta situarnos en la media de médicos y médicas, enfermeros y enfermeras por habitante de los países desarrollados.

En opinión de quien comparece ante sus señorías y de la organización que represento, es evidente que desde hace más de diez años se ha reconocido institucionalmente la tremenda preocupación que la seguridad del paciente supone para los distintos organismos e instituciones referidas anteriormente como consecuencia de la falta de enfermeros y enfermeras. Y desde luego, no les falta razón, pues teniendo como referencia nuestra situación en la Unión Europea, de la que formamos parte, nuestro país solo dispone de 5,3 enfermeras o enfermeros por cada 1000 habitantes, mientras la media de la Unión Europea se sitúa en 8,8 por cada 1000 habitantes, siendo además nuestro país el sexto del mundo con menos enfermeros y enfermeras en relación con su población y ocupando el puesto 24 de los Veintiocho países de la Unión Europea en número de enfermeros y enfermeras por cada 1000 habitantes. En sentido contrario destacan países como Dinamarca, Alemania, Holanda, Irlanda, Suecia, Bélgica o Francia, con 16,9, 13,3, 12,2, 11,9, 11,1 y 10,2 enfermeras por cada 1000 habitantes respectivamente.

Esta situación, lejos de ser una cuestión meramente numérica, tiene graves repercusiones en la atención sanitaria y cuidados a los pacientes, así como en la morbilidad y la mortalidad. Es de resaltar que la revisión sistemática de más de cien estudios científicos realizados por el grupo de investigación que se configuró de manera externa e independiente para promover el estudio que ha dado lugar al proyecto de ley de la seguridad del paciente, y cuya referencia ponemos a su disposición, acredita que una asignación de pacientes por enfermero o enfermera que sobrepasa los límites de seguridad pone en riesgo la salud y la vida de los pacientes. Dichos estudios científicos concluyen que por cada paciente que se asigna a una enfermera o enfermero por encima de siete, se incrementa la mortalidad en un 4%; que la falta de enfermeros y enfermeras en los centros sanitarios incrementa el riesgo de muerte en un 13%; que cuando la asignación de pacientes por enfermero o enfermera en la UCI supera los 2,5, el riesgo de muerte se incrementa 3,5 veces. Un reciente estudio de la Universidad de Sevilla determina que cada paciente adicional que sobrecarga a una enfermera o enfermero aumenta un 19% la mortalidad. En cuanto a las repercusiones en la morbilidad de los pacientes, según acreditan diversos estudios científicos, una elevada asignación de pacientes por enfermero o enfermera provoca un aumento sustancial de las infecciones, aumenta la probabilidad de reingreso hospitalario, provoca un incremento en atención primaria del número de pacientes mal controlados mayores de 65 años, y aumentan sustancialmente los costes sanitarios y se alargan las estancias hospitalarias.

Señorías, con todo ello acreditado científicamente e interrelacionado con la elevada asignación de pacientes por enfermero o enfermera en nuestros centros sanitarios y sociosanitarios, podemos afirmar que se está poniendo en peligro la seguridad del paciente y que dicha asignación tiene relación directa con la morbilidad y la mortalidad; además de llevarnos a demoras en la atención sanitaria y retrasos para dar respuesta ágil y segura ante eventos adversos como hemorragias o ante situaciones de urgencia; sin olvidar la inevitable deshumanización de la atención sanitaria y de los cuidados.

Señorías, la investigación llevada a cabo en nuestro país durante año y medio, analizando *in situ* la situación en más de 300 hospitales, en más de 9000 unidades y servicios, así como en más de 2500 centros de salud, 250 dispositivos de urgencias extrahospitalarias, 170 centros de bienestar social, analizándose un total de más de 100000 puestos de trabajo de enfermeros y enfermeras, nos ha llevado a concluir en el estudio que ponemos a su disposición titulado: «Análisis de la situación de las enfermeras y enfermeros, matronas y fisioterapeutas en los centros sanitarios del país», del que se deduce que en nuestros centros sanitarios es habitual que un enfermero o enfermera tengan asignados a diario más de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 177

13 de octubre de 2020

Pág. 17

quince y hasta veinte pacientes a su cargo en el hospital, cuando la asignación segura acreditada científicamente no debe exceder de seis u ocho. En las UCI de nuestros hospitales no se respeta habitualmente la ratio segura de un máximo de dos pacientes asignados a cada enfermero o enfermera, superando con frecuencia los tres y hasta los cinco pacientes. En la atención primaria la asignación de pacientes por enfermero o enfermera, atendiendo al criterio del propio Ministerio de Sanidad, no debe superar los 1000 ciudadanos. Sin embargo, dichos profesionales en atención primaria tienen asignadas habitualmente a 1600 personas, llegando en muchos casos hasta las 1800. En los centros sociosanitarios una sola enfermera, en caso de que el centro disponga de dichos profesionales, ha de prestar atención sanitaria y cuidados hasta a cien, 130, incluso a 150 o doscientos residentes.

Por todo ello, señorías, este proyecto de ley de seguridad del paciente expresa firmemente nuestra clara intención y preocupación por resolver una situación que pone en riesgo la seguridad del paciente en nuestros centros sanitarios, y que nos sitúa desde hace más de una década como el país de la Unión Europea que ofrece mayor inseguridad y riesgo en la atención sanitaria y cuidados, solo detrás de Letonia, Bulgaria, Chipre y Grecia, como consecuencia de la elevada asignación de pacientes por enfermeros y enfermeras; favoreciendo con ello el incremento de la mortalidad y la morbilidad, de conformidad con los estudios científicos que resuelven y determinan la relación directa entre el elevado número de pacientes asignados por enfermero o enfermera y el índice de mortalidad de los mismos.

Finalizo, señorías, confiando en que los compromisos públicos para reformar y mejorar nuestro Sistema Nacional de Salud y las condiciones de sus profesionales —expresados por instituciones públicas, organizaciones y representantes gubernamentales— fructifiquen e inicien su camino con la tramitación parlamentaria y aprobación por el Pleno de la Cámara de la ley de seguridad del paciente en beneficio del conjunto de la ciudadanía. En definitiva, señorías, hay que concluir que al igual que en febrero de 2010 se legisló con el acuerdo de las fuerzas políticas y el conjunto de comunidades autónomas, a través del Real Decreto 132/2010, el desarrollo de la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, para determinar un número máximo de alumnos y alumnas por unidad escolar en Educación Infantil, Educación Primaria y Educación Secundaria, como requisito mínimo para ofrecer un servicio educativo en condiciones de calidad e igualdad y satisfacer el derecho constitucional a la educación, tal como recoge expresamente dicha ley; hoy pedimos el acuerdo de todos los grupos para posibilitar la tramitación y aprobación del proyecto de ley de seguridad del paciente, promovida a través de una iniciativa legislativa popular, para garantizar y ofrecer una asistencia sanitaria y cuidados en óptimas condiciones de calidad, igualdad y seguridad, y así satisfacer el derecho constitucional a la salud recogido en nuestra carta magna.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias, señor Cascos Fernández.

