



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

Año 2022

XIV LEGISLATURA

Núm. 798

Pág. 1

SANIDAD Y CONSUMO

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

Sesión núm. 72

celebrada el miércoles 2 de noviembre de 2022

	<u>Página</u>
ORDEN DEL DÍA:	
Modificación del orden del día	2
Proposiciones no de ley:	
— Sobre la prestación del consentimiento por los usuarios de Internet a la instalación de <i>cookies</i> . Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/004016)	2
— Relativa a la Alta Inspección del Sistema Nacional de Salud. Presentada por el Grupo Parlamentario Confederado de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común. (Número de expediente 161/003677)	6
— Relativa a que el Gobierno ponga en marcha medidas que abaraten los precios de los alimentos básicos de la cesta de la compra. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/004335)	10
— Relativa a poner a disposición del sistema sanitario los recursos e inversiones necesarios para optimizar el acceso a técnicas de diagnóstico rápidas en el proceso asistencial de la neumonía. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/004411)	15
— Sobre abordaje de los trastornos del sueño. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/004467)	18
— Sobre el origen y la trazabilidad de los medicamentos de uso humano de fabricación industrial. Presentada por el Grupo Parlamentario VOX. (Número de expediente 161/003980)	22

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 798

2 de noviembre de 2022

Pág. 2

— Sobre interoperabilidad de la receta electrónica. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/004452)	25
Votaciones	29

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

MODIFICACIÓN DEL ORDEN DEL DÍA.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Navalpotro Gómez): Buenas tardes a todos. Se abre la sesión.

Con carácter previo, el Grupo Popular nos ha pedido alterar el orden de las PNL en la sesión de hoy, y con una consulta informal parece que hay consenso. Les ruego que tomen nota, porque es un pequeño caos. **(Risas)**.

Entonces, quedaría así: la tercera pasaría a ser la primera, la primera pasaría a ser la segunda, la cuarta pasaría a ser la tercera, la quinta sería la cuarta, la séptima sería la quinta, ... **(El señor Rodríguez Almeida: Perdón, ¿no sería más fácil decir el orden en el que se van a debatir?—La señora Andrés Barea: Pero ahora ya vamos a acabar así)**.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Navalpotro Gómez): Terminamos así y luego lo repetimos. Seguimos: la quinta sería la cuarta, la séptima sería la quinta, la segunda sería la sexta y la sexta sería la séptima.

Repasamos, porque esto es un pequeño caos. Quedaría de la forma siguiente. La primera sería la del Grupo Parlamentario Socialista sobre la prestación del consentimiento por los usuarios de Internet a la instalación de *cookies*, que era la tercera original.

La que era la primera original, que pasaría a ser la segunda, es del Grupo Parlamentario Confederal de Unidas Podemos, relativa a la Alta Inspección del Sistema Nacional de Salud.

La cuarta, del Grupo Parlamentario Popular, ahora pasaría a ser la tercera, relativa a que el Gobierno ponga en marcha medidas que abaraten los precios de los alimentos básicos en la cesta de la compra.

La que era la quinta originalmente, del Grupo Parlamentario Popular, pasaría a ser la cuarta, relativa a poner a disposición del sistema sanitario los recursos e inversiones necesarios para optimizar el acceso a técnicas de diagnóstico rápidas en el proceso asistencial de la neumonía.

La que era séptima, del Grupo Parlamentario Socialista, sobre el abordaje de los trastornos del sueño, ahora sería la quinta.

La que era la segunda, del Grupo Parlamentario VOX, sobre el origen y la trazabilidad de los movimientos de los medicamentos de uso humano en la fabricación industrial, pasaría a ser la sexta.

Y por último, la que era originalmente la sexta, del Grupo Parlamentario Socialista, sobre la interoperabilidad de la receta electrónica, pasaría a ser la séptima. No sé si hay algún acuerdo y si ha quedado claro. **(Asentimiento)**. Pues así lo haremos.

PROPOSICIONES NO DE LEY:

— SOBRE LA PRESTACIÓN DEL CONSENTIMIENTO POR LOS USUARIOS DE INTERNET A LA INSTALACIÓN DE *COOKIES*. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/004016).

El señor **VICEPRESIDENTE** (Navalpotro Gómez): Tramitamos en primer lugar la proposición no de ley del Grupo Parlamentario Socialista sobre la prestación del consentimiento por los usuarios de Internet a la instalación de *cookies*.

Antes de empezar, quiero recordarles que el debate se desarrollará de la siguiente manera: el portavoz del grupo parlamentario autor de la iniciativa dispondrá de siete minutos, los grupos parlamentarios dispondrán de cinco minutos y, finalmente, para la fijación de posición, el resto de portavoces que quieran intervenir, de menor a mayor, tendrán tres minutos.

Tiene la palabra el representante del Grupo Socialista.

El señor **ORTEGA DOMÍNGUEZ**: Gracias, señor presidente. Buenas tardes, señorías.

El Grupo Socialista plantea un tema que a primera vista puede considerarse o parecer menor, pero nos atañe a casi todos varias veces al día, como es la cuestión de las llamadas *cookies* de Internet.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 798

2 de noviembre de 2022

Pág. 3

Cuando accedemos a una web, todos recibimos un aviso de privacidad sobre estas *cookies*, que son archivos que estas páginas web remiten a nuestro ordenador, tableta o móvil, el dispositivo desde el cual accedamos a Internet, y recopilan multitud de datos —localización geográfica, características del dispositivo que estamos usando, preferencias de navegación, etcétera— al objeto de tratar estos datos con finalidades muy diversas, como estadísticas, mejoras de anuncios para contenidos personalizados, medición del impacto de la publicidad, estudios de mercado. Es decir, no estamos ante una simple molestia —que también— en la navegación por Internet, sino ante una cuestión que afecta a la privacidad de numerosos datos de los usuarios de Internet, unos datos cuya utilización cada día da lugar a actuaciones más invasivas para los usuarios. Estos avisos de privacidad suelen dar mayoritariamente la facilidad de aceptar todas las *cookies* con un solo clic, mientras que para rechazarlas en la mayoría de las páginas web no se dispone de una opción directa y rápida, sino que en este caso se suele indicar como configuración, configurar *cookies*, rechazar su uso; es decir, una manera mucho más compleja si queremos dejar nuestros datos a salvo y no hacer esos clics. Otra práctica muy extendida también es la ventana emergente que te impide ver el contenido de la web, un procedimiento molesto para una navegación fluida que se denomina muro de *cookies* y que se hace para asegurar el consentimiento en el proceso de estos datos. En definitiva, lo que consiguen estas prácticas es que la mayoría de las personas usuarias acabemos aceptando todas las *cookies* porque es la opción más rápida y sencilla, siendo una evidencia que en la navegación por Internet la velocidad de acceso a los contenidos es un elemento fundamental y que la opción por defecto en tal sentido es la elegida mayoritariamente por los usuarios. Dicho en sentido contrario, lo que se hace por muchas páginas web es dificultar que la persona usuaria rechace estas *cookies* al necesitar de varias pantallas y tener que señalar uno a uno los fines que acepta o rechaza respecto al tratamiento de sus datos, siendo mucho más fácil dar el consentimiento que retirarlo.

Esta cuestión que tratamos cuenta con una regulación europea armonizada que el legislador español ha traspuesto a través del párrafo segundo del artículo 22 de la Ley de Servicios de la Sociedad de la Información y de Comercio Electrónico. En este artículo se establece que los prestadores de servicios podrán utilizar dispositivos de almacenamiento y recuperación de datos en equipos terminales de los destinatarios a condición de que los mismos hayan dado su consentimiento, después de que se les haya facilitado información clara y completa sobre su utilización, de una manera libre, clara, específica, informada e inequívoca, en la línea de reiterada jurisprudencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea. Sin embargo, el abuso de técnicas de manipulación que nos empujan a esta toma de decisiones contraria a nuestros intereses, como ya he explicado, no puede considerarse una prestación de consentimiento activo y supone que entre el derecho a la privacidad, a la protección de nuestros datos, y el interés de las diferentes páginas web al realizar este tratamiento de datos habría un desequilibrio en perjuicio de las personas usuarias, que además iría contra el espíritu del principio de protección de datos por defecto del artículo 25.2 del Reglamento de la Unión Europea 2016/679, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de esos datos, que también recoge el principio de protección de datos por defecto. Es decir, que la configuración por defecto de los tratamientos de datos debería ser respetuosa con los principios de protección de los datos, abogando por un procesamiento mínimamente intrusivo, al contrario de lo que hoy en día ocurre en numerosas web. Por eso, promovemos en esta proposición que el Congreso de los Diputados inste al Gobierno, en el seno de la Unión Europea, a promover una mayor protección de las condiciones para la prestación del consentimiento de los usuarios de Internet respecto a la instalación de estas *cookies*, evitando estas prácticas que hemos explicado, que lo que buscan es dificultar el rechazo al tratamiento de nuestros datos.

El Grupo Popular ha presentado una enmienda en la que indica que se acelere por parte del Gobierno el proceso de aprobación del reglamento ePrivacy en el seno del Parlamento Europeo. *A priori*, este apartado en esos términos no podremos aceptarlo porque se le pide al Gobierno algo que no depende de él, que es acelerar en el ámbito del Parlamento Europeo la tramitación de una norma. Podremos trabajar en otra redacción. En un segundo punto quieren incluir en la legislación española una serie de medidas con las que podríamos estar de acuerdo, pero entendemos que no procede porque, como he dicho, estamos ante una regulación armonizada europea y, por lo tanto, incluir determinadas cuestiones en nuestra legislación nacional pudiera llevar a que posteriormente tuviéramos que rectificar precisamente por ese reglamento ePrivacy del que hablábamos en el primer punto. Y hay un tercer punto en el que estamos de acuerdo, que habla de realizar una campaña de información al consumidor sobre el uso de *cookies*, pero en el sentido de ampliarlo a la defensa del consumidor y a la información que se da por parte

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 798

2 de noviembre de 2022

Pág. 4

de diferentes organismos del Estado en un concepto amplio, como digo, de lo que es el uso seguro de Internet. Podríamos incidir en esta cuestión del uso de las *cookies*, sobre lo que la Agencia Española de Protección de Datos, por ejemplo, ha sacado guías en 2019 y 2020. Trataremos esas cuestiones y, si podemos llegar un acuerdo, haremos una transaccional.

Nada más y muchas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Navalpotro Gómez): Muchas gracias.

A continuación, y por un tiempo de cinco minutos, tiene la palabra la representante del Grupo Parlamentario Popular, señora Castillo.

La señora **CASTILLO LÓPEZ**: Gracias, presidente.

Señorías, el Grupo Socialista nos trae a debate una iniciativa que tiene por objeto proteger la intimidad y la privacidad de los consumidores ante el uso inadecuado de las *cookies*. Ahora bien, no nos equivoquemos, Internet es global y esto solo es obligatorio en la Unión Europea. Si entran ustedes en páginas como apple.com o cualquier otro portal de Estados Unidos, verán que allí no hay estos mensajes, y al final ellos son los que están en muchos de nuestros *smartphones* y disponen de toda nuestra información, mucho más allá de la que aporta una *cookie*. Ellos saben hasta nuestras pulsaciones en directo, señorías.

Las webs actuales utilizan las denominadas *cookies* con el objetivo de recordar accesos, lo que ahorra tiempo, personaliza las búsquedas y simplifica las gestiones, y lo que *a priori* puede parecer bueno, al final acaba convirtiéndose en una manera de conocer los hábitos de navegación de los usuarios, y estos datos son utilizados por empresas publicitarias para anunciar y vender con mayor efectividad bienes y servicios en función de nuestros hábitos de navegación.

Como sabrán, una *cookie* funciona como un fichero de datos que el sitio web envía al dispositivo del usuario cuando lo visita. La solicitud de almacenamiento del fichero la hace directamente al servidor de la web en el momento en el que accede a la página. Pero los administradores de las páginas web deben cumplir con la obligación legal de informar al usuario sobre qué *cookies* desean instalar, en virtud del Reglamento General de Protección de Datos, que, como decía el portavoz del Partido Socialista, es un reglamento de la Unión Europea que controla la forma en la que las empresas y otras organizaciones utilizan los datos personales. Para los desarrolladores web la normativa actual es un problema, esa es la realidad. Además de los textos legales que hay que incluir en las páginas web, hay que instalar un *plugin*, un programa adicional, para que el visitante acepte o deniegue las *cookies*. Estas *cookies* son las que guardan quién eres y luego te ofrecen, entre otras cosas, esa publicidad a medida que les indicaba. Estos *plugins* que vienen configurados son de los que debería existir simplemente uno y de manera oficial, pero esto todavía nos requeriría mucho más trabajo del que hoy traemos a esta casa. Ese *plugin* único y oficial a nivel europeo permitiría a los desarrolladores de cualquier plataforma —WordPress, Drupal o cualquiera de ellas— tener un control sobre lo que están instalando. Como eso no puede ser, en España lo que tenemos es una regulación de las *cookies* con base en el Real Decreto 13/2012, de 30 de marzo de 2012, por el que se trasponen una serie de directivas europeas en materia de mercados interiores de electricidad y gas y en materia de comunicaciones electrónicas.

Ya ha hecho referencia el portavoz del Partido Socialista al artículo 22 de la Ley 34/2002, de 11 de julio, de servicios de la sociedad de la información y del comercio electrónico, en el que se establece que el destinatario podrá revocar en cualquier momento el consentimiento prestado a la recepción de comunicaciones comerciales con la simple notificación de su voluntad al remitente. Por su parte, el artículo 13 del Reglamento General de Protección de Datos regula la información que se debe facilitar cuando se piden los datos personales del interesado.

Tras la entrada en vigor del reglamento que les he indicado en el año 2018, debería haberse puesto en marcha el Reglamento de Privacidad y Comunicaciones Electrónicas, o Reglamento ePrivacy, de la Unión Europea, por el que se concretaría más a fondo una regulación sobre el uso de las *cookies*, pero su desarrollo, señorías, a día de hoy todavía continúa paralizado. Han pasado más de dos años desde el momento en que esta regulación debería haber entrado en vigor. De ahí que el actual borrador, que sigue pendiente de aprobación en el Parlamento Europeo, debería contener esa obligación de las empresas de informar de forma clara e inequívoca al usuario y recabar el consentimiento expreso ante su instalación.

Señorías del Partido Socialista, les hemos enmendado su propuesta porque queremos que salga adelante. Creemos que a falta de esos *plugins*, que no parece que vayan a ser una solución a corto plazo, podemos avanzar en algún sentido. Por lo tanto, si no les gusta la palabra acelerar, trabajen en

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 798

2 de noviembre de 2022

Pág. 5

la redacción que consideren oportuna, que puede ser realizar, como país, las gestiones que se puedan para proceder a la aprobación del Reglamento ePrivacy en el seno del Parlamento Europeo, al objeto de garantizar una mayor protección de las condiciones para la prestación del consentimiento de los usuarios de Internet.

Respecto a incluir nuestro punto número 2, ¿qué decimos en este punto? Que se evite que el consentimiento realizado por el usuario por medio de una casilla marcada por defecto se considere consentimiento expreso, porque todos o la gran mayoría de nosotros cuando entramos en una página ni nos fijamos en lo que pone y le damos a aceptar, porque queremos realmente entrar en ella; prohibir que se impida al usuario seguir navegando si no aprueba el uso de las *cookies* en el dispositivo, e informar obligatoriamente al usuario de este consentimiento cuando acepta una *cookie*. Estamos de acuerdo en que es una regulación armonizada, pero esa regulación armonizada ya va tarde y no sabemos todavía ni cuándo se va a aprobar. Por lo tanto, incluirlo en nuestra legislación no es algo descabellado y, si luego se tiene que modificar cuando tengamos que adaptar las directivas europeas, lo haremos, pero creemos que puede ser bueno para nuestros usuarios.

Por último, les agradecemos que acepten el apartado número 3, que es el de realizar una campaña de información al consumidor sobre el uso de las *cookies*.

Muchísimas gracias, señorías. **(Aplausos)**.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Navalpotro Gómez): Muchas gracias, señora Castillo.

