



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2011

IX Legislatura

Núm. 711

SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL Y CONSUMO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. GASPAR LLAMAZARES TRIGO

Sesión núm. 40

celebrada el martes 22 de febrero de 2011

Página

ORDEN DEL DÍA:

Proposiciones no de ley:

- | | |
|--|---|
| — Para favorecer la información y la participación ciudadana sobre transporte, medioambiente y salud. Presentada por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds. (Número de expediente 161/000284.) | 2 |
| — Relativa a la aprobación del Estatuto de los consumidores y usuarios. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/002028.) | 6 |
| — Sobre medidas para mejorar la atención a las personas con trastornos del espectro del autismo. Presentada por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió). (Número de expediente 161/002064.) | 8 |

	Página
— Con el objeto de elaborar en el plazo de tres meses un nuevo plan de infancia y adolescencia. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/002061.)	11
— Relativa a la regulación de un baremo único para el acceso a la titularidad de las farmacias. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/002019.)	15
— Relativa a la extensión del cribado neonatal ampliado a todas las comunidades autónomas. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/002024.)	18
— Sobre medidas para la mejora de la financiación de la Ley de Dependencia. Presentada por el Grupo Parlamentario Mixto. (Número de expediente 161/002068.)	19
— Sobre introducción de fórmulas de copago por parte de los usuarios del Sistema Nacional de Salud. Presentada por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds. (Número de expediente 161/002078.)	23

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

PROPOSICIONES NO DE LEY:

— **PARA FAVORECER LA INFORMACIÓN Y LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA SOBRE TRANSPORTE, MEDIOAMBIENTE Y SALUD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO DE ESQUERRA REPUBLICANA-IZQUIERA UNIDA-INICIATIVA PER CATALUNYA VERDS. (Número de expediente 161/000284.)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Señorías, vamos a dar comienzo a la sesión de la Comisión de Sanidad, Política Social y Consumo.

Les ruego que atiendan, porque se ha cambiado el orden de casi todas las proposiciones no de ley. ¿Los grupos saben en qué orden van a intervenir o prefieren que se lo leamos? (**Pausa.**) Vamos a leerlo. La primera proposición no de ley sigue siendo la primera, que es la relativa a transporte, medioambiente y salud; la segunda se refiere al estatuto del consumidor; la tercera es la relativa a las farmacias; la cuarta al plan de infancia y adolescencia; la quinta es la presentada por CiU sobre el autismo; la sexta es la relativa al cribado neonatal; la séptima y la octava de antes se debatirán en el mismo lugar.

Comenzamos con la proposición no de ley, presentada por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-

Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds, relativa a transporte, medioambiente y salud.

Para su defensa tiene la palabra el señor Llamazares.

El señor **LLAMAZARES TRIGO**: Intervengo en nombre del Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds para presentar una iniciativa relativa a la contaminación atmosférica y la salud. Esta iniciativa trae causa, por una parte, del informe Sespas, sobre transporte, medio ambiente y salud, cuya conclusión era el impacto negativo en la salud que tiene el tipo de transporte actual en términos de lesiones de tráfico, cambio climático, contaminación atmosférica, ruido e interferencias para las actividades cotidianas; por otra parte, también tiene que ver con recientes informaciones con respecto a la contaminación atmosférica existente en buena parte de las ciudades españolas. La boina de contaminación que estos días ha venido asfixiando a Madrid, pero también a Barcelona y a otras ciudades, ha disparado las alertas y ha reabierto la polémica política y medioambiental, también la sanitaria, en torno a las medidas que se han adoptado y que se deben adoptar. Los expertos advierten que los niveles de polución que se están alcanzando suponen un riesgo grave para la salud. La primera estrategia de los poderes públicos ha sido negar la realidad, es decir, negar la contaminación o el incumplimiento de los límites de contaminación. Sin embargo, de acuerdo con los datos publicados por los ayuntamientos, las comunidades autónomas y la Administración central, la calidad del aire de las ciudades sigue

sin cumplir el marco legal vigente, Directiva 1999/30 CEE y Real Decreto 1073/2002, al haberse superado los límites legales, tanto de dióxido de nitrógeno como de partículas menores de 10 micras, algo que viene sucediendo con demasiada frecuencia en los últimos tiempos y que si se ha contenido en algún momento no ha sido gracias a las medidas activas adoptadas si no, por una parte, gracias a los efectos —por decirlo de alguna manera— paradójicos de la crisis y, por otra parte, al cambio de los modelos de los automóviles, que son más eficientes.

Señorías, si la primera reacción ha sido: ojos que no ven, la segunda reacción ha sido: corazón que no siente. Sin embargo, es evidente, por los estudios realizados desde los años cincuenta, que la contaminación atmosférica afecta no solamente a los pulmones sino también al corazón. Las consecuencias son muy negativas para la salud de los ciudadanos. Según el estudio europeo más reciente, desarrollado en veintiséis ciudades, llamado Apehis-3, solo en la ciudad de Madrid se podrían evitar mil setecientas muertes prematuras cada año o cincuenta y ocho muertes por cada cien mil habitantes si se redujera la media diaria anual de las partículas de 10 a 20 microgramos por metro cúbico. Otras conclusiones de este estudio señalan que si se hace un mayor esfuerzo, es decir, si se rebajan las partículas PM10 en solo 5 microgramos por metro cúbico podemos ahorrarnos también otras quinientas muertes. Es decir, estamos hablando de más de dos mil muertes prematuras como consecuencia de la contaminación atmosférica. La contaminación del aire podría contribuir, asimismo, en un 36 por ciento a la muerte prematura de las personas mayores, según ha explicado la coordinadora de la Sociedad española de neumología y cirugía torácica.

La polución es un grave riesgo para la salud, preocupante en los ancianos con asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Un incremento de las partículas en suspensión de dióxido de azufre, plomo o monóxido de carbono, que están relacionadas con el tráfico, se traducen en un aumento de los ingresos hospitalarios y de muerte prematura, en contraste con las propias declaraciones de las autoridades sanitarias y no sanitarias de nuestras principales ciudades. Entre los grupos de riesgo se encuentran los ancianos, los niños y los pacientes de enfermedades respiratorias, vasculares y cardíacas. En personas sanas la contaminación ocasiona síntomas más leves, como picazón de garganta, estornudos, tos irritativa, mayor secreción; es decir, síntomas alérgicos. Según datos de la Comisión Europea, la contaminación atmosférica provoca actualmente a nivel mundial dos millones de muertes prematuras; en Europa unas trecientas setenta mil muertes y en España aproximadamente dieciséis mil muertes. Estamos hablando de un nivel de muerte prematura muy superior al de los accidentes de tráfico, al de los accidentes laborales y también —es muy importante la medida que recientemente han tomado esta Comisión y este Parlamento—

al de las muertes prematuras por el tabaco. Señorías, está ampliamente demostrado que los contaminantes aéreos, especialmente las partículas en suspensión de bajo peso PM10 se relacionan con la aparición de enfermedades oncológicas, también en ciertos órganos del aparato respiratorio, procesos autoinmunes de tipo alérgico y problemas cutáneos. Esta situación afecta de manera especialmente intensa a la población más vulnerable: niños, ancianos, mujeres embarazadas y personas en situaciones más frágiles; provoca un incremento importante del número de procesos de baja por enfermedad y de absentismo laboral que afecta especialmente a los oficios de mayor riesgo y a las zonas especialmente contaminadas.

Por las razones anteriormente expuestas mi grupo ha presentado una iniciativa parlamentaria centrada en estos aspectos que propone lo siguiente. Se hace necesario promover un cambio de modelo de transporte y de movilidad hacia un transporte público, el desarrollo de vías y espacios para la promoción del desplazamiento, andando o en bicicleta, favoreciendo con ello una población más sana y un medio ambiente más sostenible. En este sentido, en relación con la reciente idea de que las bicicletas vayan por las aceras, desde mi grupo parlamentario tenemos que decir que no lo compartimos; que si las bicicletas restan algún espacio debe ser al automóvil privado pero, en ningún caso, deben ir por las aceras, afectando y poniendo en riesgo a las personas, en concreto a las personas mayores. En nuestra opinión, es una muy mala medida. Señorías, proponemos incorporar, con carácter preceptivo, un estudio de impacto sobre la salud de todas las iniciativas que tengan que ver con infraestructuras por parte de los poderes públicos. En segundo lugar, avanzar en la integración de la política de transporte, medio ambiente, con el objetivo de promover un desplazamiento seguro, andando o en bicicleta, y un transporte público menos contaminante y con menos riesgos para la salud. En tercer lugar, mejorar los sistemas de información disponibles sobre el impacto de las lesiones de tráfico y la contaminación atmosférica o los efectos del ruido sobre la salud. Por último, favorecer la información y la participación ciudadana sobre el transporte en el medio ambiente y la salud.

Por último, señorías, hemos presentado también unas autoenmiendas, porque queríamos actualizar esta iniciativa en función del debate que se ha producido en los últimos días, por ejemplo, mandatando al Gobierno para que ponga en marcha el plan estatal de reducción de la contaminación que está aprobado por ley desde el año 2007 y no se ha cumplido; a elaborar el proyecto de ley de movilidad sostenible a lo largo del actual periodo de sesiones; a facilitar el acceso a través de una página web a los datos de contaminación, que no son datos, en nuestra opinión, discutibles, aunque sean discutidos, y a establecer con las comunidades autónomas y la Federación Española de Municipios y Provincias el seguimiento de los niveles de contaminación

y las medidas para la reducción de los mismos. Estamos ante un importante problema de salud. Creemos que hay una responsabilidad compartida en esta materia y, en nuestra opinión, también se necesitan medidas horizontales que tengan que ver con el transporte, con el medio ambiente y con la salud. Por tanto, es una iniciativa que pretende situarse en ese marco.

Mantenemos la mayor voluntad de acuerdo en esta Comisión que permita llegar a un texto que responda a este problema de de salud pública.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Se ha presentado una enmienda por el Grupo Parlamentario Popular, para cuya defensa tiene la palabra doña Ana Vázquez.

La señora **VÁZQUEZ BLANCO**: Intervengo en nombre del Grupo Parlamentario Popular para defender la enmienda a esta proposición no de ley que presentó Izquierda Unida en el año 2008. Al haber transcurrido unos años, se hace más necesaria la mejora de la redacción y la solicitud al Gobierno de la proposición no de ley.

Somos conscientes de que la energía consumida en el sector del transporte representa más de un 40 por ciento de la energía total nacional, siendo uno de los principales responsables del crecimiento de las emisiones de gases de efecto invernadero. A ello hay que añadir que el parque registrado de vehículos en España ha experimentado un crecimiento notable, aumentando en motocicletas y ciclomotores un 52 por ciento, en vehículos de carga ligeros un 126 por ciento, en vehículos pesados un 41 por ciento y en turismos un 72 por ciento. Al mismo tiempo, se ha producido un crecimiento muy notable de los recorridos realizados en tres pautas de conducción: interurbana, rural y urbana, con un incremento aproximado del 93 por ciento. El número de accidentes de tráfico con víctimas en las vías urbanas ascendió en España en 50.688, con la consecuencia de 62.733 heridos y 741 muertes. El deterioro de la salud de la población debido al ruido producido por el tráfico se estima que afecta al 26,7 por ciento de los hogares y que los factores ambientales suponen el 20 por ciento de la incidencia total de enfermedades. El 89 por ciento de los ciudadanos de la Unión Europea expresaron en el Eurobarómetro su preocupación por las repercusiones potenciales del medio ambiente sobre su salud. Además, se cifran en sesenta mil las muertes anuales en ciento veinticuatro ciudades europeas debidas a la exposición a largo plazo a la contaminación por partículas por encima de los niveles permitidos. Por último, se estima en diez millones el número de personas que en Europa soportan niveles de ruido que les pueden provocar pérdidas auditivas. Con estos datos no debemos ser ajenos a la preocupación que muestra la sociedad en la Unión Europea.

La iniciativa que nos presenta hoy aquí el grupo de Izquierda Unida al tratar temas tan variados como la

polución o las lesiones de tráfico mezcla, a su vez, competencias que corresponden a diferentes administraciones. Resulta confuso, porque el objetivo y las medidas tienen un componente eminentemente municipal, en algunos casos puede que autonómico y, sin embargo, a quien se está instando es al Gobierno. El Estado es competente en las infraestructuras de interés general o que afectan a más de una comunidad autónoma. En materia de urbanismo y ordenación del territorio, como propone la iniciativa, las comunidades autónomas tienen competencia exclusiva, y en algunas ocasiones también concurrente. Por último, cabe destacar que en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, y dentro de la comisión de salud pública, existe actualmente una ponencia de sanidad ambiental y posiblemente sea este el foro idóneo para estudiar muchos de los temas contenidos en esta proposición no de ley. Como decía el portavoz de Izquierda Unida, efectivamente el informe Sespas ya hace mención a esta integración entre salud y medio ambiente, y así nos explicaban el otro día el caso de Holanda, donde existen los consejos interdepartamentales y grupos interdisciplinarios en los que se hacen estudios sobre estas materias.

Quiero decir que en la disposición adicional sexta de la Ley 34/2007, de calidad del aire y protección de la atmósfera, se preveía la elaboración por parte del Gobierno de una ley de movilidad sostenible que incluirá la obligación de la puesta en marcha de planes de transporte de empresa que reduzcan la utilización del automóvil en el transporte de sus trabajadores, fomenten otros modos de transporte menos contaminantes y contribuyan a reducir el número e impacto de los desplazamientos. El Gobierno no ha traído a esta Cámara la ley de movilidad sostenible y recientemente, el Partido Popular ha reclamado al Gobierno que cumpla con este compromiso.

Nosotros presentamos esta enmienda en la que solicitamos, en primer lugar, estudiar en el seno de la ponencia de sanidad ambiental, de la comisión de salud pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el impacto sobre la salud de factores derivados del medio ambiente, el transporte y el urbanismo. Para ello, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad deberá presentar en el plazo de tres meses un informe acerca de la situación actual del Plan nacional de acción en salud y medio ambiente, con un calendario de implementación del mismo para que no se quede en un cajón. En segundo lugar, solicitamos que con el objetivo de reducir el uso del coche privado y, consiguientemente, de las emisiones contaminantes y del ruido, el Gobierno deberá aprobar en el plazo de seis meses un proyecto de ley de movilidad sostenible, en cumplimiento de lo dispuesto en la disposición adicional séptima de la ley 34/2007, de calidad del aire y protección de la atmósfera.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Tiene la palabra la señora Tortosa para defender la enmienda del Grupo Socialista.

La señora **TORTOSA URREA**: Intervengo en nombre del Grupo Parlamentario Socialista para defender la enmienda que hemos presentado en relación con la proposición no de ley del Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds en la que se realiza una serie de peticiones concretas al Gobierno para que refuerce su actuación en cuestiones referentes a la salud y al medio ambiente, además de solicitar que se favorezca la información y la participación ciudadana en estos mismos aspectos.

Como suele suceder, y ya se ha mencionado aquí, en ocasiones nos encontramos con que el tiempo que transcurre desde que una propuesta se presenta hasta que se debate hace que algunas de las peticiones se tengan que actualizar o incluso también que queden superadas por la propia gestión del Gobierno. Esta es una de las ocasiones y muchas y diversas han sido las acciones que se han puesto en marcha, como a continuación comentaré. Además, podemos incidir en que nos encontramos en un momento decisivo para la salud pública de nuestro país, ya que esperamos todos que en breve el proyecto de ley siga su curso en esta Cámara.

Esta ley, tan necesaria, ha sido trabajada intensamente con organizaciones profesionales, ciudadanas y con las comunidades autónomas con el objetivo de disponer de bases jurídicas sólidas para el desarrollo de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, actuando sobre los determinantes sociales en salud. La futura ley de salud pública nos ofrecerá nuevos instrumentos para dar garantías a los ciudadanos en el control de los determinantes sociales de la salud y de los factores que influyen en la aparición y distribución de las enfermedades.

Por otra parte —entrando de lleno en los pedimentos de la proposición no de ley— en cuanto a la incorporación, con carácter preventivo, de un estudio de impacto sobre la salud en las obras y decisiones sobre infraestructuras, urbanismo y medio ambiente, son evidentes los avances que se han producido gracias al Real Decreto legislativo 1/2008, de 11 de enero, que aprobó el texto refundido de la Ley de evaluación de impacto ambiental de proyectos, pues en cada evaluación se deben identificar, describir y evaluar de forma apropiada, en función de cada caso particular, los efectos directos e indirectos de un proyecto, entre otros aspectos, en la salud humana. En este ámbito, el actual borrador del anteproyecto de la ley general de salud pública contempla la incorporación de la protección y promoción de la salud en el diseño e implementación de las intervenciones sectoriales mediante la evaluación del impacto en salud, de acuerdo con el principio de salud en todas las políticas. En él se establece que la evaluación de impacto en salud será la combinación de procedimientos, métodos y herra-

mientas con los que podrá ser analizada una norma, un plan, programa o proyecto en relación con sus potenciales efectos en la salud de la población y acerca de la distribución de los mismos, debiendo prever los efectos directos e indirectos de las políticas sanitarias y no sanitarias sobre la salud de la población y las desigualdades sociales en salud, con el objetivo de la mejora de cualquier intervención.

