



# CORTES GENERALES

# DIARIO DE SESIONES DEL

# CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Año 2013

X LEGISLATURA

Núm. 313

Pág. 1

## SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. MARIO MINGO ZAPATERO

Sesión núm. 12

celebrada el miércoles 24 de abril de 2013

Página

### ORDEN DEL DIA:

#### Proposiciones no de ley:

- Relativa a medidas dirigidas a lograr la efectiva coordinación institucional para la protección de la infancia maltratada. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/000568) ..... 2
- Sobre el impacto en salud de la exclusión de los inmigrantes en situación irregular de la asistencia sanitaria gratuita. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/000765) ..... 6
- Relativa al uso, la indicación y la autorización de dispensación de medicamentos no sujetos a prescripción médica y productos sanitarios en fisioterapia. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/001037) ..... 9
- Para mejorar la atención a los menores de tres años en situación de dependencia. Presentada por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió). (Número de expediente 161/001351) ..... 11
- Sobre aprobación del plan integral de atención a los menores de 3 años en situación de dependencia. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/001379) ..... 11
- Sobre el reconocimiento de la especialidad de enfermedades infecciosas. Presentada por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió). (Número de expediente 161/001113) ..... 15

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 313

24 de abril de 2013

Pág. 2

- Sobre la creación de la especialidad de embriología y genética clínica. Presentada por los grupos parlamentarios Socialista; Catalán (Convergència i Unió); de IU, ICV-EUiA, CHA: La Izquierda Plural; Vasco (EAJ-PNV); de Unión Progreso y Democracia y Mixto. (Número de expediente 161/000787) ..... 18
- Sobre la inconstitucionalidad de la privatización de la sanidad en diversas comunidades autónomas. Presentada por el Grupo Parlamentario de IU, ICV-EUiA, CHA: La Izquierda Plural. (Número de expediente 161/001016) ..... 22
- Sobre la paralización de todos los procesos de cambios en los modelos de gestión hospitalaria en las comunidades autónomas. Presentada por el Grupo Parlamentario de Unión Progreso y Democracia. (Número de expediente 161/001104) ..... 22
- Sobre vacunación infantil. Presentada por el Grupo Parlamentario Mixto. (Número de expediente 161/001222) ..... 25
- Sobre supresión de la aplicación de tasas judiciales a las personas en situación de dependencia. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/001053) ..... 28
- Relativa a la simplificación de los trámites para cambiar de medicamentos. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/001488) ..... 31

Se abre la sesión a las cuatro de la tarde.

El señor **PRESIDENTE**: Vamos a comenzar la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales para debatir el orden del día que conocen todas sus señorías. Lo vamos a debatir en el orden en el que viene en la documentación que tienen ustedes, con la modificación de que el punto 3.º será el último y el número 4.º y el número 7.º se debatirán conjuntamente después del 6.º; y el 10.º y el 11.º se debatirán conjuntamente. Todos vamos a estar de acuerdo en que vamos a intentar que la votación sea no antes de las siete, y si es posible tampoco después. De acuerdo.

Les ruego encarecidamente que se ajusten al tiempo que tienen ustedes asignado.

La señora **QUINTANILLA BARBA**: Señor presidente, ¿qué tiempo es?

El señor **PRESIDENTE**: Siete minutos el que defiende la proposición no de ley, cinco minutos los que tengan enmienda, y tres minutos los que tengan fijación de posición. Pero sería bienvenido, como es natural, por parte de todas sus señorías que ajustáramos el tiempo lo máximo posible y que su capacidad de síntesis fuera no una exageración, sino una enorme cualidad en esta Comisión de Sanidad del día de hoy.

### PROPOSICIONES NO DE LEY:

- **RELATIVA A MEDIDAS DIRIGIDAS A LOGRAR LA EFECTIVA COORDINACIÓN INSTITUCIONAL PARA LA PROTECCIÓN DE LA INFANCIA MALTRATADA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/000568).**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos pues a la proposición no de ley relativa a medidas dirigidas a lograr la eficacia de coordinación institucional para la protección de la infancia maltratada. El autor es el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso, y para su defensa tiene la palabra la señora Quintanilla.

La señora **QUINTANILLA BARBA**: Tomo la palabra en nombre de mi grupo, el Grupo Parlamentario Popular, que registró esta iniciativa hace aproximadamente un año, exactamente un año. Por una serie de razones no ha podido verse antes, pero indiscutiblemente es una iniciativa que desde el Poder Legislativo tiene que marcar conciencia social, y es una iniciativa que tengo que subrayarla como una iniciativa que tiene que tener un claro compromiso de todos los grupos parlamentarios que así lo han visto de cara a la

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 313

24 de abril de 2013

Pág. 3

protección de la infancia maltratada. **(El señor vicepresidente, Román Jasanada, ocupa la Presidencia.)** Por eso es preciso subrayar que después del año transcurrido hemos tenido la oportunidad de ver cómo el Gobierno de España ha presentado ante el Consejo de Ministros el pasado 5 de abril el II Plan estratégico nacional de infancia y adolescencia 2013-2016, que además es un plan que no solamente recoge medidas destinadas a defender el interés del menor en todos los ámbitos, sino que está con una posición clara y definida de protección a la infancia; un plan elaborado de forma seria, consecuente y que ha sido objeto del debate y del trabajo realizado no solamente por el Gobierno de España sino también con distintas organizaciones no gubernamentales que trabajan hoy en España, y en el ámbito internacional en la defensa de los derechos de los niños y de las niñas, como es Save the Children, entre otras.