A continuación, en turno de fijación de posiciones, de menor a mayor por un tiempo de tres minutos, tiene la palabra el representante del Grupo Parlamentario Euskal Herria Bildu. **(Denegación)**. No va a intervenir.

Por el Grupo Parlamentario Republicano, el señor Eritja. **(Denegación)**. Tampoco interviene.

Entonces, por el Grupo Parlamentario VOX, tiene la palabra el señor Rodríguez Almeida.

El señor **RODRÍGUEZ ALMEIDA**: Muchas gracias, señor presidente.

Señorías del Grupo Parlamentario Socialista, la verdad es que parece que la iniciativa que traen hoy no tiene mucho sentido, en tanto que está a punto de publicarse el Reglamento denominado ePrivacy de la Unión Europea y, por lo tanto, poco margen hay y poco se puede hacer, ya que ha pasado todos los trámites en el ámbito de la Comisión Europea y del propio Consejo de Europa, que acordó el texto final de dicho reglamento, reglamento que derogará la primera de las directivas en esta materia, la 2002/58, y dará una regulación uniforme en toda la Unión Europea, además de establecer autoridades de control independientes encargadas de su supervisión, junto con otras medidas que ampliarán el alcance de la norma a otros proveedores de servicios de comunicaciones electrónicas, como WhatsApp, Facebook, Messenger, Skype o Gmail. La verdad es que tenemos que darnos cuenta de que a día de hoy tenemos la Agencia Española de Protección de Datos, que tiene competencias suficientes para actuar contra los incumplidores, y así lo está haciendo.

Entrando en el fondo de la cuestión, es importante reseñar que tenemos un sistema que no funciona. Desde el punto de vista de los usuarios, visitar una web se ha convertido en un proceso en el que lo primero que hay que hacer es aceptar y luego seguir navegando. Para personas con poca experiencia en la red es una dificultad más. Entendemos por qué se ponen estos requisitos y lo compartimos, pero la solución no es preguntar al usuario cada vez que accede, porque se ha convertido en algo mecánico. La realidad es que nadie lee los avisos de consentimiento, a veces de decenas de páginas, antes de acceder a una página web. Las obligaciones de protección de datos deben exigirse a los titulares de las páginas web y su cumplimiento debe ser inspeccionado por el supervisor. Pero, insisto, el consentimiento actualmente exigido es algo inútil, porque se ha convertido en algo mecánico y no meditado por el usuario.

Por otro lado, desde el punto de vista de las empresas, la restricción de *cookies* afecta fundamentalmente a los pequeños negocios por la no rentabilidad de publicidad de negocios pequeños. La publicidad deja de ser efectiva para los pequeños y favorece a los grandes, que son los que tienen más datos. Se da un escenario curioso, que la normativa de protección de datos se diseñó para impactar y limitar a los gigantes tecnológicos, y uno de esos efectos ha sido que ha ayudado a hacer menos viables a los pequeños comercios, que tienen mucho más difícil captar clientes. Esos negocios, que iban directos al consumidor gracias a la combinación de Shopify, la experiencia de compra y la publicidad en redes, o cierran o se tienen que ir a vender a través de grandes gigantes como Amazon para conseguir clientes.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 798

2 de noviembre de 2022

Pág. 6

En resumen, si queremos equilibrio entre protección al usuario, protección geopolítica y economía, hay que asumir la carga de inspección propia de los supervisores y no usar un sistema que supone una barrera de entrada definitiva para el pequeño comerciante *online*.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Navalpotro Gómez): Muchas gracias.

Finalmente, a los efectos de aceptar o rechazar las enmiendas presentadas a la proposición no de ley, tiene la palabra el portavoz del grupo autor de la iniciativa.

El señor **ORTEGA DOMÍNGUEZ**: Estamos trabajando en una transaccional.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Navalpotro Gómez): Muy bien, muchas gracias.

— RELATIVA A LA ALTA INSPECCIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO CONFEDERAL DE UNIDAS PODEMOS-EN COMÚ PODEM-GALICIA EN COMÚN. (Número de expediente 161/003677).

El señor **VICEPRESIDENTE** (Navalpotro Gómez): A continuación, vamos con la PNL que originalmente era la 1.^a, proposición no de ley relativa a la Alta Inspección del Sistema Nacional de Salud, presentada por el Grupo Parlamentario Confederal de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común.

Tiene la palabra la señora Medel.

La señora **MEDEL PÉREZ**: Gracias, señor presidente.

La Ley 15/1997, de 25 de abril, fue propuesta por el Partido Popular para destruir el servicio público más importante y eficaz a la hora de compensar la desigualdad económica entre la ciudadanía: la sanidad pública. El Partido Popular quería y quiere conseguir que la salud deje de ser un derecho para todos y todas, financiado mediante impuestos y que permite que cualquier persona, por pobre que sea, tenga derecho a una asistencia sanitaria de calidad. Para el PP la sanidad solo es un negocio y su Ley 15/1997 permite modalidades de gestión que introducen el lucro privado y que resultan especialmente perniciosas para la eficacia y la equidad del sistema de salud.

Así pues, en el marco de sus competencias, las comunidades autónomas pueden implementar diversas fórmulas organizativas para la prestación de los servicios sanitarios. Pero, conforme a la necesaria coordinación de las administraciones públicas sanitarias, corresponde al Estado el ejercicio de la Alta Inspección, definida en el artículo 76 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, como la función de garantía y verificación del cumplimiento de las competencias estatales y de las comunidades autónomas en materia de sanidad y de atención sanitaria del Sistema Nacional de Salud.

Quiero resaltar algunos puntos del apartado 2 del artículo 76 de la ley. Entre las funciones descritas en este artículo de la citada ley están, primero, evaluar el cumplimiento de fines y objetivos comunes y determinar las dificultades o deficiencias genéricas o estructurales que impiden alcanzar o distorsionen el funcionamiento de un sistema sanitario coherente, armónico y solidario. Esto lo dice la ley. Segundo, comprobar que los fondos correspondientes a los servicios de salud de las comunidades autónomas son utilizados de acuerdo con los principios generales de esta ley. Esto lo dice la ley. Tercero, verificar la inexistencia de cualquier tipo de discriminación en los sistemas de administración y regímenes de prestación de los servicios sanitarios.

Creo que las funciones de la Alta Inspección son claras: Una competencia estatal de vigilancia que no implica dependencia jerárquica alguna entre el Estado y las comunidades autónomas, sino que es un instrumento de fiscalización que permite al Estado comprobar que la legislación se cumple. Esto es lo que plantea, precisamente, esta proposición no de ley. ¿Por qué? Porque el creciente peso de las fórmulas de gestión privada, como está sucediendo en Madrid, plantea nuevos desafíos a la hora de evaluar el destino de los fondos públicos y sus efectos en relación con la coherencia, equidad y solidaridad del Sistema Nacional de Salud. Sabemos que se han tomado decisiones en Madrid, como suprimir las urgencias de atención primaria, que han saturado los hospitales públicos, poniendo en peligro el sistema y la salud de la ciudadanía madrileña. Sabemos que la construcción del Zandal ha sido un ejemplo de brutal ineficiencia. Los 434 millones de euros que serán transferidos para estructuras de atención primaria pueden ser dedicados a cualquier otra cosa en comunidades como la de Madrid, Andalucía o Galicia. La Alta Inspección del Sistema Nacional de Salud, en el marco de sus funciones

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 798

2 de noviembre de 2022

Pág. 7

legalmente establecidas, debe fiscalizar con planes específicos el complejo entramado de las fórmulas de gestión indirecta, es decir, de la privada.

Por todo ello, mi grupo parlamentario presenta la siguiente proposición no de ley: Incluir en el plan anual de actividades de la Alta Inspección del Sistema Nacional de Salud, así como desarrollar en colaboración con las comunidades autónomas, programas específicos de inspección orientados a verificar y fiscalizar las fórmulas organizativas de gestión indirecta implementadas en el Sistema Nacional de Salud, tales como los conciertos, las concesiones o la externalización de actividades clínicas, asistenciales y cualesquiera otras relacionadas con los servicios sanitarios, para alcanzar, entre otros, los objetivos siguientes: En primer lugar, comprobar si las administraciones públicas sanitarias que establecen conciertos para prestar servicios sanitarios con medios ajenos a ellas analizan con carácter previo la utilización óptima de sus propios recursos y que dichos conciertos no contradigan los objetivos sanitarios, sociales y económicos previstos en los correspondientes planes de salud, en los términos dispuestos en el artículo 90 de la Ley General de Sanidad, de 1986. En segundo lugar, evaluar, en colaboración con la Oficina Independiente de Regulación y Supervisión de la Contratación y otros órganos competentes a cargo del Ministerio de Hacienda, el cumplimiento de las exigencias de necesidad, idoneidad y eficiencia en la contratación pública relativa a las fórmulas de gestión sanitaria. En tercer lugar, verificar la inexistencia de discriminación por razones socioeconómicas o de otro tipo, de carácter directo o indirecto, en los regímenes de gestión privada de los servicios sanitarios. Esto está tal cual escrito en la Ley de 2003. En cuarto lugar, impedir y perseguir todas las modalidades específicas de fraude, corrupción o distorsión de las prestaciones o servicios sanitarios asociados a todas las fórmulas organizativas distintas de la gestión directa. Y, en último lugar, advertir a las autoridades sanitarias de las comunidades autónomas de los incumplimientos que se detecten y las conclusiones que se alcancen en relación con la equidad y la solidaridad del Sistema Nacional de Salud. Todos estos puntos están incluidos en la ley de equidad de 2003.

Muchas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Navalpotro Gómez): Muchas gracias, señora Medel.

A continuación, y en defensa de las enmiendas presentadas, por un tiempo de cinco minutos, por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Ortiz.

El señor **ORTIZ GALVÁN**: Gracias, presidente.

Señorías, debatimos una PNL del Grupo Podemos relativa a la Alta Inspección del Sistema Nacional de Salud, pero realmente el trasfondo de esta iniciativa es otro que vamos a intentar explicar.

Para contextualizar, fue en el año 1997, con un Gobierno del Partido Popular, cuando se aprobó la Ley 15/1997, de habilitación de nuevas formas de gestión, para coordinar todo el modelo de colaboración públicoprivada por parte de las comunidades autónomas en materia de salud. Es una ley que aplican todas las comunidades autónomas —digo bien, todas—, incluidas las que gobierna la izquierda en este país, y una ley, por cierto, que con el Gobierno socialista de Rodríguez Zapatero, desde el año 2004 a 2011, nunca se derogó, y que desde el año 2018, con el Gobierno socialista, tampoco se ha derogado. En Andalucía, en mi tierra, con un Gobierno socialista fue cuando se alcanzó un mayor número de conciertos con empresas sanitarias. Esto lo conozco bien, ya que en la provincia de Cádiz, en mi provincia, los hospitales de Cádiz centro, Sanlúcar, para toda la costa noroeste, el Puerto de Santa María, el de Villamartín, para la Sierra de Cádiz, funcionan a través de conciertos y fueron autorizados por gobiernos socialistas en Andalucía, que, afortunadamente, ya son historia en mi tierra. Esto lo decimos porque es la izquierda la que intenta dar lecciones, cuando una cosa es lo que hacen bajo la pancarta y otra cuando gobiernan. Pero, si nos vamos a Cataluña, gobernada por Esquerra Republicana, destinan 3288 millones de euros en conciertos, lo que supone el 24,4% del gasto público sanitario. Así, es la comunidad autónoma que más dinero destina a la partida de conciertos, donde —insisto— gobierna Esquerra Republicana. Estos son los datos.

Lo que pretende Podemos con esta PNL, pero también con toda su iniciativa política, es cargarse este modelo de colaboración públicoprivada en materia sanitaria. Pero tenéis un problema, y es que formáis parte de un Gobierno de coalición, un Gobierno de coalición que quiere traer a esta Cámara la ley de equidad. Y la pregunta es ¿por qué no la traen? ¿Por qué no traen esa ley? Ese es el trasfondo. Señorías, esta PNL no va dirigida a la mayoría de los grupos parlamentarios de esta Cámara; esta PNL no va dirigida a ningún grupo en concreto, va dirigida al Partido Socialista. Se trata de una herramienta de presión para que el PSOE, que gobierna en coalición con Podemos, que no quiere la colaboración

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 798

2 de noviembre de 2022

Pág. 8

públicosanitaria, tramite ya la ley. Y no la tramitan. Esa es la clave. Esta PNL es un conflicto interno más dentro del Gobierno, que hoy lo enmascaran, pero que es realmente el problema que tienen: el conflicto interno dentro del Gobierno en competencias de salud. Nos consta que en el proyecto de ley de equidad en materia sanitaria, el PSOE lo único que puede hacer es cambiarle el nombre a la ley; lo único que puede hacer es cambiarle el nombre a la ley que aprobó el Partido Popular en el año 1997, porque el Partido Socialista sabe que todo lo que sea contrario a ella sería inviable. Nos consta que así lo han manifestado los presidentes de comunidades autónomas, y si no que se lo digan al presidente de Valencia, con el caos que tiene en la Comunidad Valenciana.

Señorías del Grupo Socialista y de Podemos, pónganse de acuerdo, pero dentro del Consejo de Ministros; dejen las batallitas internas y saquen la sanidad de su juego de poder. Gobernar es algo muy serio. La gente quiere coherencia; la gente quiere sentido común; la gente quiere, cuando va al médico, que se la atiendan; que no haya listas de espera; que haya avances en investigación. La gente quiere pruebas diagnósticas en tiempo y forma. La gente quiere que la atención primaria cuente con los recursos suficientes. La gente quiere una sanidad de primera. La gente y los profesionales quieren que salgan las ofertas de empleo público ante la carencia de especialistas. Estos son los problemas que preocupan a la gente y que tenemos que debatir en esta Comisión; en cambio, a ustedes lo que les preocupa son sus peleas internas. Afortunadamente, en un año tendremos cambio de Gobierno, y, al igual que hemos hecho en Andalucía con el Gobierno de Juanma Moreno, donde el presupuesto de sanidad pública ha alcanzado cifras récord a las que nunca se llegó con gobiernos de izquierdas, también desde la Moncloa, con el presidente Feijóo, se dotará a las comunidades autónomas de más recursos y de las herramientas legales para que la ciudadanía reciba una asistencia sanitaria a la altura de un gran país como es España. Por ello, hemos presentado una enmienda —y con ello acabo, presidente— que dice, literalmente: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a impulsar y a coordinar, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y desde el consenso real con las comunidades autónomas, al correcto desempeño de las funciones atribuidas a la alta inspección, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 76, 77, 78 y 79 de la ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que esperemos aprueben.

Muchas gracias. (Aplausos).

El señor **VICEPRESIDENTE** (Navalpotro Gómez): Muchas gracias, señor Ortiz.

Por tiempo de cinco minutos, tiene la palabra la representante del Grupo Parlamentario Socialista, la señora Andrés.