Por lo que se refiere a la solicitud de integración de las políticas de transporte, urbanismo, medio ambiente y salud, con el objetivo de promover el desplazamiento seguro andando en bicicleta y el transporte público menos contaminante, garantizando la reducción en el uso del coche privado y, por tanto, la reducción de las emisiones contaminantes y del ruido que se indica en la proposición no de ley, desde el Consejo Nacional del Clima, del Ministerio de Medio Ambiente, y Medio Rural y Marino se está trabajando en la elaboración de la reclamada ley de movilidad sostenible, de acuerdo con lo contemplado, como también se ha dicho aquí, en la Ley 34/2007, de calidad del aire y protección de la atmósfera, en virtud de la aprobación de la estrategia española de medio ambiente urbano. Por ello, desde el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, se contribuirá a incluir en dicha norma todos aquellos aspectos relacionados con la salud pública para que además de ser una norma orientada a la sostenibilidad sea también saludable. Las líneas de acción de nuestro ministerio se encuentran totalmente en sintonía con el desarrollo de las propuestas de organismos internacionales, como la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud que mediante el programa paneuropeo de transporte, salud y medio ambiente pretende integrar los aspectos medioambientales y de salud en las políticas de transporte, buscando una movilidad sostenible y un transporte más limpio.

En cuanto al punto tercero de la proposición no de ley, desde varios departamentos ministeriales se está colaborando en el diseño y gestión de sistemas de información sanitarios y ambientales coordinados por la Oficina Regional para Europa de la OMS. Estas directrices están contempladas, además, en el Plan nacional de salud y medio ambiente, cuyo objetivo es analizar las repercusiones de los factores ambientales en la salud humana e integrar las políticas de medio ambiente y salud, estableciendo mecanismos para el control de la degradación del medio ambiente, promoviendo la profundización de la investigación en la materia y proponiendo la puesta en marcha de acciones que contribuyan, en definitiva, a la mejora de la calidad ambiental y a la minimización de riesgos ambientales para la salud de la población. A mayor abundamiento, tal como indiqué al principio, el anteproyecto de la ley general de salud pública hace palpable el compromiso del Gobierno también en este aspecto, pues con la creación que se ha previsto de la red española de vigilancia en salud pública, organizada como una red de redes coordinada por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, se quiere incluir

entre sus funciones la vigilancia, entre otros, de los riesgos ambientales y sus efectos en la salud que integran la información de la presencia de los agentes contaminantes en el medio ambiente y en las personas.

Por último, y refiriéndome a la petición cuarta, actualmente ya se establecen medidas para la participación del público en la elaboración de determinados planes y programas relacionados con el medio ambiente en la Ley 27/2006, por la que se regulan los derechos de acceso a la información, de participación pública y de acceso a la justicia en materia de medio ambiente. En esta norma se incluye, como información ambiental, el estado de la salud y seguridad de las personas cuando se vean o puedan verse afectados por el estado de los elementos del medio ambiente.

En definitiva, señorías, consideramos que gran parte de las acciones incluidas en esta proposición no de ley se encuentran ya recogidas en los desarrollos normativos de carácter nacional existentes. Sin embargo, como compartimos el planteamiento general de las propuestas en relación con la implantación de mecanismos de evaluación de impacto en salud en el ámbito de la movilidad, así como la integración de las políticas de salud y medio ambiente, puesto que supondría un avance en el objetivo de conseguir que la salud se integre en todas las políticas, hemos presentado nuestra enmienda en lo referente a la competencia propia de nuestra Comisión y esperamos alcanzar una transacción que podamos trasladar a la Mesa cuanto antes.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Creo que nadie quiere hacer uso de un turno de fijación de posición. Iba a preguntar al grupo proponente, pero me informan de que están buscando una transaccional.

Quiero recordarles, señorías, que —con flexibilidad— procuren atenerse a los tiempos, que son cinco minutos para la proposición no de ley y tres minutos para las enmiendas. También quería informarles de que la votación no será antes de la una.

— **RELATIVA A LA APROBACIÓN DEL ESTATUTO DE LOS CONSUMIDORES Y USUARIOS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/002028.)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Pasamos a la segunda proposición no de ley, del Grupo Parlamentario Popular, relativa al Estatuto de los consumidores y usuarios, para cuya defensa tiene la palabra la señora Nadal.

La señora **NADAL I AYMERICH**: El objetivo que persigue la proposición no de ley del Grupo Popular que paso a defender es terminar con una situación de inseguridad jurídica que genera la profusión normativa que existe en la defensa de los derechos de los consumidores y usuarios. Se trata de generar confianza en

los consumidores y usuarios y para ello solo hay dos requisitos: querer y poner los medios, y lo digo en el siguiente sentido. Desde la aprobación de la Ley 26/1984, general para la defensa de los usuarios, se ha avanzado, he de decir que muchísimo, en todos los aspectos de esta defensa, pero en este momento, porque es lo pertinente, quiero referirme estrictamente a lo que es el ámbito legislativo. El refuerzo legal de la protección de los derechos y legítimos intereses de los consumidores y usuarios ha tenido el siguiente itinerario. La Ley 39/2002, de trasposición al ordenamiento jurídico español de diversas directivas comunitarias en materia de protección de los intereses de los consumidores; la Ley 44/2006, de mejora de la protección de los consumidores y usuarios; el Real Decreto legislativo 1/2007, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley general para la defensa de los consumidores usuarios y otras leyes complementarias; la Ley 2/2009, que regula la contratación con los consumidores de prestamos o créditos hipotecarios y de servicios de intermediación para la celebración de contratos de crédito o préstamo; la Ley 29/2009, por la que se modifica el régimen legal de la competencia desleal y de la publicidad para la mejora de la protección de los consumidores; la Ley 1/2010, de reforma de la Ley 7/1996, de Ordenación del Comercio Minorista. Lo dejo aquí, señorías —no quiero fatigarles—, no sin decir que a esto hemos de sumar que en este momento se está tramitando también una nueva ley de contratos al consumo, que es una trasposición de la Directiva europea 2008/48.

Tal dispersión normativa lo que genera es una excesiva atomización de nuestra legislación en materia de protección de los derechos de consumidores y usuarios que lo que hace es provocar inseguridad jurídica y que dificulta enormemente que los consumidores conozcan y entiendan el alcance de sus derechos; indudablemente genera una fuerte inseguridad jurídica. Es cierto —supongo que hará mención a ello el Grupo Socialista en la defensa de su enmienda— que esta dispersión normativa tiene su origen en la trasposición de la normativa europea. Más adelante me referiré a ello, pero quiero reafirmar que si la defensa de los derechos de los consumidores y usuarios es fundamental en cualquier caso, lo es más aún en la situación actual, en la que los consumidores estamos sufriendo los rigores de una crisis económica reiteradamente negada por el señor Zapatero y que el Gobierno hace pagar a los españoles, puesto que nos hace pagar las consecuencias de su desastrosa gestión económica. Por eso es tan importante generar confianza, generar seguridad jurídica.

Les pondré solo un ejemplo, y lo hago por su actualidad. Les daré un dato. Desde la llegada del Partido Socialista al Gobierno en el año 2004 la factura de la luz se ha incrementado más de un 40 por ciento, cuando el IPC lo ha hecho menos de la mitad. La defensa de los consumidores requiere seguridad jurídica y eso no solo es clave desde el punto de vista de los consumi-

dores sino también desde la óptica de la dinámica económica —insisto— para generar confianza. Satisfacer eficazmente las demandas de los consumidores contribuye también a crear una economía más viable, innovadora y próspera, en la medida en que unos mercados de consumo eficientes, fiables y versátiles en los diferentes sectores económicos son motor clave de la competitividad y del bienestar. La profusión normativa a la que me he referido se agrava por la complejidad que tiene nuestro mapa competencial, que hace que los usuarios no tengan claro qué competencias son del Estado, qué competencias son de las comunidades autónomas y qué servicios pueden prestarles las autoridades municipales. Por esas razones, señorías, el Grupo Popular propone a esta Comisión que apruebe que en el plazo máximo de un año el Gobierno traiga a las Cortes Generales un proyecto de ley de Estatuto de los consumidores y usuarios que recoja y armonice en un único texto lo regulado acerca de esta materia en los distintos textos normativos.

A título simplemente enunciativo, el *petitum* de nuestra proposición recoge la incorporación del marco de competencias nacionales, autonómicas y municipales, para terminar con la falta de claridad en el régimen de distribución competencial; la actualización de los derechos y deberes de consumidores y usuarios; la protección de distintos ámbitos que se han visto especialmente retocados o modificados por la normativa europea y una actualización del papel, importantísimo, que tienen las organizaciones y asociaciones de consumidores y usuarios en la defensa de sus derechos. Es cierto que esta dispersión responde a una trasposición de normativas europeas, como también es cierto que hasta ahora cuatro directivas europeas regulan los derechos de los consumidores, estableciendo una serie de criterios mínimos. El resultado en Europa es una especie de *patchwork* en el que algunos países de los Veintisiete, especialmente los escandinavos, superan con creces los niveles de protección, mientras que en otros esa protección es más bien escasa. Tanto es así que en la actualidad la Comisión Europea está elaborando una directiva para armonizar la protección de los derechos de los consumidores en toda la Unión. Los portavoces de Consumo de esta Comisión tuvimos ocasión de comprobarlo durante la Presidencia Europea en una sesión conjunta del Congreso y el Senado con la Comisión de Mercado Interior y Protección del Consumidor del Parlamento Europeo, sesión que fue copresidida por don Gaspar Llamazares. Se nos informó de que el pasado 2 febrero se había aprobado la nueva regulación de los derechos de los consumidores y que esta había sido una tarea muy ardua. Hace ya tres años que la Comisión propuso regular el tema, apostando por la armonización máxima. Han pasado dos años, se han negociado las propuestas de la Comisión —que, como decía, ha sido una tarea ardua—, se han presentado nada menos que 1.600 enmiendas y en marzo, según la información de la que dispone el Grupo

Popular, será votada y aprobada. Creemos por tanto que este es el momento oportuno para que el Gobierno aporte la seguridad jurídica imprescindible en esta materia, porque si el argumento es que en materia de defensa de los derechos de los consumidores y usuarios lo que hacemos es trasponer directivas europeas, le digo al Grupo Socialista con toda claridad que esto sería perfectamente extrapolable a cualquier otra materia. Insisto, la seguridad jurídica genera confianza, la confianza es un valor más necesario hoy que nunca y, como les decía al principio, solo hay dos requisitos: querer y poner los medios.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Para la defensa de la enmienda del Grupo Socialista tiene la palabra la señora Cano.

La señora **CANO DÍAZ**: Intervengo para defender la enmienda presentada por el Grupo Socialista a la iniciativa propuesta por el Grupo Popular.

Una vez más debatimos en esta Comisión la defensa y la protección de los consumidores y usuarios. Entendemos la preocupación del Grupo Popular en esta materia, por lo que quiero manifestar que el objetivo prioritario del Gobierno y del Grupo Socialista es garantizar esta protección y que los consumidores y usuarios puedan ejercer sus derechos con total garantía en cualquier situación. Vista la exposición de la portavoz del Grupo Popular, me planteo que el presidente del Gobierno es culpable de cualquier situación que se produzca; es culpable, se me ocurre, hasta de las revueltas de Libia de estos últimos días o de la subida del crudo o de que llueva, haga frío o esté nevando (**La señora Nadal i Aymerich: De la subida del 40 por ciento, sí**). Tengo la sensación de que se quiere hacer responsable de cualquier acontecimiento que ocurre en el país al presidente del Gobierno. (**La señora Nadal i Aymerich: Lo es.**)

Para iniciar la defensa de la enmienda presentada a esta iniciativa, hay que tener en cuenta que la alusión que hace el Grupo Popular a la dispersión de la legislación de protección del consumidor deriva del propio carácter pluridisciplinar de la materia, no siendo oportuno llevar a un único texto todas las normas existentes dentro de los distintos sectores que inciden en ella. El Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, aprueba el texto refundido de la Ley general para la defensa de los consumidores y usuarios, de conformidad con la disposición final quinta de la Ley 44/2006, de 24 diciembre, que habilita al Gobierno para refundir en un único texto la Ley 26/1984 y las normas de trasposición de las directivas comunitarias que incidieran en los aspectos reguladores, lo que hace por tanto que carezca de fundamento la afirmación de que la normativa vigente responde a un perfil de consumidor de hace más de dos décadas. El Real Decreto Legislativo 1/2007, en su preámbulo, explica cuáles son las razones que justifican que determinadas normas sectoriales que

inciden en la protección del consumidor no se hayan incorporado al texto refundido, sin que actualmente existan razones que justifiquen la modificación del citado esquema, sin perjuicio de que se aborde, cuando proceda, la actualización de aspectos puntuales del texto refundido o de que su contenido se adapte a las modificaciones que se derivan de la trasposición de las directivas comunitarias que se vayan aprobando, como se ha venido haciendo en varias ocasiones desde su entrada en vigor. Quiero recordar que el título IV del Real Decreto Legislativo 1/2007 ya regula el procedimiento sancionador y las infracciones y sanciones en materia de consumo, habilitando al Gobierno para que pueda modificar las cuantías establecidas en la norma. El contenido de la Ley 29/2009, de 30 de diciembre, por la que se modifica el régimen legal de la competencia desleal y la publicidad, para la mejora de la protección de los consumidores y usuarios, responde al modelo de técnica legislativa a la hora de afrontar la trasposición de la Directiva 2005/29 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 1 de mayo de 2005, de prácticas comerciales desleales, al ordenamiento interno español, que consideró conveniente no desgajar el derecho de la competencia en función de los sujetos protegidos, consumidores o competidores, sin perjuicio de introducir al mismo tiempo las necesarias modificaciones al texto refundido, así como a la Ley General de Publicidad y la Ley de Ordenación del Comercio Minorista, al objeto de llevar a cabo la trasposición de la citada directiva.

Sigo insistiendo, en defensa de la enmienda, en que no es oportuno llevar a un único texto todas las normas existentes dentro de los distintos sectores que se indican, y por todo lo expuesto hemos presentado una enmienda de sustitución. Esperamos llegar a un acuerdo con el Grupo Parlamentario Popular si así lo estima oportuno.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Para fijar posición sobre esta proposición no de ley, por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) tiene la palabra la señora Tarruella.

La señora **TARRUELLA TOMÀS**: Esta proposición no de ley que ha presentado el Grupo Popular no nos gusta en principio, principalmente porque invade competencias de las comunidades autónomas y, después, porque la propuesta que hace este grupo parlamentario no se ajusta a lo que recoge la Ley 44/2006, de 20 diciembre, de mejora de la protección de los consumidores y usuarios en materia de infracciones y sanciones en el ámbito del ejercicio de las competencias del Estado, sino que más bien huye de este aspecto y habla de armonización del marco competencial. Desde nuestro punto de vista, excede del mandato de la Ley 44/2006. No estamos en absoluto de acuerdo con la pretensión de regular y, todavía menos, de armonizar en un único texto legal estatal el marco de las competencias de consumo. Quiero recordar a la ponente del

Grupo Popular que la delimitación del marco competencial está clarísima desde la Constitución a los respectivos estatutos de autonomía de cada comunidad autónoma. El Estatuto de Autonomía de Cataluña ha tenido gran cantidad de impugnaciones, pero ninguna sentencia en ningún momento pone en cuestión la plena competencia de la Generalitat de Cataluña en materia de consumo. Por eso no nos gusta esta proposición no de ley y vamos a votar en contra.

— **SOBRE MEDIDAS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO DE AUTISMO. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO CATALÁN (CONVERGÈNCIA I UNIÓ). (Número de expediente 161/002064.)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Tengo que pedirles el aplazamiento de la proposición no de ley relativa a farmacias, porque la ponente, la señora Pastor, que pertenece a la Mesa, tiene bastantes problemas el día de hoy. Si están de acuerdo, la debatiremos cuando venga la ponente. **(Asentimiento.)**

Como tampoco está la ponente de la proposición no de ley del Grupo Popular sobre el plan de infancia, la señora Méndez, si les parece, pasamos a la siguiente iniciativa, que es la proposición no de ley de Convergència i Unió sobre el autismo. Para su defensa tiene la palabra el señor Campuzano.

El señor **CAMPUZANO I CANADÉS**: Presentamos esta proposición no de ley, orientada a mejorar la atención a las personas con trastorno del espectro del autismo, como fruto de la preocupación y la iniciativa de algunas organizaciones de familias con hijos que padecen este trastorno, que nos hicieron llegar sus consideraciones en relación con el actual tratamiento desde la perspectiva de las políticas de atención y atención precoz de estas situaciones. Es por tanto una iniciativa fruto de consideraciones nacidas de la sociedad civil ante una realidad, el trastorno del espectro autista, que en los últimos años ha venido incrementando su prevalencia. Comentábamos hace unos pocos minutos con algunas de las portavoces de otros grupos parlamentarios que quizás ese incremento de la prevalencia sea fruto de una mejora en nuestra capacidad de detectar este tipo de situaciones, pero lo cierto es que ese aumento de la prevalencia pone en jaque a los dispositivos públicos de atención a estas personas y a sus familias. Estamos convencidos además de que todo aquello que esté orientado a la detección precoz de este trastorno va en la buena dirección y que reforzar las redes públicas de detección precoz va a ser absolutamente fundamental. Además nos acercamos a esta problemática, como no puede ser de otra manera desde el Congreso de los Diputados, sin prefigurar ni tomar partido por ninguna de las distintas orientaciones que en el campo de la psiquiatría y de la psicología se

acercan a esta problemática. Es evidente que el establecimiento de la mejor manera de tratar estos trastornos debe corresponder a la comunidad científica, a los profesionales de la salud que se acercan a este ámbito, sin dejar de estar atentos, lógicamente, a las preocupaciones de las familias, que seguramente a menudo se encuentran muy solas, muy poco acompañadas en estos procesos. En el fondo, esta iniciativa de *Convergència i Unió* pretende llamar la atención sobre esta problemática y reclamar el incremento de los recursos que las comunidades autónomas destinan a este trastorno, desde la convicción —insisto— de que la detección precoz es fundamental para evitar que la calidad de vida y el estado de salud de las personas que padecen estas situaciones empeore a lo largo de su vida, porque además eso no les afecta solo a ellas sino también, muy directamente, a sus familias.