A continuación, pasamos al turno de los portavoces, como saben, por orden de menor a mayor. La portavoz del Grupo Parlamentario Vasco sería la primera a la que correspondería intervenir, pero no está en este momento porque está participando en otra Comisión y me pidió, si estaban todos de acuerdo, intervenir en el momento en que pudiera llegar siempre y cuando, lógicamente, estuviéramos todavía en el turno de portavoces. Entiendo que están de acuerdo. **(Asentimiento)**.

Por tanto, por el Grupo Parlamentario Ciudadanos, tiene la palabra el señor Díaz.

La señora **DÍAZ GÓMEZ**: Gracias, presidenta.

Gracias por su comparecencia y por sus palabras. Como posiblemente es usted la persona que a más enfermeros representa, junto con el colegio, por supuesto, quiero aprovechar su presencia aquí para agradecerles todo el trabajo que siempre hacen, pero especialmente que han hecho durante este año, un año muy duro en materia sanitaria, porque sé —además, lo sé en primera persona— que están absolutamente volcados en su esfuerzo, sin mirar horas ni días ni absolutamente nada, para superar juntos esta pandemia, así que muchas gracias.

No deja de ser paradójico que uno de los países que tiene la enfermería mejor formada del mundo —la opinión que suscitan los profesionales de la enfermería española es bien conocida— no aproveche ese gran capital. Ya le adelanto que estamos totalmente de acuerdo con la ILP que presentan, a ver si conseguimos entre todos aumentar la ratio de enfermería. Es un esfuerzo importante en muchos aspectos, pero creemos que la evidencia científica le avala con esos datos que nos ha dado sobre lo que supone en cuestiones muy serias la carencia de enfermeros. Estamos de acuerdo en que están infrarrepresentados. Dentro de las plantillas y haciendo nuestra la proporción de número de pacientes por enfermero o enfermera que usted ha explicado en su exposición, creo que la ratio que debería haber con respecto a

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 177

13 de octubre de 2020

Pág. 18

enfermeros y médicos debería ser un 30% de médicos y un 30% de enfermeros. Nosotros consideramos necesario, además, reflexionar sobre la actual asignación de tareas. Querría saber cuál es su opinión en ese sentido, si cree que la enfermería puede hacerse cargo de más tareas de las que viene realizando. Y en cuanto al papel de la enfermería comunitaria, ¿qué opinión le merece una figura como el enfermero escolar? Porque en la ILP no entran en las ratios fuera del ámbito estrictamente sanitario, pero ¿cree que sería conveniente también considerar unas ratios para figuras como el ejemplo que le propongo? Hay puntos donde también explican cuándo se podrían restringir o podrían ser modificadas las ratios, y hablan de la declaración del estado de alarma, excepción o sitio o en casos de emergencia definidos en la Ley de Protección Civil. Son supuestos muy restrictivos. ¿Cuál es la justificación? ¿Por qué viene así determinado en la ILP? ¿Habría fórmulas para garantizar la flexibilidad necesaria sin menoscabo de las garantías de la calidad asistencial? ¿Cuál es su opinión en este sentido?

Para dejar espacio a los demás portavoces y cumplir con mi tiempo, doy por terminada mi intervención. Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

A continuación, por el Grupo Parlamentario Plural, tiene la palabra la señora Cañadell.

La señora **CAÑADELL SALVIA**: Gracias, presidenta.

Buenos días, don Manuel, muchas gracias por la exposición y la comparecencia que ha hecho. En primer lugar, como mi compañero, yo también quiero agradecer el trabajo que han realizado todos los enfermeros y enfermeras de nuestro país y, cómo no, extenderlo a los distintos ámbitos del sistema sanitario. Usted hablaba de la seguridad del paciente con independencia del lugar donde se viva, y creo que este punto es fundamental. Quiero mencionar al artículo 6, sobre la determinación de la ratio de enfermeros en atención primaria, que es muy importante porque, en todas las comisiones que hemos estado trabajando durante este año, hemos dicho que había que reforzar la atención primaria. Aparte es muy importante porque, en el caso de los que venimos de un pueblo pequeño, debemos tener muy en cuenta la disgregación de la población. Muchas veces —usted lo ha dicho en su exposición— se llega a una ratio de 1800 habitantes por enfermera y, claro, eso supone que en muchos municipios no tengamos cada día enfermera de atención primaria y, si la necesitas, te tienes que desplazar con el problema que conlleva el envejecimiento poblacional. Creo que se debe tener en cuenta. Todos los que estamos aquí estaríamos de acuerdo en poder alcanzar la media de recursos humanos en enfermería que usted ha dicho que existe en distintos países de la Unión Europea, pero creo que tenemos un problema de financiación. Entiendo que debemos decir alto y claro que el sistema sanitario tiene un déficit de recursos humanos, pero también de recursos sanitarios, y habría que dotarlo.

Por mi parte nada más, le agradezco otra vez su exposición y espero que tengamos suerte. Gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

A continuación, por el Grupo Parlamentario Republicano, tiene la palabra el señor Eritja.

El señor **ERITJA CIURÓ**: Gracias, presidenta.

Muchas gracias, señor Cascos, por su comparecencia. En el año 2018, el Departament de Salut de la Generalitat inició los trabajos del Foro del diálogo profesional, con el fin de iniciar un proceso de participación que permitiese identificar las diferentes necesidades de los y las profesionales de nuestro sistema sanitario y, de este modo, intentar definir y desplegar políticas de planificación y ordenación profesionales que respondan a las necesidades de salud de la población y a los nuevos retos que presentará la sociedad en un futuro: envejecimiento, cronicidad o integración de la atención, entre otros. Quiero decir que no solo con el COVID, sino que desde hace tiempo se abre una perspectiva de futuro incierto que necesitará de cualquier profesional sanitario adaptarse rápidamente a las nuevas necesidades. Para que nuestros sistemas sanitarios continúen siendo un referente europeo hará falta planificar y desplegar políticas profesionales adecuadas. Tenemos previsto que en los próximos años la estructura social será diferente. La población infantil disminuirá debido a la reducción de los nacimientos y la población de edad avanzada aumentará debido a un incremento de la esperanza de vida. Este escenario, por lo tanto, hace patente que el sistema de salud tendrá que hacer frente además a problemas crónicos de salud, así como a discapacitados. Por lo tanto, el panorama es realmente mucho más abierto.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 177