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

No sé si contestar directamente al señor del PP o entrar al tema. Voy a hacer una entradilla y luego le contestaré o plantearé las cuestiones que considero pertinentes respecto a la iniciativa que presenta Unidas Podemos. Usted dice que lo que los pacientes quieren es que se les atiendan. Pregúntele a la Junta de Andalucía. El radiólogo de su pueblo acaba de dimitir por sobrecarga laboral, nada más y nada menos. **(El señor Ortiz Galván: ¡Eso es mentira!— Aplausos).**

Dicho esto, Unidas Podemos presenta una iniciativa sobre la alta inspección, gran desconocida, la inspección de servicios sanitarios, a la que solo se recurre cuando el paciente tiene un problema de atención y dice que quiere ver al inspector o cuando los profesionales ven que viene la inspección y dicen: algo pasa. Es una gran desconocida. En principio, quiero decir algo muy importante: la inspección es una competencia autonómica, está entre las competencias de las comunidades autónomas y cada uno se organiza, pero se organiza en base a la Ley General de Sanidad, que es una norma básica, y las comunidades autónomas legislan las leyes complementarias que ayudan a la Ley General de Sanidad, especificando en cada zona los requisitos. Por ejemplo, el señor del PP ha dicho: ¿por qué no entran en la ley de cohesión? La ley de cohesión, artículo 76, es una copia literal del artículo 90 de la Ley General de Sanidad de 1986. Míreselo. Y se traerá la ley de cohesión porque está en tramitación. ¿Qué es lo que hace exactamente la inspección? Yo creo que es una gran desconocida. Controla bajas laborales de pacientes; las desviaciones de muchas bajas por parte de los médicos; la medicación del visado electrónico; las desviaciones de prescripciones; los expedientes de responsabilidad patrimonial, que hoy en día están creciendo exponencialmente —solo tienen que poner responsabilidad patrimonial en Google y verán los abogados que les salen—; la colaboración con las mutuas, que corrige las peticiones de altas y bajas; la inspección de los servicios sanitarios concertados y no concertados, los propios y ajenos, artículo 29 de la Ley General de Sanidad y artículo 76.2 de la ley de cohesión territorial.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 798

2 de noviembre de 2022

Pág. 9

Todo eso, más los expedientes disciplinarios, es lo que hace la inspección. Por eso está totalmente en las comunidades autónomas.

Yo entiendo a la señora Medel, la entiendo perfectamente, porque también he sufrido —soy de Valencia— lo que usted ha dicho del lío de ahora de la sanidad. No, estamos saliendo del lío en el que el PP nos metió, con una situación económica de caos perfecto, y se está revalorizando el hospital, está volviendo a salir a concurso y se están reintegrado los hospitales en la sanidad pública. **(Rumores)**. Esto se está haciendo con el Gobierno del acuerdo del Botánico, pero ¿sabe quién entró en los centros sociosanitarios cuando el COVID? ¿Quiénes fueron los primeros? La inspección, para saber qué centros sociosanitarios había que cerrar y cuáles no. Fue la inspección.

En este momento, en España está gobernando el Partido Socialista, que tiene una gran vocación de servicio público y quiere prestar servicios donde no se llega. El artículo 90 de la Ley General de Sanidad ya decía: en aquellos sitios donde no se puede llegar por distancia. Por ejemplo, la gente con quimioterapia va de Soria a Burgos a darse la quimioterapia. Sin embargo, en la Comunidad Valenciana, que iban de Gandía a Valencia, ya se está solucionando; la alta especialización, que no estaba en todos los sitios, está en la concesión, y se está abordando la saturación de las listas de espera. Por eso, también se pide el control de la actividad propia, que es la que generan las listas de espera.

El sentir de este Gobierno es que lo público y lo concertado es responsabilidad pública. Lo público es todo aquel servicio que se presta de asistencia sanitaria pública en el espacio público o privado. La señora Medel pedía la Oficina Independiente de Regulación de Contratos. Las concesiones administrativas se hacen por el artículo 13 de la Ley de Contratos del Estado. Los pliegos de condiciones técnicas que hay que sacar con libre concurrencia están valorados por los consejos jurídicos consultivos de las comunidades autónomas. El Tribunal de Cuentas de cada comunidad autónoma —el Tribunal de Comptes o como lo quiera usted llamar en cada zona— audita las cuentas en colaboración con el Tribunal de Cuentas del Estado y, en el caso de haber alguna irregularidad, se pasa a la sala jurisdiccional del Tribunal de Cuentas. Lo que pasó durante la época que gobernaba el PP es que taparon los ojos a la inspección, nos ignoraron, nos arrinconaron y no nos dejaban entrar en los sitios a inspeccionar. Se lo digo yo, que he pertenecido al cuerpo de inspección durante veinte años. Yo soy de las más jóvenes de la última convocatoria que hubo en el año 1992 y, hasta ahora, no ha habido más convocatorias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Navalpotro Gómez): Señora Andrés Barea, por favor, vaya acabando.

La señora **ANDRÉS BAREA**: Muchas gracias por avisarme del tiempo.

Por tanto, consideramos que la iniciativa que hemos presentado recoge muchísimo mejor la situación: incardinar la Inspección del Sistema Nacional de Salud en el consejo interterritorial y controlar las fórmulas desde las comunidades autónomas.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Navalpotro Gómez): Muchas gracias.

En turno de fijación de posiciones, de menor a mayor y por un tiempo de tres minutos, tiene la palabra el señor Ruiz de Pinedo, representante del Grupo Parlamentario Euskal Herria Bildu.

El señor **RUIZ DE PINEDO UNDIANO**: Muchas gracias.

Por nuestra parte, vamos a votar favorablemente la propuesta del Grupo Podemos, porque entendemos que lo que se nos trae aquí trata de comprobar, evaluar, verificar, impedir y perseguir modalidades específicas de fraude y advertir a las autoridades. Esto no conlleva una dependencia jerárquica por parte de los órganos autonómicos que tienen las competencias. Dado que esto no conlleva una sustitución de la capacidad de decisión y desarrollo de las capacidades de gobierno, no entra en conflicto la posibilidad de hacer un informe que le corresponde, según esta ley, a la Alta Inspección del Servicio Nacional de Salud, entendiendo que tal cosa no implica una dependencia jerárquica. Por lo tanto, vamos a votar que sí.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Navalpotro Gómez): Muchas gracias, señor Ruiz de Pinedo.

Por último, también por un tiempo de tres minutos, el representante de VOX, el señor Steegmann.

El señor **STEEGMANN OLMEDILLAS**: Muchas gracias, señor presidente.

Esto viene de una obsesión que tiene Podemos contra la propiedad privada, una idea primitiva comunista, cuando todos sabemos que la propiedad privada —y la doctora Medel lo sabe— es el origen

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 798

2 de noviembre de 2022

Pág. 10

del tesoro más importante que tiene el ser humano: la libertad. En lo que concierne a la sanidad, las comunidades socialistas se están apresurando a hacer contratos con la privada antes de que se aplique la ley de equidad. La señora Armengol lo ha hecho esta tarde. Los podemitas —perdón por la expresión; doctora Medel, discúlpeme (**la señora Medel Pérez: No, si me parece muy bien**)— prefieren que las listas de espera se multipliquen, que se enfermen los pacientes con tal de llevar a la quiebra a la asistencia sanitaria privada. Pasa como con aquel que prefiere quedarse tuerto con tal de que el otro se quede ciego, o a la inversa. Si el objetivo de esta PNL fuese que se cumpliera lo que la ley de cohesión y calidad dice, estaríamos de acuerdo, porque estamos hablando, señora Andrés, de la alta inspección, no de las bajas, de la alta inspección.

Como no me dará tiempo, porque creía que eran cinco minutos y son solo tres, una gran parte de mi intervención está inspirada en los escritos del profesor Solozábal, que es más o menos de su cuerda. Bien, si el objetivo fuese la alta inspección, estaríamos de acuerdo, porque el problema de un Estado que se constituye en Estado autonómico es garantizar la equidad y garantizar que los recursos que se vierten en las comunidades autónomas se invierten de una forma apropiada. Bastaría querer cumplir con estas exigencias para justificar la alta inspección. No basta, entonces, con la colaboración, como propone la enmienda del Partido Popular, porque la alta inspección tiene una facultad de tipo ejecutivo y se sustenta en la necesidad de que el Estado central tenga su propia Administración utilizable para ejecutar su legislación. Por lo tanto, esta coordinación general de la sanidad, que es competencia del Estado central, es una colaboración de carácter obligatorio y le corresponde, como dice el profesor Solozábal, un poder de preeminencia a la Administración central. Ha advertido el Tribunal Constitucional en su sentencia 109/1998 que las facultades de coordinación conllevan un cierto poder de dirección, y este es el papel que debe ejercer el Gobierno. Se nos dirá que este Gobierno es un desastre; estamos de acuerdo, pero creemos que el Estado interautonómico de sanidad —los reinos de taifas sanitarios— es un desastre peor. Por eso, en VOX afirmamos que la sanidad debe ser devuelta al Estado.

Creemos, como dicen los artículos 79 b), c) y d) de la ley de cohesión y calidad, que la alta inspección tendría una finalidad para hacer posible la equidad y la eficiencia, pero, señorías, la garantía de que los recursos que transfiere el Estado a las autonomías para la sanidad se inviertan con propiedad, esa facultad de la alta inspección, debería estar en manos del Estado central —termino—, y debería aplicarse a todos los centros de gasto, empezando por los públicos, que constituyen el 90% del gasto asistencial.

Así que, por su concepción comunista y, por tanto, inmoral, votaremos en contra de la proposición de Podemos. También votaremos en contra de la enmienda del PSOE, que hemos visto que tiene mucha confusión; además, es un tanto serpenteante, serpigínosa, un poco oscura. Y no estamos de acuerdo con la enmienda del Partido Popular. Nos quedaremos solos, pero, ¡claro!, solo queda VOX. **(Aplausos)**.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Navalpotro Gómez): Muchas gracias, señor Steegmann.

Finalmente, y solo a efectos de aceptar o rechazar las enmiendas presentadas a la proposición no de ley, tiene la palabra la portavoz del grupo parlamentario autor de la iniciativa, señora Medel.

La señora **MEDEL PÉREZ**: La proposición se mantiene en sus términos. No acepto ninguna.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Navalpotro Gómez): Muy bien. Muchas gracias.

— RELATIVA A QUE EL GOBIERNO PONGA EN MARCHA MEDIDAS QUE ABARATEN LOS PRECIOS DE LOS ALIMENTOS BÁSICOS DE LA CESTA DE LA COMPRA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/004335).

El señor **VICEPRESIDENTE** (Navalpotro Gómez): A continuación, pasamos a la tercera proposición no de ley —aunque originalmente era la cuarta—, presentada por el Grupo Parlamentario Popular, relativa a que el Gobierno ponga en marcha medidas que abaraten los precios de los alimentos básicos de la cesta de la compra.

Por un tiempo de siete minutos, tiene la palabra la portavoz del Grupo Popular, señora Riobos.

La señora **RILOBOS REGADERA**: Muchas gracias, señor presidente.

Señorías, en el Partido Popular consideramos que es fundamental que el Gobierno baje el IVA de los productos básicos de la cesta de la compra en Navidad. ¿Y qué es lo que pedimos? Lo que lleva reiterando nuestro presidente, el presidente Feijóo, y es que aquellos alimentos que tienen el IVA en el 10% se bajen al 4%, y son, entre otros productos que son fundamentales: la carne, el pescado el aceite, el agua, las

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 798

2 de noviembre de 2022

Pág. 11

pastas, las conservas, los productos de higiene femenina y los pañales. Asimismo, pedimos que el IVA de la luz y del gas, que se ha bajado ya al 5%, se mantenga durante todo el invierno, porque el consumo máximo de gas se lleva a cabo durante los meses de enero, febrero y marzo, y nunca en octubre, noviembre o diciembre, como ha sido hasta ahora. En resumen, pedimos que el Gobierno baje el IVA por Navidad a las familias españolas porque muchas de ellas ya no pueden llegar a final de mes. Estamos hablando de que las familias consumidoras españolas sufren, por una parte, un infierno fiscal y, por otra parte, unos precios desbocados de todo. Empezamos con la luz hace más de un año; seguimos con el gas, los carburantes, la cesta de la compra, y ahora ya entran también las hipotecas. Lo que estamos diciendo es que las familias ya no pueden más en la situación en la que están viviendo. ¿Y por qué está ocurriendo esto? **(La señora presidenta ocupa la Presidencia)**. Porque la inflación sigue desbocada y está poniendo en peligro derechos básicos y fundamentales de los consumidores, como es el acceso a bienes y servicios básicos esenciales a unos precios razonables y poder escoger productos en los mismos términos. Este es el gráfico de la inflación del último mes, del mes de octubre. **(Muestra un gráfico)**. La inflación subyacente, que es la que tiene que ver con la cesta de la compra, sigue subiendo y está en el 6,2%. Si lo comparamos con 2018 es una barbaridad, porque en el año 2018 estaba la inflación subyacente en el 1%. Con esta situación de inflación, las familias cada vez tienen más dificultades para llegar a final de mes. A esos precios desbocados tenemos que sumar, como les decía antes, por ejemplo, la subida de la luz en el mes de agosto, a pesar de ese artefacto de la excepción ibérica, que lo único que ha hecho es cambiar el IPC y que, en lugar de que siga subiendo, baje este último mes, pero, en realidad, la cesta de la compra sigue siendo más alta que nunca. La luz en el mes de agosto subió en España un 60%; en Alemania, un 16,6, y en Francia, un 7,7. **(Muestra otro gráfico)**. Es decir, que a pesar de la excepción ibérica, la situación en cuanto al precio de la luz en España es absolutamente inaceptable. ¿Y cómo tenemos en este momento el gasóleo y la gasolina? Pues casi se ha duplicado en relación con el año 2018. Igual que el gas, el gas butano o las hipotecas, pues estamos hablando de 200 euros más al mes en las hipotecas variables; estamos hablando de que las familias van a tener que coger 2400 euros este año y el que viene para poder pagar la hipoteca, una cosa absolutamente inaceptable de todo punto.

Si tenemos los precios desbocados en general, la cesta de la compra en algunos casos es absolutamente insalvable para muchas familias. Y, fíjense ustedes, yo he utilizado este gráfico en bastantes comisiones aquí para reivindicar la bajada del IVA de determinados productos. **(Muestra otro gráfico)**. Cada vez que lo saco tengo que subir los precios porque el IVA de algún producto de la cesta de la compra ha subido. Estamos hablando de que, por ejemplo, los aceites han llegado a subir un 71%: los huevos, un 50%; la leche, un 26%; el pan o las pastas, un 39%. La situación es increíble.

Yo veía el otro día un reportaje muy interesante en la televisión. Acababa de salir el IPC, ese IPC que está falseado porque se ha quitado la subida del precio de la luz a través de la excepción ibérica. Pues bien, todas las personas que fueron encuestadas, que serían más de diez, decían que en absoluto había bajado el IPC, que los productos de la cesta de la compra habían subido más y que la situación era insoportable. Las familias están cambiando sus hábitos y están intentando ahorrar, pero, aun así, es imposible porque todo lo que ellos restringen en el consumo al final está subiendo por los productos de la cesta de la compra.

Fíjense ustedes, en este momento tenemos la subida de alimentos más alta de los últimos treinta y cuatro años. Les voy a dar un dato que es muy importante: en el año 2018 se estimaba que la cesta de la compra, lo que consumía una familia media de tres miembros al año, rondaba los 5000 euros. En este momento estamos hablando de que la cesta de la compra nos cuesta ya de media a las familias 6000 euros, 1000 más. ¿Ustedes creen que si se suma a la cesta de la compra la hipoteca, lo que sube la luz, lo que sube el carburante y lo que va a subir el resto de productos, las familias van a poder llegar a final de mes? Esto es absolutamente imposible.

Por eso, teniendo como tiene el Gobierno una recaudación disparada, estamos hablando de un egoísmo por parte del señor Sánchez inaceptable. Va a ingresar ya 33000 millones más, un 23% de lo previsto en el año 2022, y todo esto porque el IVA y el IRPF se han disparado por la inflación. ¡Oiga!, dejen ustedes de ingresar tanto que ya está bien de que el Gobierno de España se hinche a ganar dinero por el tema de la inflación y en lugar de esto bajen los productos de la cesta de la compra, que las familias lo están pasando mal. Y háganlo, por favor, en Navidad, que es cuando realmente es importante. Además, el Gobierno podría ahorrar. Se ha estimado que el Gobierno de España podría reducir los gastos superfluos en un 14%, algo así como 60000 millones de euros.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 798

2 de noviembre de 2022

Pág. 12

Señorías, este es un tema muy preocupante. Las familias no pueden llegar a final de mes, a mí me parece que sería muy grave que hubiera familias españolas que no pudieran comprar alimentos básicos para sus hijos en la Navidad de 2022 porque un gobierno egoísta sigue insistiendo en sacar y en esquilmar el dinero a los consumidores a través del IVA y de la inflación, que es el impuesto a los pobres. Desde luego, todas las familias se ven afectadas, pero especialmente las familias de clase media y las más vulnerables, porque cualquiera de las medidas que me diga la portavoz del Partido Socialista que ha puesto en marcha el Gobierno son una trampa, y lo decía el otro día. El bono social quienes lo van a pagar son los consumidores, porque al final te lo recargan a ti, aunque el Gobierno y el señor Sánchez digan que se va a incrementar la reducción que tiene el bono social. En el resto de medidas, la cantidad de impedimentos y de papeles que hay que hacer es tan importante que al final las familias son incapaces de acogerse a cualquiera de esas supuestas medidas del Gobierno.