Nuestra proposición no de ley cuenta con cuatro puntos. En el primer punto instamos a valorar la eficacia y la efectividad de los tratamientos de terapia conductual destinados a las personas con trastornos del espectro autista, partiendo de los estudios de la Carlos III, pero siendo conscientes de que en la comunidad científica esta es una cuestión decididamente pacífica y estando muy convencidos de que debe ser ella la que determine si estos tratamientos de terapia conductual están siendo o no útiles. En segundo lugar, proponemos al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud una actualización de la cartera de servicios comunes, para incluir el tratamiento de estas terapias destinadas a personas con trastornos de autismo, teniendo en cuenta las evidencias científicas a las que hace unos segundos hacíamos referencia. En tercer lugar, proponemos incrementar los recursos destinados a las comunidades autónomas ante ese aumento de los índices de prevalencia de los trastornos vinculados al autismo, para que las comunidades autónomas puedan prestar el conjunto de servicios necesarios para mejorar la calidad de vida y el estado de salud de las personas afectadas por autismo y sus familias. Frente a este incremento sustancial de personas afectadas por este trastorno nos parece fundamental que exista mayor capacidad de movilización de recursos desde el Estado a las comunidades autónomas. Finalmente, reclamamos el impulso, en coordinación con las comunidades autónomas, de medidas que mejoren la información de las familias y de la sociedad en general respecto a los trastornos de conducta, especialmente a los trastornos ligados al autismo, incorporando a las familias, en materia de detección precoz. Tal como decíamos al inicio de nuestra intervención, la detección precoz parece imprescindible para mejorar la calidad de vida de estas personas y permitir su incorporación exitosa a la sociedad. A raíz de esta iniciativa que plantea *Convergència i Unió*, algunos profesionales nos han señalado que existen numerosos casos de éxitos basados en una buena detección precoz y en una puesta en

marcha de políticas de apoyo a estas personas en sus primeros años de vida. Estamos convencidos de que este es un síndrome que puede ser tratado, de que si incrementamos la atención, si incrementamos el apoyo a las familias, si incrementamos los recursos y si ayudamos a normalizar socialmente esta realidad el autismo puede ser combatido.

Esperamos que esta proposición no de ley suscite consenso. El Grupo Popular y el Grupo Socialista nos han planteado sendas enmiendas que van en la línea adecuada para conseguir que la cuestión de fondo que *Convergència i Unió* pretende con esta iniciativa, que es la mejora de la atención a las personas con autismo, vaya hacia delante. Espero que hoy podamos aprobar por unanimidad esta iniciativa.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): A esta proposición no de ley se han presentado dos enmiendas. Por el Grupo Parlamentario Socialista tiene la palabra la señora Sanz.

La señora **SANZ CARRILLO**: Señorías, el Grupo Socialista, de acuerdo con el espíritu reinante en esta Comisión, quiere empezar su exposición agradeciendo al Grupo Catalán la presentación de esta proposición no de ley, recordando además que fue nuestro grupo quien en la pasada legislatura presentó otra proposición no de ley sobre los trastornos del espectro autista y la necesidad un diagnóstico precoz, proposición no de ley que dio sus frutos en el desarrollo de la Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos del espectro autista en atención primaria, presentada el año pasado dentro del proyecto Guía-Salud. Señorías, en dicha guía, los trastornos del espectro autista, catalogados como trastornos generalizados del desarrollo, quedan definidos como una serie de trastornos neuropsiquiátricos que desde edades tempranas se manifiestan con síntomas en la interacción social, comunicación y falta de flexibilidad en el razonamiento y en el comportamiento. La gravedad, forma y edad de aparición varía de un individuo a otro. Ninguna persona que presenta un trastorno autista es igual a otra, por la variabilidad en la coordinación, sincronización e integración entre las diferentes áreas cerebrales. Esta complejidad clínica sugiere la existencia de una multicausalidad, que indica la importancia de los factores genéticos y de algunos factores ambientales, sobre todo durante los primeros meses del embarazo, que dan lugar a alteraciones cerebrales tempranas. En general, suelen estar presentes la incapacidad de interacción social, el aislamiento y las estereotipias. Los casos más severos se caracterizan por una completa ausencia del habla y comportamientos extremadamente repetitivos, inusuales, autodañinos y agresivos, que pueden persistir durante mucho tiempo y son muy difíciles de cambiar, siendo un reto enorme para aquellos que tratan y educan a esas personas y que conviven con

ellas. Las formas más leves, por el contrario, pueden ser casi imperceptibles y suelen confundirse con timidez, falta de atención y excentricidad. Tradicionalmente se ha considerado el autismo como un trastorno de escasa prevalencia, pero en la actualidad las cifras han aumentado, aunque no está claro si esto se debe a un aumento real de casos o simplemente a un mayor número de diagnósticos. Existe mayor riesgo para los hombres y a una edad de inicio que puede ser temprana. En algunos casos se han podido observar las primeras manifestaciones durante el primer año de vida; quiero recordar que, por definición, el trastorno autista es de inicio inferior a los 3 años de edad. La diversidad de síntomas que pueden presentarse dificulta la detección precoz y como consecuencia se ve retrasado su diagnóstico, que en bastantes ocasiones no se confirma antes de los 3 años. En un informe sobre la demora diagnóstica en nuestro país se encontró que en un 80 por ciento de los casos es la familia la primera en sospechar que algo no va bien en su niño cuando este tiene entre uno y 10 meses. Solo un 5 por ciento de las familias asegura que fue el pediatra el primero en sospechar un trastorno, aunque en este caso a una edad inferior. Hacia los 2 años y 2 meses se sitúa la edad media de la primera consulta, constatándose que el proceso diagnóstico suele demorarse varios años y que la edad de diagnóstico puede retrasarse incluso hasta los 11 años, tanto en España como en el resto de los países. Los estudios encontrados no evidencian una edad mínima de diagnóstico específico, pero las primeras manifestaciones, como ya hemos dicho, pueden aparecer en edades muy tempranas. Sin embargo, todos tenemos que tener presente que la ausencia de tales comportamientos no descarta la posibilidad de que se evidencien alteraciones en un futuro. Se han identificado variables predictorias de resultados positivos, siendo sobre todo el lenguaje, las habilidades no verbales y el coeficiente intelectual los mejores predictores. Recordemos en este momento que la discapacidad intelectual entre las personas con autismo es del 70 por ciento, mientras que solo un 30 por ciento muestra un CI normal e incluso superior. Por ello es prioritario ofrecer la información y los conocimientos necesarios para realizar una detección precoz tanto a los profesionales de atención primaria, como a los servicios educativos, ya que son estos profesionales los que van a ser consultados en primer lugar por los padres. Dada la relevancia de los trastornos del espectro autista, en algunas comunidades autónomas ya están surgiendo programas para facilitar la atención sanitaria especializada a estos pacientes, de forma que se están eliminando las barreras que el sistema tenía para que puedan ser atendidos de acuerdo con sus recursos y características. Una detección precoz desembocará en una intervención temprana, que con los apoyos adecuados repercutirá ampliamente en la calidad de vida de los niños y contribuirá a aumentar su capacidad de

afrontamiento y el desarrollo de sus capacidades, así como a su adaptación social en un futuro, permitiendo además reducir el estrés familiar y la incertidumbre sobre el futuro del niño afectado. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar, que cuente con psicólogos, psicopedagogos, psiquiatras, logopedas, fisioterapeutas, psicomotricistas y neuropediatras, que facilitarán la futura inserción social del niño como persona más independiente.

Señorías, el autismo es un trastorno que persiste a lo largo de la vida, por lo que los niños que un día lo padecen se convierten con el tiempo en adultos, adultos con necesidades distintas y un pronóstico aparentemente impredecible. Por ello precisan de un plan de tratamiento multidisciplinar, personalizado y permanente a lo largo de todo el ciclo vital, en constante revisión y monitorización, que favorezca el pleno desarrollo de su potencial y su integración social y su calidad de vida, considerando, si es preciso, el acceso a una variedad de recursos que van desde la atención residencial y los hogares del grupo hasta un apoyo personalizado en la comunidad, así como alternativas ocupacionales, desde centros estructurados de día hasta su plena integración laboral.

No quiero finalizar mi exposición sin mencionar al grupo de estudio para los trastornos del espectro autista del Instituto de Salud Carlos III y su guía de buena práctica para el tratamiento de estos trastornos, donde se concluye que en estos momentos no existe un tratamiento que cure el autismo y que no se ha demostrado que ninguno de los tratamientos propuestos sea el más eficaz en términos absolutos, aunque en la actualidad se cree de utilidad el tratamiento basado en el análisis conductual aplicado, puesto que —y más si existe un inicio temprano e intenso de la terapia— puede elevar el nivel de funcionamiento de estos niños. Pero también hay que recordar, aunque nos pese —y nos pesa mucho—, que la terapia parece no tener efecto en algunos casos.

En este contexto, el Grupo Parlamentario Socialista ha presentado una enmienda a esta proposición no de ley, una enmienda que esperamos sea aceptada, posibilitando la redacción de una transaccional que presentaremos posteriormente. Los niños con autismo no son iguales entre sí, por lo que se deben formar equipos de trabajo multidisciplinarios que puedan beneficiar tanto a las personas con trastornos del espectro autista como a sus familiares, recordando siempre que cada niño es único, con sus fortalezas, gustos y retos y que éstos deben primar al diseñar cada programa de intervención.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Para defender la enmienda del Grupo Parlamentario Popular tiene la palabra el señor Murcia, a quien pido disculpas, porque debería haber intervenido antes.

El señor **MURCIA BARCELÓ**: Admito la disculpa, señora presidenta, pero no era necesaria.

Después de una buena exposición sobre las características del autismo, no voy a hacer una intervención que incida en cuestiones técnico-sanitarias profundas sobre el autismo; todos lo conocemos y hemos leído informes de asociaciones y sociedades científicas. Centraré mi intervención en la valoración de los elementos contenidos en la proposición no de ley del Grupo de Convergència i Unió y en las aportaciones que, para sumar voluntades y conseguir los objetivos pretendidos, han hecho el Grupo Socialista y mi propio grupo.

Los elementos —quiero hacerlo de forma sinóptica, muy puntual, para no extenderme en la intervención— son los siguientes. En primer lugar, de las propuestas y de informes de asociaciones y de la sociedad científica se deduce la importancia de la detección precoz y la atención temprana en este tipo de problemas, lo que permite —pese a que sabemos que son enfermedades incurables— una mejor asistencia que conduzca a la mejora de la calidad de vida tanto de las personas con autismo como de sus familias. No olvidemos que esas terapias producen una mayor autonomía que también beneficia a la propia Administración, ya que la descarga de la dependencia. Para ello es fundamental, como se ha dicho, la información tanto a padres como a los servicios de atención primaria, puesto que así se detecta antes el problema y de esa forma se puede tratar de buscar la terapia más conveniente para la persona que lo padece. Esa terapia no cesará en el tiempo puesto que, como decía, es una enfermedad incurable y en la época de la adolescencia —dicho incluso por los padres y asociaciones, que de eso saben— se producen repuntes que en algunos casos terminan con internamientos y con problemas sanitarios, como pueden ser algunos cuadros epilépticos, incluso a veces para la extracción de una muela necesitan sedación completa. Por tanto, entendemos que la proposición no de ley y las enmiendas presentadas van enfocadas a conseguir el objetivo de mejorar la situación de los autistas. Se habla también de servicios a incluir, como los tratamientos de terapias conductuales —algo se ha dicho sobre eso—, porque está comprobado que en algunos casos —no en todos, porque ya se ha comentado que cada persona enferma es un mundo diferente— son beneficiosos para las personas aquejadas de este mal, así como para sus familias y para la Administración.

En cuanto a los recursos, hemos de decir que es fundamental que se aumenten, pero nos parece importante que previamente se hiciera un estudio, desde la óptica sociosanitaria, educativa, puesto que intervienen distintos estamentos, y de las competencias de las distintas comunidades autónomas. Nos parece más apropiado —por eso presentamos la enmienda que creo entender que se va a aceptar— hacer un estudio para que se pueda prestar la atención necesaria actuando sobre todos estos ámbitos. Eso responde a lo que consideramos un paso

previo al incremento de la financiación, que es el estudio de las necesidades de cada comunidad autónoma.

El último de los petitum de Convergència i Unió se centraba en la información a familias, así como la enmienda del Grupo Socialista. Ya hemos dicho que nos parece fundamental. Nada mejor que la información tanto a los padres para evitarles ese peregrinaje a fin de encontrar una solución que desconocen al problema de su hijo, como a aquellos servicios que deben atender de forma primaria a las personas aquejadas de este mal.

Esperamos, como creo que va a ser, llegar a la unanimidad para conseguir los objetivos de mejora de la situación de los autistas y de sus familias. Nos congratulamos por ello y anuncio que votaremos afirmativamente.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): ¿Algún grupo parlamentario quiere intervenir para fijar su posición? (**Pausa.**)

Tiene la palabra el señor Campuzano para pronunciarse sobre las enmiendas.

El señor **CAMPUZANO I CANADÉS**: Aceptaríamos las tres enmiendas del Grupo Socialista y la del Grupo Popular.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): ¿En una transaccional que nos harán llegar o tal cual?

El señor **CAMPUZANO I CANADÉS**: De hecho, son las tres enmiendas del Grupo Socialista y la enmienda del Grupo Popular. En la medida en que esos textos sustituyen al nuestro, puede ser una transaccional o pueden ser esas cuatro enmiendas.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): De acuerdo. Esperamos sus instrucciones.

— **CON EL OBJETO DE ELABORAR EN EL PLAZO DE TRES MESES UN NUEVO PLAN DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/002061.)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Pasamos a la proposición no de ley sobre el nuevo plan de infancia, para cuya defensa tiene la palabra doña Lourdes Méndez.

La señora **MENDEZ MONASTERIO**: El objetivo de esta iniciativa consiste en instar al Gobierno para la elaboración de un plan de infancia y adolescencia. En la Convención de los derechos del niño, el segundo informe, de junio de 2002, insta al Gobierno español a formular una estrategia global sobre la infancia, tomando como base los principios y disposiciones de la convención y a

desarrollar y aplicar políticas intersectoriales sobre la infancia. En función de esta convención, se elabora por el Gobierno de la nación, junto a organizaciones para la infancia y comunidades autónomas, el Plan estratégico nacional de infancia y adolescencia 2006-2009 que tenía como fin el pleno desarrollo de los derechos, la equidad interterritorial y la igualdad de oportunidades para la infancia y la adolescencia. El informe del Comité para los derechos del niño, realizado el pasado mes de octubre, sobre la aplicación de la Convención de los derechos del niño en España, alerta de las carencias de ese plan que han hecho mermar su eficacia, según refleja el propio informe. Si bien reconoce que el plan supuso un importante avance en la definición de las líneas comunes de actuación de las administraciones públicas y su colaboración con las ONG, ha reconocido que tenía carencias, recomendando que se definan metas, plazos e indicadores de impacto.

Dentro de los principios básicos en que se sustenta ese plan estratégico están los previstos en la Convención de los derechos del niño, como son el principio de interés superior del niño, el principio de no discriminación, y dentro de este se encuentra el garantizar el derecho fundamental del niño y la niña a la vida y al desarrollo pleno, cuestión que creo que no precisa más comentarios. Este plan contaba con once objetivos estratégicos e infinidad de medidas, objetivos que tienen que ver con la salud, con la educación, con el apoyo a la familia, con la comunicación, con la información, con la coordinación de prevención de la pobreza, con la protección en los medios de comunicación, con la rehabilitación cuando existen conflictos sociales, con la participación, etcétera; medidas todas ellas que deberán evaluarse para poder conocer el grado de cumplimiento, ya que el desarrollo y la aplicación de los planes es, lógicamente, la causa de su existencia. De nada vale el esfuerzo que supone la redacción y desarrollo de un plan si no se pone diligencia en su cumplimiento. Por ello es preciso una evaluación del anterior plan para saber qué es lo que ha fallado, si ha sido su redacción o su cumplimiento, puesto que la situación actual en relación con la protección de la infancia no es muy positiva.

Son muchos los organismos, tanto nacionales como internacionales, que alertan sobre la situación de la infancia en España, en concreto en lo que se refiere al índice de pobreza infantil y al fracaso o abandono escolar. El Comité de los derechos del niño, al que antes hacía referencia, hace una serie de recomendaciones en materia de educación, de salud, de consideración del interés superior del niño, en relación con la protección de menores, a los menores extranjeros no acompañados, en materia de abuso y explotación sexual, en materia de adopción internacional, en materia de violencia e incluso en materia de relación con los medios de comunicación y tecnologías de la educación. Por último, alerta sobre los índices de pobreza en la infancia en España. El 25 por ciento de la infancia se encuentra bajo los umbrales de pobreza relativa y, por tanto, en

riesgo de exclusión, destacándose cómo con estos datos tenemos los más bajos niveles de protección, y es que la media europea destina un 8,1 por ciento del gasto social a la familia y supone un porcentaje del 2,3 por ciento del PIB. Sin embargo, España ocupa el último lugar en cuanto al gasto público en infancia, junto con Grecia, invirtiendo tan solo un 0,7 por ciento del PIB frente a la media de la Unión Europea, que es del 2,3 por ciento. Hace falta una evaluación, como decía antes, porque ha de conocerse realmente si el plan anterior carecía de medidas u objetivos pertinentes u oportunos o ha sido la falta de cumplimiento la que ha originado la situación actual.