13 de octubre de 2020

Pág. 19

En ese sentido, en el artículo 1 se habla de ratios de enfermería como garantía de unos cuidados adecuados y seguros, aunque actualmente no podemos hablar únicamente de las ratios, sino que debemos centrarnos en los cuidados y las necesidades específicas de cada persona, cada comunidad, cada enfermedad. Hay muchas más variables, incluso hemos comentado que hay variables tan importantes como, por ejemplo, las tareas mismas que se pueden asignar a los enfermeros y enfermeras. Por lo tanto, creo que es un espacio muy abierto, es un tema muy complejo y, en todo caso, bienvenida sea cualquier aportación o cualquier incremento en ese sentido. ¿Tienen ustedes en cuenta las diferentes variables? No estoy hablando únicamente de las ratios. La realidad aumenta la presión asistencial, que afecta directamente al día a día de los y las profesionales de nuestro sistema sanitario. Esa nueva realidad recaerá en los y las profesionales de la salud de nuestro sistema sanitario y necesitarán, precisamente, nuevas herramientas para emprender nuevos retos.

Es justo decir que la mayor parte de profesionales sanitarios se concentra en la enfermería; por ejemplo, en Cataluña representa un total del 38% —casi el 40%— de los y las profesionales. Aquí radica la importancia de cualquier medida que se adopte sobre este colectivo. Es evidente que el papel de la enfermería, por lo tanto, será capital en el correcto funcionamiento asistencial y en el Sistema Nacional de Salud. Pero, por otro lado, aquellos sistemas de salud que precisamente han sabido articularse a partir de la profesión de enfermería, mejoran en el ámbito de las desigualdades sociales en salud, entre otros elementos, y es que poner la enfermería en el centro, en especial con aquellas personas con más fragilidad, es un modelo de éxito garantizado. La enfermería cohabita justamente no solo con el tema asistencial, sino también con el tema social. Por lo tanto, es básico tenerlo en cuenta de cara al futuro.

Otro principio fundamental sobre todo en las funciones que se asignan al colectivo de enfermería es el de poner la vida en el centro. De hecho, es un principio que detrás tiene el principio básico de la calidad asistencial porque el sistema sanitario no solo tiene que curar, sino que también tiene que cuidar y más teniendo en cuenta el escenario futuro que se está planteando, y en esto la enfermería tiene mucho que decir. La sociedad patriarcal determina las curas como un tema menor relacionado con las mujeres y restándole valor, a pesar de ser la sostenibilidad de la vida un pilar fundamental para el sistema de cuidados. Las profesiones más feminizadas son, precisamente, aquellas relacionadas con el sistema de cuidados y con este sentido.

Creo que con esta propuesta se abre un intento de mejora de la calidad real del trabajo del colectivo de enfermería. Pero, en todo caso, supongo que hay muchas variables que deberán tenerse en cuenta de cara a los nuevos retos del futuro. Una de las propuestas que se ha planteado constantemente es que habría que coordinar la asistencia sanitaria y la asistencia social, y en esto la enfermería tiene un papel fundamental. Precisamente ahora, con el COVID, por ejemplo, en Cataluña hemos comprobado que la enfermería en esta pandemia ha sido una de las profesiones que más se ha reforzado, concretamente en la atención primaria, básicamente porque en el seguimiento de los pacientes con enfermedades crónicas, en las residencias, la enfermería ha tenido un papel fundamental. Por lo tanto, es básico no solo empezar con esa línea, sino abrir muchas más líneas en este mismo sentido.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Por el Grupo Parlamentario Confederal de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común, tiene la palabra la señora Medel.

La señora **MEDEL PÉREZ**: Hola, bienvenido, señor Cascos, y gracias por su comparecencia y por la iniciativa. Todos y todas sabemos el esfuerzo que ha hecho la enfermería en la pandemia, que ha incidido sobre un sistema precarizado en el que la enfermería tenía una clara falta de personal ya desde antes de la pandemia, claro. Estamos totalmente de acuerdo con su iniciativa. Consideramos que es necesario fijar ratios porque son muy bajas respecto a las de la Unión Europea. Creemos que deben fijarse y ser iguales tanto para la sanidad pública como para la sanidad privada porque lo que se debe garantizar son los resultados en salud. Los pacientes no pueden correr riesgo, de eso se trata en realidad; de tener un trabajo en el que el trabajador, la enfermería, trabaje bien y que los pacientes estén bien atendidos porque esa es la finalidad.

Sabemos que falta personal en enfermería a todos los niveles, hospitalario, en atención especializada, incluyendo en especializada a la atención primaria porque es una especialidad. Creemos que es necesario fijar ratios, pero, al mismo tiempo, hay que dimensionar las plantillas como toca. Por ejemplo, en atención primaria, los equipos deben dimensionarse para responder a las necesidades de la población adscrita al

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 177

13 de octubre de 2020

Pág. 20

área de salud o al departamento de salud correspondiente. Por ejemplo, hay centros educativos o escuelas que dependen del centro de salud, hay sociosanitarios que dependen del centro de salud, existe esa dependencia porque, a fin de cuentas, los escolares tienen su Seguridad Social. Los sociosanitarios, todas las personas que viven allí tienen Seguridad Social. Esto debe valorarse para fijar la cantidad, el número de personal de enfermería que debe estar trabajando en un centro dependiendo de su situación demográfica, por supuesto, de condicionamientos epidemiológicos y de condicionamientos socioeconómicos de la población. Sabemos que los barrios son muy diferentes.

Otro tema sería, por ejemplo, eliminar las diferencias existentes en el momento actual entre comunidades autónomas. Siempre comparamos con Euskadi, pero es que es así; Euskadi tiene 5,6 enfermeros o enfermeras por cada 1000 habitantes y Andalucía tiene 3,3. Es una cosa evidente. Por otra parte, quería resaltar un posicionamiento respecto a la pregunta que se ha hecho aquí sobre las enfermeras o enfermeros escolares. Se trata de un posicionamiento de la Asociación de Enfermería Comunitaria en la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria de Atención Primaria acerca de la necesidad de enfermeras o enfermeros escolares tanto en pandemia como en otra situación. Ellos dicen: Los equipos de atención primaria son competentes para el desarrollo de la salud comunitaria, de la cual la salud escolar es una parte fundamental. Para eso se creó la especialidad de enfermería familiar y comunitaria. Sería un error y una ineficacia fragmentar la atención a la salud de los escolares creando una red paralela y desvinculada en cuanto a historia clínica, en cuanto a estar separada de la atención global normal del escolar que tiene su pediatra, desvinculada en realidad de los profesionales de atención primaria, pues son sus profesionales los que lo tienen que atender. En los países donde existe este tipo de asistencia en escuelas normalmente es porque muchas veces no cuentan con una red de atención primaria como España. Claro, lo que tenemos que hacer es dotar la atención primaria para que pueda ocuparse de todas estas cuestiones y de esta asistencia.