En este plan podemos ver no solamente cómo cuenta con 8 objetivos, 125 medidas, un presupuesto de 5.000 millones de euros, sino que también va a afectar a la modificación de 11 leyes, entre ellas el Código Civil y la Ley de Protección Jurídica del Menor, para poner en marcha medidas claras que trabajen en la protección de los menores. Dentro del trabajo realizado por los distintos grupos parlamentarios, hemos visto cómo todos ellos, en ese afán de protección a la infancia, van a poner en marcha, se va a poner en marcha dentro del seno de la Comisión de Políticas de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad la subcomisión que aborde la violencia infantil. Hoy nos tenemos que felicitar porque el Plan estratégico de protección a la infancia y a la adolescencia recoge claramente la creación de un registro unificado de maltrato infantil y también el registro de casos de explotación sexual, el conocimiento de datos del maltrato y de la violencia que se ejerce a la infancia en nuestro país, y también muchas medidas que van a poner en marcha lo que esta iniciativa pide. Y esta iniciativa pide claramente continuar trabajando en colaboración con las diferentes administraciones públicas para unificar los conceptos de detención, valoración, intervención, tratamiento y seguimiento, así como actualizar con las comunidades autónomas los protocolos de actuación, apoyar a los profesionales e indiscutiblemente abordar, como no podía ser de otra manera, el trabajo de la subcomisión.

Antes de terminar mi intervención, quiero hacerles hincapié en la importancia de esta medida, porque desgraciadamente muchos niños y niñas no disfrutan hoy en España de un bienestar psicológico y físico, ya que son víctimas de un maltrato claro, un maltrato que ha sido definido por el Observatorio de la infancia como acción, omisión o trato negligente no accidental que priva a los menores de sus derechos y su bienestar; que amenaza o interfiere en su ordenado desarrollo físico, psíquico y social, y cuyos autores en muchas ocasiones pueden ser personas cercanas, pueden ser personas de su familia, pero también pueden ser instituciones, y la propia sociedad. No sé si ustedes se han levantado con la noticia que aparecía en ABC. Hoy en ABC aparecía un suicidio de una niña menor como consecuencia del acoso escolar que vivía en su colegio. Por otra parte, se ha visto cómo unos padres denunciaban el acoso continuo de su hijo en el colegio. Además en muchas ocasiones no se ve ese acoso desde la realidad de ese niño que está sufriendo el acoso. Naciones Unidas lo ha definido claramente: la violencia contra la infancia, como toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación incluido el abuso sexual. La violencia contra la infancia, señorías, nunca es justificable. Debe ser rechazada y combatida con contundencia, aun en sus formas aparentemente más leves, porque no solo puede tener consecuencias negativas en el desarrollo y bienestar presente y futuro de los menores, sino que supone además la negación de la dignidad inherente que como seres humanos tienen los niños y las niñas y en la que basan su derecho.

Por eso hoy es importante esta iniciativa. Es importante esta iniciativa porque hay debate legislativo en el seno de esta Comisión. Es importante esta iniciativa porque vamos a ver que no conocemos exactamente el número de menores que sufren maltrato infantil, puesto que detectar los casos de violencia contra los menores es muy difícil en España, y se calcula que entre 5 y 15 niños y niñas de cada 1.000 son objeto de malos tratos en España. Asimismo, la prevalencia estimada del maltrato infantil en las distintas comunidades autónomas oscila entre 15 y 19 casos por cada 10.000 menores, y en el caso de *bullying* o acoso escolar sube al 17%. Sin embargo, así lo ha manifestado la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas, la mayor parte de los casos de maltrato infantil permanece oculta; solamente salen a la luz entre un 10% y un 20%. Es decir, estamos hablando de que entre 8 y 9 casos de maltrato infantil no se detectan, a pesar de que muchos son los ámbitos en los que se puede localizar la existencia de este maltrato. La familia, las instituciones, los profesionales, en materia educativa, en materia sanitaria, etcétera, por lo que nos hace llegar a la conclusión de que algo falla en el sistema cuando no somos capaces de detectar la mayor parte de los casos de violencia que sufren los menores. Por ello, el Grupo Parlamentario Popular ha querido mantener esta iniciativa; por ello el Grupo Parlamentario Popular, a

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 313

24 de abril de 2013

Pág. 4

pesar del año transcurrido y de tener hoy en la agenda política del Gobierno de España el Plan estratégico nacional de protección a la infancia y la adolescencia 2013-2016, hemos querido ya decir a la sociedad que nuestro grupo está preocupado por el bienestar y la preservación del derecho de los menores a vivir una infancia feliz; que queremos que tengan una infancia llena de bienestar que le permita desarrollarse para que el día de mañana sean hombres y mujeres y estén presentes en la sociedad española.

Señorías, señor presidente, termino. Sé que los distintos grupos parlamentarios han presentado enmiendas, enmiendas ante esta iniciativa. Las voy a estudiar, las voy a ver a lo largo de la tarde y tenemos la posición de llegar a un acuerdo porque esta iniciativa es una iniciativa que recoge claramente el compromiso de todos los grupos parlamentarios en la creación de la subcomisión para analizar las causas de la violencia infantil que se produce en España.

Muchísimas gracias, señor presidente, y en su momento le haré llegar a la Mesa la enmienda transaccional a la que llegaré con los distintos grupos parlamentarios, si así es.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): Se han presentado diversas enmiendas a esta proposición no de ley. En primer lugar, para defender su enmienda tiene la palabra por el Grupo de Convergència i Unió la señora Ciuró.

La señora **CIURÓ I BULDÓ**: Quisiera empezar la defensa de la posición de Convergència i Unió dando unos datos que son especialmente alarmantes y que evidencian que tenemos una necesidad o que existe una necesidad urgente de abordar el maltrato infantil en todas sus formas. En España hay más de 35.000 menores en centros tutelados por la Administración. En cinco años los jueces han retirado 11.000 custodias a progenitores maltratadores, por no hablar de los casos recientes de asesinatos de menores a manos de sus progenitores, por ejemplo, en el Carmelo, un barrio de Barcelona: una madre mató a sus dos hijos; en Ciudad Real: un padre mató a sus dos hijos después de una separación; en Jaén: una madre de diecisiete años, por tanto menor, mató a su bebé; por no hablar del caso Bretón. Son problemas graves, lacerantes, que una sociedad avanzada no se puede permitir, y por tanto es un grave problema que demanda una actuación contundente a la hora de abordar y conseguir aplicar la prevención, sobre todo para evitar estos crímenes que podríamos llamar contra natura y los maltratos a los niños. En este sentido de la prevención para evitar estos maltratos y estos daños a los menores, hemos presentado nuestra enmienda, en el sentido de apoyar financieramente a las comunidades autónomas en la formación a profesionales del ámbito sanitario, educativo, social y judicial, para que dispongan de las herramientas y habilidades necesarias para la detección efectiva de los casos de maltrato. Apoyo sin recursos económicos no es un apoyo contundente, no es un apoyo viable; no es viable realizar estas actuaciones sin un apoyo económico, y tampoco es suficiente delegar esta competencia a las comunidades autónomas y no acompañarla de los recursos necesarios para llevarla a cabo.