Hemos hablado de pobreza, pero en relación con los datos educativos tampoco podemos asegurar que la situación en España sea ni tan siquiera aceptable. El comunicado de la Comisión Europea del 31 de enero de 2011 pone en evidencia que España está a la cola de los países de la Unión Europea en abandono escolar. Si nos detenemos en temas de maltrato o en la muerte de menores a causa de los malos tratos, verificamos cómo ha ido subiendo el número año a año; en el año 2000 se produjo una muerte y en el año 2010 ha aumentado hasta llegar a la cifra de veinte, en total, sesenta y ocho muertes desde el año 2000. Se ha eliminado la partida correspondiente a la atención especializada para menores víctimas de violencia de género. Hay unos ochocientos mil niños que han sido objeto de malos tratos y, sin embargo, el Gobierno se ha negado a considerar a los menores víctimas de violencia de género.

El tiempo, lógicamente, no me da para poder seguir desarrollando los temas en los cuales se ha fallado o se está fallando, incluso los temas positivos, que también los hay. Me gustaría comentar algunos estudios que son significativos. Por ejemplo, ha salido una encuesta de infancia en España, presentado en Madrid, realizada por la Fundación SM, la Universidad ICAI y el movimiento Junior de Acción Católica. Sus autores afirman que es la primera investigación de ámbito nacional y que han preguntado directamente a los niños sobre su vida cotidiana y su visión. El único dato que voy a destacar es que se concluye que el 27 por ciento de los niños se encuentra solo al llegar a casa y echa mano de la tele o del ordenador. Han surgido diferentes estudios sobre la infancia, uno de ellos muy significativo e importante que, además, impulsa incluso esta proposición no de ley, es el realizado por Unicef: La infancia en España 2010-2011, que plasma la situación en España en relación con la Convención sobre los derechos del niño, ratificada por España hace veinte años. En este acertado estudio se realiza una fotografía de la situación actual, deteniéndose en los avances y en los desafíos pendientes. Entre otras cosas, en este informe se apunta que una de las principales causas del elevado índice de pobreza infantil en España es la escasez, incluso la ausencia de políticas públicas y medidas concretas para combatirla. Y es que la atención a la infancia ha sufrido en esta legislatura un gran recorte.

Todos los programas que nacieron cofinanciados con comunidades autónomas en relación con la infancia, con temas de maltrato, de familias en situaciones especiales, temas de mediación tan importantes para la protección de la infancia, han sido eliminados dejando a las comunidades autónomas que lleven adelante solas esos programas.

Concluyo mencionando dos informes muy interesantes sobre el tema de la protección de los niños —de uno es autor Iglesias de Ussel y del otro la Fundación La Caixa— en los que se llega a conclusiones muy interesantes, y animo a los miembros de la Comisión a que los lean, porque aluden a los cambios, en muchos casos positivos, que se están produciendo en nuestra sociedad, pero que producen unos riesgos que hay que tener en cuenta para la atención y la protección a la infancia; unos riesgos que se producen por cambios económicos, productivos, culturales que, repito, hay que tener en cuenta a la hora de proteger a la infancia. Se apunta una idea que es importante, y es, cómo en las sociedades envejecidas como la nuestra se vuelcan las ayudas sociales sobre los mayores, abandonando en muchos casos las políticas de infancia, cuando el gasto público en infancia no representa un coste social sino que es el eje principal de una inversión social productiva orientada hacia el futuro. En el caso español, la Ley de Dependencia se ha impulsado con muchísimas carencias financieras, pero es que, además, se han eliminado prácticamente todos los recursos, todos los planes que había de protección a la infancia.

Por último, apunto que un buen plan de infancia y adolescencia deberá realizarse bajo la perspectiva general y principal de apoyo a la familia, básico para poder realizar una verdadera política de apoyo y protección a la infancia. La experiencia, los datos, las encuestas, los informes, los estudios evidencian que es la protección a la familia, no la perspectiva de género, y la actuación en la familia la que aprovecha de la manera más eficaz la protección a la infancia.

Señorías, espero que entre todos los grupos podamos llegar a un texto transaccional, ya que en función de las enmiendas presentadas creo que sería posible. Espero que a lo largo de la mañana podamos ponernos de acuerdo para aprobarlo.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Convergència i Unió ha presentado dos enmiendas que van a ser defendidas por el señor Campuzano.

El señor **CAMPUZANO I CANADÉS**: Las enmiendas parten de que compartimos el análisis de fondo que hacía la señora Méndez. En primer lugar, hacemos referencia a que el Gobierno asuma estos compromisos antes de finalizar el vigente periodo de sesiones, aunque es una cuestión secundaria; al mismo tiempo, reclamamos que se incorporen al Plan estratégico las cuestiones vinculadas a la violencia sufrida por niños y niñas. Nos parece una cuestión que por su propia tras-

cendencia sería bueno que figurase de manera destacada en este nuevo plan estratégico de infancia y adolescencia que el Gobierno se ha comprometido a elaborar antes del mes de junio. Nuestras enmiendas no cuestionan el fondo de esta proposición y, por tanto, existe esa coincidencia.

Después de escuchar a la portavoz del Grupo Popular haré dos consideraciones. Efectivamente, existe un grave problema de pobreza infantil; España es un Estado que invierte relativamente poco en este ámbito; arrastramos desde hace años esa problemática. Cuando dibujamos los escenarios de pobreza, junto con mujeres mayores que viven solas el otro gran grupo de pobres que identificamos son los menores de edad, fundamentalmente con un solo progenitor al cuidado de esa persona, o bien familias de modesta renta con muchos hijos a cargo. Estos son los grandes grupos de riesgo de pobreza infantil. Todo ello va acompañado de una debilísima red de atención a la infancia, a la primera infancia, de cero a tres años, con una ausencia de recursos específicos para las familias pobres. También está el problema del fracaso escolar, del que hablaba la portavoz del Grupo Popular, en el que quizá tendemos a focalizar nuestra atención sobre los problemas del sistema educativo y nos olvidamos de que este en sí mismo no puede resolver los déficits de un niño o de una niña que vive en un entorno familiar degradado, problemático y sin recursos, porque combatir el fracaso escolar pasa también por incrementar los recursos de atención a la infancia en riesgo de pobreza. Todo ello pone en evidencia que los instrumentos, las políticas, los recursos que hasta ahora hemos desarrollado en este ámbito son insuficientes, son escasos.

Decía también la señora Méndez que nuestro Estado del bienestar está dedicando más recursos a las personas mayores en detrimento de los que destinamos a los niños a las niñas. Ese análisis —no es la primera vez que lo escucho, hemos podido oírlo o leerlo en otros ámbitos— no deja de ser un poco cierto, pero no deja de ser un poco injusto. Quizá el problema no es tanto si gastamos más o menos en las personas mayores —que creo que gastamos lo que debemos gastar— sino que no invertimos suficientemente en la infancia. Si hablamos en términos de solidaridad entre generaciones, las generaciones actuales que estamos en activo tenemos obligaciones respecto a nuestros mayores, entre otras cosas, porque el progreso económico y social que vivimos, que hemos vivido, es fruto del esfuerzo realizado por esas generaciones. Me parecería de un egoísmo considerable pensar que gastamos demasiado en nuestros mayores después de los esfuerzos que estos han hecho para garantizar el progreso económico y social en los últimos treinta, cuarenta o cincuenta años. Hay que mantener el esfuerzo de solidaridad, de equidad y de justicia social hacia las generaciones de mayores, reconociendo que necesitamos incrementar las inversiones en la infancia y en los menores; no se pueden contraponer esos dos cuestiones. Algunos estu-

diosos hablan de una lucha entre generaciones, me parece una aproximación inadecuada ante los problemas sociales que se nos van a plantear, entre otras cuestiones, fruto de un éxito como es el aumento de la esperanza de vida, con todos los problemas que genera en el ámbito de las pensiones, de la atención sanitaria o de los cuidados de larga duración para personas mayores.

Dicho esto, coincidimos en las cuestiones de fondo que nos plantea la señora Méndez y, por tanto, en espera de que se pronuncie sobre nuestras enmiendas, vaya por delante que va a contar con nuestro apoyo.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Para defender la enmienda del Grupo Socialista tiene la palabra la señora Cediél.

La señora **CEDIÉL MARTÍNEZ**: La infancia y adolescencia preocupan y ocupan al Grupo Socialista, así como su protección y bienestar. Desde la llegada al Gobierno de José Luis Rodríguez Zapatero ha sido una prioridad en todas sus políticas sociales la defensa de los más vulnerables y de los más débiles.

Quiero recordar a la señora diputada del Grupo Popular que el primer Plan estratégico nacional de infancia y adolescencia lo aprobó el Gobierno de Zapatero en la anterior legislatura, que no surge solo como consecuencia de los compromisos adquiridos en la Convención de Naciones Unidas sobre los derechos del niño sino, y muy especialmente, por el compromiso político adquirido en el programa de Gobierno de Zapatero. El tercer Plan de acción por la inclusión social 2005-2006, lo llevó a cabo también este Gobierno. La sensibilidad y el compromiso de este Gobierno con las políticas sociales son inequívocos. Este Gobierno va a invertir en el año 2011 un 60 por ciento más que en el último presupuesto del Partido Popular, en torno a 70.000 millones más. Ya sé que me va a decir que una parte muy importante se la lleva la cobertura por desempleo, pero excluyendo las prestaciones por desempleo aún es superior en un 48 por ciento, unos 50.000 millones superior a las inversiones del Partido Popular.

Voy a desglosar los datos, pues si bien es verdad lo que usted plantea de que dentro de la situación actual, de la coyuntura económica de crisis mundial la infancia y adolescencia son parte afectada y la más vulnerable, también lo es que los avances realizados en estos últimos años son evidentes y muy importantes. Usted hace mención al informe de Unicef: La infancia en España 2010-2011, en el que se refiere a la situación de pobreza relativa en la que se encuentra parte de la infancia española. A mi grupo también le preocupan las cifras y por ello seguimos trabajando, pero ese mismo informe reconoce avances y logros muy significativos, como la formulación, por ejemplo, del primer Plan estratégico nacional de infancia y adolescencia 2006-2009, que no existía con anterioridad; también se han realizado planes de acción contra la explotación sexual de la infancia y

la adolescencia; se han realizado recientes modificaciones en el Código Penal sobre pornografía y prostitución infantil; se ha definido como delito perseguible fuera de nuestras fronteras la mutilación genital femenina; España ha adoptado otros tratados internacionales de derechos humanos de Naciones Unidas o del Consejo de Europa. Pero además de esto, me gustaría poner en valor el trabajo realizado en España en estos últimos años desde una visión integral de los factores que intervienen en la calidad de vida y en la protección de la infancia y la adolescencia. Vamos a analizar con realismo lo que ha pasado en este país durante estas dos últimas legislaturas en materia de políticas sociales, a pesar de la crisis, y sus repercusiones sobre la infancia y la adolescencia.

En educación, factor decisivo en la consecución de la igualdad de oportunidades e integración, el crecimiento experimentado de los años 2004 a 2011 ha sido del 86 por ciento frente al 68 por ciento de los ocho años de Gobierno popular. Dentro del segundo Plan estratégico se abordará la prevención del fracaso escolar y la sensibilización y formación de colectivos con dificultades especiales. Se han conseguido logros en becas, con un aumento de un 9 por ciento; este año serán becados 1.690.000 estudiantes —esta cuestión creo que también es de suma importancia—. Con la Ley de Dependencia se ha reconocido el derecho a ser atendidos y a fomentar la autonomía personal como factor de oportunidad y bienestar, también de los menores con dificultades especiales; hoy ya son atendidas más de 660.000 personas en este país. Este era un derecho que no existía. En vivienda, parte fundamental de la calidad de vida del menor, ha habido un incremento de 2004 a 2001 del 82 por ciento, lo que asciende a 1.209 millones, frente a la reducción del 1,7 por ciento con gobiernos del Partido Popular. Las ayudas de los planes de vivienda han beneficiado a 1.133.812 familias, un 36 por ciento más que con anteriores gobiernos. Tenemos una sanidad universal, pública y de calidad, con equidad, admirada y reconocida en todo el mundo, que consigue unos índices de seguridad, certidumbre y satisfacción muy importantes en la población, muy especialmente en los padres y madres que ven en esta cobertura un respaldo importantísimo para la familia. En materia de natalidad se han ampliado los derechos de padres y madres con la Ley de Igualdad; en 2010 el permiso de paternidad de dos semanas se ha ampliado a veinte días para los padres de familias numerosas, permiso de paternidad al que se han acogido más de 930.000 padres. Se han reducido los días cotizados por las mujeres para tener derecho al permiso por maternidad; existe permiso y subsidio por riesgo durante el embarazo o la lactancia; se ha creado la ayuda económica a padres y madres con hijos que atraviesan una larga enfermedad. El gasto social en bajas y permisos relacionados con la natalidad en 2011 se situará cerca de los 2.400 millones de euros; se ha duplicado con respecto a 2004. Se encuentra muy avan-

zado el tercer Plan de acción contra la explotación sexual de la infancia y de la adolescencia, un gran problema social. Ayer mismo, la ministra mantuvo una reunión de trabajo con Unicef, la plataforma de la infancia, Save the Children y la Fundación Anar para analizar la situación de los menores, hijos de mujeres que sufren violencia de género.

Es verdad, como decía usted, que la familia es un entorno mucho más favorable para el desarrollo de niños o adolescentes que los internamientos. España en esto no tiene unas buenas cifras, ya que encabeza en Europa el número de menores institucionalizados, lo que requiere medidas contundentes y comprometidas que rectifiquen esta situación. También hemos realizado cambios importantes en la adopción nacional y en el acogimiento familiar y residencial, potenciando, sobre todo, el acogimiento familiar para evitar en todo lo posible la permanencia de niños y adolescentes en centros. Estas medidas también serán recogidas en el nuevo plan que se está elaborando. Estos son ejemplos concretos que unidos a otros logros no me negará usted que mejoran notablemente la situación de la infancia y de la adolescencia en nuestro país.

Considerando la importancia de un segundo plan, las entidades sociales solicitaron más tiempo para el debate y por ello, el pleno del Observatorio de la infancia ha dispuesto un periodo de reflexión para aplicar la consulta a todos los agentes implicados con el propósito de analizar y debatir algunas de las recomendaciones del Comité de los derechos del niño de Naciones Unidas y las conclusiones derivadas de la Comisión del Senado. Este proceso culminará en el primer semestre del año 2011, con la aprobación del segundo Plan estratégico nacional de infancia y adolescencia.

Teniendo en cuenta las enmiendas que se han presentado, creemos que podemos llegar a una transacción al que pasaremos a la Mesa.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): La señora Méndez tiene la palabra.

La señora **MÉNDEZ MONASTERIO**: Estamos de acuerdo con el texto de las enmiendas del señor Campuzano.

Me gustaría hacer una observación, porque no quiero que quede en el «Diario de Sesiones» una interpretación con la que no estoy de acuerdo, en relación con el tema de mayores *versus* protección a niños. Estamos de acuerdo en la justa y oportuna financiación de la Ley de Dependencia y en toda la protección a los mayores, pero lo que nosotros decimos es que no debería ser a costa de la protección a la infancia. Nunca se podría interpretar que no estamos de acuerdo con la mayor protección a nuestros mayores que, por otra parte, siempre estamos reivindicando.

En cuanto a la enmienda del Grupo Socialista, esperamos poder llegar a un texto transaccional.

— **RELATIVA A LA REGULACIÓN DE UN BAREMO ÚNICO PARA EL ACCESO A LA TITULARIDAD DE LAS FARMACIAS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/002019.)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Pasamos a la proposición no de ley del Grupo Popular, sobre acceso a la titularidad de las farmacias. Para su defensa tiene la palabra la señora Pastor. Doy las gracias a todos los portavoces.

La señora **PASTOR JULIÁN**: Quiero dar las gracias a la señora presidenta y a todos los portavoces por el cambio en el orden del día.

Señorías, el Grupo Popular presenta hoy esta proposición no de ley relativa a la regulación de un baremo único para el acceso a la titularidad de las farmacias por varios motivos. El primero de todos es que el artículo 43 de la Constitución señala que la atención farmacéutica se considera un servicio de interés público, al reconocer el derecho a la protección de la salud. En segundo lugar —y creo que es también un motivo importante—, porque tanto la Ley de Sanidad como la Ley del Medicamento del año 1990 y la posterior Ley 16/1997, de regulación de los servicios y oficinas de farmacia, otorgan a las comunidades autónomas la competencia para la autorización de apertura, pero no abordan en profundidad aquellos principios de mérito y capacidad que tendrían que ser recogidos para todas las farmacias en todo nuestro país, es decir, igualdad de oportunidades para todos los farmacéuticos titulares de oficinas de farmacia. La Ley de Cohesión y Calidad dice que las oficinas de farmacia colaboran con el Sistema Nacional de Salud en el desempeño de la prestación farmacéutica a fin de garantizar un uso racional de los medicamentos, pero a continuación señala también que haya unas condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio nacional. Por si cabe alguna duda, la última sentencia, que ustedes conocen bien, la Sentencia 1264/2010, de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Asturias, señala claramente en su exposición y en sus conclusiones que es contrario a derecho que se otorguen diferencias de puntuación a los aspirantes a oficinas de farmacia por razón del lugar de obtención de los méritos profesionales. Considera la sala —y leo literalmente— que estos criterios privilegian en el proceso de selección a los farmacéuticos que han ejercido su actividad en una parte del territorio nacional, y si bien es cierto que esta discriminación tiene mayores efectos frente a los nacionales del Estado miembro que implanta la normativa, no es menos cierto que se podría extender al resto de los farmacéuticos de otros Estados de la Unión Europea.