Eso es todo lo que quería decirle, apoyaremos su iniciativa.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

A continuación, por el Grupo Parlamentario VOX, tiene la palabra el señor Steegmann.

El señor **STEEGMANN OLMEDILLAS**: Con la venia, señora presidenta. ¿Tengo tres minutos?

La señora **PRESIDENTA**: Tiene cinco.

El señor **STEEGMANN OLMEDILLAS**: ¡Qué bien!

Lo primero, quiero darle las gracias. Durante mi carrera profesional como médico, he aprendido muchísimo de las enfermeras, muchísimo. Siempre que se ponía mal un paciente en la unidad de trasplantes del Hospital La Princesa, lo primero que yo hacía era preguntar a la enfermera: ¿Tú cómo lo ves? Entonces, en primer lugar, mi reconocimiento. En segundo lugar, señorías, creíamos que teníamos el mejor Sistema Nacional de Salud del mundo. Lo creíamos porque nos hacíamos trampas, porque mirábamos la eficiencia. ¿Y la eficiencia en qué se basa, señorías? En los salarios bajos que tienen todos los sanitarios. Nuestro grupo ha pedido que, durante esta epidemia y esta crisis sanitaria, que, según el Real Decreto 21/2020 todavía continúa, al menos durante el estado de alarma, se elevase un 20% los salarios a todos los sanitarios. Esto es lo que hay que hacer. Cómo hacerlo ya es motivo de discusión. Los españoles tienen que saber que no basta aplaudir. No basta aplaudir. Por lo tanto, tienen que hacer un esfuerzo para pagar bien a sus sanitarios, y eso es lo primero.

Por otro lado, según el Consejo General de Enfermería, en este año 2020, que celebramos, señorías, el Año Internacional de la Enfermería, no lo olvidemos, calcula que faltan —corríjame si me equivoco— 130000 enfermeras. Tenemos 8000 enfermeras fuera, en el extranjero, que son muy consideradas, que se las rifan, que las enseñan en Alemania el alemán, que las especializan y, por lo tanto, esto, señores, hay que ponerlo en claro. El foro de la profesión médica ha dicho que el ministerio no está oyendo a las profesiones sanitarias. Eso lo ha dicho el Consejo General de Enfermería y lo ha dicho SATSE. El ministerio —perdone que diga esto, que no es una pregunta para usted, pero sí me gustaría saber su opinión— está fomentando la confusión, está fomentando el intrusismo, de tal forma que el marco se mueve. Claro, cómo no va a vivir bien este Ministerio de Sanidad en la confusión si se mueve perfectamente por él como un pez en el agua, como una lamprea en el lodo. Entonces, ese fruto de desorden penoso hace un enorme daño a nuestro sistema sanitario.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 177

13 de octubre de 2020

Pág. 21

Tienen ustedes nuestro apoyo. Bien es cierto que dirá usted: Hombre, VOX no gobierna, no se tiene que rascar el bolsillo. Bueno, como vamos a gobernar pronto, pues sí le debemos decir que nosotros sí queremos que el sistema sanitario sea bueno, pero no a costa de los sanitarios. Desde el celador hasta el jefe de servicio tienen que estar bien pagados y considerados. Señorías, esto no es de feminización. Pero ¿dónde están ustedes? El 75% de nuestros alumnos en la Universidad Autónoma de Madrid, médicos, son mujeres. Entonces, ¿qué es esto? Es una desconsideración a las personas que trabajan en la sanidad. Reitero, tiene usted nuestra simpatía, y nosotros solamente esperamos que más pronto que tarde podamos hacer realidad sus peticiones.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

A continuación, tiene la palabra por el Grupo Parlamentario Vasco, la señora Gorospe.

La señora **GOROSPE ELEZCANO**: Gracias, presidenta.

Gracias, señor Cascos, por las explicaciones dadas, que no he podido escucharle y, por lo tanto, empiezo mi intervención presentándole mis excusas. No podré formularle ninguna pregunta al respecto. Sí tendré oportunidad más tarde de leerlo y, en su caso, tramitar esas dudas que pudieran surgir. Atenderemos y estudiaremos la propuesta que ha venido usted a exponer, a presentar en esta Comisión.

Sí es cierto, por lo que estaba oyendo de las intervenciones del resto de mis compañeras y compañeros, que en la Comisión estamos hablando de ratios de enfermería. Se están dando datos de otros lugares. Se ha referido a la situación de Euskadi, por ejemplo, como una situación sustancialmente mejor que la de otros lugares del Estado. Pero es cierto también que, aun así, tenemos enormes dificultades para poder llegar a la media de la ratio europea. Además, se prevé que podemos tener enormes dificultades, salvo que se tomen algunas medidas. No sé si ustedes se están planteando algunas, si son ampliaciones de más horas para quien pueda hacerlo; compatibilidades, homologaciones. ¿Qué es lo que puede ser? Porque nosotros, insistiendo en que estamos en segundo lugar después de Navarra y cerca de la media europea, para poder alcanzar dicha media en el País Vasco —tenemos 16400 personas colegiadas en enfermería, más o menos, para que usted sitúe bien el dato—, necesitaríamos unas 2129 contrataciones nuevas. Lo que se prevé es que, en el horizonte próximo, cercano, las jubilaciones que se pueden producir sean precisamente ese número. O sea, no da. Todas las personas que se están formando ahora serían las necesarias para cubrir estas bajas o jubilaciones que pudieran surgir; por tanto, difícilmente, se podrá cubrir este déficit que pueda existir. Es un tema que tenemos que ir trabajando con medidas, pero la verdad es que es difícil.

Además, aquí también se han comentado otros nuevos ámbitos en los que se está reclamando o hay propuestas para que pueda intervenir la enfermería. Por tanto, difícilmente se va a poder solucionar ese déficit, salvo que, en esas nuevas propuestas de intervención de la enfermería, se planteen otras alternativas, tal vez, no sé, con otros colectivos o trabajando de otra forma, relacionando distintos ámbitos, el educativo con el sanitario, o el sociosanitario, distintos ámbitos para resolverlo.

Aprovechando que está usted aquí, sabemos que están preocupados por la cuestión de las agresiones al personal sanitario, y que están trabajando también otro texto legal. No sé si nos puede comentar algo, cuál es la situación, si se está encauzando bien. En Euskadi hemos tomado medidas y tenemos un planteamiento en este sentido, pero basta que está aquí, también me gustaría conocer su opinión.