Se ha dicho por la portavoz que me ha precedido en el uso de la palabra, por tanto del partido proponente, que se ha aprobado recientemente el II Plan estratégico nacional de la infancia y la adolescencia previsto para los años 2013-2016. Es cierto que es un marco de referencia en materia de infancia y debe aplicarse de manera coordinada con las comunidades autónomas para mejorar esta protección a la infancia. Como bien ha denunciado Save the Children, es un plan que resultaría insuficiente para dar respuesta a la protección que se demanda de la infancia y la erradicación de la violencia, y consideran que se necesitan esfuerzos mayores como la necesidad de abordar una ley sobre la violencia contra la infancia de forma integral. En cualquier caso, estamos de acuerdo con la propuesta transaccional que se nos lleva a considerar, y que no es otra que analizar las acciones a realizar en defensa y protección de los maltratos infantiles en el seno de la subcomisión que se habilitará en la Cámara para estudiar ese tema. Nuestro voto será de apoyo a esta iniciativa, en el bien entendido de que tendremos una subcomisión para ahondar en su debate y defender los derechos de los niños y prevenir su maltrato.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): Por el Grupo Socialista tiene la palabra la señora Cabezón.

La señora **CABEZÓN RUIZ**: Señorías, en el Grupo Socialista no podemos estar más de acuerdo con el fondo de la proposición no de ley, que no es otro que seguir trabajando contra el maltrato infantil. Además quiero puntualizar que en adelante deberíamos referirnos a la violencia contra los niños y las niñas como la define la Organización de Naciones Unidas, por tratarse de un concepto más amplio y no

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 313

24 de abril de 2013

Pág. 5

solo físico, como puede entenderse a veces desde el concepto de malos tratos. Como digo, estamos claramente a favor de luchar contra este gran problema, pero la PNL, a nuestro entender, se queda más bien corta y parece más una declaración de intenciones en un tema de una enorme sensibilidad, no solamente por el colectivo al que afecta sino por la trascendencia debido a su magnitud y por las consecuencias que conlleva. Por lo que, a nuestro juicio, consideramos que esta problemática requiere un abordaje bastante más profundo. Y es que, aunque desde que se ratificó la Convención de los Derechos del Niño de Naciones Unidas en el año 1990 y los diferentes tratados internacionales, se ha avanzado bastante en nuestro país en este tema en la violencia contra la infancia, pero a día de hoy tenemos que reconocer que en España sigue siendo un problema enorme, oculto en su mayoría, desconocido e incluso aceptado socialmente en algunas de sus múltiples formas, puesto que hasta hace poco incluso se permitía por nuestro Código Civil algunas de estas formas. En España hasta la fecha hemos tenido actuaciones que han ido dirigidas hacia el campo de la penalización, fundamentalmente punitivas; pero el resto de medidas han sido más bien fragmentadas, discrecionales, específicas en algunos casos más bien atendiendo a los momentos de actualidad, o por casos más llamativos, pero lo cierto es que hemos legislado en muchas ocasiones sin un conocimiento global del problema que nos permita un abordaje integral y en última instancia que persiga la prevención del problema. Como digo, han sido varios los programas, los protocolos referentes en lo referente a este tema en cuestión, pero sin el diagnóstico claro, sin evaluaciones, en muchos casos sin recursos suficientes. Lo que sí nos han puesto de manifiesto todos estos programas y protocolos es la necesidad de este estudio individual de la violencia contra la infancia que permite que defina un marco general de actuación en el marco de la protección real de los menores para todas las instituciones.

Por todo ello y estando de acuerdo en los principios de la proposición no de ley, es el momento de dar un paso más, un paso adelante y adoptar un compromiso claro y objetivo que permita no dar solamente cumplimiento a la recomendación que se nos venía haciendo desde el Comité de los Derechos del Niño desde 2010, sino también, y a raíz del informe recientemente publicado en marzo pasado por Save the Children, dar respuesta a las conclusiones y a las recomendaciones que se nos hacían; por ello se adoptó, por todos los grupos de esta Cámara, el pasado mes de marzo, la petición de la creación de una subcomisión que aborde esta cuestión y de la que surjan las recomendaciones necesarias para poner en marcha las medidas que aborden de forma global —insisto, de forma global— este problema. Esta debería ser la proposición no de ley que hoy deberíamos traer a esta Comisión, que es precisamente la puesta en marcha de esta subcomisión.

El compromiso que desde el Grupo Socialista consideramos que debemos sacar hoy de esta proposición no de ley es el impulso —añadiría que en el menor tiempo posible— de este compromiso que adquirimos todos recientemente, porque es un tema que a día de hoy no puede ni debe esperar más, y como decía la portavoz del Grupo Popular, a día de hoy no contamos con datos oficiales ni estudios relevantes sobre la violencia contra la infancia en España. Por lo tanto, teniendo en cuenta el colectivo del que se trata, sujetos activos de derechos, indefensos y muy vulnerables, tenemos especial obligación de garantizarles estos derechos desde los poderes públicos. En esta línea se ha presentado una enmienda firmada por todos los grupos a excepción del Grupo de UPyD, que nos comentaba ayer que la apoyaría hoy, y del Partido Popular, que hacía una autoenmienda también en este sentido en la que se recoge el compromiso de poner en marcha esta subcomisión. Insisto que añadiría, en la mayor brevedad posible, y me gustaría que en esa transaccional hiciéramos referencia a eso, y quizás incluso en el próximo periodo de sesiones. Mientras tanto, por el Grupo Popular podría ser coherente que instase al Gobierno a que se recoja la partida eliminada en el ejercicio presupuestario 2012 destinada a programas para menores en situación de dificultad y maltrato, que tenía una dotación de 805.000 euros en 2011, que desapareció en 2012 y que no fue repuesta en 2013. En este sentido presentamos la otra enmienda, que en su caso demostraría el compromiso real del Grupo Popular con este tema.