Como consecuencia de todo ello, señora presidenta, señorías, y también de lo que recoge la sentencia del

Tribunal de Luxemburgo, pedimos su apoyo a todos los grupos para reunir al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y acordar los principios por los que ha de guiarse ese baremo único de adjudicación de la titularidad de las farmacias en España, que prime el ejercicio profesional y, dentro del mismo, aquellas formas de ejercicio que aportan mayor valor añadido al Sistema Nacional de Salud. Quiero recordar en este punto, señora presidenta, que el Real Decreto 1277/2003 confirma el carácter que tienen las oficinas de farmacia como establecimientos sanitarios. El artículo 4.2 establece que los requisitos mínimos comunes para la autorización, instalación, funcionamiento o modificación de estos servicios serán determinados por real decreto, y dice: para el conjunto —entrecorrido— y para cada tipo de centro, servicio o establecimiento sanitario. A la vista de esa sentencia, la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Asturias, que para mí es definitiva, y de la importancia que tiene la atención farmacéutica, como servicio de interés público, la búsqueda de la excelencia y la mejor calidad de los servicios sanitarios, con unos profesionales farmacéuticos altamente cualificados, creo que el mejor modo de garantizar esa seguridad y esa calidad es insistiendo y consiguiendo la mayor competencia técnica y profesional de los titulares de las oficinas de farmacia, que asegure una atención farmacéutica de calidad ante la indefinición del ordenamiento jurídico vigente. Por otro lado, escuchado el consejo interterritorial, el Gobierno debe asegurar mediante un real decreto un baremo único y básico —y digo bien, básico— de acceso a la titularidad basado en la competencia técnica y en la experiencia profesional. Este sería a mi juicio un elemento clave para dar cohesión y calidad al Sistema Nacional de Salud. Confío en el apoyo de sus señorías.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Se ha presentado una enmienda por parte del Grupo Socialista. Para su defensa tiene la palabra el señor Tudanca.

El señor **TUDANCA FERNÁNDEZ**: Señorías, todos los españoles tienen derecho a la protección de la salud, un derecho que los poderes públicos deben tutelar garantizando la prestación de los servicios necesarios. Dentro de nuestro sistema sanitario, que mantiene una calidad extraordinaria, la atención farmacéutica está considerada como un servicio de interés público, que está regulado en el artículo 103 de la Ley General de Sanidad, entre otras normas. Estas normas fueron, por cierto, las que en los años ochenta crearon nuestro sistema de sanidad público, impulsado por los gobiernos del Partido Socialista. Dentro de este sistema, las oficinas de farmacia tienen la consideración de establecimientos sanitarios privados de interés público, según el artículo 1 de la Ley 16/1997, de regulación de servicios de las oficinas de farmacia, y también según el artículo 84 de la

Ley 29/2006, de garantías y uso racional de los medicamentos y los productos sanitarios. En ellas el farmacéutico deberá prestar una serie de servicios básicos a la población, con el objeto de garantizar una prestación farmacéutica que sea adecuada, eficiente y suficiente, como parte de una asistencia sanitaria que posibilite el cumplimiento del derecho a la salud de todos los ciudadanos.

La proposición no de ley que hoy nos ocupa se refiere precisamente a los baremos y criterios que se establecen en las diferentes comunidades autónomas para la planificación y la ordenación de las oficinas de farmacia, teniendo en cuenta sus diferentes realidades sociales y territoriales y, desde luego, debe respetar el ejercicio de sus competencias. Bien es cierto que la citada Ley de 1997 estableció, como se recuerda en el texto de la proposición, que corresponde a las comunidades autónomas la tramitación y resolución de los expedientes de autorización de apertura de las oficinas de farmacia, con los únicos límites de la publicidad y la transparencia. En lo que se refiere a determinar la ordenación de las oficinas de farmacia, la Ley 29/2006 señala que las administraciones sanitarias realizarán la ordenación de las oficinas de farmacia, debiendo tener en cuenta los siguientes criterios: la planificación general de estas oficinas, la presencia y actuación profesional del farmacéutico y las exigencias mínimas materiales, técnicas y de medios que establezca el Gobierno, sin perjuicio una vez más de las competencias de las comunidades autónomas. Esta definición de los criterios que hay que aplicar, que vuelvo a recordar compete a las comunidades autónomas, ha provocado una disparidad en las normativas y una importante litigiosidad, no hay que negarlo. Sin embargo esto no significa que nuestro modelo de farmacia, el llamado modelo mediterráneo, no funcione; lo hace, y bien. Es el que mejor servicio ofrece a la sociedad, el que garantiza el acceso igualitario a los medicamentos, la equidad y la atención farmacéutica. Debemos afirmar de forma rotunda que para el cumplimiento de este servicio se ha considerado esencial una adecuada ordenación territorial, la cual se regula a través de la planificación de las oficinas de farmacia, que se debe sujetar a determinados criterios que garanticen la referida prestación en todo el territorio nacional, como los módulos de población o las distancias entre oficinas. Estas normas de ordenación deben garantizar en todo caso la adecuada atención farmacéutica a toda la población y la planificación tiene como fin garantizar a su vez la accesibilidad y calidad en el servicio y la suficiencia en el suministro de medicamentos.

La portavoz del Grupo Popular ha citado alguna sentencia. Es verdad que el Tribunal de Justicia de la Unión Europea se ha pronunciado recientemente en la llamada cuestión prejudicial asturiana, en la que se viene a recordar que la normativa española no vulnera, al imponer límites a la concesión de autorizaciones en el establecimiento de oficinas de farmacia, la normativa

europea, puesto que su objeto es garantizar una atención farmacéutica adecuada. De este modo no se cuestiona que pueda acordarse un sistema de planificación geográfica para el establecimiento de oficinas de farmacia. Nuestro modelo, por tanto, funciona y es respetuoso con la normativa europea.

Otra cuestión son las dudas que se plantean con determinados requisitos que establecen algunas de las normas autonómicas. La citada sentencia, así como otra del mismo tribunal, en octubre de 2010, determina que baremos que privilegian el proceso de selección de los farmacéuticos que han ejercido su actividad en una parte del territorio nacional pudieran resultar una discriminación contraria al artículo 49 de Tratado de funcionamiento de la Unión Europea, que reconoce la libertad de establecimiento. Me gustaría insistir en que el artículo 49 no se opone a que una normativa nacional imponga límites a la concesión de autorizaciones de establecimiento de nuevas farmacias, basada en la aplicación de módulos de población y distancias mínimas entre farmacias, sin embargo sí se opondría en el supuesto —que no es nuestro caso— de que impidiera la creación de un número suficiente de farmacias capaces de garantizar una atención farmacéutica adecuada en las zonas geográficas que tienen unas características demográficas particulares.

No parece por tanto que peligre el modelo farmacéutico de nuestro país —algo de lo que debemos congratularnos— y sí parece que pudiera ser necesario ajustar de alguna manera los baremos existentes en la actualidad a la legislación europea y a las citadas sentencias de Tribunal de Justicia de la Unión Europea. Respetando la legislación actual, las competencias de las comunidades autónomas y las funciones que la ley establece para el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, como órgano coordinador entre las comunidades autónomas y la Administración General del Estado, el Grupo Parlamentario Socialista ha considerado como la opción más conveniente, y así lo ha expresado en una enmienda, que sea la Comisión permanente de farmacia la que discuta, dialogue y proponga en su caso unos criterios comunes entre todas las comunidades autónomas, con los que luego ellas puedan aprobar sus respectivos baremos para la autorización de apertura de las oficinas de farmacia, en aras de desarrollar las competencias que les otorga la ley. No parece que sea conveniente que esta Comisión, en una proposición no de ley, condicione los criterios que tendrían que aprobar las comunidades autónomas y la Administración General del Estado en el consejo interterritorial. Dejemos que sean las comunidades autónomas, dejemos que sea el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el que decida los criterios más convenientes para que nuestro sistema de farmacias funcione y para que nos adaptamos a la normativa europea. Le pongo un ejemplo. La proposición que presenta el Grupo Parlamentario Popular se refiere, por ejemplo, al criterio del idioma en alguna de las comu-

nidades autónomas con idioma cooficial en nuestro país. **(El señor presidente ocupa la Presidencia.)** No sé si el Grupo Parlamentario Popular olvida que la Comunidad Autónoma de Valencia tiene aprobado un baremo en el que el conocimiento del idioma valenciano tiene la misma validez, por ejemplo, que un doctorado o tiene una validez superior, el doble, a las publicaciones oficiales en revistas científicas de los farmacéuticos. Por tanto, dejemos que sean las comunidades autónomas las que diriman sus diferencias, las que homogeneicen en la medida de lo posible los baremos y los criterios comunes, vuelvo a insistir, en un sistema general que está funcionando perfectamente. Estoy seguro de que el objetivo común que nos guía a todos es la mejora y la coordinación constante de nuestro servicio farmacéutico, un servicio público, como decíamos antes, para garantizar el mejor servicio al ciudadano y, en todo caso, dejemos que la homogeneización de los criterios para la creación de nuevas farmacias se haga sin menoscabo de las competencias autonómicas. Espero que en ese objetivo nos encontremos y seamos capaces de transaccionar una enmienda a la proposición del Grupo Parlamentario Popular.

El señor **PRESIDENTE:** Para fijar posición tiene la palabra la señora Tarruella.

La señora **TARRUELLA TOMÀS:** Nuestro grupo parlamentario quiere mostrar su rechazo a esta proposición no de ley. No hemos presentado enmienda, porque, de haberlo hecho, hubiera sido de supresión. Estamos de acuerdo con algunas de las cosas que se dicen en su contenido, porque estamos orgullosos del sistema farmacéutico español. Es un sistema de calidad y excelencia y la función social del farmacéutico está reconocida. En ese aspecto estamos de acuerdo, pero no podemos estar de acuerdo de ninguna forma con el establecimiento de baremos únicos, ya que las comunidades autónomas tienen sus competencias, tienen sus leyes de ordenación farmacéutica, y esas competencias deben respetarse. Otra proposición no de ley anterior, presentada por el Grupo Popular, referente a consumo, también hablaba de armonizar todas las leyes existentes. Últimamente parece que estamos olvidando competencias de las comunidades autónomas, que tienen pleno derecho a ordenar este tema, según sus criterios y sus necesidades, dentro de su territorio. De ninguna manera podemos estar de acuerdo con lo que se ha planteado aquí. Sí que es cierto que en reuniones, en consejos sectoriales, las comunidades autónomas, de común acuerdo, deciden pactar entre ellas, pero cada comunidad tiene derecho a establecer en sus leyes unos criterios y estos se tienen que respetar. Armonizar todo desde una ley estatal significa invadir competencias de las comunidades autónomas y aquí no van a lograr nuestro apoyo.

Nuestros argumentos van en la línea que comentaba hace un momento el portavoz que ha defendido la enmienda del Grupo Socialista y no voy a repetirlos.

Nuestro grupo parlamentario, tal como está presentada esta proposición no de ley, no puede darle su apoyo.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Algún grupo parlamentario más quiere fijar posición? Señor Agirretxea.

El señor **AGIRRETXEA URRESTI**: Solamente quiero decir dos palabras. Reitero las que ha dicho mi compañera de Convergència i Unió. El Grupo Vasco tampoco se va a sumar a esta iniciativa por los mismos motivos expuestos por ella. El líder del partido propo- nente ha dicho que España tiene sed de urnas, pero yo creo que el Partido Popular tiene sed de centralizar lo descentralizado y una sed inmensa además. No sé si lo que se pretende es ocultar ciertas realidades nacionales con medidas recentralizadas y, por tanto, quiero mos- trar el rechazo absoluto de mi grupo a esta proposición.

El señor **PRESIDENTE**: Para decir si acepta o no las enmiendas, tiene la palabra la señora Pastor.

La señora **PASTOR JULIÁN**: Señor presidente, quiero reiterar de forma muy breve que este grupo, tra- yendo esta proposición a esta Comisión, pretende dar cumplimiento a la sentencia que he leído, pero también a la Ley de Cohesión y Calidad y, sobre todo, a la Ley de 1997, esa ley que no está desarrollada todavía. Por tanto, señor presidente, quiero decir al Grupo Socialista que estaríamos dispuestos a aceptar la enmienda de sustitución, pero si es en sustitución —valga la redun- dancia— del punto 1 de nuestra proposición, es decir, que donde dice «reunir al Consejo Interterritorial», dijera «reunir a la Comisión de Farmacia para elevar al Consejo Interterritorial».

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupo Parlamentario Socialista? (**Pausa.**)

Esperamos su propuesta de transacción o su acepta- ción de la enmienda.

— **RELATIVA A LA EXTENSIÓN DEL CRI- BADO NEONATAL AMPLIADO A TODAS LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS. PRE- SENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTA- RIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/002024.)**

El señor **PRESIDENTE**: Recuperamos el punto tercero del orden del día: Proposición no de ley relativa a la extensión del cribado neonatal ampliado a todas las comunidades autónomas.

Tiene la palabra, doña Pilar Fernández Pardo.

La señora **FERNÁNDEZ PARDO**: Intervengo en nombre del Grupo Parlamentario Popular para defender la proposición no de ley relativa a la extensión del

cribado neonatal ampliado a todas las comunidades autónomas.

Señorías, los programas de cribado neonatal son una actividad esencial en salud pública. Su objetivo es la detección temprana y el tratamiento de los recién nacidos afectados de una determinada enfermedad endocrinome- tabólica, de forma que la intervención médica a tiempo evite el daño neurológico y reduzca la morbilidad, la mortalidad y las posibles discapacidades asociadas a dichas enfermedades.

La técnica, también conocida como prueba del talón, consiste en una extracción única de sangre del talón del neonato a partir de las 48 horas de vida y su posterior análisis. Existen dos tipos de cribado neonatal, el básico y el ampliado. El cribado básico, que sigue los criterios clásicos fijados en los años sesenta por Wilson y Jungner, detecta cinco enfermedades: hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria, hiperplasia suprarrenal con- génita, fibrosis quística y hemoglobinopatías. El ampliado analiza un número de enfermedades que puede variar en función del centro, la provincia o el país en el que se realice.

Las principales sociedades científicas, nacionales e internacionales, como la Asociación Española de Pedia- tría, la Sociedad Española de Química Clínica o el American College of Medical Genetics, entre otras, recomiendan la extensión a un cribado neonatal ampliado, con el fin de identificar un número superior de niños con enfermedades susceptibles de ser tratadas precozmente, una recomendación que se ha seguido ya en países como Estados Unidos y, en Europa, Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, Holanda, Polonia, Italia o Portugal. En España, sin embargo, la implantación del cribado ampliado está siendo más lenta. Según datos de la Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular, tan solo un 20 por ciento de los recién nacidos españoles recibe este cribado neonatal en la actualidad. Se registran enormes desigualdades entre las distintas comunidades autónomas y solo el hipotiroidismo congénito y la hiperfenilalaninemia son detectados por todos los servicios sanitarios autonó- micos. En marzo de 2006, un informe presentado en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud alertó de la necesidad de homogeneizar estos programas en todas las comunidades autónomas. Pese a que este documento dio pie a la creación de un grupo de trabajo permanente que habría de definir, entre otras cosas, qué enfermedades se incluían en el cribado de todas las comunidades autónomas, lo cierto es que actualmente siguen existiendo enormes desigualdades entre unas y otras. En mayo de 2009 se publicó el documento de consenso *Programas de cribado neo- natal en España, actualización y propuestas de futuro*, elaborado bajo el auspicio de la Asociación Española para el Estudio de Errores Congénitos del Metabolismo, la Asociación Española de Pediatría, Sección de errores innatos del metabolismo, y la Sociedad Española de Química Clínica y Patología Molecular, Comisión de

diagnóstico perinatal. Dicho documento apuntaba, entre otras conclusiones, la necesidad de llevar a cabo una revisión interna de los criterios para la incorporación de nuevas patologías al cribado neonatal y la homogeneización de las patologías incluidas en todas las comunidades autónomas, con una orientación hacia la equidad, la eficiencia y la salud pública.

Las razones de mi grupo para presentar esta proposición no de ley son: fortalecer la cohesión y la equidad de nuestro Sistema Nacional de Salud; favorecer la prevención y el diagnóstico precoz de estas enfermedades, porque el costo efectivo de la detección de las mismas es igual para una que para el grupo completo, y equipararnos con el resto de los países de nuestro entorno, tanto Estados Unidos como muchos países de Europa ya dibujados anteriormente.

La proposición no de ley dice así: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno y, en concreto, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, a promover en el próximo Consejo Interterritorial de Salud la aprobación de una lista de enfermedades incluidas en el cribado neonatal común para todas las comunidades autónomas, así como establecer un criterio único para la inclusión de nuevas patologías.

Señorías, estamos trabajando en una transaccional que será objeto de tratamiento a lo largo de esta sesión.

El señor **PRESIDENTE**: A esta proposición no de ley se han presentado dos enmiendas. Para defender la enmienda de Convergència i Unió tiene la palabra la señora Tarruella.