Por tanto, y a modo de resumen, señorías, forcemos a través de esta Comisión al Gobierno a que baje el IVA de los productos básicos de la cesta de la compra del 10 al 4% para que las familias españolas puedan llegar a final de mes también en Navidad.

Muchas gracias. (Aplausos).

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

En turno de fijación de posiciones, de menor a mayor y por tiempo de tres minutos, tiene en primer lugar la palabra, si desea intervenir, el señor Ruiz de Pinedo, por el Grupo Parlamentario Bildu.

El señor **RUIZ DE PINEDO UNDIANO**: Buenas tardes y muchas gracias.

No vamos a apoyar esta esta moción, en primer lugar, por su demagogia. En estos momentos, hablar de que la subida de precios es debida al IVA y al IRPF, al tipo impositivo, es de una demagogia total. La subida de precios viene ya de antes de la crisis de la guerra de Ucrania, viene de antes de todo el proceso inflacionario de subida del petróleo y de todos los combustibles y de una cadena alimentaria comercial que está controlada por los grandes grupos de la industria alimentaria, desde la Bolsa de Chicago hasta los diferentes instrumentos que están poniendo precio a las materias básicas. En estos momentos, la rebaja del IVA o la rebaja de impuestos no afectaría a la bajada de precios, sino que incrementaría los beneficios de quienes actualmente se están aprovechando de esta situación.

Estaría de acuerdo en apoyar esta moción si realmente fuéramos a una campaña de control de precios, de precio justo y sobre todo de control de la cadena alimentaria; ahí es donde se debería actuar en estos momentos. Es más, la mayor subida de precios está repercutiendo en una bajada de precios de pago al productor directo en algunos aspectos de la cadena alimentaria. Ahí es donde debemos intervenir, y no en la línea que están ustedes proponiendo de presentar la recaudación fiscal como un elemento injusto, cuando es precisamente uno de los instrumentos necesarios para reequilibrar y redistribuir todas las plusvalías que en estos momentos se están creando en la sociedad. Por tanto, nosotros no podemos apoyar esta propuesta tal como está.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

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

La señora **LÓPEZ DOMÍNGUEZ**: Gracias, presidenta.

Señora Riobos, le he dicho varias veces que la aprecio, que le tengo cariño, y es por eso que le voy a hacer dos proposiciones. Una, si usted realmente está tan preocupada por la gente con pocos recursos y por las familias que no llegan a final de mes, cámbiese de partido, porque me parece que el partido Popular no es el sitio más adecuado. Si quiere, le paso el *link* a la página web y ya lo arreglamos, tranquila. La segunda: si usted se quiere quedar en el Partido Popular y lo que le pasa es que se le acaban las ideas para presentar PNL, nos tomamos un café un día y vemos, porque la sociedad tiene muchos problemas. No sé cuánto lleva usted hablando de lo mismo, pero tengo la sensación de que casi desde que yo era pequeña. **(La señora Riobos Regadera: ¡Y no me han hecho caso!)**

Ahora pasamos de la amistad a discutir un poco las propuestas. Para bajar la cesta de la compra le recuerdo que justamente usted ha criticado todas las actuaciones que está llevando a cabo el Ministerio de Consumo que tienen incidencia directa, por ejemplo, la propuesta de una cesta de la compra básica

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 798

2 de noviembre de 2022

Pág. 13

para tener una dieta saludable que respete la dieta mediterránea al completo para todas las personas, porque, como sabe, la limitación de precios no es posible.

Vamos ahora a sus medidas para la luz, y lo primero que me llama la atención es que ustedes presentan esta PNL en julio y se autoenmiendan en octubre, porque era el plan de su presidente, Casado, Feijóo, Rajoy, Aznar, quien sea; Feijóo llegó en septiembre. En julio presentan una PNL genérica, porque con la de meses que llevábamos de inflación, de crisis y de malestar de la gente, ustedes todavía no tenían medidas hasta septiembre, y en octubre se autoenmiendan. Hablando de las medidas para reducir la factura de la electricidad, ¿se acuerda qué votaron ustedes? Se abstuvieron. ¿Cómo pueden ahora reclamar que se alargue una medida en la que se abstuvieron?

Hay una cosa en la que podríamos estar de acuerdo: en bajar el IVA de los productos femeninos y todos los que usted comenta. Siempre le digo que bajar el IVA no es útil ni en todas las ocasiones ni en todas las situaciones ni para todos los productos. En el caso de la higiene femenina, estaría de acuerdo, pero le recuerdo lo que dijo su Gobierno en la Comisión de Igualdad en el año 2016: sin embargo, es una cuestión tributaria y esta Comisión ya tiene suficientes e importantes contenidos y competencias. Insisto, coincidimos con sus exposiciones, pero entendemos que esta no es la Comisión y, en consecuencia, el Grupo Popular va a abstenerse. Esto era en la Comisión de Igualdad y ustedes decían que tenía que ir a la Comisión de Hacienda. Estamos en la Comisión de Sanidad y Consumo, ¿se le ha olvidado a usted cuáles son las competencias de cada Comisión? También en una respuesta escrita del que era en el ese momento su Gobierno, en lo relativo a la aplicación del tipo impositivo blablablá, se remiten al apartado tercero, artículo 191, de la Ley 37/1992.

Creo que ya se me acaba el tiempo, pero quiero recordar —ya acabo, presidenta— quién fue el que impulsó la subida generalizada de IVA. Ya en 2016 mi Grupo Parlamentario pedía que se modificase o derogase el Real Decreto Ley 20/2012, aprobado durante el Gobierno del Partido Popular y que subió el tipo reducido del IVA del 8 al 10%, con especial incidencia en las mujeres, porque como usted sabe tenemos de media, en general, salarios más bajos y una tasa de pobreza más elevada.

Para acabar, feliz Navidad.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

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

El señor **RODRIGUEZ ALMEIDA**: Muchas gracias, señora presidente.

Señorías del Grupo Parlamentario Popular, vuelven a traer a debate otra proposición no de ley a esta Comisión de Sanidad y Consumo sobre un tema que nada tiene que ver con las competencias del Ministerio de Consumo. La política fiscal sobre los productos básicos de la cesta de la compra o electricidad y el gas son materia del Ministerio de Hacienda de manera directa y, de manera indirecta, de los Ministerios de Agricultura, Pesca y Alimentación o Industria, Comercio y Turismo respecto de los productos básicos de la cesta de la compra y de la Secretaría de Estado de Energía del Ministerio para la Transición Ecológica en lo relativo a la electricidad y el gas. Señorías del Grupo Parlamentario Popular, no le sigan el juego al ministro comunista de Consumo, que es un experto en distraer la atención de los ciudadanos sobre los atropellos institucionales del Gobierno, haciendo declaraciones sobre materias que nada tienen que ver con su ministerio, con el único fin de distraer la atención de la ruinosa gestión del Gobierno y de cada uno de sus ministros.

Señorías del Grupo Parlamentario Popular, les recuerdo que la principal causa del incremento generalizado y acelerado de los precios es el alza del coste de las fuentes de energía, y esto trae causa de la política energética suicida que han compartido los gobiernos del PSOE y el PP, dos partidos que se han prodigado en publicaciones para asumir la responsabilidad y el demérito, desde nuestro punto de vista, del cierre de centrales nucleares y de otras fuentes de energía que son necesarias y del apoyo de aspectos energéticos de la Agenda 2030.

Ustedes proponen una bajada temporal de impuestos, y eso no soluciona el problema, ni siquiera lo suaviza significativamente. No existen atajos ni soluciones mágicas, la única manera de bajar el precio de la electricidad es abandonar un *mix* energético artificial, suicida y ni siquiera limpio en términos medioambientales.

La propia Unión Europea ha dado la razón a VOX, considerando la energía nuclear y el gas como energías limpias, mientras el Gobierno socialcomunista negaba y sigue negando la evidencia sobre la emisión de CO₂ de dichas fuentes de energía. Asuman la evidencia y no solo serán bienvenidos al sentido común, sino que los españoles se lo agradecerán. La energía nuclear es, a día de hoy, la única posibilidad

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 798

2 de noviembre de 2022

Pág. 14

para alcanzar la tan necesaria soberanía energética que exigimos en VOX desde hace años. Tensiones coyunturales, como la actual invasión de Ucrania, ponen de manifiesto que la Agenda 2030, que han suscrito todos los grupos parlamentarios de esta Cámara, a excepción de VOX, expone a España y al resto de Europa a gravísimas vulnerabilidades. Nunca nos ha importado predicar en el desierto verdades elementales ante el consenso progre que ustedes han suscrito. Estamos muy orgullosos de que las movilizaciones sociales de la clase trabajadora exijan a la clase política española algo muy elemental, que en VOX también reivindicamos: los políticos españoles deben defender los intereses de los españoles por encima de los intereses globalistas de unos pocos. Por eso, la obligación de todos los diputados de esta Cámara es defender y promover la necesaria soberanía energética de España.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Y, por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Sánchez Jódar.

La señora **SÁNCHEZ JÓDAR**: Gracias, presidenta.

Medidas para amortiguar los efectos de la inflación en Navidad, no; medidas para amortiguar los efectos de la inflación durante todo el año y, mientras que hagan falta y los ciudadanos y las ciudadanas de este país lo necesiten, sí. En esas está el Gobierno de España, a pesar de ustedes, porque a pesar de que han cambiado de líder, siguen siendo los mismos, siguen siendo el mismo partido que aumentó el IVA de todos los productos en los peores momentos que estaba sufriendo la ciudadanía con la crisis del *boom* inmobiliario; siguen siendo el mismo partido que en los peores momentos rescató a la banca con 60 000 millones de euros de dinero público, que no sabemos dónde están ni nunca más lo van a recuperar los ciudadanos y ciudadanas de este país; y siguen siendo el mismo partido que en ese mismo momento lo que hizo fue una amnistía fiscal para que sus amiguetes se fueran de rositas. Por lo tanto, medidas para contener la inflación y amortiguar las duras consecuencias de esta guerra devastadora a las puertas de Europa, que está provocando el aumento de la inflación en toda la zona euro, sí, pero durante todo el año y mientras que los ciudadanos y ciudadanas de este país lo necesiten. Y por eso, señora Riobobos, le tengo que recordar y tengo que echar en falta la valentía de su partido en la oposición. Un partido que se considera partido de Gobierno debería ser valiente. Un líder, el señor Feijóo, que aspira a gobernar este país, debería dejar atrás la cobardía de un líder del PP que, lejos de anteponer los intereses de los ciudadanos y ciudadanas de este país, se supedita a los mandatos de la señora Ayuso, que fue quien lo puso.

Son muchísimas las medidas que está poniendo en marcha este Ejecutivo para contener la inflación y para mejorar la capacidad adquisitiva de los ciudadanos y ciudadanas de este país. Si ustedes les hubieran apoyado, tendrían la credibilidad necesaria para proponer y seguir proponiendo medidas. ¿Pero qué credibilidad tienen ustedes para proponer medidas para contener la inflación y favorecer el poder adquisitivo de los españoles y de las españolas, cuando han votado que no sistemáticamente a todas y cada una de las medidas? Medidas trampa, las llama usted. ¿Medidas trampa aumentar las pensiones al 8,5% a nuestros pensionistas y jubilados, conforme a lo que marca el IPC? No van a tener que hacer ningún papeleo, no hay ninguna trampa. La trampa fue su 0,25% cicatero con el que abandonaron a nuestros pensionistas y nuestras pensionistas en los peores momentos que estaban pasando y tenían que mantener a sus familias que habían perdido sus trabajos en la crisis inmobiliaria. **(Aplausos)**. Eso sí que fue una trampa y un atropello a nuestros pensionistas y una traición a los españoles y a las españolas. Estamos hablando de un descuento de 20 céntimos en el precio de la gasolina. Ahí no hay papeleo, no hay trampa ni cartón. Podrá ser insuficiente, pero ustedes lo han votado en contra y se están beneficiando todos los españoles. Estamos hablando de la bajada del IVA de la luz. Estamos hablando de la bajada del IVA del gas. Estamos hablando del tope a la botella de butano. Estamos hablando de la excepción ibérica conseguida por Portugal y España, que, mal que les pese, lo están aplicando o lo quieren aplicar ahora en el resto de Europa porque ha funcionado y está funcionando. Estamos hablando de la limitación al precio del alquiler; estamos hablando de los bonos para el transporte; estamos hablando del aumento de las becas y de su importe; estamos hablando de las rebajas fiscales en el IRPF a aquellas rentas que más lo necesitan. Estamos hablando del salario mínimo interprofesional porque, al pasar de 735 euros, en que ustedes lo dejaron, a 1000 euros, yo creo que ahora hay más poder adquisitivo, ¿verdad que sí? Y no hay trampa ni cartón. Hemos pasado de 735 euros a 1000 euros de aumento del salario mínimo interprofesional con el Gobierno progresista. Estamos hablando de aumentar el ingreso mínimo vital un 15% y de crearlo, que no existía, que se nos olvida. Estamos hablando del aumento del bono social

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 798

2 de noviembre de 2022

Pág. 15

térmico; estamos hablando de una bonificación de 200 euros para que los jóvenes se puedan emancipar. Estamos hablando de la bajada del IVA del *pellet*, de la leña.

La señora **PRESIDENTA**: Señoría, tiene que terminar.

La señora **SÁNCHEZ JÓDAR**: Estamos hablando de la eliminación del copago farmacéutico. Señorías del PP, de verdad, ¿no tienen corazón para aprobar alguna de estas medidas y contribuir así, de esta manera, a que los españoles y españolas afronten de una forma más digna las consecuencias derivadas de la crisis de Ucrania?

No tienen credibilidad y, por lo tanto, no vamos a aprobar su demagogia en una comisión que ni siquiera es competente para aprobar las medidas que ustedes están trayendo aquí para única y exclusivamente grabar un vídeo y pasarlo por las redes. Esto no es serio. **(Aplausos)**.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

— RELATIVA A PONER A DISPOSICIÓN DEL SISTEMA SANITARIO LOS RECURSOS E INVERSIONES NECESARIOS PARA OPTIMIZAR EL ACCESO A TÉCNICAS DE DIAGNÓSTICO RÁPIDAS EN EL PROCESO ASISTENCIAL DE LA NEUMONÍA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/004411).

La señora **PRESIDENTA**: Pasamos a la siguiente proposición no de ley, relativa a poner a disposición del sistema sanitario los recursos e inversiones necesarios para optimizar el acceso a técnicas de diagnóstico rápidas en el proceso asistencial de la neumonía. Autor, Grupo Parlamentario Popular. Número de expediente 161/004411.

Para la defensa de la iniciativa, en tiempo de siete minutos, tiene la palabra la portavoz del Grupo Popular, la señora Velasco.

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

Señorías, la neumonía es actualmente una de las enfermedades infecciosas más frecuentes y la que causa mayor morbimortalidad en adultos y niños. En España hubo más de 9300 defunciones en 2019 por esta causa, según datos del Instituto Nacional de Estadística, situación agravada por la pandemia, que ha puesto de manifiesto la necesidad de un diagnóstico microbiológico rápido para un tratamiento dirigido. La neumonía se presenta como uno de los problemas respiratorios más extendidos en España. Una de cada cinco personas que la sufren debe ingresar en un hospital para recibir tratamiento. Lograr una detección e intervención precoz de la enfermedad es clave para evitar complicaciones. Estamos hablando, señorías, de una infección aguda. El inicio del tratamiento debe producirse lo más pronto posible, lo que ocasiona que muchos profesionales sanitarios administren medicamentos antes de conocer de forma exacta qué ha desencadenado la infección. Su diagnóstico microbiológico es grave para ajustar su tratamiento antibiótico, evitar resistencias y disminuir la mortalidad. Los métodos tradicionales son demasiado lentos, aportan resultados en 48 o 72 horas. Si el tratamiento antibiótico inicial es inapropiado, el retraso en 72 horas de un cambio terapéutico tiene consecuencias clínicas, por lo que es básico lograr disponer de mecanismos, de métodos rápidos y técnicas validadas que sean coste-eficientes y nos permitan diagnosticar la causa de la neumonía en apenas unas horas y de una forma precisa.