En tercer lugar, nos gustaría hablar sobre la acreditación de enfermería para la prescripción. El Decreto 1302/2018 para nosotros fue uno de los grandes hitos en la forma de poder trabajar y una nueva forma hacia un nuevo modelo sanitario, con un nuevo rol de la enfermería. En Euskadi se consideró desde el inicio que todas las profesionales y los profesionales de la enfermería deberían estar acreditados, independientemente del puesto de trabajo que tuvieran. Creemos que, a diferencia de otras comunidades, se planteó un alcance total del decreto, de tal manera que incluyera la acreditación de todas las personas de enfermería en la Comunidad autónoma vasca, tanto del ámbito público como del ámbito privado, estableciendo diferentes circuitos para ello y en colaboración con los colegios profesionales de la comunidad autónoma y también de la Universidad del País Vasco, para poder ir abordando y avanzando en esa acreditación. Bien es cierto que se empezó en enero del 2018 y la pandemia ha alterado el orden de todas las planificaciones que estaban realizadas, pero ahora en septiembre se ha vuelto a retomar. Nos gustaría también conocer su opinión al respecto y su valoración de cómo esta cuestión está incidiendo en

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 177

13 de octubre de 2020

Pág. 22

el nuevo rol de la enfermería en el nuevo modelo, o en la gestión del nuevo modelo sanitario sobre el que tenemos que avanzar.

Gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

A continuación, por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la señora Velasco.

La señora **VELASCO MORILLO**: Muchas gracias, presidenta.

En primer lugar, agradezco la comparecencia a don Manuel Cascos Fernández, por venir a presentarnos esta iniciativa legislativa popular en la Comisión de Sanidad y Consumo, que fue publicada en el Boletín de esta Cámara el 20 de diciembre y, además, cuenta con el apoyo de las asociaciones de pacientes y asociaciones de enfermería a nivel mundial.

Quiero felicitar, en primer lugar, a las enfermeras, a todas las enfermeras de España, por el gran trabajo que desempeñan. Hoy no se entendería la sanidad de nuestro país sin la profesión sanitaria de las enfermeras; profesión regulada en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, Ley 44/2003. Quiero destacar también el enorme trabajo que están desempeñando las enfermeras de nuestro país en la pandemia de la COVID-19, que lamentablemente aún estamos viviendo, con una segunda ola en estos momentos, que nos lleva a que España sea el país con mayor índice de contagios de Europa y donde estamos percibiendo la necesidad de enfermeros que precisa nuestro país.

Estoy convencida de que, si hubieran recabado los apoyos a esta ILP en estos momentos, seguro que el número de firmas y de apoyos sería aún mayor. Con esta iniciativa, España va camino de ser el primer país europeo, y uno de los primeros del mundo, en contar con una ley estatal que regule un número máximo de pacientes por cada enfermera y de esta forma garantizar una atención más segura y de mayor calidad. Según los datos que publica el ministerio, a falta de tener un registro de profesionales sanitarios, tenemos aproximadamente 186000 enfermeras en el Sistema Nacional de Salud; de las cuales 150000 están en los hospitales; 30000 en atención primaria; 3000 profesionales en urgencias y emergencias; y 2000 profesionales, aproximadamente, en formación, con una gran valoración por parte de todos los ciudadanos, de todos los españoles, en definitiva.

El establecimiento de unas ratios mínimas de profesionales de enfermería en atención al número de pacientes dota de mayor efectividad los derechos de los ciudadanos respecto a las prestaciones sanitarias. Para poder llevar a cabo estas ratios, hay que tener en cuenta múltiples variables con respecto a cómo está conformado nuestro Sistema Nacional de Salud, entre ellas —lo digo porque lo he vivido muy de cerca con diferentes responsabilidades— las infraestructuras sanitarias, el tamaño de los centros sanitarios o el nivel de cuidados de los pacientes, según los procesos asistenciales. Son diferentes en los cuidados en unas unidades de cuidados intensivos, en urgencias, en una unidad de pediatría, en una unidad de cardiología, de medicina interna, obstétrico-ginecológica, entre otras muchas. Soy una convencida de que las ratios de enfermeras deben estar vinculadas a factores asociados a las características de los pacientes, tales como el proceso de enfermedad y la complejidad de los cuidados. Aspectos como la cronicidad requieren de un nuevo planteamiento en el modelo de atención sanitaria y en la participación de los profesionales sanitarios. El establecer estas ratios también va ligado a cambios organizativos en el sistema sanitario, cuestiones que fueron contempladas en los trabajos de la Comisión de Reconstrucción que se llevaron a cabo en esta Cámara. Este es el caso de la atención primaria o la atención sociosanitaria. Incluso tuvimos la oportunidad de conocer sus aportaciones con respecto a cuál sería la participación de la enfermera en esas propuestas de reconstrucción.

Por hacer algunas preguntas, ¿podríamos valorar cómo se pueden contemplar estos cambios para tener en cuenta en la ILP, sobre todo, de cara a las especialidades de enfermería o las futuras áreas de capacitación? ¿Cuál es su propuesta para tenerla en cuenta? Hay áreas que en esta pandemia se han desarrollado mucho, como es la vía telemática, y nos gustaría saber si tendría que tener algún apartado especial.

Con respecto a áreas que desde mi opinión tienen un gran trabajo para los profesionales sanitarios, como son la hospitalización a domicilio o los cuidados paliativos, si debieran ser aspectos que se debían contemplar, espero y deseo que sea en el futuro del proceso de enmiendas de esta iniciativa. Durante esta pandemia estamos viendo que son necesarias las enfermeras, y si en la ILP tendríamos que recoger propuestas concretas para casos de pandemia. Se recoge algo en el artículo 8 que presentan. Pero si deberíamos, después de la experiencia vivida, contemplar algo más preciso.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 177

13 de octubre de 2020

Pág. 23

¿Qué medidas se deberían de ir contemplando desde las escuelas de enfermería o desde el incremento de las plazas de formación EIR? ¿Cómo se pueden ir adecuando progresivamente las plantillas a las necesidades reales y existentes en los centros hospitalarios de atención primaria o sociosanitario?

Para finalizar, hay cuestiones que vienen generadas como consecuencia de la pandemia de la COVID-19 que estamos viviendo y que han puesto encima de la mesa situaciones que tendremos que abordar, como la coordinación sociosanitaria, la enfermera escolar, la cronicidad, la atención primaria, las nuevas tecnologías, y sobre todo las necesidades de contar con más enfermeras, para no poner en peligro...

La señora **PRESIDENTA**: Tiene que terminar.

La señora **VELASCO MORILLO**: Termino, presidenta.

... la seguridad de los pacientes, la deshumanización de la atención sanitaria, entre otras muchas cuestiones que ya no son noticia.