La señora **TARRUELLA TOMÀS**: Esta vez sí que quiero felicitar al Grupo Popular por la presentación de esta proposición no de ley. Compartimos todo lo expuesto en la exposición de motivos. Es cierto que en el cribado neonatal, en esta prueba del talón, la detección precoz de muchas enfermedades evita males posteriores. La identificación precoz de todas estas enfermedades es positiva. Además, cuanto mayor número de enfermedades se puedan detectar en esta prueba, mejor. Nosotros estamos de acuerdo, pero hay una pequeña salvedad y por eso hemos presentado una enmienda. Somos partidarios, lo he dicho antes en otras intervenciones, de que las cosas se hagan consensuadas dentro del consejo interterritorial, como dice muy bien la diputada del Grupo Popular, pero en estos momentos, cuando todo el mundo conoce la situación financiera en lo que respecta a la sanidad, pedimos que cada vez que se aumente cualquier prestación, cualquier coste que se añada, bien sea en la cartera de servicios o cómo se acuerde desde aquí, el Gobierno de España pase la dotación presupuestaria a las comunidades autónomas, que son las que luego lo tienen que realizar y tienen que hacerse cargo de los costes económicos. Nuestra enmienda va en este sentido. No estamos en contra, incluso nos parece bien aumentar las pruebas analíticas en el cribado neonatal, pero que se haga siempre consensuadamente y, si se llega a un

acuerdo, que se dé a las comunidades autónomas la financiación complementaria para que no sea solamente a su costa.

El señor **PRESIDENTE**: A continuación, por el Grupo Parlamentario Socialista tiene la palabra la señora Aburto.

La señora **ABURTO BASELGA**: Quiero sumarme a la felicitación al Grupo Popular por traer este tema a la Comisión de Sanidad. Nada me puede gustar más que hablar de mi especialidad, la neonatología, y de la prevención y la equidad en todos los aspectos. Por tanto, estamos de acuerdo.

Hemos presentado una enmienda, porque justamente el día que registraron esta proposición no de ley el consejo interterritorial aprobó en su 177 Comisión el documento marco sobre cribado poblacional entre todas las comunidades autónomas y, dentro de él, el grupo de expertos para estudiar el cribado neonatal. Por eso creemos que es ese grupo de expertos el que debe pronunciarse.

Me gustaría hacer solo una reflexión para todos nosotros. Es muy importante que en prevención haya siempre un consenso como el que hemos tenido en otros temas. En medicina la relación riesgo-beneficio es una constante. Cualquier tratamiento tiene un riesgo y el beneficio debe prevalecer sobre el riesgo que conlleva. Saben ustedes que cuando se hacen más pruebas complementarias el riesgo de errores sube de forma exponencial. Por supuesto, en prevención se trata de evitar los falsos negativos, porque los falsos positivos son aceptables y, en este sentido, las pruebas de *screening* cumplen todos los requisitos. Sin embargo, me gustaría llamar la atención sobre la angustia de las familias, que vemos también en el cribado en el cáncer de mama, cuando se tiene que repetir una prueba, y eso en la prueba del talón es muy frecuente. Cualquier médico está acostumbrado a que los pacientes le digan que quieren tener la prueba de *screening* más pronto porque están angustiados por saber el resultado. Naturalmente, en los cribados esto está pautado y no se puede adelantar. Eso deberíamos tenerlo en cuenta, porque aunque no es una enfermedad, la angustia sí lo es. Deberíamos tener esto en cuenta en general para todo lo que suponga salud pública y prevención de la salud. Solamente es una reflexión que me parece que siempre debemos tener en cuenta.

Por lo demás, estamos tratando de llegar a una transaccional, que no creo que tenga ningún problema.

— **SOBRE MEDIDAS PARA LA MEJORA DE LA FINANCIACIÓN DE LA LEY DE DEPENDENCIA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO MIXTO. (Número de expediente 161/002068.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al punto séptimo del orden del día, mejora de la financiación de la Ley de Dependencia, a propuesta del Grupo Parlamentario Mixto.

Tiene la palabra la señora Fernández Davila.

La señora **FERNÁNDEZ DAVILA**: Presentamos esta proposición no de ley —también es cierto que no es la primera vez que el Bloque Nacionalista Galego presenta una proposición no de ley en relación con la financiación de la dependencia— porque desde la puesta en marcha de la ley la financiación ha sido siempre el punto más problemático, incluso, como ya hemos manifestado en otras ocasiones, ha sido el problema principal para impulsar las prestaciones que en la ley se contemplan. El compromiso de las administraciones autonómicas ha sido desigual en todos los aspectos, incluido el económico, aunque también es cierto que esa desigualdad en la atención a las personas con dependencia ya existía con anterioridad a la promulgación de la ley; en todo caso, la ley no ha sido capaz de resolver el problema ni tampoco de garantizar en todo el territorio del Estado la igualdad de las prestaciones para las situaciones de dependencia.

Desde nuestro punto de vista, y al margen de las competencias y de las responsabilidades que corresponden a las comunidades autónomas, el sistema de financiación que se contempla en el artículo 32.3 —la aportación de la comunidad autónoma será para cada año al menos igual a la de la Administración General del Estado— se hace prácticamente inviable y, por tanto, no será posible alcanzar la financiación precisa para cubrir las necesidades, puesto que las comunidades autónomas no podrán, o no están pudiendo asumir, en el marco de la cooperación interadministrativa que se recoge en la ley, ningún convenio más allá de lo que permita su capacidad o compromiso presupuestario. Esto lo decimos, señorías, basándonos en el análisis que hacemos de los años transcurridos desde que se puso en marcha el desarrollo de la ley. **(La señora vicepresidenta, Aburto Baselga, ocupa la Presidencia.)** Por esa razón, desde el Bloque Nacionalista Galego hemos defendido siempre que el compromiso de la Administración General del Estado en la financiación de la dependencia debería ser el necesario para garantizar su total desarrollo y equilibrio en la prestación de los servicios más adecuados para cada persona.

Cuatro años después de la entrada en vigor de la ley, el problema de financiación se agrava y, como se recoge en el informe del Observatorio estatal para la dependencia, el modelo de paridad financiera se ha roto. En el año 2010, según señala el informe, la aportación del Gobierno ha sido del 32 por ciento frente al 54 por ciento de las administraciones autonómicas, y el 14 por ciento restante corresponde al copago de los usuarios. A la vista de los Presupuestos Generales del Estado para 2011, y dada la reducción practicada en la partida correspondiente, un 5,2 por ciento menos, todo indica que lejos de

corregirse dicho desequilibrio va a agrandarse. Con el incumplimiento del Gobierno está en peligro, desde nuestro punto de vista, la sostenibilidad del modelo. Dado que en los presupuestos autonómicos también se han rebajado las partidas destinadas a servicios sociales, mucho nos tememos que la financiación pueda ser tan deficitaria que no permita mantener los servicios que en la actualidad se están prestando.

Creemos que se hace necesaria una modificación del sistema de financiación de la dependencia que permita garantizar el derecho subjetivo que se ha reconocido en la ley a las personas en situación de dependencia, de acuerdo con lo que en la norma se contempla, por eso presentamos la proposición. Sabemos que en algunos parlamentos autonómicos, como el gallego, se han discutido propuestas como las que nosotros hacemos y que incluso han alcanzado la unanimidad de los grupos políticos allí representados. Dadas las circunstancias y, sobre todo, la merma en la financiación que existe en el año 2011, tanto por parte del Estado como por parte de las comunidades autónomas, entendemos que habría que hacer una revisión de los criterios de distribución de los fondos adicionales para la dependencia y, al mismo tiempo, desde nuestro punto de vista habría que impulsar un nuevo sistema de financiación de los servicios y prestaciones que se recogen en la ley.

A esta proposición no de ley han presentado enmiendas los grupos de *Convergència i Unió*, Popular y Socialista. En aras de alcanzar un acuerdo hemos intentado llegar a una transaccional, aunque reconocemos que nos gusta más el texto de nuestra propuesta original, entendiendo que en la misma se asume un compromiso sobre la necesidad de que el Gobierno analice, junto con las comunidades autónomas, los criterios de distribución de los actuales fondos adicionales, porque —de acuerdo, digo, con ese análisis realizado con las comunidades autónomas— si fuera necesaria una revisión —nosotros creemos que sí, pero somos conscientes de que no solamente cuenta nuestro criterio sino también el de las comunidades autónomas— debe quedar garantizada. También está la cuestión de que coordinadamente con las comunidades autónomas se establezcan criterios de financiación que permitan definitivamente garantizar aquellas prestaciones que se recogen en la ley. Entendemos que, al margen de las modificaciones que se puedan realizar, en esta transaccional están recogidos esos criterios básicos que nosotros planteamos en esta proposición no de ley. Por tanto, presentaremos a la Mesa la propuesta de transacción a la espera de escuchar a los otros grupos parlamentarios.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): A esta proposición no de ley se han presentado varias enmiendas.

En primer lugar, para la defensa de la del Grupo Popular tiene la palabra la señora Guaita.

La señora **GUAITA VAÑÓ**: Intervengo en nombre del Grupo Parlamentario Popular para defender la enmienda que hemos presentado esta proposición no de ley del Grupo Mixto.

En primer lugar, quiero decir que cuando bajo un Gobierno del Partido Popular se encargó en el año 2002 el Libro Blanco de la dependencia y posteriormente el Gobierno socialista propuso la Ley de la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, el objetivo siempre fue armonizar los diecisiete sistemas que ya venían funcionando. Cuatro años después, la implantación de la ley no admite un balance global, porque las diferencias entre comunidades son muy acusadas, idénticos problemas se tratan de forma distinta en cada sitio.

La ley nació con incongruencias que hacían dudosa su propia viabilidad y por eso sigue en el haber de la cuenta de resultados de este Gobierno. Según los últimos datos del ministerio hay 681.662 dependientes atendidos a fecha de 1 de febrero; la mayoría de los cuales ya recibían las prestaciones por parte de las comunidades autónomas, de ayuntamientos, a través de los servicios sociales, y las prestaciones asistenciales existentes; es decir, no partíamos de cero. También hay que decir que existen 1.520.370 solicitudes de personas dependientes a la espera de ser atendidas, de las cuales 716.000 siguen en el limbo de la dependencia. Los cuidadores personales no profesionales siguen siendo mayoritarios, 152.000 en un sistema que pretendía ser de servicios, y hay que decir que el 94 por ciento son mujeres. Las solicitudes siguen creciendo muy por encima de las previsiones. Los servicios de proximidad no se han desarrollado y no se está creando el empleo previsto en el sector, ya que se prometían 300.000 puestos de trabajo y el ministerio ha anunciado que solo se han creado 151.000. Tampoco se han mejorado los plazos medios que ahora estarían en dieciocho meses, cuatro para la valoración y catorce para la entrega PIA, lejísimos de los seis acordados, con el agravante de que ahora, con la pérdida de la retroactividad, los dependientes no recibirán ninguna compensación económica por el retraso de las administraciones públicas en la concesión de prestaciones y servicios. Además, el sistema público de salud está sirviendo de parachoques ante los desperfectos de la Ley de la Dependencia, que ha propiciado un traspaso de personas desde el sistema puramente social hacia el sistema sanitario que ha originado desde 2007 un coste extraordinario al Sistema Nacional de Salud estimado en 1.480 millones de euros. Hay que conseguir una mayor integración y coherencia de las actuaciones dirigidas a las personas en situación de dependencia coordinando la actuación de los servicios sociales y de salud de las comunidades autónomas.

De todas las carencias de la ley, la principal es la de una financiación injusta e insuficiente por parte del Gobierno. Ya en el año 2009 un informe de expertos encargado por esta Cámara ponía de manifiesto que el sistema era insostenible, entre otras cosas, porque

necesitaba de una financiación pública de suficiente solidez. Según este documento, el 70 por ciento del coste lo afrontan las comunidades autónomas, el 20 por ciento el Estado y el 10 por ciento los ciudadanos a través del copago, lo que da la razón a las comunidades autónomas en este sentido. Creemos que no podemos cargar a las comunidades autónomas con este peso y menos que nunca en un contexto de crisis económica como el que estamos viviendo. Señorías, la Generalitat de Cataluña ya ha planteado que va a pedir una moratoria al Gobierno para la entrada al sistema de los dependientes del grado I nivel 2. De nada sirve aprobar leyes si luego los derechos no se pueden ejercer. Además, el presupuesto de dependencia sufre un recorte del 10 por ciento en los Presupuestos Generales del Estado de 2011, justo cuando se incorporan 139.000 nuevos dependientes.

Ante este escenario, debemos plantearnos dar paso a un proceso de revisión, actualización y ampliación de largo alcance. La iniciativa que hoy nos presenta el Grupo Mixto nos parece acertada. Lo que hemos pretendido con nuestra enmienda ha sido completarla, porque desde el Grupo Parlamentario Popular entendemos que se debe modificar el modelo actual de financiación de la dependencia; pero, además, se hace necesario incrementar la financiación del Estado y vincularla al servicio en lugar de establecer una cuantía fija por persona dependiente. Creemos, por tanto, a la vista de lo que entendemos el fracaso del Sistema Nacional de Dependencia, que no admite demora una reforma profunda del mismo que garantice unos servicios comunes en el conjunto nacional, que armonice la atención a las personas dependientes, al margen del lugar en el que vivan, que cree un espacio socio sanitario que haga más eficiente la distribución de los recursos y que simplifique todos los procedimientos que ralentizan, hasta convertir en inservible, una ley que tenía las mejores intenciones. No vamos a cejar en este empeño, y aunque no se acepte nuestra enmienda posiblemente nuestro voto será afirmativo, porque siempre será preferible que se mejore la ley a que se quede como está.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Por el Grupo Catalán tiene la palabra el señor Campuzano.

El señor **CAMPUZANO I CANADÉS**: Tengo que empezar recordando, señorías, que *Convergència i Unió* rechazó en su día la Ley de Dependencia, no porque no reconociésemos la existencia de una insuficiencia de recursos públicos en los cuidados de larga duración vinculados a las situaciones de dependencia sino porque estábamos convencidos de que, por un lado, esta ley invadía las competencias exclusivas de las comunidades autónomas en materia de servicios sociales y, por otro lado, porque recogía en su artículo 32.2 una regulación de la financiación de dicha política que iba a suponer un ahogo para las finanzas de las comunidades autó-

nomas. Por desgracia, aquellas afirmaciones que hicimos durante el debate de la Ley de Dependencia en la pasada legislatura han sido premonitorias de lo que ha sucedido y hoy para el conjunto de las comunidades autónomas el sistema de financiación de esta política supone un gravísimo problema para garantizar el desarrollo de la ley y los derechos que esta reconoce. Es inaplicable el propio calendario de la Ley de Dependencia con la entrada en el sistema en este año 2011 de los dependientes de grado I y cualquier aproximación mínimamente sería de la cuestión de la dependencia nos debería llevar a un replanteamiento del desarrollo de esta ley. Hoy no estamos asegurando que los grandes dependientes reciban buenos servicios para garantizar su calidad de vida y la de sus familiares, su autonomía, su independencia, ni tampoco lo estamos garantizando para los dependientes de grado medio. Difícilmente vamos a poder destinar los recursos suficientes para que los nuevos dependientes reciban esos servicios que les garanticen esa calidad.

El artículo 32.3 de la Ley de Dependencia establecía que efectivamente el esfuerzo de financiación de las comunidades autónomas debería ser el mismo que efectuaba el Estado a través del sistema básico y de la aportación complementaria, pero dicho artículo nunca reconocía que los costes reales eran aquellos a los que debía responder la aportación mínima del Estado o la aportación complementaria. De esa manera, la aportación que hace la comunidad autónoma, que equipara la aportación que hace el Estado, se aleja del coste real del servicio que debe ser asumido bien por la familia, por la persona, o bien por la comunidad autónoma. Hoy está siendo mayoritariamente asumido por la comunidad autónoma y, por tanto, de cada cuatro euros de gasto por persona, tres son asumidos por la comunidad autónoma y uno por el Estado. El problema está en el origen de la ley. Desde que aprobamos esta ley estaba escrito que el proceso de ahogo a las comunidades autónomas se iba a producir. Por tanto, señorías, sin cambio en el sistema de financiación de la dependencia los problemas van a continuar arrastrándose.

Mi grupo va a apoyar la iniciativa de la señora Fernández Davila, faltaría más, porque abre debate sobre la financiación de la Ley de Dependencia, pero somos partidarios de replantear el calendario de aplicación de esta ley, de centrarnos en apoyar a los grandes dependientes, de concentrar nuestros esfuerzos de política pública en ese colectivo y dejar para más adelante el planteamiento de acoger a los dependientes que, según la ley, están incorporándose este año. Sabemos que este es un debate incómodo, que para muchos gobiernos autonómicos, con la perspectiva de las elecciones del 22 mayo, políticamente no es asumible, pero nos parece que si queremos tratar de verdad los problemas vinculados a la aplicación de la Ley de Dependencia hay que plantear esta cuestión junto con esa revisión de los mecanismos de financiación de la ley.

Espero, señorías, que podamos debatir a fondo esta cuestión en las próximas semanas. En todo caso, la enmienda de Convergència i Unió a la proposición no de ley del BNG simplemente añade, en esa reconsideración de la financiación de la dependencia, los costes reales del servicio, lo que cuesta efectivamente una plaza de residencia, una atención a domicilio, un centro de día, etcétera; lo contrario sería hacer trampas a las comunidades autónomas y, en última instancia, hacer trampas a las personas dependientes y a sus familias.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Tiene la palabra el señor Fernández, del Grupo Socialista.