Garantizar un diagnóstico rápido y preciso es posible si se dispone del servicio de microbiología los 365 días durante las 24 horas, pero en España esto solo ocurre en un 50 % de los servicios de microbiología hospitalaria. Garantizar también que los flujos de información estén disponibles, desde microbiología hasta los clínicos que toman decisiones, para acelerar resultados que sean rápidos y así asegurar una menor mortalidad, complicaciones y reducir las resistencias bacterianas. Así, es fundamental impulsar guías y protocolos hospitalarios que vayan acordes con el programa PROA y que tengan en cuenta el diagnóstico molecular. Para luchar contra las resistencias bacterianas es fundamental una identificación que sea precisa, para no abusar de tratamientos antibióticos innecesarios y para lograr disminuir la presión de antibióticos que se aplican, y para ello hay que contar lo más pronto posible con un diagnóstico rápido y de calidad que permita ajustar el tratamiento. Si se mejora el diagnóstico rápido, se evitarán hospitalizaciones y tratamientos erróneos, por lo que es importante tener en cuenta el valor que aporta la rapidez de las técnicas para dirigir un diagnóstico. Hay estudios que señalan cuál es el coste de la neumonía y cómo se está incrementando, sobre todo, en costes indirectos. El coste estimado de hospitalización es mayor de 115 millones de euros, con un coste medio en torno a 1500 euros por paciente.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 798

2 de noviembre de 2022

Pág. 16

Es importante reducir la variabilidad en la calidad y resultados del diagnóstico y el tratamiento, disminuir el daño derivado de pruebas e intervenciones terapéuticas que no se deberían hacer; gran consumo de pruebas que se hacen sin necesidad, desigualdades e inequidades de acceso por errores de planificación, prevención de complicaciones graves de neumonías y resistencias, para lo que se precisa el impulso de redes asistenciales.

Señorías, la realidad indica que, pese a estar disponibles las técnicas de biología molecular para el diagnóstico de la neumonía, se usan de forma infrecuente, pese a que su impacto clínico al aplicarlas junto con programas de optimización terapéutica es elevado, demostrando disminución de la mortalidad intrahospitalaria. Estas tecnologías identifican pacientes con coinfecciones virales y bacterianas, cuyo pronóstico puede ser peor, y detectan genes de resistencia a los antibióticos.

Señor Steegmann, en esta PNL nos presentan una enmienda, pero no buscamos identificar qué parámetros se han de definir —como proponen en su enmienda—, que se establecerán en función de las guías clínicas y con el consenso científico. Para el Grupo Parlamentario Popular, en línea con los clínicos, consideramos que es importante que los pacientes tengan a su alcance las mejores innovaciones tanto tecnológicas como terapéuticas. Con respecto a las innovaciones terapéuticas, se está en torno a más de 500 días para que los pacientes puedan disponer de ellos; y esto no puede ser, señorías.

Con respecto a la incorporación de las innovaciones tecnológicas, deseamos que, a través de esta iniciativa, se ponga a disposición del sistema sanitario los recursos e inversiones necesarias para optimizar el acceso a las técnicas de diagnóstico rápido en el proceso asistencial de la neumonía; que se disponga cada vez más de servicios de microbiología las 24 horas del día; y que frente a las resistencias bacterianas se implementen modelos de valor basados en una gestión coste-eficacia que permita contribuir a la sostenibilidad del sistema; todo ello para que los pacientes tengan una mejor atención y en el menor tiempo posible. Los fondos de reconstrucción pueden ayudar a ello.

Estamos ante una nueva situación que nos lleva a reflexionar sobre el modelo de financiación por cantidad de servicios que prestamos, en lugar de hacerlo por el valor que se obtiene.

Muchas gracias, señorías. **(Aplausos)**.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

En defensa de las enmiendas presentadas, por tiempo de cinco minutos, y por el Grupo Parlamentario VOX, tiene la palabra la señora Jara.

La señora **JARA MORENO**: Gracias, presidenta.

Las herramientas de diagnóstico rápido fueron algunos de los temas tratados durante una jornada de debate, organizada por el Grupo de Expertos de Diagnóstico Rápido Avanzado (GEDRA) e impulsada por la compañía bioMérieux, ocurrida el 10 de abril de 2022, sobre cuyo contenido se fundamenta esta proposición no de ley y cuyo *petitum* recoge tres de las peticiones de este grupo de expertos, con las que estamos totalmente de acuerdo, aunque se dejan atrás otras dos de las cinco peticiones que creemos conveniente añadir y que presentamos como enmienda de adición.

Las nuevas técnicas han revolucionado el diagnóstico de enfermedades infecciosas como la meningitis, la sepsis o la neumonía. Por ejemplo, el uso de la identificación de microorganismos por espectrofotometría de masas en minutos y los antibiogramas en menos de seis horas optimizan el tratamiento antibiótico y reducen el uso indiscriminado de antibióticos de amplio espectro, hecho clave en la aparición de gérmenes multirresistentes. No obstante, aunque la implantación de estas técnicas microbiológicas de diagnóstico rápido son muy deseables, aún tiene una distribución muy irregular y escasa en España y, a pesar de que debemos pedir al Ministerio de Sanidad que a través del Consejo de Salud Interterritorial se fomente la instalación de estas técnicas en todos los hospitales del Sistema Nacional de Salud, conocemos cómo de lentos son estos avances.

Quizás no en su lugar, sino como coadyuvante, y en lo que se extiende su uso, habría que desarrollar la implementación de las pruebas de diagnóstico rápido en atención primaria, con similar desarrollo en todas las regiones, y fomentar la realización de antigenurias de neumococo y legionela en las puertas de los hospitales. Las infecciones del tracto respiratorio representan la causa infecciosa más frecuente de consulta en atención primaria. Son también la causa más habitual de prescripción antibiótica en nuestro país, tanto en adultos como en la población pediátrica. Ciertas intervenciones del médico de atención primaria, como el uso de técnicas de diagnóstico rápido en las consultas, están contribuyendo a un uso más racional de los antibióticos. Así, esta práctica puede llegar a reducir la prescripción innecesaria de antibióticos en un 70 % en las infecciones del tracto respiratorio inferior, y en un 84 % en

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 798

2 de noviembre de 2022

Pág. 17

las faringitis. El uso rutinario de estas técnicas de diagnóstico rápido en atención primaria ayudan al médico a realizar el diagnóstico, y es muy importante hacer un uso coste-eficacia de las pruebas disponibles, entre las que destacan las técnicas de diagnóstico rápido de detección de antígenos de estreptococo beta-hemolítico del tipo A, en el que la faringoamigdalitis aguda es uno de los motivos más frecuentes de consulta en atención primaria, y se recomienda el tratamiento antibiótico solo cuando la faringitis es causada por este germen.

En segundo lugar, están las técnicas de diagnóstico rápido de determinación de la proteína C reactiva en niños con fiebre y sin foco, por ejemplo, y en adultos con infecciones del tracto respiratorio inferior. La mayor parte de las infecciones respiratorias agudas son leves y autolimitadas, ya sean de etiología viral o bacteriana. No obstante, el tratamiento antibiótico puede ser beneficioso en un limitado grupo de pacientes, tales como personas frágiles y ancianos con comorbilidad significativa. La PCR es un reactante de fase aguda que indica lesión tisular sin discriminar entre infección, traumatismo o inflamación, pero que en el contexto clínico adecuado puede utilizarse como marcador de infección, ayudando al médico de familia en la toma de decisiones. En la neumonía, una determinación de PCR elevada en la consulta de atención primaria puede ser de utilidad para decidir la remisión de un paciente al hospital, aun cuando las escalas basadas en parámetros clínicos indiquen bajo riesgo.

Por último, está la técnica de diagnóstico rápido de detección de antígenos *Influenza virus*. La gripe es una enfermedad respiratoria provocada por la *Influenza A* y *B*; se caracteriza por la aparición súbita de fiebre; la tasa de hospitalización por gripe es muy elevada en menores de dos años y en mayores de sesenta y cinco años; y en el niño con gripe hacer un diagnóstico etiológico preciso disminuye la tasa de reconsultas y el riesgo de que este proceso infeccioso de origen viral acabe siendo estudiado con exploraciones complementarias poco rentables, derivado al servicio de urgencias o siendo tratado innecesariamente con antibióticos. En adultos tiene baja especificidad y no está recomendado.

Por todo lo expuesto, hacemos la siguiente enmienda de adición, y saludamos la aparición de este tema en la Comisión de Sanidad. Los puntos que añadimos son: reorganizar los flujos de información para asegurar la transmisión rápida de resultados; actualizar las guías y el protocolo hospitalario en conjunto con los avances en diagnóstico rápido; incorporar las pruebas de antigenuria de legionela y neumococo en todos los servicios de urgencia hospitalaria de la red pública; promover la realización en los centros de atención primaria de todas las regiones españolas de pruebas de diagnóstico rápido de estreptococo beta-hemolítico tipo A, de determinación de PCR y de detección de antígenos de *Influenza virus*.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

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

La señora **RAMÓN UTRABO**: Gracias, presidenta.

Hoy el Partido Popular nos trae una iniciativa relativa a poner a disposición del sistema sanitario los recursos e inversiones necesarias para optimizar el acceso a técnicas de diagnóstico rápido en el proceso asistencial de la neumonía. A este respecto, me gustaría plantear algunas cuestiones y también algunas apreciaciones. Las prestaciones que facilita el Sistema Nacional de Salud se recogen en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Son las comunidades autónomas, INGESA y las mutualidades de funcionarios las encargadas de hacer efectiva la cartera común de servicios en sus respectivos ámbitos, así como la determinación del procedimiento y de los protocolos de acceso a la misma y la gestión de los servicios de salud.

Quiero señalar también que mediante la Resolución de 9 de enero de 2019, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, se hizo público el Acuerdo de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación de 20 de marzo de 2018, que fue elevado al pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 24 de abril de 2018, sobre técnicas antigénicas rápidas para diagnóstico de estreptococos. El acuerdo recoge que no se considera necesario realizar por el momento una modificación de la cartera común de servicios por considerar que estas técnicas están incluidas en la cartera. Si no recuerdo mal, gobernaba el Partido Popular en estas fechas. Las comunidades autónomas, INGESA y las mutualidades impulsarán en sus respectivos ámbitos la utilización de estas técnicas.

La actualización de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud se realiza de acuerdo al procedimiento de actualización establecido en la Orden 3422/2007, de 21 de noviembre, por la que se

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 798

2 de noviembre de 2022

Pág. 18

desarrolla el procedimiento de actualización de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, con la participación, como no puede ser de otra manera, de las comunidades autónomas y de otras administraciones sanitarias públicas, y que se articula a través de dicha comisión.

De acuerdo con el procedimiento establecido en la mencionada orden para incorporar nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos a la cartera común de servicios, se debe realizar un proceso de evaluación con carácter preceptivo con base en la evidencia científica disponible previamente a su utilización por el Sistema Nacional de Salud. Según los artículos 20 y 21 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, se asigna esta evaluación a la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud. De esta manera, la incorporación de nuevas prestaciones se realiza de modo que suponga una mejora en la atención de los usuarios del sistema sanitario público, al mismo tiempo que permite la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

Quiero indicar también que, en el marco de los planes anuales de trabajo de esta red española, se han elaborado informes de evaluación sobre técnicas de diagnóstico rápido, como el test portátil sanguíneo por punción digital para el diagnóstico diferencial de infecciones respiratorias viral y bacteriana, y están en proceso de elaboración de informes sobre el test diagnóstico molecular de microorganismos multirresistentes y costeefectividad de la utilización de técnicas rápidas en el diagnóstico de infecciones respiratorias en atención primaria: gripe A/B y virus respiratorios. Los resultados de dichos informes facilitarán la toma de decisión en la comisión de prestaciones sobre la inclusión de las pruebas de diagnóstico rápido en la cartera común de servicios.

Por último, quiero señalar que existe un plan estratégico y de acción cuyo objetivo es reducir el riesgo de selección y diseminación de resistencia a los antibióticos, el Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos. Este plan nacional cuenta con una línea de trabajo para reducir la necesidad de antibióticos mediante la prevención de la enfermedad.

Por tanto, dado que ya se están llevando a cabo las actuaciones previstas en la normativa vigente para la actualización de la cartera común de servicios respecto a las técnicas de diagnóstico rápido mediante una evaluación previa de la seguridad, eficacia, eficiencia, efectividad, utilidad y coste de las mismas, no podemos estar de acuerdo con el planteamiento inicial de esta proposición no de ley.

Por eso, hemos presentado una enmienda que estamos transaccionando con el grupo proponente, porque en mi grupo estamos trabajando en la mejora constante de nuestro sistema sanitario y no compartimos lo que está ocurriendo en algunas comunidades donde gobiernan ustedes, como Madrid o Andalucía. Se ha dado un espectáculo este puente en Madrid, con puntos de atención de urgencias donde no había médicos para atender esas urgencias; o en Andalucía, donde se han disparado las listas de espera.

Estamos a la espera, precisamente, de que nos diga el grupo proponente si acepta la propuesta que hemos hecho y si hacemos esa transacción.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

— SOBRE ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/004467).

La señora **PRESIDENTA**: Pasamos a la proposición no de ley sobre el abordaje de los trastornos del sueño. El autor es el Grupo Parlamentario Socialista. Número de expediente 161/004467.

Para la defensa de la iniciativa, por tiempo de siete minutos, tiene la palabra su portavoz, el señor Navalpotro.

El señor **NAVALPOTRO GÓMEZ**: Muchas gracias, señora presidenta.

Los trastornos del sueño constituyen hoy un problema sanitario de primer orden. La Organización Mundial de la Salud reconoce hasta ochenta y ocho tipos distintos de estos trastornos, entre los que destacan el insomnio, la hipersomnia, la narcolepsia, el ronquido, las apneas, las parasomnias y otras alteraciones que en su conjunto constituyen un verdadero problema de salud pública. Solo la apnea y el insomnio afectan a más del 10% de la población.

Estos desórdenes pueden ser primarios, cuando no están relacionados con otros trastornos; o secundarios, si están relacionados con una enfermedad, la ingesta de sustancias o con problemas de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 798

2 de noviembre de 2022

Pág. 19

salud mental. Precisamente en este caso, el de la salud mental, es especialmente grave. Las alteraciones del sueño deterioran la salud mental, mientras que entre los pacientes con trastornos psiquiátricos son frecuentes los problemas de sueño. Hasta el 80% de las personas con problemas de salud mental en la fase aguda presentan problemas de insomnio.

Con frecuencia, los trastornos de sueño producen trastornos mentales, como ansiedad o depresión, que conducen a un cada vez mayor consumo de ansiolíticos o fármacos hipnosedantes, cuyo consumo es preocupantemente creciente. El propio Ministerio de Sanidad, consciente de esta problemática, recoge propuestas para favorecer la prevención y el correcto consumo de fármacos con poder adictivo en la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024, así como en el Plan de Acción 2021-2024.

Los problemas de sueño se han puesto especialmente de manifiesto durante la pandemia y el confinamiento. Por ejemplo, el insomnio ha tenido una prevalencia combinada del 57%, según un estudio reciente sobre los síntomas de ansiedad, depresión e insomnio en España durante la crisis de la COVID-19. Cuando los trastornos del sueño no se tratan se extienden desde los riesgos cardiovasculares hasta los trastornos cognitivos, con consecuencias sociales en el bajo rendimiento laboral o educativo, en el incremento de los índices de accidentalidad laboral o en el aumento de gasto sanitario. Asimismo, dichas alteraciones están ligadas a los determinantes sociales de la salud, especialmente condicionados por el envejecimiento, el género y el entorno social, causando un gran impacto en la calidad de vida de estas personas.