Aunque, como anuncia la propia portavoz del Grupo Popular, hay programa, hay un plan recién aprobado por el Gobierno, PENIA II, que es un plan más general para abordar los problemas de la infancia, que como ella decía, recoge algunos epígrafes que hacen referencia al tema de la violencia contra la infancia...

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): Vaya concluyendo, señora diputada.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 313

24 de abril de 2013

Pág. 6

La señora **CABEZÓN RUIZ**: Concluyo.

Quiero decir que, como ella decía, lo recoge, pero quizá puede que se quede también en una mera declaración de intenciones, porque aunque se cifra incluso la memoria económica en 5.000 millones de euros, son 4.000 millones los que dependen de las comunidades autónomas, a día de hoy desconocemos si existe el compromiso por parte de las mismas para financiarlo, y solamente son 727.000 euros lo que compromete el Gobierno de la nación para un programa que es bastante más general, y que en el caso incluso es inferior a lo que se ha eliminado en la partida de los presupuestos generales del Estado referente al maltrato de la infancia.

Muchas gracias, y espero que acordemos esa enmienda transaccional que ponga en marcha esta necesitada subcomisión.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): Como bien saben todos los miembros de la Comisión, hay una enmienda firmada por cinco grupos, además de la autoenmienda del Grupo Popular. No sé si alguno de los firmantes quiere hacer defensa específica de esa enmienda o se da por defendida. **(La señora García Álvarez pide la palabra.)**

Tiene la palabra la señora García.

La señora **GARCÍA ÁLVAREZ**: Con brevedad, señor presidente.

Por supuesto, hacemos defensa de esa enmienda porque el objetivo que nos marcamos todos los grupos en un principio era la creación de esa subcomisión, y por lo tanto, lógicamente, tenemos que defender como enmienda esa propuesta que todos los grupos nos marcamos y que el Grupo Popular se ha autoenmendado en la propia iniciativa que trae hoy. Ya aprovecho, termino ya con esto, señor presidente, para decir que no estamos hablando de cuestión baladí. Todas y todos los que estamos aquí estamos de acuerdo en ello, y que los ataques a la infancia no solamente son físicos y psíquicos, también sociales, por lo cual tendremos que trabajar mucho en esa dirección. De ahí también que considere importante que en la transaccional que se haga, a nuestro entender, hay que hablar de financiación. No podemos dejar atrás la financiación, aunque los debates luego queden en el tema de la subcomisión. La financiación a las administraciones públicas que son competentes en la materia y la financiación dentro de los presupuestos generales del Estado.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): En turno de fijación de posición, ¿quiere hacer uso de la palabra algún grupo? **(Denegaciones.)** Entiendo que no.

Quedamos a la espera de que por parte de la portavoz del Grupo Popular haga llegar a la Mesa la enmienda transaccional según el acuerdo que han anunciado los portavoces.

### — SOBRE EL IMPACTO EN SALUD DE LA EXCLUSIÓN DE LOS INMIGRANTES EN SITUACIÓN IRREGULAR DE LA ASISTENCIA SANITARIA GRATUITA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/000765).

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): Segunda proposición no de ley sobre el impacto en salud de la exclusión de los inmigrantes en situación irregular de la asistencia sanitaria gratuita, del Grupo Parlamentario Socialista. Tiene la palabra el señor Martínez.

El señor **MARTÍNEZ OLMOS**: Esta es una proposición no de ley que el Grupo Parlamentario Socialista trae a consideración de la Comisión de Sanidad, dado que además coincide que hace un año que entró en vigor el Real Decreto-ley 16/2012, real decreto-ley que en la materia que ahora nos trae aquí en esta proposición no de ley supuso una decisión enormemente perjudicial, primero para la visión que desde el punto de vista ético tiene la sociedad española de la solidaridad en el conjunto del país; y luego, un enorme paso atrás en la cobertura sanitaria, especialmente para la población inmigrante en situación irregular, que desde ningún punto de vista, ni siquiera desde el punto de vista de la ética profesional, de la ética sanitaria, de la ética médica se puede aceptar sin que nos genere un enorme rubor. Al que defienda que pueda haber personas que por una situación administrativa en nuestro país pierdan los derechos de atención sanitaria a la protección de su salud, le va a ser difícil que pueda justificarlo mirándole a los ojos a muchos ciudadanos, y especialmente a aquellas personas que están afectadas por esta medida.

Señorías, siempre nos ha parecido que el sistema sanitario español tiene la capacidad de dar cobertura a un derecho que está reconocido en la Convención de Derechos Humanos, a un derecho que también

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 313

24 de abril de 2013

Pág. 7

supone la garantía de protección de la salud de esas personas, pero que a su vez supone la garantía de la protección de la salud del resto de la población cuando de enfermedades infecciosas se trata, que también es el caso en muchas ocasiones. Y nos parece importante señalar que esta es una medida que se ha hecho justificándose por razones económicas, pero que en el fondo es una medida que entendemos que encierra un planteamiento absolutamente xenófobo contra una población que además en muchas ocasiones está trabajando en nuestro país, aunque quien le da trabajo no le haga el contrato que le permita tener su situación administrativa regularizada, y por ello es doblemente injusta la decisión.