El señor **FERNÁNDEZ I IRUELA**: Señorías, intervengo en nombre del Grupo Parlamentario Socialista para defender la enmienda presentada en relación con la proposición no de ley del Grupo Mixto, en este caso del Bloque Nacionalista Galego, relativo a la mejora de la financiación de la Ley de Dependencia. Quiero empezar diciendo que la enmienda presentada por nuestro grupo persigue el consenso para seguir avanzando en todo aquello que ya se está realizando en aplicación y desarrollo de la Ley de Dependencia. Creo que también es justo reconocer que de los derechos y beneficios que otorga la presente Ley de Dependencia podemos hablar a partir del año 2007 y que es un Gobierno socialista el que la aprueba y empieza su desarrollo. Por tanto, a pesar de que es posible que queden por hacer algunos ajustes en la ley, no es menos cierto que con su aprobación y con su desarrollo se ha producido un gran avance en el Estado del bienestar. El Gobierno socialista ha invertido en el periodo 2007-2010 más de 4.500 millones de euros y, por tanto, mientras el Partido Popular se quedó en el Libro Blanco de la dependencia nosotros lo aprobamos y lo ejecutamos. Déjenme que apunte aquí una gran incongruencia. El Partido Popular se suma ahora a modificar una Ley que no votó, que fue la Ley de Financiación Autonómica, y pretende incrementar los gastos, cuando su argumento es reducción de gasto y reducción de impuestos, por lo que los números no cuadran; pero la clave es sumarse a lo que sea para poner en entredicho cualquier cosa que quiera poner en marcha el Gobierno.

Dicho esto, antes de empezar a explicar el contenido de la enmienda, quiero hacer alguna referencia a lo que es la exposición de motivos de la proposición no de ley. Uno de los temas de los que habla la exposición de motivos de la proposición no de ley es que en relación con el año 2010 la aportación de Gobierno para la dependencia ha sido de 32 por ciento frente al 45 por ciento de la de las administraciones autonómicas. Hay que señalar que estos datos no son comparables, porque lo verdaderamente relevante es el esfuerzo que se haya hecho por las comunidades autónomas a partir del año 2007, ya que en dicho porcentaje se incluye el gasto en atención a las personas dependientes antes de ponerse

en marcha el sistema para la autonomía y atención de la dependencia. También en la propia exposición de motivos se indica que la aportación para la dependencia, el copago de los beneficiarios fue del 14 por ciento en 2010. Señorías, hay que recordar que la memoria económica de la Ley de Dependencia señalaba que la aportación de los usuarios al sistema debería estar alrededor del 30 por ciento. Dado que es competencia de las propias comunidades autónomas decidir el copago, la aplicación de porcentajes por debajo del indicado supondrá, lógicamente, un esfuerzo adicional por parte de las mismas y queda dentro de su ámbito de prioridad política y de sus políticas de distribución del gasto. La exposición de motivos, asimismo, señala que en los Presupuestos Generales del Estado para 2011 se ha reducido la partida correspondiente a este gasto, poniendo en duda la viabilidad del modelo. A este respecto quiero indicar que la Ley de Dependencia establece un mínimo de protección definido y garantizado financieramente por el Estado. A este mínimo de protección le corresponde un gasto obligatorio en función del número de beneficiarios. En consecuencia, tal como ha sucedido en el año 2010, el concepto que financia este mínimo nivel se puede ampliar mediante modificaciones presupuestarias en función de las necesidades existentes.

Por último, quiero indicar que en el punto número 4 de la proposición no de ley se insta al Gobierno a revisar los criterios de distribución de los fondos adicionales para la dependencia incluidos en el nuevo sistema de financiación autonómica. Señorías, dichos criterios de distribución de los fondos adicionales incluidos en el nuevo sistema de financiación autonómica están regulados por la Ley 22/2009, de 18 diciembre, por la que se regula el sistema de financiación de las comunidades autónomas y de las ciudades con Estatuto de Autonomía. Esta norma incorpora al ordenamiento jurídico el acuerdo adoptado en la reunión del Consejo de Política Fiscal y Financiera del 15 de julio de 2009, en el que están representadas todas las comunidades autónomas. El sistema de financiación ha sido adoptado como propio y por ello aceptado por la totalidad de las comunidades autónomas en las reuniones que se han realizado en las comisiones mixtas. En consecuencia, cualquier modificación de la Ley de Financiación Autonómica debe seguir los mismos trámites para su aprobación, es decir, previo acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera.

Señorías, mi grupo quiere destacar que uno de los ejes básicos de la reforma de la financiación autonómica es el refuerzo de las prestaciones del Estado del bienestar en el marco, cómo no, de la estabilidad presupuestaria. Por ello, se considera básico continuar apoyando financieramente el desarrollo de las prestaciones destinadas a ayudar a las personas con dependencia. El punto 3.1.1. del acuerdo sobre el nuevo modelo de financiación hace referencia a recursos por importe de 4.900 millones de euros para reforzar el Estado del bienestar, de los que el 25 por ciento se

destinarán en función del peso de la población ajustada y en función de la población dependiente. El mismo modelo contempla también la aportación adicional de 1.200 millones de euros repartidos entre comunidades de régimen común en función del número de personas reconocidas como dependientes con derecho prestación. Este es un modelo aprobado recientemente y se debe evaluar su cumplimiento, pero solo tiene un año de vida. Por tanto, señorías, también aquí pediría un poco de responsabilidad a todos los grupos parlamentarios, porque no podemos estar sistemáticamente pidiendo modificaciones de cosas que acabamos de aprobar, ya que eso crea una inestabilidad en el sistema económico de nuestro país.

La enmienda del Grupo Socialista, como decía al principio, pretende buscar consensos, y por eso estamos trabajando en una transaccional, para seguir avanzando y mejorando el desarrollo de la Ley de Dependencia. Por eso intentaremos terminar de perfilar los puntos de la propuesta que nos hace la ponente para llegar a un buen acuerdo.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): ¿La señora Fernández Davila quiere pronunciarse sobre las enmiendas?

La señora **FERNÁNDEZ DAVILA**: En mi intervención en defensa de la proposición no de ley ya comenté que íbamos a tratar de llegar a una transacción. Si ello fuera posible —que creemos que sí—, se la haríamos llegar inmediatamente.

— **SOBRE INTRODUCCIÓN DE FÓRMULAS DE COPAGO POR PARTE DE LOS USUARIOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO DE ESQUERRA REPUBLICANA-IZQUIERDA UNIDA-INICIATIVA PER CATALUNYA VERDS. (Número de expediente 161/002078.)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Pasamos al último punto del orden del día, sobre la introducción de fórmulas de copago por parte de los usuarios del Sistema Nacional de Salud.

Esta proposición ha sido presentada por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds. Para su defensa tiene la palabra el señor Llamazares.

El señor **LLAMAZARES TRIGO**: Como hicimos al principio de esta legislatura, volvemos a presentar una iniciativa ante esta Comisión de rechazo del copago en el Sistema Nacional de Salud, convencidos como estamos de que afectaría a la universalización, a la gratuidad y a la accesibilidad de nuestro sistema y no solucionaría ninguno de sus problemas, ni los de financiación del sistema sanitario ni la frecuentación. Lo hacemos de nuevo porque con la crisis económica han

vuelto a arreciar los pronunciamientos en favor del copago. Normalmente no salen de dentro del sistema sanitario sino que frecuentemente salen de lo que podemos denominar los responsables económicos y siempre se hace en relación con la crisis y no con los valores que tiene el sistema sanitario público. Recientemente, el secretario de Estado de Hacienda ha planteado que quizá en la situación actual no sea momento para el copago, pero que es una reflexión que resulta necesario abrir. Mi grupo parlamentario tiene la sensación de que esto es como el bálsamo de Fierabrás, es decir, que el copago da la impresión de ser un fetiche que soluciona todos los problemas del sistema sanitario y elude abordar los problemas reales que este tiene, que son: la insuficiente financiación del sistema, la salud pública como instrumento fundamental para evitar gastar más en las enfermedades, la atención primaria, una mayor eficiencia en el gasto farmacéutico; es decir, se necesitan medidas de esas características y no la búsqueda de un fetiche, como se hace ante el término del pago. En primer lugar, señorías, este es un término engañoso, porque no es copago, es repago, señorías, puesto que los ciudadanos ya financian el sistema sanitario público. Además, resulta que las clases medias, los pensionistas, los trabajadores, que son los que financian a través del IRPF el sistema sanitario y el sistema social, serían los que tendrían que volver a financiar con la frecuentación su sistema sanitario. Nos parece una clara discriminación para un segmento de la población que cumple con sus responsabilidades en materia fiscal y una discriminación en relación con aquellos que no cumplen con sus responsabilidades en materia fiscal y que en muchas ocasiones recurren a sistemas paralelos al sistema sanitario público.

Por otra parte, señorías, ya tenemos experiencia en relación con el copago. Tenemos copago en el sistema sanitario público en lo relativo al sistema farmacéutico, que hoy es el más ineficaz y el más ineficiente. Allí donde tenemos copago gastamos el doble, incrementamos al doble el conjunto del gasto sanitario y gastamos el doble que los países del entorno europeo en materia farmacéutica. Por tanto, se demuestra en la práctica en nuestro país, como también en el resto de la Unión Europea, que el copago no es más eficaz sino menos y que no es más eficiente sino menos, que no hace que gastemos menos y que no disuade de la intervención sanitaria ni a los profesionales ni a los usuarios.

En tercer lugar, señorías, dos son los argumentos fundamentales que se utilizan en relación al copago. Uno de ellos tiene que ver con la financiación del sistema y el otro con la frecuentación del sistema —se acusa a nuestro sistema de tener una hiperfrecuentación—. Para desautorizar la financiación al sistema baste decir, por una parte, que los ingresos en base al copago farmacéutico son muy minoritarios y cada vez menores en nuestro país y, por otra parte, también para descalificar esa financiación al sistema, que las cau-

telas que se han establecido en países europeos, por ejemplo, el tique moderador o el euro por consulta, esas cautelas que tienen que ver con la edad o con la renta, han llevado a que el gasto de gestión sea superior a los ingresos que se producen como consecuencia del copago. Es decir, al final, lo comido por lo servido o, lo que es peor, establecemos un mecanismo que discrimina y, finalmente, nuestros ingresos son menores que los gastos. El segundo gran argumento que se viene utilizando es el de la hiperfrecuentación, que es injusto con el sistema sanitario español, puesto que, según Organización Mundial de la Salud, es el más eficaz y el más eficiente de nuestro entorno. No es cierto lo de la hiperfrecuentación en la primaria si se tiene en cuenta únicamente la primera consulta realizada por el propio ciudadano y la consulta no burocrática. Si expurgamos la frecuentación actual de la reconsulta que establece el propio profesional y lo separamos de la consulta únicamente burocrática, en estos momentos tenemos una frecuentación similar a la del resto de los países europeos. Pero también cabría pensar que es normal que tuviéramos más frecuentación en atención primaria cuando nuestra frecuentación hospitalaria es la más baja de la Unión Europea, solamente hay un país que tiene una frecuentación hospitalaria más baja que la de España, es decir, nosotros somos los penúltimos. Una mayor frecuentación de la atención primaria explicaría una menor frecuentación de la hospitalaria y, por tanto, una mayor eficacia del sistema, porque el sistema utiliza la primaria para el 90 por ciento de los problemas sanitarios y solo utiliza la hospitalaria o la especializada para una minoría de problemas de salud, que es lo lógico, a pesar de que en nuestro país todavía seguimos gastando en atención primaria solo el 14 por ciento del conjunto del gasto sanitario, que es ínfimo para el papel que queremos que tenga la atención primaria en España. Quería destacar que no se trata de solucionar el problema de la hiperfrecuentación y que esa acusación hacia nuestro país elude valorar los aspectos positivos del sistema sanitario público.

¿Cuáles han sido los efectos de la implantación de copagos tanto en nuestro país como en otros países europeos? Lo que podríamos llamar una selección negativa, es decir, se selecciona a los pacientes que tienen mayores y peores enfermedades, que tienen varias enfermedades y que tienen peor situación para acudir a otros ámbitos del sistema de salud. Lo que se hace de alguna manera es poner una barrera que limita la accesibilidad y la universalidad del sistema sanitario. Además, señorías, provoca en estos pacientes más frágiles y con mayores indicaciones sanitarias actitudes que van en contra de la prevención y de la promoción de salud. Estos pacientes, a los que se disuade de ir en un primer momento al sistema de salud, aunque sea con un síntoma mínimo, acuden a él tardíamente y con complicaciones y al sistema de salud le cuesta muchísimo más. Esa es la paradoja de

estos mecanismos de barrera que hacen una selección negativa y además injusta en el sistema sanitario. Precisamente, si uno de los problemas de nuestro sistema sanitario es el escaso papel de la prevención y la promoción de salud, este tipo de medidas lo debilitaría aún más. Si uno de los problemas de nuestro sistema sanitario es la deficiente atención a crónicos, estas barreras aumentarían todavía más esa deficiencia. Además, con este tipo de declaraciones y soluciones milagrosas desorientamos al sistema de salud con respecto a sus principales problemas y a sus principales ineficiencias, porque es verdad que tenemos un sistema de salud eficaz y eficiente, pero tiene bolsas de ineficiencia, bolsas que precisamente no están aquí, están en otros sitios. Las bolsas de ineficiencia —lo repito, señorías— son: en primer lugar, el gasto farmacéutico de nuestro país, que es muy superior a la media de la Unión Europea y se incrementa año a año, con excepción de este último año y los recortes farmacéuticos; en segundo lugar, el tratamiento de crónicos, porque seguimos teniendo un sistema de agudos; en tercer lugar, el desequilibrio entre la atención primaria y la atención especializada, necesitamos más y mejor atención primaria, y en cuarto lugar, la deficiente financiación, porque tenemos un sistema fiscal al que contribuyen básicamente los asalariados y los consumidores, un sistema fiscal muy poco progresivo. Esas son las razones, señorías, para presentar esta iniciativa, que pretende revalidar en un momento de crisis muy importante la posición del Parlamento —ya votada al principio de la legislatura— en contra del copago, que en estos momentos, en nuestra opinión, sería especialmente malentendido por los ciudadanos.

Termino, señorías. ¿Qué opinarían 8 millones de pensionistas? ¿Qué opinarán 4, 5 millones de parados, cuando la única solución que se nos ocurre cada vez que hay problemas de financiación en el sistema sanitario es que no solamente paguen sus impuestos, sino que además copaguen o repaguen de nuevo a través de un tique moderador, de un euro o de otro mecanismo de copago? En nuestra opinión, los ciudadanos han dicho que no y este Parlamento debe decir de nuevo que no al sistema de copago, sin que esto sea una barrera para otros debates que tienen que tener lugar acerca de las bolsas de ineficiencia que tiene nuestro sistema sanitario, aunque son muchas menos que la que tienen los sistemas sanitarios de nuestro entorno. No en vano tenemos los mejores resultados de salud y no en vano lo hacemos con el menor coste de nuestro entorno, del entorno europeo. Por algo será. Será porque somos más eficaces y será también porque somos más eficientes, aunque tengamos cosas que cambiar.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Tiene la palabra el señor Gutiérrez Molina por el Grupo Parlamentario Popular.

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA**: Intervengo en nombre de mi grupo para defender la enmienda de modificación que hemos presentado a la proposición no de ley que acaba de defender el portavoz del Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds, sobre la introducción de fórmulas de copago por parte de los usuarios del Sistema Nacional de Salud.

Después de escuchar al portavoz, estamos absolutamente de acuerdo con la esencia de su proposición. Hemos reiterado siempre nuestro rechazo a la introducción de fórmulas de copago, bien sea el euro o el tique moderador, por parte de los usuarios del Sistema Nacional de Salud. Lo hemos reiterado siempre, porque entendemos que afectaría, yo diría que gravemente, a principios básicos del derecho constitucional a la salud, como la accesibilidad al sistema, la universalidad y la gratuidad de la atención integral de salud, y no aportaría avances significativos en la organización de la demanda y mucho menos en la financiación del Sistema Nacional de Salud.

Para entrar en la justificación de nuestra enmienda es necesario, señora presidenta, hacer una somera panorámica de la situación actual del copago como medida de reducción del gasto sanitario. Ciertamente, las voces a favor del copago nacen de los responsables el Ministerio de Economía y Hacienda, pero en ocasiones también del ámbito sanitario. En mayo de 2010, la entonces ministra de Sanidad y Política Social, al presentar el barómetro sanitario correspondiente a 2009, decía: El copago es un tema recurrente en los debates desde hace más de veinte años, que ha estado en el cajón de todos los ministros de Sanidad, igual que está en el mío desde que llegué, pero todavía no hay acuerdo al respecto. En cualquier caso, hay dudas lo suficientemente amplias como para no adoptar la medida en este momento. Es decir, es una especie de sí pero no, amagar sin dar, dejando la parte más dura —si se me permite la expresión— al secretario de Estado del Ministerio de Hacienda, el señor Ocaña, quien —como ha recordado el portavoz de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya y no es cuestión de reiterar— hizo una serie de declaraciones en las que dejaba entrever la posibilidad, únicamente táctica, de la no introducción del copago en ese momento. Ciertamente, eso causó una melé, un revuelo mediático importante y también en la opinión pública, tanto que el presidente del Gobierno y la propia ministra tuvieron que aclarar reiteradamente que habían descartado la introducción del copago en la sanidad. Hay que tener en cuenta también, señora presidenta, que la actual ministra de Sanidad, Política Social e Igualdad, doña Leire Pajín, se ha mostrado en todo momento contraria al copago, por considerar que tiene el riesgo de romper la equidad en la atención sanitaria y porque tras los estudios del ministerio se ha llegado a la conclusión de que la recaudación que implicaría sería menor que el coste de su implantación. También el presidente del

Gobierno, el señor Rodríguez Zapatero, el 31 de enero, en una entrevista en televisión dijo que —cito literalmente— lo tenía descartado.