Desde mi grupo, por supuesto, apoyamos esta ILP.

Gracias, presidenta.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Para cerrar este turno, tiene la palabra por el Grupo Parlamentario Socialista, la señora Andrés Barea.

La señora **ANDRÉS BAREA**: Muchas gracias, presidenta.

En primer lugar, el recuerdo para las personas que sufren y han sufrido el COVID, por mi parte y por parte de mi grupo, ya que estamos viviendo nuevamente unas semanas muy duras.

Agradezco al presidente del SATSE, Manuel Cascos, esta ILP, que es un mecanismo directo de representación ciudadana. Ha contado con 660000 firmas, ha dicho, y el apoyo de gran número de asociaciones científicas, de pacientes y consumidores; o sea, una representación social muy amplia. Al leer esta ILP veo verdaderamente dos partes. Una, la intención, el objetivo, que es poner en el centro de atención sanitaria a las personas, al paciente. Por otra parte, me parece fundamental, porque hay que mirar al futuro, los avances científicos, tecnológicos y humanos abren nuevas puertas. El diagnóstico de precisión, el tratamiento genético, los fármacos inteligentes, la robótica, los nuevos derechos del paciente, cómo va a ser la eutanasia, esto nos hace pensar en un futuro multidisciplinar, multiprofesional y, como ha dicho el compañero anterior, multifactorial, porque va a haber multitud de factores. Le planteo: ¿han pensado ustedes alguna alternativa? ¿Cuál sería el papel de la enfermería en este sentido?

Por otra parte, en esta ILP se plantea la necesidad de establecer una ratio, como mínimo, de calidad asistencial, de seguridad del paciente. Ha sido un llamamiento para pedir la seguridad del paciente. La realidad de hoy es que hay un déficit en nuestro sistema sanitario importante, un déficit que además ha culminado con el COVID, que ha supuesto, como ha dicho, un daño en el talón de Aquiles de nuestro sistema sanitario, que le ha debilitado profundamente.

Esta ILP plantea establecer unas ratios enfermera-paciente, garantizar la seguridad del paciente allá donde viva. Esto es importante, lo han remarcado también los intervinientes anteriores. Pero también me parece muy importante lo que una interviniente anterior ha dicho, lo que es la España rural, la España despoblada, que hay que hacer gran incidencia en ello. Que el paciente sea centro de atención sanitaria como un elemento importante, y que se presenten situaciones de contingencia para situaciones especiales. Supongo que se refiere a las posibles epidemias o pandemias que se puedan suceder en el futuro. Me gustaría que nos aclarara un poco este tema. Pero es verdad que esto ya se ha trabajado y ha habido debates en este sentido. Usted mismo lo ha dicho: el estudio de necesidades de recursos humanos en el sistema de salud, el 18 de julio del 2010; el acuerdo del ministerio en la perspectiva 2020 para equilibrar las ratios con la Unión Europea, y el acuerdo de la Mesa de Reconstrucción, en el que hubo dos puntualizaciones. Una, el portavoz socialista denunció y pidió que se completara el estudio sobre las previsiones de personal sanitario en el futuro, que se inició en diciembre de 2019 y hay que completarlo en diciembre del 2020, había doce meses para hacerlo. Y otra son las propias recomendaciones sobre las necesidades del personal médico y de enfermería.

En fin, en conclusión, veo que estamos ante un cambio de modelo, un posible cambio de modelo, por muchas circunstancias de las que están ocurriendo, desde el punto de vista multifactorial y desde el punto de vista de la innovación y la ciencia, y desde el punto de vista de los derechos del paciente y una solicitud de aumento de personal de enfermería. Estamos en un Estado autonómico y la sanidad está transferida

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 177

13 de octubre de 2020

Pág. 24

desde hace muchos años a las autonomías. Por lo tanto, consideramos que esta ILP debe ser valorada en el seno de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, ya que tiene una inmediata repercusión sobre las comunidades autónomas. Son las comunidades autónomas quienes tendrán que ejecutar el presupuesto y establecer el presupuesto, aunque los Presupuestos Generales del Estado también tienen que aprobarse para poder llevar a cabo todo ello.

Voy acabando, presidenta. Por lo tanto, consideramos necesario que se evalúe allí, en la Comisión de Recursos Humanos, y esta iniciativa seguirá su procedimiento. Nosotros le damos nuestro apoyo y esperamos ver cuál es su evolución y cuál es nuestra participación.

Desde luego, quiero darle las gracias al Sindicato de Enfermería por traer esta ILP, que es una iniciativa de la ciudadanía y una necesidad en este momento.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Terminado el turno de intervenciones de portavoces, tiene de nuevo la palabra el señor Cascos para contestar o las consideraciones que estime convenientes.

El señor **CASCOS FERNÁNDEZ** (representante de la Comisión Promotora): Voy a intentar dar respuesta a todas las cuestiones que se han planteado. Si alguna se me olvida, pido a sus señorías que, por favor, me la recuerden y encantado de trasladarle mi valoración al respecto.

En primer lugar, quiero expresarles mi agradecimiento por el reconocimiento expreso que han hecho de las enfermeras y enfermeros de nuestro país, no solamente con motivo de la pandemia, sino por el día a día; unos profesionales que, como he dicho, y varias instituciones han reconocido públicamente, llevamos más de diez años en situación límite. Quiero creer que sus señorías en estos momentos, y la verdad es que es el sentir, o al menos lo que yo he percibido, están a favor de que alguna vez abordemos con seriedad y con rigor la necesidad de que las enfermeras y enfermeros no sigan sufriendo más en el día a día en sus puestos de trabajo, con pandemia o sin pandemia. Como decía, llevamos más de diez años alertando de la situación. También quiero expresar públicamente el apoyo ya explícito de varios grupos que han trasladado a esta ILP.

Empiezo, si les parece, de menor a mayor. Contestaré en el mismo orden que se han realizado las intervenciones. Planteaban desde Ciudadanos que si contemplamos de alguna manera más tareas o más competencias. Creo que es la palabra que define mejor, y seguro que es lo que quería decir; sin lugar a dudas. Enlazamos directamente con las nuevas tecnologías, con lo que es la telemedicina y los telecuidados. Enlazamos directamente con la reforma que requiere y necesita la atención primaria. Creo que es necesaria una reforma importante en atención primaria. Confío y deseo que no se quede en titulares y que de verdad vayamos al grano y entremos a solucionar los problemas de la sanidad, y que en atención primaria se focalicen los recursos y las necesidades que tienen los pacientes.