Esta es una decisión que además, desde el punto de vista de la justificación por razones económicas, no alcanza a aportar prácticamente nada al control del déficit público, porque los datos disponibles nos llevan a la conclusión de que las personas afectadas por esta decisión, los inmigrantes en situación irregular afectados por esta decisión, su atención sanitaria supone en torno a 4 euros por español y año, lo cual viene a ser, señorías, un céntimo al día. Pero nadie ha calculado el coste en salud de la desprotección y nadie ha calculado el coste económico de esta desprotección, porque en ocasiones, cuando la situación se agrava y requiere una atención urgente en el ámbito hospitalario, la salud sí estaría cubierta y el coste de una situación que nunca debiera haberse visto en los servicios sanitarios recae sobre los presupuestos de la sanidad pública. En definitiva, es una medida absolutamente injusta, y un país serio requiere evaluar el impacto de sus decisiones, hasta el punto que la Ley General de Salud Pública, aprobada por todos los grupos parlamentarios en el año 2011, estableció la obligación de los poderes públicos de evaluar el impacto de sus decisiones en la salud de las personas. Por lo tanto, pensamos que es de obligado cumplimiento no solamente rectificar la decisión y dar cobertura universal a todas las personas que residen en España, sino también evaluar el impacto en salud que tiene esta medida.

Señorías, mi grupo parlamentario ha recibido una comunicación de las organizaciones Amnistía Internacional, Médicos del Mundo y Red Acoge, en la que recuerdan que la aplicación del Real Decreto 16/2012 incumple los compromisos internacionales asumidos por el Estado español. También denuncian que tras este primer año de vida del real decreto-ley el acceso al sistema sanitario público de las personas inmigrantes, incluso de los menores o los extranjeros documentados que sí tienen reconocido plenamente el acceso sanitario, se ha visto comprometido. En el caso de las urgencias, denuncian que están encontrando casos en que se ha venido denegando la asistencia o se ha procedido a facturar dicho servicio y consideran que es necesario elaborar un informe de impacto en la vida de las personas inmigrantes en situación irregular. Es decir, nos acompañan organizaciones sociales de prestigio como las que acabo de definir, pero todas las organizaciones profesionales del ámbito sanitario, todas sin excepción han rechazado la medida del Gobierno de excluir de la cobertura sanitaria a la población inmigrante. Es por eso por lo que, señorías, apelando a la sensibilidad social que creo que nos debe caracterizar a todos los grupos parlamentarios que representamos a la ciudadanía —y nuestra ciudadanía es una ciudadanía solidaria, no lo olviden—, deberíamos plantear aceptar la evaluación del impacto de este real decreto, dar un paso rectificando la decisión del Gobierno, universalizar la sanidad por derecho, jurídicamente hablando, y hacer posible que las medidas que se han adoptado no perjudiquen a la ciudadanía, como pensamos que la están perjudicando.

Finalizo subrayando una cuestión importante. Médicos del Mundo ha hecho un documental analizando la situación del impacto de esta medida. Yo se lo recomiendo a sus señorías, porque es absolutamente dramático lo que se puede ver en él. Hay tres casos concretos de personas con enfermedades graves y uno no puede dejar de ruborizarse al ver lo que está pasando en nuestro país. Les aconsejo que vean este documental, porque siempre en esta Cámara la ministra de Sanidad ha negado que existan personas que no tienen sanidad cuando la necesitan y desgraciadamente no es verdad. Hay casos documentados y a nosotros nos parece importante, en todo los ámbitos de la vida, pero sobre todo en los que tienen implicación en el bienestar social, rectificar cuando los hechos nos demuestran que se han podido tomar decisiones equivocadas. Apelo a la sensibilidad del Grupo Parlamentario Popular para que acepte esta iniciativa y haga posible restituir una situación que nunca debió darse.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): Pasamos al turno de fijación de posición. Por el Grupo de IU, ICV-EUiA, CHA, La Izquierda Plural, tiene la palabra la señora García Álvarez.

La señora **GARCÍA ÁLVAREZ**: Estamos absolutamente de acuerdo con la iniciativa que nos trae el Grupo Parlamentario Socialista a esta Comisión, por un principio elemental, simplemente por el principio elemental de los derechos humanos. Además, estamos de acuerdo con lo que numerosos profesionales —y no recorro a profesionales de fuera de nuestro país sino de este— han manifestado al respecto. Ellos

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 313

24 de abril de 2013

Pág. 8

han dicho que están totalmente en contra, aunque fuera solamente por puro egoísmo. Nosotros decimos que no ya por puro egoísmo, sino por puro respeto a los derechos humanos de estas personas que están en este momento en nuestro país.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): Por el Grupo de Convergència i Unió, tiene la palabra la señora Tarruella.

La señora **TARRUELLA TOMÀS**: Simplemente quiero manifestar también el voto positivo de Convergència i Unió a esta proposición no de ley y felicitar al proponente por haberla traído aquí. Conocen ya nuestra postura y después de escuchar la argumentación del Grupo Socialista nosotros poco más tenemos que añadir. Compartimos esa argumentación, la hacemos nuestra y por lo tanto votaremos afirmativamente la proposición no de ley.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): Por el Grupo Popular, tiene la palabra la señora Marcos.

La señora **MARCOS DOMÍNGUEZ**: Señorías, ustedes saben que ni exclusión ni injusticia y mucho menos xenofobia, señor portavoz socialista. En el inicio de su PNL que hoy debatimos, hace usted una elogiosa mención de la Ley General de Sanidad de 1986. Mañana se van a cumplir veintisiete años de su aprobación y me gustaría recordar que en su artículo 1.2 define quiénes son los titulares al derecho a la protección de la salud. Les voy a leer textualmente el artículo 1.2. y 1.3. El artículo 1.2. dice: «Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional». Como es obvio, para tener establecida la residencia en España, hay que residir legalmente en España. El artículo 1.3. añade: «Los extranjeros no residentes en España, así como los españoles fuera del territorio nacional, tendrán garantizado tal derecho en la forma que las leyes y convenios internacionales establezcan». Efectivamente, gracias a la reforma que se aprobó hace un año, los ciudadanos de otros países que vienen a España están ahora en igualdad de condiciones con los españoles cuando viajamos al extranjero, y esto no era así hasta hace muy poco.