Estos trastornos precisan de un abordaje por profesionales formados específicamente y que incluyen especialistas en diferentes orígenes. Resulta, por lo tanto, muy importante estudiar las necesidades formativas de los especialistas en ciencias de la salud sobre los trastornos del sueño para dar respuesta a los avances del conocimiento científico, que requieren de una formación adecuada, y que pondría solución al impacto en la calidad de vida que los trastornos del sueño generan en la población, redundando en mejorar la calidad asistencial y la salud de los pacientes, y revirtiendo los efectos y consecuencias negativas que está teniendo sobre el Sistema Nacional de Salud.

Por todo esto, el Grupo Parlamentario Socialista presenta la siguiente propuesta: uno, analizar las necesidades formativas de los especialistas en ciencias de la salud en relación con los tratamientos del sueño y desarrollar los contenidos formativos necesarios para la atención de este problema de salud; dos, valorar la actuación de la guía práctica clínica sobre trastornos del sueño en la infancia, adolescencia y atención primaria; y, tres, promocionar hábitos de sueño saludables y la actividad física y deportiva en todas las edades y con perspectiva de género.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

En defensa de las enmiendas presentadas, por tiempo de cinco minutos, tiene la palabra, por el Grupo Parlamentario VOX, el señor Salvá.

El señor **SALVÁ VERD**: Muchas gracias.

El síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) es un trastorno que deriva de la oclusión intermitente repetitiva de la vía aérea superior durante el sueño. Esta oclusión se debe al colapso inspiratorio de las paredes de la faringe, lo que determina el cese completo —apnea— o parcial —hipoapnea— del flujo aéreo. Las apneas o hipoapneas tienen una duración variable y repercuten de manera distinta sobre la homeostasis cardiorrespiratoria. Su repetición durante el sueño y en ocasiones varios cientos de veces en una sola noche, día tras día, durante años, acaba produciendo importantes alteraciones en el sistema nervioso central, la irrigación miocárdica y cerebral, y la circulación pulmonar y sistémica. Y una cosa que no se ha dicho aquí, a la larga también produce disfunción eréctil y, si además se añade el tabaquismo, no les quiero ni contar.

La exploración principal y fundamental es la polisomnografía convencional, en la que se analizan simultáneamente las variables neurofisiológicas y cardiorrespiratorias y la vigilancia del enfermo durante toda la noche es continua. El 14,3% de la población consume medicamentos del grupo de tranquilizantes y pastillas para dormir. Este porcentaje se incrementa con la edad y es superior en el sexo femenino, y esto, por tanto, no es una solución. Un buen diagnóstico y tratamiento pueden hacer disminuir ese porcentaje. Sin embargo, no hay estudios hechos sobre el impacto que ello supone en la población.

Nosotros hemos presentado dos enmiendas. La primera es una enmienda de modificación al apartado 3 que dice: «Promocionar hábitos de vida saludables, fomentar la actividad física y deportiva en todos los grupos etarios, recomendar la desconexión digital, así como promover la reducción de consumo

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 798

2 de noviembre de 2022

Pág. 20

de alcohol y tabaco». La segunda enmienda de adición propone un nuevo apartado que dice: «Llevar a cabo la inmediata actualización del documento «Unidad del sueño, estándares y recomendaciones» del Ministerio de Sanidad, 2011, cuyo plazo de actualización prefijado en cinco años ha sido rebasado con creces. En dicha reformulación se debe valorar la incorporación de una formación sanitaria especializada en trastornos del sueño».

En colaboración con las distintas especialidades médicas que intervienen en el proceso del sueño y sus trastornos —neurofisiólogos, otorrinos y neumólogos—, así como las principales sociedades científicas en la materia, como la Sociedad Española del Sueño y la Federación Española de Medicina del Sueño, el Sistema Nacional de Salud y el Ministerio de Sanidad deben de valorar seriamente la implantación de una formación sanitaria especializada en sueño, tal como recoge el modelo alemán, que a nuestro parecer, nos parece el idóneo. Para ello resulta preciso que los especialistas actualicen de forma previa los estándares y recomendaciones de la guía ministerial, con los nuevos avances y situaciones que en esos diez años se han venido incorporando para proceder a revisar los contenidos formativos de los especialistas sanitarios.

El documento de consenso estimó para España una prevalencia de apnea e hipoapnea del sueño del 4 al 6% en hombres, del 2 al 4% en mujeres y del 1 al 3% en población infantil. La obesidad y las anomalías estructurales en el tracto respiratorio superior son los factores etiológicos fundamentales. El 48% de la población adulta en España y el 25% de la infantil carecen de un sueño de calidad. Se estima que más de cuatro millones de españoles padecen algún tipo de trastornos del sueño crónico y grave. Esto es de una cita del Ministerio de Sanidad actualizada. Se ha estimado que la roncopatía crónica simple afecta hasta un 24% de la población. La prevalencia del ronquido habitual en España es del 49% en hombres y del 25% en mujeres de edades medias.

Otra cosa que tendríamos que hacer es acreditar los centros en los cuales puedan tener un Centro de Estudio del Sueño. En España, según hemos podido investigar, hay veinticuatro unidades del sueño en distintos hospitales, pero no se ha hecho ningún estudio. Digamos que lo ideal sería atender a una cama del sueño por cada 100 000 habitantes. Con lo cual, según el cálculo que hemos hecho, en España tendríamos que tener 450 camas. El número de camas por 100 000 habitantes varía entre el 0,3% en Reino Unido y el 1,5% en Bélgica. La Asociación Ibérica de Patología del Sueño propuso unos criterios de acreditación para los centros, unidades y laboratorios del sueño que, en nuestra opinión, se tendría que tener muy en cuenta y trabajar con ellos.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la señora Angulo.

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

Efectivamente, según los datos más actualizados, más del 10% de la población española, unos cuatro millones de personas padecen algún tipo de trastorno del sueño crónico y grave, y más del 30% de la población, unos doce millones, se despierta con la sensación de no haber tenido un sueño reparador, o finalizan el día muy cansado por falta de sueño. Insomnio, apneas del sueño, trastornos del ritmo cardiaco, síndrome de piernas inquietas o narcolepsia, entre otros, son los trastornos del sueño más habituales. Una cifra que, como aquí se ha dicho, se ha incrementado debido al impacto de la COVID-19 en la población española y, especialmente, en determinados trabajadores o profesionales, entre los que se encuentran los propios sanitarios.

Los trastornos del sueño están íntimamente ligados a los determinantes sociales de la salud —envejecimiento, entorno social, género— y causan, además, un gran impacto en la calidad de vida de quienes lo padecen, pudiendo tener en aquellas personas infradiagnosticadas o no tratadas consecuencias que van desde el riesgo cardiovascular a los trastornos cognitivos y consecuencias sociales, como bajo rendimiento o accidentalidad laboral. Tengamos en cuenta que, según la Sociedad Española del Sueño, solo uno de cada cinco personas que padecen estos trastornos están diagnosticados y unas 300 000 personas no reciben tratamiento sanitario. En definitiva, los trastornos del sueño por su prevalencia y sus consecuencias sanitarias, pero también sociales, constituyen un problema de salud pública. Ante este escenario es necesario dar una respuesta adecuada, eficiente y ágil a los pacientes, y ello, sin duda, pasa por dotar a los profesionales de las herramientas necesarias, entre las que se encuentran atender a las necesidades formativas de aquellos especialistas dedicados a la medicina del sueño para posibilitar una mejor prevención y una atención integral, multidisciplinar y personalizada de este problema de salud.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 798

2 de noviembre de 2022

Pág. 21

Como señala el Comité Español de Acreditación de Medicina del Sueño integrado por distintas sociedades científica, la medicina del sueño ha pasado de ser un área con cierto interés médico y científico a convertirse en una disciplina madura. Sin embargo, a pesar del reconocimiento internacional a investigadores españoles en la patología del sueño y de que sí han aumentado las unidades del sueño en nuestro hospitales, no ha habido un desarrollo de la medicina del sueño como disciplina transversal que abarque competencias de varias especialidades, como así se ha hecho en otros países como Alemania, Estado Unido, Francia o Portugal, mientras que en nuestro país es este comité, al que antes hacía mención, el que hasta la fecha proporciona esta formación. Nada de esto entendemos que aborda de una manera precisa la iniciativa del Partido Socialista, que propone quizá más vaguedades sin un contenido concreto ni un plazo temporal. Por eso el Partido Popular ha presentado una enmienda. Como decía, el abordaje de estas patologías que se incluyen en diversas especialidades que se ocupan de los trastornos del sueño desde sus áreas de conocimiento —neurología y neurofisiología, neumología, otorrinolaringología, psiquiatría o pediatría— precisa de una formación específica y especializada en la patología del sueño que abarque esta en su conjunto. Por eso en nuestra enmienda proponemos que en el marco del Real Decreto 589/2022, por el que se regula la formación transversal de las especialidades en Ciencias de la Salud, se establezca la formación y acreditación de la medicina del sueño, lo que permitiría asegurar una homogeneidad en los conocimientos y habilidades clínicas entre los profesionales de la materia y afianzar el desarrollo científico y asistencial. Esperamos que el Partido Socialista acepte esta enmienda, que podamos llegar a un acuerdo y que con ello el Ministerio de Sanidad comience a trabajar en este real decreto, en esta materia, como decimos, de la mano de los profesionales, las comunidades autónomas, las sociedades científicas. Además, creemos necesario ponerle plazo, que nosotros fijamos en seis meses, a la actualización de la Guía de práctica clínica sobre trastornos del sueño en la infancia y adolescencia en atención primaria, dado que han transcurrido ya varios años desde su aprobación y es evidente que el conocimiento científico sobre la materia ha evolucionado, y además se debe hacer esta actualización de la mano de las comunidades autónomas, los profesionales y los representantes de los pacientes.

En definitiva, proponemos medidas concretas, como también que todo el tema de la promoción de los hábitos de vida saludable y la actividad física se haga desde la infancia, porque la prevención, como en otras muchas patologías, aquí también es importante. Como digo, proponemos estas medidas concretas que nos demandan los propios profesionales sanitarios y con un plazo de ejecución para con ello poder ofrecer soluciones concretas a un problema de salud que ya afecta a varios millones de españoles.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Ya en turno de fijación de posiciones, de menor a mayor, por el Grupo Confederal de Unidas Podemos, tiene la palabra la señora Medel.

La señora **MEDEL PÉREZ**: Gracias, señora presidenta.

El insomnio es un síntoma sobresaliente en las personas con problemas de salud mental y sabemos que España está a la cabeza del consumo de benzodiacepinas en el mundo precisamente para tratar, entre otras cosas, el insomnio. La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, organismo dependiente de las Naciones Unidas, advierte que en 2021 España fue el país que más consumió estos fármacos. La OCU dice que ciento diez personas de cada mil han consumido una dosis de benzodiacepinas al día para tratar la ansiedad o el insomnio. Esto es debido a una falta de respuesta de la sanidad pública a los problemas de la salud mental. Según la OCU, más del 40% de la población española ha acudido al psicólogo o al psiquiatra desde la pandemia, pero estos pacientes no han ido a la sanidad pública, han ido a la sanidad privada, aquellos que han podido permitírselo, porque la sanidad pública no puede atender los problemas de salud mental. Es comprensible que nos preocupe, desde luego, este problema y que intentemos darle soluciones.

Por eso, mi grupo no comprende que el Partido Socialista esté bloqueando en este momento la ley de salud mental, votada por amplia mayoría en el Pleno del Congreso, y al mismo tiempo esté planteando medidas para combatir el insomnio. Sin una ley de salud mental no se pueden abordar los grandes déficits que nuestro Sistema Nacional de Salud tiene respecto a la salud mental y cuyas causas no son actuales ni dependen exclusivamente de la pandemia. El problema es que nunca se han abordado y lo poco que había ha sido víctima de los recortes del Partido Popular, que casi han conseguido acabar con la sanidad

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 798

2 de noviembre de 2022

Pág. 22

pública. Los planes y estrategias no son más que recomendaciones. Los presupuestos actuales para salud mental no son suficientes, y todos lo sabemos.

Quiero aportar unos datos de 2022 de la Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones, ICEA. En España hay 13,5 millones de asegurados privados y la cifra continúa ascendiendo gracias al deterioro del sistema público. Si las políticas del Ministerio de Sanidad no solucionan pronto la atención primaria o no abordan pronto la salud mental, seguirá aumentando el número de asegurados privados, y tenga en cuenta que esto lo harán solamente las personas que lo pueden pagar.

Por supuesto que estamos de acuerdo en abordar los problemas del insomnio y les aconsejamos a ustedes, señores del PSOE, que su grupo deje de bloquear la ley de salud mental como medida oportuna para combatir el insomnio.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Solamente a los efectos de aceptar o rechazar las enmiendas presentadas, le pregunto al señor Navalpotro por las enmiendas. ¿Está en condiciones de responder ahora o esperamos al final?

El señor **NAVALPOTRO GÓMEZ**: Esperaremos hasta el final. Hemos ofrecido una transaccional y hemos llegado a un acuerdo con el PP, pero estamos esperando que se sumen otras formaciones.

Gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias.

— SOBRE EL ORIGEN Y LA TRAZABILIDAD DE LOS MEDICAMENTOS DE USO HUMANO DE FABRICACIÓN INDUSTRIAL. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO VOX. (Número de expediente 161/003980).

La señora **PRESIDENTA**: Pasamos a la proposición no de ley sobre el origen y la trazabilidad de los medicamentos de uso humano de fabricación industrial, cuyo autor es el Grupo Parlamentario VOX y su número de expediente el 161/003980. Para la defensa de la iniciativa y por un tiempo de siete minutos, tiene la palabra el portavoz del Grupo Parlamentario VOX, el señor Steegmann.

El señor **STEEGMANN OLMEDILLAS**: Con la venia, señora presidenta.

Buenas tardes, señorías. Miren, observen esta lata. **(Muestra una lata de conservas)**. Contiene sardinas en escabeche. En la caja se nos informa de que se trata de la sardina *Pilchardus walbaum* en salsa escabeche —vinagre, aceite de oliva, sal y especias— y que puede contener crustáceos. Se nos informa sobre su origen: se pescó en la zona FAO del mar Mediterráneo, subzona central, y es un producto español, en concreto, de Vinaròs, Castellón. Por lo tanto, de este modesto alimento yo sé su origen, cosa que desconozco del omeprazol que tomo cuando como demasiadas sardinas con escabeche. A diferencia del sistema de trazabilidad de los alimentos, que está definido en el artículo 3 del Reglamento de la Comunidad Europea 178/2002, de 28 enero de 2002 —que sabe muy bien el señor Rodríguez Almeida y la señora Riobos—, que permite conocer todos los pasos por los que pasa un alimento desde la producción hasta la mesa, en España no hay una regulación que permita conocer el origen de los principios activos e ingredientes inactivos de los medicamentos. Aclaro este punto. Los principios activos son los que confieren la actividad de los medicamentos y los excipientes, como sabe la señora Prieto —que no me está escuchando en estos momentos, pero es farmacéutica—, son los que sirven para darle forma, estabilizarlos y mejorar su transporte y absorción. En estos momentos los españoles no sabemos dónde se han elaborado ni los principios activos ni los excipientes y no se informa, señorías, ni en el etiquetado ni en el envase ni en el prospecto.