No es cuestión de insistir, porque no solo se ha debatido en esta Comisión, sino otras muchas veces, en otros debates en esta casa, pero el copago más que una medida recaudatoria es una acción disuasoria. En cualquier caso, como ha dicho antes el portavoz de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya, se trata de una medida de difícil justificación, impopular, si se me permite utilizar el término, porque los ciudadanos tenemos la percepción de que la gratuidad de la sanidad se paga con nuestros impuestos. Por otra parte, desde el punto de vista de reducción del déficit, resulta difícil de justificar, ya que la reducción del gasto que supondría es muy inferior a la necesaria y podría acarrear nuevos costes derivados de la gestión de un sistema que discrimina a aquellos sectores de la sociedad que deberían quedar exentos de pago, como los perceptores de pensiones mínimas o los enfermos crónicos.

Dicho esto y habiendo esos puntos de coincidencia, cabe preguntarse el porqué de la enmienda de modificación del Grupo Popular. Nuestro grupo ha presentado la enmienda de modificación porque cree que enriquece y mejora el texto. Somos coherentes con la posición que hemos sentando desde el principio en este tema. De ahí que en el primer punto de nuestra enmienda de modificación, con el que empecé mi intervención, pidamos que el Congreso de los Diputados haga mención al rechazo de la introducción de cualquier fórmula de copago. Además hay una serie de razones que son propias de la dinámica y del imaginario del Partido Popular y de su grupo parlamentario. Instamos al Gobierno a poner en marcha, en coordinación con las comunidades autónomas, las medidas necesarias para garantizar algo que es fundamental y que ha flotado siempre en el debate, que es la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. Ahí desarrollamos una serie de acciones que en nada modifican lo expuesto por el portavoz que me ha precedido en el uso de la palabra, pero que enriquecen y, si me permiten la expresión, mejoran el texto de la proposición, como son los principios de sostenibilidad, suficiencia y atención a las nuevas demandas; la necesidad de enfocar un nuevo modelo de financiación del sistema, para que haya suficiente financiación a corto plazo para hacer frente a la deuda acumulada por el conjunto del Sistema Nacional de Salud, que, no olvidemos, está ya rondando los 12.000 millones de euros; la cuantificación del gasto sanitario a corto y medio plazo en función de una serie de factores que están ahí, que no nos inventamos, como son el envejecimiento de la población, el cambio del patrón epidemiológico, la cronicidad de la enfermedades —en la que antes se ha hecho hincapié— y las infraestructuras necesarias; la cuantificación del gasto sanitario en I+D; los recursos humanos; el gasto farmacéutico —que también se ha tocado— y el compromiso de incremento de dotación del Fondo de Cohe-

sión Sanitaria y su cuantificación. Son una serie de medidas que no chocan con el *petitum* general de la proposición que se debate, sino que la enriquecen y son coherentes con lo que el Grupo Popular siempre ha defendido en esta Comisión y en cualquier otro órgano del Congreso de los Diputados en relación con el copago.

En cualquier caso, estamos de acuerdo con la esencia de la proposición no de ley. Nos gustaría que se incorporaran algunos de los aspectos fundamentales de nuestra enmienda por las razones que antes hemos mencionado, pero mostramos nuestra disposición favorable para que esto salga adelante.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Tiene la palabra la señora Tarruella.

La señora **TARRUELLA TOMÀS**: Voy a procurar ser más breve. Vaya por delante que nosotros no estamos de acuerdo en introducir el copago sanitario, copago que está flotando en el ambiente no solo ahora sino desde hace tiempo. Tiene razón el señor Llamazares, ya hubo una proposición no de ley al principio del mandato y ahora se vuelve a traer aquí esta proposición no de ley por las distintas voces que se están oyendo, y no solamente desde el campo económico, donde se escuchan más, sino también de consejeros de comunidades autónomas, que han dicho en algunos debates que en algún momento habrá que hablar de copago. Consideramos que ahora no es el momento. No se puede introducir el copago en estos momentos de crisis, con las graves dificultades que supondría para las clases sociales más desfavorecidas y porque además sería injusto para los enfermos crónicos. Sin embargo, queremos hacer constar aquí que la situación actual del sistema sanitario en cuanto a su sostenibilidad es fruto de la no decisión durante muchos años, de no hablar abiertamente de financiación del sistema sanitario. Nos tememos que vamos a continuar sin tomar medidas resolutivas y poniendo pedazos al sistema. Nos gustaría —y por ahí va dirigida nuestra enmienda— que se retomara el llamado pacto por la sanidad, que en este pacto los protagonistas fueran las comunidades autónomas, el Ministerio de Sanidad, los partidos políticos y los agentes sociales y que de aquí saliera una mejora de la financiación, introduciendo alguna fórmula que mejorara la eficiencia del sistema sanitario, siempre que ello no conllevara —lo decimos en nuestra enmienda— aumentos directos o indirectos en la fiscalidad. Tenemos que tomar decisiones. En estos momentos, vuelvo a repetir, la introducción del copago no es posible, no es conveniente. Ahora no estamos para hablar de copago, pero tampoco podemos hacer como si no pasara nada, mirar hacia otro lado y no buscar medidas para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario. Nos gustaría que se tuviera en cuenta esta enmienda, en el sentido de que hablemos de una vez por todas para intentar buscar soluciones a este grave

problema y que lo hagamos entre todos. Este es el sentido de nuestra enmienda y nos gustaría que se recogiera.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Para fijar posición, tiene la palabra la señora Fernández Davila.

La señora **FERNÁNDEZ DAVILA**: Intervengo para fijar la posición de mi grupo, el Bloque Nacionalista Galego, ante la proposición no de ley que presenta el señor Llamazares y que vamos a votar favorablemente, porque nos parece muy oportuna.

Compartimos el análisis que el señor Llamazares acaba de hacer en relación con la situación del sistema público de salud del Estado español. En esa valoración, coincidimos también con la innecesaria total y absoluta de cualquier tipo de copago que se pueda presentar en los diferentes modelos que han aparecido por ahí en distintas ocasiones. La propuesta nos parece muy oportuna, porque hace mucho tiempo que se viene hablando del copago —nuestro grupo ha presentado alguna iniciativa en relación con el mismo— y aunque en diferentes ocasiones ha habido portavoces del Gobierno que, desde el Ministerio de Sanidad, por ejemplo, han dicho que no hay disposición del Gobierno a ninguna política de copago sanitario, después han aparecido informaciones de que la cuestión está siendo analizada por el Ministerio de Economía. A la vista de las cosas que están ocurriendo en los últimos dos años y de las decisiones que el Gobierno está tomando en materia económica, esta es una cuestión que nos preocupa. En los últimos años ha habido una serie de decisiones, que han emanado del Ministerio de Economía, pero que no dejan de ser decisiones del Gobierno del señor Zapatero que han incidido en la reducción de las políticas sociales que teníamos hasta el momento.

En la medida en que compartimos absolutamente lo que ha dicho el señor Llamazares en relación con nuestro sistema público de salud, así como las razones que hacen total y absolutamente desaconsejable el copago, entendemos la oportunidad de la iniciativa en relación con el asunto concreto, como decía al principio. No hace mucho tiempo, en esta Comisión se creó una subcomisión para hablar amplia y profundamente de nuestro sistema de salud y para tratar las medidas en las que podríamos llegar a un acuerdo para mejorar la financiación. En su momento, a pesar de un largo debate, hubo acuerdos que no se pudieron alcanzar. Por tanto, no incorporaría en este momento puntual nuevas cuestiones a un tema en el que, desde mi punto de vista, sería fundamental que el Congreso se pronunciara. Debería expresarse una posición unánime para que el Gobierno no tuviera ningún tipo de veleidad al considerar la cuestión en algún momento. Evidentemente, el Gobierno puede hacer de lo que aquí se acuerde lo que considere, pero sería importantísimo un posicionamiento total y absolutamente contrario a cualquier práctica de copago que se pudiera

intentar introducir en nuestro servicio público de salud, porque por mucho que fuese testimonial, menoscabaría e incluso dinamitaría nuestro concepto del sistema de salud universal y gratuito. Por tanto, mostramos nuestro apoyo total y absoluto a la proposición no de ley que presenta Izquierda Unida.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Tiene la palabra el señor Agirretxea.

El señor **AGIRRETXEA URRESTI**: Intervendré brevemente.

Este es un tema al que recurrimos muchas veces en esta Comisión de Sanidad, un tema que ha oscilado entre ser el tema estrella y el tema tabú, en comparecencias, en subcomisiones, en proposiciones, etcétera. Independientemente de estar de acuerdo o no, hay una primera cuestión que es si todos entendemos lo mismo por copago y si todos tenemos el mismo criterio al hablar del mismo. El señor Llamazares ha hecho una explicación de lo que él entiende como tal. Para nosotros el problema —esta es una cuestión que he reiterado muchísimas veces en las comparecencias que sobre este tema he tenido en diferentes comisiones— es si verdaderamente tenemos una mala financiación o si gestionamos mal lo financiado. En el fondo, la cuestión del copago está ahí. A veces no llega y otras veces gestionamos mal lo que llega, y como alternativa a lo que gestionamos mal —estoy hablando en plural, incluyéndome a mí mismo—, las administraciones recurren a veces al fantasma del copago como solución a lo que no es un problema de financiación, sino un problema de gestión. El debate está en si, independientemente de que se gestione bien o se gestione mal, la sanidad del Estado español requiere una financiación supletoria de la que el Estado no va a surtir y van ser los ciudadanos los que tengan que aportar lo que el Gobierno no va a surtir. Mi grupo no ha estado a favor del copago, porque considera que mientras haya recursos públicos, tenemos que mantener un pilar básico del Estado de bienestar, que es el de la sanidad universal y gratuita, porque, si no, podemos romper ese gran pacto occidental que después de la Segunda Guerra Mundial establecieron los países democráticos de occidente. El mero hecho de insertarlo como criterio sería un gran retraso. Ahora bien, si lo que estamos planteando es abrir un debate sobre cómo se financia mejor la sanidad pública, no hay que tener ningún miedo a debatir y a plantear posibles soluciones y cuestiones válidas. El compañero Gaspar Llamazares suele poner la venda antes de que haya herida, que en principio no está mal, es un médico de salud preventiva, pero en estos momentos tampoco estoy viendo llamadas oficiales al copago ni que ningún gobierno lo esté planteando. Ahora bien, ¿que hay problemas de financiación? Claro que hay muchos. ¿Que hay problemas de gestión? También.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Por el Grupo Parlamentario Socialista tiene la palabra la señora Grande.

La señora **GRANDE PESQUERO**: Mi grupo, en coherencia con lo que se aprobó en esta casa, en esta misma Comisión, el pasado 11 de marzo de 2009, va a rechazar la introducción de fórmulas de copago. No voy a leer los dos puntos que aprobamos por unanimidad en esta misma Comisión, porque creo que huelga y por economía de tiempo, porque voy a intentar ser muy breve en mi intervención, pero sí quiero decir que tanto el Gobierno como el Partido Socialista Obrero Español y como este grupo parlamentario, en diversas y múltiples ocasiones, en diferentes foros y a través de muchos de sus componentes, ministros, diputados, portavoces, miembros de la Comisión Ejecutiva Federal y, por supuesto, del presidente del Gobierno, que lo dejó bien claro en un programa de Televisión Española, han rechazado el copago sanitario, si lo entendemos —sabemos que el copago existe en nuestro sistema, no solamente a través del copago farmacéutico sino a través de algunas tasas que están aprobadas y se llevan a cabo en nuestro sistema— como el tique moderador o el euro por consulta, porque no podemos responsabilizar al usuario del coste del servicio, porque los ciudadanos ya lo pagan a través de sus impuestos. En servicios como la sanidad, consideramos que el copago no puede tener como fin disuadir del uso del servicio a quien lo necesite de verdad. Hemos dicho muchas veces que el precio del copago no ha de condicionar a las personas, porque estas pueden valorar que es caro para su economía familiar y esto puede impedirles utilizar los servicios que puedan necesitar. Es más, disuadir la demanda asistencial mediante un tique de copago no solo perjudicaría a los ciudadanos con rentas más bajas, como acabo de comentar, sino que a la larga —ya lo decía el diputado Llamazares— puede provocar mayores problemas sanitarios, porque disminuiría la demanda necesaria, sin disminuir la innecesaria. La decisión sobre si un servicio sanitario es necesario no la puede tomar el paciente sobre la base de que tenga que pagar por la asistencia o no, tiene que ser el médico el que decida si esa asistencia es necesaria y si hay que acudir a los segundos y terceros niveles de nuestro sistema. Entendemos que es bastante poco útil introducir este tique moderador en la demanda de la asistencia sanitaria. Además, como hemos dicho ya en muchas ocasiones, esto introduciría la inequidad en nuestro sistema sanitario, lo cual es contrario a la propia esencia del sistema, y por tanto no se puede admitir. Además, la cantidad que se pueda llegar a recaudar —lo han dicho ya otros portavoces— no significaría ni una mínima solución para la financiación del Sistema Nacional de Salud.

Por cierto, en cuanto a la financiación, no solo quiero recordar los acuerdos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de septiembre de 2008, en relación con un documento que se aprobó por unani-

midad por todas las comunidades autónomas presentes y que se trasladó al Ministerio de Economía y Hacienda y a las propias consejerías del ramo para garantizar la sostenibilidad financiera del sistema, sino también el propio Acuerdo de financiación autonómica, del Consejo de Política Fiscal y Financiera, que se aprobó en el año 2009, en que el que se viene a garantizar la financiación de los servicios públicos fundamentales del Estado de bienestar, entre ellos la sanidad, y que nos garantiza en este momento, especialmente en estos últimos años de crisis económica y financiera, estos servicios públicos básicos para toda la población, sobre todo para el que no tiene de todo. El nuevo modelo de financiación, a diferencia del anterior que aprobó el Partido Popular, dedica el 80 por ciento de estas nuevas partidas para las comunidades autónomas a las políticas sociales básicas, es decir, a la sanidad, a la educación y a las políticas sociales. No quiero recordar, porque he dicho que iba a ser breve, los once mil millones que este Gobierno introdujo en el sistema sanitario en las comunidades autónomas a partir del año 2005 ni el ahorro de política farmacéutica —que recuerdo que en el último año de Gobierno del Partido Popular el gasto farmacéutico crecía algo así como al 12 por ciento y en este momento está en cifras negativas— ni tampoco los acuerdos de mayo del año pasado en el Consejo Interterritorial donde se aprobó, por unanimidad de las comunidades autónomas, un grupo de medidas para gestionar mejor, para ahorrar más sin detrimento de la calidad de la asistencia sanitaria y, por supuesto, manteniendo algo que es fundamental: la equidad de nuestro sistema.

Anuncio que mi grupo va a votar favorablemente la proposición no de ley del señor Llamazares tal y como viene en el orden del día.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): El señor Llamazares quiere pronunciarse sobre las enmiendas.

El señor **LLAMAZARES TRIGO**: Únicamente quiero agradecer la coincidencia y el apoyo de los grupos parlamentarios a la iniciativa y dejar aquellos aspectos que tienen que ver con el pacto de Estado para revitalizar el pacto de Estado que, como saben ustedes, es una de las tareas de esta Comisión de Sanidad que probablemente tengamos que aprobar antes de finalizar la legislatura.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): ¿Están los grupos preparados para comenzar las votaciones? **(Pausa.)**

Vamos a votar las proposiciones no de ley tal como estaban en el orden del día.

Votamos, en primer lugar, la proposición relativa a transporte, medio ambiente y salud, del Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds. ¿Hay una transaccional?

El señor **LLAMAZARES TRIGO**: Hay una transaccional que ha incluido los puntos prácticamente de todos los grupos y que hemos pasado a la Mesa.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): La tenemos.

Votamos la proposición no de ley.

Efectuada la votación, dijo

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Queda aprobada por unanimidad.

Votamos la proposición relativa a la regulación de un baremo único para el acceso a la titularidad de las farmacias. Como en este caso no tenemos transaccional pasamos a la votación.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 16; en contra, 20.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Queda rechazada.

Votamos el punto número 3, relativo a la extensión del cribado neonatal ampliado a todas las comunidades autónomas. Tenemos una transaccional que vamos a votar.

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

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Queda aprobada.

Votamos el punto relativo a la aprobación del Estatuto de los consumidores y usuarios.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 16; en contra, 21.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Queda rechazada.

Votamos el punto relativo al plan de infancia y adolescencia. Tenemos una transaccional que pasamos a votar.

Efectuada la votación, dijo

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Queda aprobada por unanimidad.

Votamos el punto número 6, sobre las medidas para mejorar la atención a las personas con trastornos del espectro del autismo. Tenemos una transaccional en la Mesa.

Efectuada la votación, dijo

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Queda aprobada por unanimidad.

Votamos el punto número 7, sobre las medidas para la mejora de la financiación de la Ley de Dependencia, para la que tenemos una transaccional en la Mesa.

Efectuada la votación, dijo

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Queda aprobada por unanimidad.

Por último, votamos la proposición sobre introducción de fórmulas de copago por parte de los usuarios del Sistema Nacional de Salud. No tenemos ninguna transaccional.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 36; abstenciones, dos.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Queda aprobada.

Señorías, se levanta la sesión.

Era la una y cincuenta minutos de la tarde.

Edita: **Congreso de los Diputados**

Calle Floridablanca, s/n. 28071 Madrid

Teléf.: 91 390 60 00. Fax: 91 429 87 07. <http://www.congreso.es>

Imprime y distribuye: **Imprenta Nacional BOE**

Avenida de Manoteras, 54. 28050 Madrid

Teléf.: 902 365 303. <http://www.boe.es>



Depósito legal: **M. 12.580 - 1961**