Esa es la garantía de la universalidad en la prestación, porque la universalidad no puede consistir en que los impuestos de los contribuyentes españoles financien sin límite la sanidad de todas las personas que quieran venir a España, porque el mayor riesgo de quiebra del Estado de bienestar está en la quiebra misma del Estado, y eso lo deberían saber ustedes por cómo dejaron este país. Ese riesgo lo dejaron ustedes como herencia. ¿Recuerdan que el Tribunal de Cuentas les avisó de que casi 700.000 ciudadanos europeos habían accedido a la tarjeta sanitaria individual de manera irregular? ¿O recuerdan que el Tribunal de Cuentas también les alertó de que el denominado turismo sanitario ha costado a los contribuyentes españoles 1.000 millones de euros al año? ¿O recuerdan cómo la deuda del sector sanitario aumentó nada menos que en un 173% entre 2009 y 2011? ¿O cómo solo en 2011 creció esa deuda un 83%? ¿O quizá se acuerda de cuando ustedes obligaban a los parados sin prestación a pagar el 40% del precio de sus medicamentos?

Trabajar por la universalidad, como ha dicho esta mañana la ministra, consiste, por ejemplo, en garantizar que 684.000 parados sin prestación ya no tengan que pagar nada por sus medicinas. Ahora bien, señorías, el gasto sin control no es universalidad. Cuando se incurre en déficit y en deuda lo que se está haciendo es cargar sobre los impuestos que pagarán nuestros hijos o nuestros nietos los gastos en que hoy incurrimos. Por eso la reforma que se aprobó hace ahora un año empezó a poner las bases para garantizar una sanidad pública universal y de calidad, que además sea sostenible y viable para que esa universalidad y esa calidad puedan mantenerse en el tiempo. La reforma demuestra también que el Gobierno del Partido Popular se preocupa por las personas con especial necesidad. Por eso todos los menores, aunque no residan legalmente en España, tienen garantizada la misma asistencia sanitaria que cualquier español: todos los menores. Esa garantía se aplica asimismo a las mujeres embarazadas, y por eso también cualquier inmigrante en situación irregular que tenga una urgencia médica tiene garantizada la asistencia sanitaria desde el alta médica. También por eso los parados sin prestación ya no tienen que pagar sus medicinas.

Termino ya, señor presidente. El Grupo Socialista pedía en su PNL evaluar el impacto de la reforma e informar a la Cámara, lo han pedido hace un segundo además. Después de consultar al Gobierno, me gustaría trasladarles que según la información aportada por los sistemas de vigilancia epidemiológica y

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 313

24 de abril de 2013

Pág. 9

sistemas de alerta sanitaria, no se ha producido ninguna modificación negativa de la incidencia o prevalencia de las enfermedades sometidas a controles. Tampoco se ha constatado ningún brote epidémico imprevisto en los últimos meses ni se ha comunicado ningún incremento en la tasa de enfermos infectados o afectados de las enfermedades de declaración obligatoria. Por todo ello entenderán —yo creo que lo entienden de hecho— que el voto de mi grupo va a ser contrario a su iniciativa. **(Aplausos.— El señor Martínez Olmos: La Ley de Cohesión.)**

### — RELATIVA AL USO, LA INDICACIÓN Y LA AUTORIZACIÓN DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS NO SUJETOS A PRESCRIPCIÓN MÉDICA Y PRODUCTOS SANITARIOS EN FISIOTERAPIA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/001037).

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): Pasamos a la proposición no de ley que figura en el orden del día como punto 5.º, relativa al uso, la indicación y la autorización de dispensación de medicamentos no sujetos a prescripción médica y productos sanitarios en fisioterapia. En nombre del Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra doña Felicidad Rodríguez.

La señora **RODRÍGUEZ SÁNCHEZ**: Señorías, en 2009 se procedió a modificar el artículo 77.1 de la Ley de garantía y uso racional de los medicamentos y los productos sanitarios, de manera que se incluyó a los podólogos entre aquellos profesionales que podían recetar medicamentos sujetos a prescripción médica, sumándose así a los profesionales médicos y odontólogos, que tenían atribuida esa facultad. Además, la modificación de la ley también autorizaba a los profesionales de la enfermería para indicar, usar y autorizar la dispensación de medicamentos que no necesitan receta médica. A este respecto hay que decir que a pesar del tiempo transcurrido desde 2009, había una parte del nuevo articulado que quedaba pendiente de desarrollar, en concreto la regulación de la dispensación de determinados medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de enfermero. Afortunadamente, este ministerio, junto con el Consejo General de Enfermería y la OMC, han consensuado ya el borrador definitivo que debe servir de guía para el futuro decreto, con lo que se ha dado un paso muy importante para resolver esta cuestión pendiente, y hay que felicitar por ello al ministerio y a las organizaciones colegiales por alcanzar ese consenso. Sin embargo, la modificación de ese artículo de la ley no recogía el caso de otra profesión sanitaria regulada, la de los fisioterapeutas. Cuando en 2009 se produjo la modificación, el Grupo Popular mantuvo y sigue manteniendo que el texto puede mejorarse con la inclusión de estos profesionales, porque con ello se podría ayudar a que la aplicación de las técnicas y métodos de fisioterapia se lleven a cabo de manera más eficaz y segura y además porque con ello se motivaría mejor al paciente para que coopere en el plan terapéutico. **(El señor presidente ocupa la Presidencia.)**

Para la no inclusión de los fisioterapeutas se dijo en aquel momento que no existían competencias dentro de los planes de estudio para permitirles la indicación de medicamentos y productos sanitarios no sujetos a receta médica. Realmente la Orden CIN de 2008, por la que establecen los requisitos para la verificación de estos títulos, aun cuando no hace mención expresa a competencias específicas en farmacología, sí incluye, entre otras, por ejemplo la realización de intervenciones basándose en la atención integral de la salud, la integración de los procesos de continuidad asistencial o conocer la fisiopatología de las enfermedades y los tratamientos médico-quirúrgicos, fundamental y lógicamente en sus aspectos fisioterapéuticos y ortopédicos. Es obvio que lo anterior incluye el conocimiento del manejo de aquellos productos ortoprotésicos y sanitarios que tienen que ver con las lesiones de las que se ocupan los fisioterapeutas. Naturalmente, la formación específica en el ámbito farmacológico ofrece mayor seguridad si cabe y por ello vamos a hacer una redacción transaccional con la enmienda presentada a este respecto por el Grupo Socialista, porque incide en esa seguridad sanitaria.