Claro que contemplamos nuevas competencias. Hay que desarrollar la cirugía menor para enfermería. Hay que desarrollar la hospitalización a domicilio. Hay que incrementar la atención domiciliaria. Hay que mejorar los recursos y los programas de atención a los ciudadanos. Allá donde viven, intentar que el paciente reciba todo lo posible en su domicilio aquello que necesita y evitaremos desplazamientos a los hospitales y con ello el incremento del gasto. Por supuesto que estamos pensando en una primaria de vanguardia, pero no será posible si no se dispone de los recursos humanos para llevarla adelante. Por tanto, confío que eso sea una realidad, y pronto.

En cuanto a los estados de alarma, me preguntan si contemplábamos alguna alteración de los ratios. Evidentemente, tengan en cuenta que la proposición de ley se hace mucho antes, y la elaboramos y se presentó en el Congreso mucho antes de la pandemia que hemos sufrido, y ya nos adelantábamos ante situaciones de excepcionalidad. Evidentemente, ante una situación de excepcionalidad, lo que se establece como garantía mínima de seguridad y calidad en la atención puede alterarse por circunstancias sobrevenidas que todos aceptamos, como se ha aceptado en esta pandemia, donde no ha habido reparo alguno a doblar turno, donde no ha habido reparo ninguno a renunciar a permisos y vacaciones, y donde por primera vez, creo, al paciente, de verdad se le ha puesto en el centro del sistema sanitario; y donde los equipos profesionales de las distintas categorías solo tenían un objetivo, que era ayudar al paciente que tenía un problema de salud. Por tanto, está claro.

El Grupo Plural ha puesto sobre la mesa una situación que es la económica. Permítanme al respecto trasladarle algunas cuestiones. Antes, una reflexión. Casi todos los organismos que tienen algo que decir en esta materia vienen alertando desde hace tiempo que el mayor problema al que se van a enfrentar los sistemas sanitarios de salud en el mundo va a ser la falta de enfermeras. Además, añaden: Serán los únicos

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 177

13 de octubre de 2020

Pág. 25

profesionales que no podrán ser sustituidos por máquinas. Lo digo como reflexión y como marco para que nos ayude a todos a entender la trascendencia de lo que hoy estamos debatiendo. Pero en cuanto al tema de costes, le quisiera trasladar algunas cuestiones. Según la OCDE, el gasto sanitario en España es un 15% inferior a la media de la Unión Europea. Según la OMS, el gasto en salud en el mundo es del 10% del PIB. En nuestro país estamos en torno al 6%. Sin embargo, en los gastos farmacéuticos estamos por encima, en 2,3 puntos de la media en Europa. Quería decirle, asimismo, que la media de dinero que se dedica a salud por habitante y año, en España es de 1626 euros. La media en Europa es de 1980, estamos 354 euros por debajo de la media de Europa. Esto supondría un incremento presupuestario en nuestro Sistema Nacional de Salud, de 17000 millones de euros para situarnos en la media de Europa.

Además, el 65% de los ingresos en los hospitales son producidos por enfermedades crónicas, que motivan el 80% de las consultas de atención primaria, y que los pacientes crónicos absorben en torno al 75% del total del gasto sanitario. En Euskadi, Rafa Bengoa, exconsejero de Sanidad de Euskadi y exasesor del presidente de Estados Unidos, Barack Obama, dijo e hizo reformas importantes en cómo acometer la atención a pacientes crónicos. En cuatro años han ahorrado cerca de 400 millones de euros. Pero, además, permítame otra cuestión. Solo con lo que el Gobierno recibe de loterías y apuestas del Estado, cada año, se podría asumir perfectamente el coste de lo que estamos hablando, de la ratio enfermera. Quiero decirle también que en España hay 14000 millones de euros al año en subvenciones, que, según la Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal, AIReF, dice que no están lo suficientemente acreditadas esas subvenciones y la vigilancia en el cumplimiento de las mismas. Por otro lado, dicho con todo respeto, y no entro en valoración política de ningún tipo, con motivo de la investidura del presidente del Gobierno de la nación se movilizaron recursos económicos por valor de 3500 millones. Lo digo, insisto, sin entrar en valoración política alguna y quedándome exclusivamente con los números.

Por tanto, ¿el coste es importante? Sin lugar a duda. ¿Se puede asumir? Sin lugar a duda. Nuestro país y quienes nos gobiernan en el Estado y las distintas autonomías, tendrán que tomar una decisión, y tendrán que decidir si quieren que sigamos estando a la cola de Europa en seguridad del paciente, si quieren que los índices de morbilidad y mortalidad no se controlen o no se resuelvan, o seguimos y avanzamos. Esa es la decisión que tienen que tomar sus señorías, en lo que representa cada una de ustedes, cuando llegue el momento, si llega, en el Pleno del Congreso. Yo humildemente, como representante de las enfermeras y enfermeros, le traslado el sentido de los profesionales. Quiero decirle que, evidentemente, cuesta dinero, y que, en el conjunto, minimizando el coste, no representa más allá de 50 o 60 euros por habitante y año. Ese es el coste que a los ciudadanos se les podría trasladar si están dispuestos a garantizar la seguridad del paciente o no por ese dinero. Hay otras cuestiones que me han planteado desde ERC en cuanto a si admitiéramos variables porque algunas de ellas incidían en los ratios. Sin lugar a dudas, y ya lo contemplábamos nosotros en el artículo 4, donde dice que las ratios de enfermeras deben estar vinculadas a factores asociados a las características de los pacientes, tales como el proceso de enfermedad y la complejidad de los cuidados, en los que influyen factores como la edad, el estado funcional cognitivo, emocional y mental; la situación social; el apoyo social y el entorno familiar; características de la unidad; necesidad de utilización de equipos médicos especializados y tecnologías e intensidad de las intervenciones de enfermeras. De ahí que nosotros, en la propia ILP establezcamos la creación de una comisión interterritorial que mediante real decreto determine las funciones, la composición y las normas de funcionamiento para concretar las ratios de enfermeros establecidas en esta ley y abordar las necesidades en los centros sanitarios para que nos ajustemos a pie de obra y sepamos exactamente cuáles son las necesidades en cada centro, teniendo en cuenta estas variables. Para eso establecemos el mecanismo legislativo que de alguna manera haga un seguimiento y lo vigile.