Por esta razón, esta proposición no de ley pretende que los españoles sí sepan cuál es el origen de los medicamentos. Pretendemos, como se afirma en nuestra iniciativa, que el Gobierno, en virtud de la competencia que le da el artículo 149.1.16.^a de la Constitución, promueva la adopción de las medidas legislativas oportunas para incluir en el etiquetado y prospecto de los medicamentos el origen de los principios activos e ingredientes inactivos de los medicamentos de uso humano y que promuevan en el seno de la Unión Europea la adopción de las medidas legislativas en ese orden. Sí, queremos que haya trazabilidad de nuestros medicamentos, queremos saber el rastro desde su fabricación hasta su administración. ¿Por qué? Porque queremos garantizar su calidad, señorías.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 798

2 de noviembre de 2022

Pág. 23

Hablamos en esta PNL de una trazabilidad ascendente, que es la que permite conocer en profundidad y detalle la procedencia de las materias primas y componentes utilizados en la producción de medicamentos. ¿Y por qué es importante? En primer lugar, porque hay un auge creciente de la falsificación de medicamento. En segundo lugar, porque de promedio tres cuartas partes —¿verdad, señora Prieto?— del peso de un medicamento son excipientes y pueden producir efectos adversos que pueden ser causantes, al menos, de la mitad de las intolerancias o alergias de los medicamentos. En tercer lugar, porque los medicamentos genéricos pueden diferir de los originales en el tipo de excipientes que llevan. Y en cuarto lugar; porque en estas circunstancias, señorías, es saludable ser escéptico ante los procesos de fabricación de los principios activos, porque principalmente, en un 80 %, nuestros proveedores de medicamentos genéricos ¿quiénes son? La China comunista que nos infectó y la India.

¿Y por qué somos escépticos? Por los agujeros que deja la legislación. Si vamos a la Ley 10/2013, en la que se traspuso la Directiva 2010/84 UE, sobre farmacovigilancia, y la 2011/62, del Parlamento y del Consejo, de 8 de junio, sobre prevención de su falsificación, tenemos serias dudas sobre su eficacia ni para garantizar la trazabilidad ni la calidad, ya que esta última directiva, la 2011/62, deja —esto es importante— en manos de países terceros a la Unión Europea, es decir, de los que importamos, la confirmación de que los principios activos se fabrican respetando las normas de buena fabricación —vayan ustedes a pedir una declaración responsable al Partido Comunista chino, que ya verá lo que les dice— y de que ellos —ellos— inspeccionen la fabricación, sin establecerse inspecciones adicionales por parte de la Unión Europea. Esto es estremecedor tratándose de una dictadura comunista. Por otra parte, estos requisitos, a nuestro modo de ver muy laxos, no serán de aplicación a los terceros países que solicitan y sean autorizados a formar parte de una lista especial contemplada, que también a nuestro modo de ver es un coladero.

Resumiendo, nuestra proposición no de ley, y ya no les doy la lata más, quiere para los medicamentos lo mismo que se exige para esta lata de sardinas escabechadas —lo mismo—, y que los españoles sepan su origen, esto es, dónde se fabrican sus principios activos, de dónde vienen y sus excipientes, que es lo que les conserva, atendiendo a los temores crecientes sobre falsificación y porque nosotros pensamos que la legislación vigente a nivel europeo favorece a los fabricantes como China y es un coladero para estos productos de terceros países, de los que sospechamos que no cumplen las normas de correcta fabricación.

En definitiva, queremos que los españoles decidan qué medicamento quieren adquirir, lo mismo que hacen con esta modestísima, y por otra parte, sabrosísima, lata de sardinas.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

En defensa de las enmiendas presentadas por tiempo de cinco minutos tiene la palabra, por el Grupo Parlamentario Popular, el señor Callejas.

El señor **CALLEJAS CANO**: Muchas gracias, señora presidenta.

Buenas tardes, señorías. Hacer la comparación del consumo de una lata de sardinas con el consumo de una caja de medicamentos no es adecuado, porque, entre otras cosas, creo que para consumir la lata de sardinas no intervenga ni un médico ni un farmacéutico. Por tanto, la creatividad está muy bien, pero hay que ser objetivos.

Le voy a decir lo que para el Grupo Popular es importante en materia de medicamentos. Según el Informe Anual de Indicadores de Acceso a Terapias Innovadoras en Europa, se constata que el nivel de acceso a los nuevos medicamentos en España es inferior al de los países de nuestro entorno cercano. En España están financiados por el sistema público el 54 % de los fármacos autorizados en Europa en los últimos años, frente al 88 % en Alemania, a los más del 70 % de Italia e Inglaterra y el 63 % de Francia, y algo muy preocupante, el tiempo medio de aprobación de estos medicamentos en España es de 453 días, frente a los 120 de Alemania, los 257 de Francia o los 418 de Italia; algo está haciendo mal el Ministerio de Sanidad español.

Señorías, España debe aspirar a estar entre los países que mejor acceso proporcionan a las nuevas terapias y no quedarnos a la cola de Europa. De nada sirve desarrollar el mejor medicamento, si este no llega al paciente español que lo necesita. Después de los largos procesos de I+D de los nuevos medicamentos, que suponen una mejora en el tratamiento de las enfermedades, es responsabilidad de todos ponerlos a disposición de los pacientes en el plazo más corto posible. España debe aspirar a estar entre los países que mejor acceso proporcionan a estas nuevas terapias y el Ministerio de Sanidad y la

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 798

2 de noviembre de 2022

Pág. 24

industria farmacéutica han de trabajar sinérgicamente para conseguir este objetivo común, superando ineficiencias evidentes actuales.

Señorías, entrando en la materia de esta proposición, lanzo las siguientes preguntas: ¿realmente es útil para un paciente que imprimamos toda la ficha técnica completa en la caja del medicamento que le es prescrito al paciente y que la caja tenga que ser de medio metro cuadrado? Creo que no. ¿Realmente es útil eliminar cualquier tipo de información escrita en la caja o eliminar el prospecto en papel de los medicamentos, como proponía en un proyecto piloto la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios? Creo que tampoco. En el Grupo Parlamentario Popular creemos que debemos implantar el sentido común y la utilidad, en todo lo referido a la información que reciben los pacientes en los envases de los medicamentos. ¿Potenciar lo digital? Sí, pero sin abandonar lo impreso, pensando fundamentalmente en las personas mayores que, por otra parte, son las que más medicamentos necesitan.

Siguiendo el análisis de esta PNL, he de decir que, en relación con el origen de los principios activos y sus especificaciones, es parte del proceso de registro de los medicamentos, y aunque estamos a favor de la mayor formación e información a los pacientes, pueden ser unos datos excesivos para el paciente o una sobresaturación de información en el envase del medicamento. Hay que tener en cuenta que las cajas donde se dispensan los medicamentos ya incluyen el principio activo y la dosis. Normalmente no incluye el listado completo de excipientes, pues las dimensiones de la caja son limitadas y ha de cumplir en el exterior una fuente de letra diferente a la del interior, donde se encuentra el prospecto, que ya da más información pormenorizada de principio activo, dosis y lista completa de excipientes. De ahí la importancia de fijarnos en el proceso de registro del medicamento.

Para obtener una autorización sanitaria de comercialización en la Unión Europea, una compañía farmacéutica puede seguir uno de los siguientes procedimientos de registro europeos existentes en la actualidad. El procedimiento de registro centralizado es obligatorio en el caso de los medicamentos derivados de biotecnología —es el ejemplo de ciertas vacunas— y se puede aplicar para otros medicamentos considerados muy innovadores. La autorización sanitaria de comercialización la concede la Agencia Europea de Medicamentos, EMA, y es el mismo medicamento en todos los países. El procedimiento de registro descentralizado o de mutuo reconocimiento es útil para medicamentos convencionales cuando la compañía farmacéutica pretende comercializarlos en varios países europeos. La autorización sanitaria la concede cada una de las agencias nacionales en los diferentes países, que actúan reconociendo una primera autorización concedida por alguna de ellas. Son idénticas, es decir, «un copia y pega» en composición, principios activos, excipientes, forma farmacéutica, etcétera. Para medicamentos que se pretenden comercializar en un único Estado miembro de la Unión queda vigente el procedimiento de registro nacional. Recordemos que en este tipo de procedimientos se solicita la autorización sanitaria al Estado miembro en el que se pretende comercializar el nuevo medicamento, y la autorización concedida solo es válida en ese único Estado miembro.

Para finalizar, he de hacer público que hemos hecho llegar una enmienda de modificación al grupo proponente, que dice: «El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a impulsar, desde el consenso real con las comunidades autónomas, la coordinación efectiva con los representantes de los profesionales sanitarios y de los pacientes, y lo establecido en la Unión Europea, cuantas medidas sean necesarias para que, tanto mediante el prospecto en papel como por otras vías electrónicas digitales pertinentes, los propios pacientes tengan acceso de forma accesible y ágil a cuanta información clara y comprensible requieran, con el objetivo de que el uso que necesiten hacer de los medicamentos sea seguro y el más adecuado en cada momento para la preservación de su salud».

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

En turno de fijación de posiciones, por el Grupo Parlamentario de Unidas Podemos, ¿desea intervenir la señora Medel en este asunto?

La señora **MEDEL PÉREZ**: No, gracias.

La señora **PRESIDENTA**: De acuerdo.

Por el Grupo Parlamentario Socialista, la señora Carmen Andrés.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 798

2 de noviembre de 2022

Pág. 25

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

Buenas tardes, señorías. Señor Steegmann, no hará la intervención la señora Prieto, farmacéutica, la haré yo. Se lo digo porque en su intervención se ha referido todo el rato a mi compañera. La proposición no de ley que nos traen hoy, señorías de VOX, es una proposición que ni disimula los prejuicios de su modelo sanitario excluyente e insolidario, que lejos de consolidar el acceso universal y gratuito, aboga por excluir del Sistema Nacional de Salud a colectivos y personas, dejándolas sin cobertura de servicios ni medicamentos, poniendo en riesgo su derecho, que es humano, a la salud, ni disimula sus prejuicios contra nuestras instituciones y las instituciones europeas e internacionales. Lo mostraron a lo largo de toda la pandemia, poniendo en tela de juicio las decisiones de las autoridades sanitarias, y lo vuelven a hacer hoy.

Pretenden que votemos en esta Comisión una decisión sobre el etiquetado de los medicamentos que solo corresponde a las autoridades farmacéuticas, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y la Agencia Europea de Medicamentos. La suya es una propuesta que, sin entrar en más consideración, no aporta mejora en la calidad y garantía de fabricación y distribución de los medicamentos, que es lo que importa, que están salvaguardadas por nuestra legislación y la normativa europea, y también están salvaguardadas la fabricación y la distribución por las verificaciones de cumplimiento que hacen los laboratorios por parte de los fabricantes y distribuidores de principios activos a través de las inspecciones periódicas a las que obliga la normativa. Por lo tanto, no aporta en calidad ni en seguridad, ni tampoco abunda en la seguridad de los pacientes, en tanto que la normativa ya obliga a declarar en la composición de los medicamentos los excipientes cuyo conocimiento resulte necesario para una correcta administración y uso del medicamento, y evitar reducir el riesgo para quien vaya a consumirlo. La lista de los excipientes sujetos a esta obligación se actualiza conforme a los avances científicos y técnicos, de acuerdo con lo que establece la Unión Europea, y la información la puede usted consultar en la web de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Por tanto, incluir una referencia al origen, entendiéndose como país o como fabricante del excipiente, es irrelevante en cuanto al riesgo de tomar o no ese medicamento, pero sí podría poner en riesgo la adherencia al tratamiento.

Argumenta usted, señoría de VOX, con un símil entre alimentos y medicamentos, pero un medicamento —usted lo sabe bien, porque es médico— no es una sardina. Decidir no comer una sardina porque no nos gusta el origen o su procedencia, quién la conserva o el país de dónde viene no pone en riesgo nuestra salud, pero decidir no tomar un medicamento prescrito por un médico porque está fabricado en China, en la India o en otro país que a usted no le parezca bien sí que pone en riesgo el tratamiento y la adherencia al mismo.

A la vista de la nula aportación de su propuesta, señorías de VOX, solamente podemos imaginar que aquí también les inspiran razones con prejuicios. Usted ha citado China e India, es decir, tienen prejuicios en relación con países y fabricantes de excipientes y activos y esto es lo que motiva su propuesta, no aumentar la seguridad y la calidad de la fabricación, que están garantizadas por la normativa española y europea. **(Aplausos)**.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

— SOBRE INTEROPERABILIDAD DE LA RECETA ELECTRÓNICA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/004452).

La señora **PRESIDENTA**: Pasamos a la última proposición no de ley, sobre interoperabilidad de la receta electrónica; autor Grupo Parlamentario Socialista, número de expediente 161/4452.

Para la defensa de la iniciativa, por tiempo de siete minutos, tiene la palabra su portavoz, la señora Prieto.

La señora **PRIETO NIETO**: Muchas gracias, presidenta.

Los presupuestos del Gobierno presidido por Pedro Sánchez para el año 2023 son unas cuentas que incrementan las políticas sanitarias en un 145% desde los últimos presupuestos del Partido Popular. Son unas cuentas destinadas a fortalecer la estructura del Sistema Nacional de Salud, porque los presupuestos para 2023 están diseñados para ayudar a conseguir una sanidad pública más robusta, más flexible y con más capacidad de adaptación a las exigencias y necesidades actuales, también en salud digital. En el año 1986, la Ley General de Sanidad del ministro socialista Ernest Lluch puso en marcha el sistema público de salud dando paso por primera vez a la universalidad, equidad, cohesión y accesibilidad a la sanidad

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 798

2 de noviembre de 2022

Pág. 26

pública en España. La transformación digital sanitaria es una de las herramientas que también va a contribuir al objetivo de continuar reforzando y fortaleciendo la sanidad pública, y, para hacerlo, en las diferentes partidas presupuestarias figura una inversión transversal de 450 millones de euros en salud digital para 2023, un 56 % más que en 2022.

Una de las líneas de actuación que se dibuja en los presupuestos es la mejora de la calidad de la atención sanitaria y la seguridad de los pacientes en sus desplazamientos geográficos entre comunidades autónomas o en la Unión Europea, a través de la información clínica interoperable. Esta mejora se centra en dos grandes pilares: La ampliación de la historia clínica interoperable y la receta electrónica interoperable. Señorías, la receta electrónica es una herramienta digital que facilita la asistencia sanitaria a los pacientes y aporta seguridad en la prestación farmacéutica. Mediante el sistema de receta electrónica se lleva a cabo la prescripción de los medicamentos necesarios para el paciente. Posteriormente, estas prescripciones, como saben, pueden ser dispensadas en las oficinas de farmacia de cada comunidad autónoma de nuestro país, territorios en los que se ha desarrollado un sistema propio de receta electrónica, actualmente interoperable al cien por cien en toda España. Las más de 22 000 farmacias comunitarias de España, que están distribuidas, como saben, de manera ordenada y planificada por todo el territorio, contribuyen a garantizar el acceso al medicamento por parte del paciente. Sin embargo, a consecuencia de los desplazamientos geográficos de la ciudadanía fue necesario implantar un sistema interoperable que les permitiese acudir a cualquier farmacia del territorio y poder así retirar la medicación prescrita por su médico. De esta manera, independientemente del diseño gráfico de cada tarjeta, las personas pueden obtener su medicación en cualquier comunidad autónoma diferente a aquella donde residan; es decir, hoy en día cualquier ciudadano puede recoger su medicación en cualquier farmacia de España.

La sanidad española se caracteriza además por su descentralización. Hemos cumplido veinte años de la culminación de las transferencias de la sanidad y el balance es positivo. El trabajo de todos ha generado confianza en el sistema sanitario porque ha acercado la sanidad pública a la ciudadanía en los territorios, en las comarcas y allí donde era más difícil el acceso; ha generado equidad y ha contribuido de forma evidente a la mejora de la salud y el bienestar de la sociedad. En el año 2019 el Gobierno socialista, presidido por Pedro Sánchez, junto con las comunidades autónomas impulsaron y completaron la interoperabilidad de la receta electrónica en el Sistema Nacional de Salud, que hasta la actualidad ha sido utilizada aproximadamente por el 7 % de la población. Desde el 15 de julio de 2015, fecha en la que se inició el servicio de interoperabilidad, hasta la actualidad se han dispensado más de 43 millones de envases a más de 3 millones de ciudadanos diferentes. Estos ciudadanos, de media, han usado cada uno la receta electrónica interoperable cinco veces en ese período. Completada esta interoperabilidad, el Gobierno de España continúa trabajando para extenderla a otros países europeos, dentro del proyecto CEF, Connecting Europe Facility. Quiero comunicarles, señorías, que hemos alcanzado una transaccional con el Partido Popular para llevar a cabo esta iniciativa.