Es pertinente recordar, puesto que está relacionado con este tema, los patrones de uso de los medicamentos publicitarios, entre los que se encuentran analgésicos o determinados tipos de antiinflamatorios entre otros. Alrededor de un 60% de la población española consume estos medicamentos, un número importante aconsejados por el farmacéutico, pero una proporción mucho mayor lo hace basándose en lo que podríamos llamar propia experiencia personal. A este respecto hay que decir que, aun cuando se trate de productos publicitarios, no dejan de ser medicamentos, por lo que, aunque no necesiten prescripción médica, sí son extremadamente importantes las recomendaciones sobre su uso, bien por el profesional del medicamento, por el farmacéutico, bien por parte de otros profesionales según el ámbito sanitario que corresponda.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 313

24 de abril de 2013

Pág. 10

Entendemos que con nuestra propuesta los fisioterapeutas tendrán un papel muy importante en el uso racional de todos estos productos y en el acceso y utilización de los mismos por parte de los ciudadanos en condiciones de efectividad y seguridad. Además ello incidiría positivamente en el desarrollo profesional de estos sanitarios, en su equiparación competencial con la existente en Europa y en otros países, y también para un mejor control del gasto sanitario, reduciendo el proceso intermedio en aquellos casos en que sea pertinente. Por todo ello, el Grupo Parlamentario Popular ha presentado esta proposición para que el Gobierno presente la modificación legislativa correspondiente y hemos hecho una redacción transaccional con la enmienda presentada por el Grupo Socialista para dar mayor seguridad en lo que se refiere a la formación farmacológica de estos profesionales. **(Aplausos.)**

El señor **PRESIDENTE**: Se ha presentado una enmienda por parte del Grupo Socialista, para cuya defensa tiene la palabra doña Pilar Grande.

La señora **GRANDE PESQUERO**: La Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, en su redacción inicial recogía, en su artículo 77, a los médicos y odontólogos como los únicos profesionales sanitarios con facultad para ordenar la prescripción de medicamentos. Fundamentado en el principio de atención sanitaria integral, de la existencia en la práctica diaria de espacios de competencia compartidos por los diferentes profesionales sanitarios y de la importancia del trabajo en equipo multiprofesional, este grupo parlamentario decidió presentar una proposición de ley que se convirtió en la Ley 28/2009, de 30 de diciembre, y que venía a regular y a dar amparo jurídico a lo que ocurría en la realidad diaria de la actividad sanitaria: la indicación, el uso y la autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios por parte de los enfermeros y los podólogos. Claro, con el mismo argumento podríamos haber apoyado la inclusión de otro grupo profesional sanitario como es el de los fisioterapeutas, pero no lo hicimos por los motivos que explicamos en su momento profusamente y que constan en los diarios de sesiones del trámite legislativo del año 2009, a cuya lectura les remito por ahorro de tiempo.

En aquel momento, hace ya cuatro años, considerábamos que no se podía acreditar la formación específica en el ámbito de la farmacología, ya que en los planes de estudio del Ministerio de Educación no existía una formación homologable en los 28 centros que en aquel momento impartían el grado de Fisioterapia. Si este aspecto ha cambiado y hoy los currículos académicos contemplan la adquisición de conocimientos suficientes para el uso de medicamentos, mi grupo desde luego va a votar favorablemente a esta proposición no de ley para que el Gobierno articule la autorización de dispensación, uso e indicación de medicamentos y productos sanitarios no sujetos a receta médica relacionados con la profesión de fisioterapeuta. Es precisamente en este sentido por lo que hemos presentado una enmienda sobre la que, como ha anunciado la portavoz del grupo proponente, del Grupo Parlamentario Popular, hemos llegado a una transacción y estamos encantados de que así sea.

Señor presidente, espero que si aprobamos esta proposición no de ley hoy, los fisioterapeutas no tengan que esperar casi cuatro años para ver la regulación de su prescripción, como es el caso de la enfermería, que a día de hoy todavía no conocen ese real decreto, que, hasta donde yo conozco —por lo menos hasta esta mañana en que he hablado con los enfermeros, con el Consejo de Enfermería—, no está aprobado todavía. Hay que ver, con lo aficionado que es este Gobierno a traernos reales decretos todas las semanas. Espero también que el Grupo Popular y el Ministerio de Sanidad hayan revisado los planes de estudio de las diferentes universidades españolas que imparten el grado de Fisioterapia, 18 públicas y 9 privadas, por cierto, una menos que en el año 2009. En todo el territorio nacional y según el listado del Ministerio de Educación que yo he visto, no he podido encontrar módulos que incluyan formación suficiente en farmacología, y no solo como materia optativa, ya que si la competencia es para todos, lo lógico sería que todos tengan que recibir la formación suficiente.

Por último, aprovecho la ocasión, que creo que es la adecuada y oportuna, para anunciarles que mi grupo va a presentar una proposición no de ley que refleje la otra gran reivindicación de los fisioterapeutas, como es su inclusión en el cuerpo militar de Sanidad de las Fuerzas Armadas españolas, en el marco del proyecto de ley que el Gobierno debe remitir al Congreso de acuerdo con la disposición adicional sexta de la Ley de la Carrera Militar. Estamos absolutamente convencidos de que el Grupo Parlamentario Popular, que sin duda comparte esta reivindicación, votará con nosotros afirmativamente el día que traigamos a la comisión pertinente esta proposición no de ley.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 313

24 de abril de 2013

Pág. 11

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos que desean fijar posición? **(Pausa.)** Por el Grupo Catalán de Convergència i Unió, tiene la palabra la señora Tarruella.

La señora **TARRUELLA TOMÀS**: Desde Convergència i Unió queremos manifestar que nuestro grupo está a favor de que los fisioterapeutas puedan hacer uso de la dispensación de todo lo que compete en su ámbito profesional. Nosotros también presentamos una proposición de ley en el año 2009, que fue debatida conjuntamente con la proposición de ley del Grupo Socialista y que llevó a la modificación de la Ley del Medicamento. Esta es la cuestión de fondo que presentaba esa proposición para instar al Gobierno a la autorización. Es una cuestión de fondo que espero que ahora, con la transaccional que se haga entre los dos grupos, se modifique y que se inste al Gobierno a que se incluya a los fisioterapeutas para que puedan, en el ámbito de sus competencias, realizar la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y del material sanitario que ellos precisan.