Ha planteado alguna de sus señorías una cuestión que para nosotros es vital, aunque no voy a entrar en ello por respeto a sus señorías porque creo que no es el tema de hoy, que es la enfermera escolar, sin lugar a dudas. La enfermera escolar, nosotros somos unos convencidos de que es una figura absolutamente esencial, que otros países ya la tienen, y que es la figura que de alguna manera previene en hábitos de vida saludable, en educación sanitaria, en controlar a niños y niñas con problemas de salud de índole crónico y atención a emergencias y urgencias que se producen en los centros escolares con cientos y miles de niños escolarizados. Por tanto, para nosotros es un proyecto de trabajo que estamos desarrollando. Agradezco públicamente a los grupos que ya han expresado el apoyo a esta figura. Entendemos que, si queremos adultos sanos en el futuro, debemos tener niños y niñas educados y que conozcan los hábitos de vida saludable en el presente. Sin eso será complicado.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 177

13 de octubre de 2020

Pág. 26

Al Grupo de VOX le agradezco su reconocimiento a las enfermeras, así como el reconocimiento público por la necesidad de mejora de los salarios. Evidentemente no es el tema de la ILP nuestra, pero agradecemos esa referencia. Sin lugar a dudas es cierto, los salarios de los médicos, de las enfermeras de nuestro país, del conjunto de trabajadores, es ligeramente o sustancialmente inferior al resto de Europa, y una de las causas de su marcha porque fuera de nuestro país encuentran entornos retributivos y laborales más favorables a los que les ofrecen en nuestro país.

Desde el Grupo Vasco dicen, pues es cierto, que Euskadi está en mejor situación. Supongo que porque en su día tendrían la capacidad, con Rafa Abengoia a la cabeza, de prevenir algunas cuestiones y se adelantaron a lo que hoy pedimos para el conjunto del Estado. Lo que pedimos es que la dotación o la asignación máxima de pacientes por enfermeras y enfermeros se acerque a Euskadi o se acerque a Navarra. Es lo único que estamos pidiendo. Eso nos proveerá de garantizar una atención al crónico en otras circunstancias. Nos permitirá ahorrar costes y nos permitirá dar calidad y seguridad a los pacientes. Por tanto, si no queremos salir de España, miremos a Euskadi y miremos a Navarra, que son referentes en cuanto a la asignación de seguridad del paciente y, por tanto, a la dotación de enfermeras y enfermeros.

Planteaba también su señoría, en este sentido, las dificultades para lograr enfermeras. Cierto. Ya en mi intervención he dicho que hace más de diez años que distintos organismos e instituciones, que para mí son absolutamente solventes, vienen alertando de la falta de enfermeras. Este año el director de la OMS ha dicho que faltan 9 millones de enfermeras en el mundo. En algún momento tendremos que ponernos a resolver esa situación. Creo, y estamos convencidos en nuestra organización, y ya estamos trabajando en ello, que primero habría que establecer un plan retorno para que las 8000 enfermeras que están fuera de nuestro país vuelvan a nuestro país, un plan retorno que les sea atractivo y en el que sus condiciones laborales les resulten suficientes para volver a su país. Pero al mismo tiempo hay que ir pensando ya, con agilidad y con resolución, que es necesario incrementar el número de enfermeras y enfermeros en las facultades de enfermería. Algunas de sus señorías lo han apuntado: No estamos hablando solamente de la seguridad del paciente. Estamos hablando de la enfermera escolar. Estamos hablando de la necesidad de que haya enfermeras en los centros sociosanitarios. Estamos hablando de la jubilación en los próximos diez años. Es decir, estamos hablando de necesidades de enfermeras y enfermeros, que, si no lo resolvemos y empezamos a trabajar desde ya, desde luego nuestro sistema sanitario va a tener un problema difícil de solucionar.

En cuanto a la agresión al personal sanitario, como bien saben los grupos, nosotros nos hemos dirigido proponiéndoles un proyecto de ley para resolver el tema de las agresiones a los profesionales sanitarios. Les hemos pedido una reunión a todos los grupos. Con alguno ya se ha desarrollado, con otros quedamos a la espera, con la intención de que las agresiones sean un elemento troncal para que, con independencia de dónde se produzca una agresión a un profesional sanitario, el abordaje integral sea igualitario y no haya diferencias en ese sentido.

Desde el Grupo Popular se plantea el tema de la especialidad de las áreas de capacitación y de área telemática. Sin lugar a dudas. Pero tengamos en cuenta que las especialidades son un desarrollo de las enfermeras en general. Estamos hablando de que la enfermería en general es la base y la situación que es, es la que es. Por tanto, creo que hay que abordarlo en paralelo a la solución que nosotros estamos posibilitando o proponemos con la iniciativa legislativa popular de seguridad del paciente.

En cuanto a las cuestiones que ha planteado el Grupo Socialista, agradezco la referencia que ha hecho al colectivo. Agradezco la referencia que ha hecho al papel de la enfermera ahora y en el futuro. Bueno, hace un planteamiento que yo respeto, indudablemente, pero le recuerdo lo que ya he dicho en mi intervención. En un momento determinado, en esta Cámara fueron capaces de ponerse de acuerdo todos los grupos y con todas las comunidades autónomas para aprobar un real decreto y establecer por ley que se diese cobertura y se fijasen los ratios de alumnos y alumnas en los centros escolares. Si se fue capaz de hacer eso para dar calidad en la enseñanza, ¿por qué no se va a ser capaz para dar calidad y seguridad a los pacientes en un tema troncal como es la salud? Quiero creer que no habrá dificultades en ese sentido porque legislativamente es posible. Insisto, pongo como ejemplo y como espejo lo que ocurrió con la Ley de Educación y el real decreto, que desarrolló los ratios máximos de alumnos y alumnas por profesor. Pues lo mismo, pero en sanidad y con las enfermeras y enfermeros.

Creo que no se me ha quedado nada. No sé si alguna cuestión sus señorías crean que ha quedado sin contestar, les respondo encantado.

Muchas gracias.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 177

13 de octubre de 2020

Pág. 27

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias, señor Cascos, por su comparecencia hoy aquí y por haber querido venir a traer las propuestas que en la iniciativa legislativa popular han estado trabajando.

También quiero aprovechar para trasladarle en nombre de la Comisión de Sanidad —estamos todos de acuerdo— el reconocimiento a las enfermeras, aunque en las sucesivas Comisiones de Sanidad que hemos ido celebrando siempre nos hemos acordado de los sanitarios, sobre todo, teniendo en cuenta el momento tan difícil que han vivido en esta pandemia y, por tanto, reciban nuestro reconocimiento. Cómo no, además, en este año que la OMS ha declarado, como se decía aquí, en esta mañana, el Año Internacional de las Enfermeras y de las Matronas. Así que vaya por delante nuestro apoyo de toda la Comisión de Sanidad.

Le deseo que el procedimiento legislativo de esta iniciativa vaya bien, que sobre todo, redunde en beneficio de nuestro Sistema Nacional de la Salud y, por supuesto, también de las enfermeras, de los sanitarios y de todos los pacientes en su conjunto.

Muchísimas gracias, y buenos días.

Se levanta la sesión.

Era la una y treinta minutos de la tarde.

cve: DSCD-14-CO-177