En el Grupo Parlamentario Socialista consideramos que es necesario continuar garantizando el acceso a la prestación farmacéutica a los pacientes en todo el territorio a través de la ampliación y mejora de la receta electrónica en el Sistema Nacional de Salud en beneficio de la salud del paciente y, por ello, se van incorporando diferentes servicios. Uno sería el bloqueo cautelar, que impide dispensar un medicamento en cualquier farmacia cuando el farmacéutico, tras detectar un problema de seguridad, lo bloquea y que solo podría ser desbloqueado por el médico prescriptor. Otro es el código de confidencialidad, para que el paciente pueda indicar al médico qué medicamentos quiere que se entren en la categoría de confidencialidad. También serviría para las fórmulas magistrales y las vacunas individualizadas. Así se extiende la interoperabilidad a toda la prestación farmacéutica, que precisamente es uno de los objetivos del Gobierno y también de esta iniciativa. También la comunicación médico-paciente, el tratamiento activo, etcétera. Es decir, se trabaja continuamente en colaboración con las comunidades autónomas para extender estos servicios al cien por cien del territorio, así como para implementar todos esos que se vayan considerando necesarios para mejorar la calidad de la atención recibida por el paciente. Es decir, esto nunca está estático, esto está siempre avanzando y mejorando para, precisamente, garantizar la accesibilidad a la prestación farmacéutica al paciente con toda la seguridad. Por cierto, los medicamentos en España son seguros y eficaces, y si alguien tiene alguna duda al respecto ya sabe lo que tiene que hacer, pero lo que no se puede hacer aquí es sembrar sospechas sobre la seguridad de los medicamentos.

Como decía, en esto de la receta electrónica está el Gobierno y en esto están los presupuestos generales del Estado para 2023, cuentas a las que el Congreso, en estos días en que se cumplen cuarenta años de la victoria del Partido Socialista en las elecciones generales de 1982, ha dado luz verde para continuar con su

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 798

2 de noviembre de 2022

Pág. 27

tramitación, incluso con el voto en contra de las derechas. Sin embargo, hoy esperamos su apoyo para llevar a cabo esta iniciativa que mejorará el acceso de los pacientes a su medicación.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

En defensa de las enmiendas presentadas, por tiempo de cinco minutos, ya saben, por el Grupo Parlamentario VOX tiene la palabra la señora Jara.

La señora **JARA MORENO**: Gracias, presidenta.

La implementación de la digitalización en el Sistema Nacional de Salud está llegando a todos los aspectos de la atención médica y hay comunidades, como la andaluza, con el sistema operativo Diraya, que lleva ya largo recorrido y que a los facultativos nos lo presentaron de hoy para mañana y se comenzó a trabajar en él sin ningún problema. Está interconectado tanto para receta electrónica como para historia clínica desde Huelva hasta Almería. Sin embargo, no es así de Almería a Murcia, de forma que en los hospitales limítrofes de ambas provincias nos encontramos con el problema de siempre dado el caso de cualquier patología aguda que se presente cuando el ciudadano está fuera de su región. Aunque no es comprensible que, dados los adelantos tecnológicos, esto no se resuelva en una semana, implantando el mismo sistema para todas las comunidades y volcando los datos, es la realidad que tenemos, vamos a pasos superlentos ya que de los gobernantes que tenemos obtenemos poco más que buenas intenciones que se acaban con el discurso que estén dando en cada momento.

La sanidad precisa más agilidad para adaptarse a la nueva vida que supone la tecnología digital. La receta electrónica interoperable está instaurada en España desde hace ocho años, cuando gobernaba la derecha que, aunque tampoco hizo gran cosa por la mejora de la sanidad, al menos sí hizo eso, no vayamos ahora a apropiarnos de esta innovación. No se entiende que parte de la historia clínica como es la prescripción puede rápidamente extenderse por toda España —y según el secretario de Salud Digital nos explicó en su última comparecencia ya este verano se podía conectar también con Portugal—, pero no podemos disponer del resto de la información contenida en el mismo formato en el caso del sistema operativo al que está acostumbrado la diputada que les habla, el Diraya, donde solo es una pestaña más. Todo se puede optimizar y, dado que la historia clínica interoperable no termina de llegar —y si lo hace, vendrá en idiomas que no nos son comunes—, al menos los urgenciólogos podríamos acceder a través de la farmacia hospitalaria a los datos de la receta electrónica de los pacientes de otras regiones, con lo que se inferirían datos de la historia de salud de los pacientes como, por ejemplo, los anticoagulantes, antihipertensivos, antidiabéticos, estatinas, antibióticos en curso, etcétera.

Además, queda aún por completar la interoperabilidad en todas las regiones de las mutualidades con provisión pública, como la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, MUFACE; la Mutualidad General Judicial, MUGEJU, y el Instituto Social de las Fuerzas Armadas, ISFAS.

Tienen ustedes también servicios pendientes de completar para todas las regiones, como son la anulación o el bloqueo cautelar de la dispensación, la petición de confidencialidad, la interoperabilidad de fórmulas magistrales y las vacunas individualizadas. Y así tenemos que la anulación de dispensación se pueda hacer en todas las regiones menos en la Comunidad de Madrid y las Vascongadas. El bloqueo cautelar de dispensación solo está habilitado para Asturias, Cantabria, Castilla y León, Cataluña y Andalucía. La confidencialidad en la dispensación solo lo tenemos en Cantabria, Cataluña y el territorio INGESA. Las fórmulas magistrales son interoperables en Asturias, Cantabria, Vascongadas, La Rioja, Castilla y León, Cataluña, Baleares y Canarias. Y las vacunas individualizadas únicamente las tienen en La Rioja, Baleares y Canarias.

A todas las tareas que tienen pendientes, podríamos añadir —en tanto no llegue a la historia digital única— el poder acceder a los tratamientos de los pacientes desde los servicios de urgencias hospitalarias, si se interconecta la farmacia hospitalaria como un establecimiento más; por lo que hemos planteado una enmienda de adición en este sentido, que esperamos tengan a bien aceptar para mejorar la calidad en el trabajo de los urgenciólogos, a los que se niegan a dar la especialidad y la calidad de atención al paciente.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Y también en defensa de las enmiendas presentadas, por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la señora Velasco.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 798

2 de noviembre de 2022

Pág. 28

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

Nos encontramos ante una iniciativa que se podría enmarcar dentro de la Estrategia de Salud Digital y agradezco de antemano la incorporación de nuestra enmienda a la iniciativa que plantea el Grupo Parlamentario Socialista para contemplar dos aspectos fundamentales en el abordaje de la salud digital, como es la historia clínica interoperable y la tarjeta sanitaria individual.

Señorías, dentro de la Estrategia de Salud Digital estamos hablando de tres grandes líneas: el desarrollo de servicios sanitarios digitales orientados a las personas, a las organizaciones y a los procesos que integran el sistema de protección de la salud con un enfoque de equidad; la generalización de la interoperabilidad de la información sanitaria y el impulso a la analítica de datos relacionados con la salud, sus determinantes y el sistema sanitario. En cuanto a la interoperabilidad, ya le preguntamos al secretario general la semana pasada en la Comisión de Presupuestos si tenía prevista la plena implementación y total interoperabilidad de la receta electrónica, la tarjeta sanitaria individual y la historia clínica digital en todo el Sistema Nacional de Salud. Señorías, hay que reconocer que desde que se presentaron los presupuestos para este año 2022, siendo la salud digital uno de los aspectos a contemplar, poco hemos avanzado en interoperabilidad de la historia clínica digital o en la tarjeta sanitaria individual. Preguntamos cuáles eran los aspectos o los impulsos que se habían dado en cuanto a compartir esa interoperabilidad en los centros de salud de atención primaria, especializada o los sociosanitarios, y, desde luego, los avances han sido muy pocos. Entendemos que esta es una de las prioridades que hay que abordar y que nuestros profesionales sanitarios así lo esperan. Señora Prieto, no fíen todo a los presupuestos generales del Estado de este año porque ya sabemos que el cuadro sobre el que se elaboran, sobre todo en el ámbito de la salud digital, puede verse perjudicado porque aparecen partidas que no van a tener su eficacia.

Para concluir, señorías, la transformación digital es un proceso integrado de estandarización de gestión y de tratamiento de datos que requiere seguridad, interoperabilidad, inversiones en tecnología, reformas de estructuras, coordinación, liderazgo, cambio de cultura de organización y respeto a principios bioéticos. Se debe apostar decididamente por la digitalización de la sanidad, con una planificación a corto y medio plazo, con una financiación suficiente que pueda cumplir con unos objetivos claros. De nada nos sirven los fondos europeos si luego los invertimos, por ejemplo, en el radar COVID, ejemplo de mala praxis a la hora de utilizar los fondos. Y tampoco pueden seguir dependiendo exclusivamente de los fondos europeos para financiar el proceso de digitalización de nuestro sistema sanitario, si queremos que la sanidad española avance y se adapte con éxito a las nuevas realidades de nuestro sistema sanitario. Agradezco nuevamente la sensibilidad que ha tenido el Grupo Parlamentario Socialista para incorporar tanto la interoperabilidad de la historia clínica digital como avanzar en la interoperabilidad de la tarjeta sanitaria individual.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

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

La señora **MEDEL PÉREZ**: Gracias, señora presidenta.

Según contempla la propia PNL del Grupo Socialista, en 2019 se completó la interoperabilidad de la receta electrónica del Sistema Nacional de Salud que evita inequidades, es como un nivelador. Y estamos completamente de acuerdo con que eso es así. La propia señora Prieto ha dicho aquí que cualquier persona en cualquier comunidad autónoma, que no sea su comunidad de residencia habitual, puede conseguir cualquier medicamento con la receta electrónica y estamos completamente de acuerdo. En todo caso, nos alegramos mucho de que se inste al Gobierno a que se continúe garantizando el acceso a la prestación farmacéutica. No nos parece necesaria esta PNL debido a que esto ya está ocurriendo, pero estamos de acuerdo.

Gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Han presentado a esta iniciativa una enmienda transaccional, con lo cual estamos en este punto.

Hemos concluido el orden del día. Vamos a hacer un pequeño receso para poner en orden las enmiendas antes de las votaciones. **(Pausa)**.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 798

2 de noviembre de 2022

Pág. 29

VOTACIONES.

La señora **PRESIDENTA**: Señorías, vamos a pasar a las votaciones. Evidentemente, como siempre hacemos, seguiremos el orden del día tal cual estaba convocada esta Comisión, el orden del día originario, porque si no, sería un lío poder seguirlo. De todas maneras, yo les iré anunciando la iniciativa que corresponde en cada una de las votaciones para que no haya error.

En primer lugar, se somete a votación la proposición no de ley relativa a la Alta Inspección del Sistema Nacional de Salud, del Grupo Parlamentario Confederal de Unidas Podemos. Esta iniciativa se vota en sus propios términos.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 5; en contra, 27; abstenciones, 1.

La señora **PRESIDENTA**: Queda rechazada.

Pasamos a la siguiente iniciativa. Se somete a votación la proposición no de ley sobre el origen y la trazabilidad de los medicamentos de uso humano de fabricación industrial, del Grupo Parlamentario VOX. Esta proposición no de ley se somete a votación también en sus propios términos.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 5; en contra, 31.

La señora **PRESIDENTA**: Queda rechazada.

Se somete a votación la proposición no de ley sobre la prestación del consentimiento por los usuarios de Internet a la instalación de *cookies*, del Grupo Parlamentario Socialista. Esta proposición no de ley se somete a votación con la incorporación de la enmienda transaccional que han presentado el Grupo Parlamentario Socialista y el Grupo Parlamentario Popular.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 26; abstenciones, 8.

La señora **PRESIDENTA**: Queda aprobada.

Pasamos a la siguiente iniciativa... **(rumores)**. ¿Hay algún problema?

La señora **PRIETO NIETO**: Sí, tenemos una duda, a ver si nos la aclara.

El señor **ACEVES GALINDO**: Señora presidenta, en las dos primeras votaciones se han contabilizado 36 votos.

La señora **PRESIDENTA**: No, 34.

La señora **PRIETO NIETO**: No, en la segunda 36.

La señora **PRESIDENTA**: En la segunda son 36 porque se ha incorporado un diputado más a la sesión.

El señor **ACEVES GALINDO**: No puede haber 36 si faltan dos grupos parlamentarios. En la Comisión somos 37 diputados, si faltan dos grupos, como máximo debería haber 35 votos.

La señora **PRESIDENTA**: Faltan el Grupo Vasco y Ciudadanos, así que es verdad, hay un lío aquí. Un momentito, vamos a ver qué ha pasado, que se nos ha bailado un diputado. **(Pausa)**.

Ha debido ser un error en la segunda votación, que hemos contado un diputado más. En todo caso, no cambia el resultado de la votación, es simplemente que nos hemos equivocado en uno de más, pero muchísimas gracias por la aclaración porque en las siguientes podría haber habido algún problema. **(El señor Steegmann Olmedillas pide la palabra)**.

El señor **STEEGMANN OLMEDILLAS**: Señora presidenta, es que no hay tres opciones. Hay sí, no, abstención y hay personas que pueden no votar ninguna de las tres. Por lo tanto, puede haber pasado eso.

La señora **PRESIDENTA**: Sí, pero no era el caso. Es que nos salía una de más. Muchas gracias.

Pasamos a la siguiente iniciativa. Se somete a votación la proposición no de ley relativa a que el Gobierno ponga en marcha medidas que abaraten los precios de los alimentos básicos de la cesta de la compra. El autor es el Grupo Parlamentario Popular y se somete a votación en sus propios términos. **(Varios señores diputados: Hay una autoenmienda.—La señora Riobos Regadera: Sí, hay una autoenmienda del Grupo Popular)**. No lo tengo aquí. No hay ninguna autoenmienda. **(El señor**

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 798

2 de noviembre de 2022

Pág. 30

Rodríguez Almeida: Está registrada y se envió todo. Lo hemos recibido ayer). Un momento que lo comprobemos. Sí, está en la documentación. De acuerdo, se somete a votación con la incorporación de la enmienda presentada por el Grupo Parlamentario Popular para que se pongan en marcha medidas que abaraten los precios de los alimentos básicos de la cesta de la compra.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 15; votos en contra, 18; abstenciones, 2.

La señora **PRESIDENTA:** Queda rechazada.

Pasamos a la siguiente proposición no de ley. Se somete a votación la proposición no de ley relativa a poner a disposición del sistema sanitario los recursos e inversiones necesarios para optimizar el acceso a técnicas de diagnóstico rápidas en el proceso asistencial de la neumonía. El autor es el Grupo Parlamentario Popular y se somete a votación con la incorporación de la enmienda transaccional presentada por el Grupo Parlamentario Socialista, Grupo Parlamentario Popular y Grupo Parlamentario VOX.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 30; votos en contra, 4; abstenciones, 1.

La señora **PRESIDENTA:** Queda aprobada.

Pasamos a la siguiente proposición no de ley. Se somete a votación la relativa a la interoperabilidad de la receta electrónica, del Grupo Parlamentario Socialista. Esta proposición no de ley se somete a votación con la incorporación de la enmienda transaccional presentada por el Grupo Parlamentario Socialista y el Grupo Parlamentario Popular.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 30; abstenciones, 5.

La señora **PRESIDENTA:** Queda aprobada.

Por último, se somete a votación la proposición no de ley sobre abordaje de los trastornos del sueño, cuyo autor es el Grupo Parlamentario Socialista. Esta proposición no de ley se somete a votación con la incorporación de la enmienda transaccional presentada por el Grupo Parlamentario Socialista y por el Grupo Parlamentario Popular.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 26; abstenciones, 9.

La señora **PRESIDENTA:** Queda aprobada.

Sin más asuntos que tratar, se levanta la sesión.

Eran las seis y treinta y cinco minutos de la tarde.