Nosotros en este aspecto no tenemos nada que decir, salvo que nos gustaría que no levantarán falsas expectativas, que no hicieran lo mismo que se hizo en su día —lo acaba de decir la portavoz del Grupo Socialista— con la prescripción por parte de la enfermería. Se van a cumplir cuatro años de esa aprobación. Se levantaron muchas expectativas. En estos momentos les enseñaría cantidad de recortes en que la enfermería dice que ya basta, que ya está cansada. Incluso, en relación con esos medicamentos que se venden sin receta, a causa de la prescripción de un analgésico por una enfermera en un hospital, esta ha sido condenada porque no ha salido el decreto donde se le autorizaba a que hiciera uso de esa prescripción. Esto es de justicia y no nos gustaría que sucediera lo que está pasando con la enfermería hoy y por eso queremos instar a que les autorice la dispensación de medicamentos. Dicen que se ha llegado a un acuerdo, de lo que estoy encantada, pero hasta que no veamos el decreto publicado, desde Convergència i Unió seguiremos insistiendo. Insistimos asimismo sobre la necesidad y la urgencia de que por fin los enfermeros puedan hacer libremente uso de aquello para lo que están preparados.

Nos gustaría que no pasara lo mismo con los fisioterapeutas, que no se les hiciera creer que se va a modificar la ley enseguida y que podrán empezar a prescribir, porque hay que seguir los mismos trámites para todos; hay que tener la misma seguridad, incluso la seguridad clínica de cara a los pacientes, de que lo que se hace esté bien hecho y hay que respetar el principio de igualdad en la regulación de todas las profesiones. Nos gustaría que no se tardara tanto y que realmente, si se modifica, que se hiciera rápidamente y en toda su capacidad.

Nosotros votaremos afirmativamente y esperamos que esa transaccional a la que han llegado nos guste más todavía que la proposición no de ley tal como está redactada.

El señor **PRESIDENTE**: Le ruego a doña Felicidad Rodríguez que nos haga llegar a la Mesa la enmienda transaccional.

— **PARA MEJORAR LA ATENCIÓN A LOS MENORES DE TRES AÑOS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO CATALÁN (CONVERGÈNCIA I UNIÓ).** (Número de expediente 161/001351).

— **SOBRE APROBACIÓN DEL PLAN INTEGRAL DE ATENCIÓN A LOS MENORES DE TRES AÑOS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA.** (Número de expediente 161/001379).

El señor **PRESIDENTE**: Por acuerdo de los distintos grupos parlamentarios, vamos a debatir acumuladamente los puntos 10.º y 11.º del orden del día. La proposición no de ley punto 10.º del orden del día es para mejorar la atención de los menores de tres años en situación de dependencia y su autor es el Grupo Parlamentario Catalán de Convergència i Unió. La correspondiente al punto 11.º es sobre la aprobación del plan integral de atención a los menores de tres años en situación de dependencia, cuyo autor es el Grupo Parlamentario Socialista. Para la defensa de esta proposición no de ley tiene la palabra el señor Sahuquillo.

El señor **SAHUQUILLO GARCÍA**: La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, tiene como objeto dar respuesta a la necesidad social de atender a aquellas personas que necesitan de la ayuda de otros para la realización de las actividades más básicas de la vida diaria. El sistema de dependencia, debido a la complejidad que suponía ponerlo en marcha, estableció un despliegue gradual hasta 2015, según el calendario de

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 313

24 de abril de 2013

Pág. 12

implantación. En la disposición adicional decimotercera, apartado 3, esta ley encomendaba al Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia la adopción de un plan integral de atención a menores de tres años en situación de dependencia, donde se contemplasen medidas a adoptar por las administraciones públicas para facilitar la atención temprana y rehabilitación de capacidades físicas, mentales e intelectuales.

Este colectivo de cero a tres años necesita un abordaje específico fijando un sistema que facilite la prevención de la dependencia y la promoción de autonomía personal mediante una intervención precoz en los déficits evolutivos y, así, se estableció en la ley que se debía incorporar una escala de valoración específica para menores de tres años. Dicha escala de valoración específica se puso en marcha mediante el Real Decreto 504/2007, por el que se aprobó el baremo de valoración de la situación de dependencia para menores de tres años, mejorándose posteriormente mediante resolución de 29 de junio de 2010 de la Secretaría General de Política Social, por acuerdo del consejo territorial, por el que se incorporan dos nuevos ítems en la tabla de movilidad para una mayor precisión de ese bloque de actividad y se revisaba la tabla de combinación de necesidades de apoyo en salud para mejorar su sensibilidad al cruzarlas con las medidas de soporte para las funciones vitales. Más tarde, el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, perfeccionó dicho baremo, con el objetivo de ajustar y mejorar la fiabilidad y aplicabilidad del mismo con el fin de garantizar una evolución homogénea entre las comunidades autónomas.

Llegados aquí es necesario, y por ello planteamos esta proposición no de ley, que se acuerde lo antes posible el plan integral de atención a menores de tres años en situación de dependencia en el seno del Consejo Territorial de Dependencia. ¿Y qué aspectos debe tener en cuenta como mínimo en la elaboración y desarrollo de este plan? Primero, una dotación económica específica y diferenciada del resto de la dotación presupuestaria en materia de dependencia. Segundo, fijar el porcentaje de aportación de las comunidades autónomas para el desarrollo del plan integral. Tercero, aumentar la cuantía de la prestación económica por el cuidado en el entorno a los familiares con un menor de tres años en situación de dependencia, ya que la situación que viven de demanda de cuidados por parte de estos menores imposibilita el acceso al trabajo y entre otras cosas obliga al cuidador principal, madre o padre, a abandonar el puesto de trabajo, pues son niños con patologías severas o graves, en muchos casos con riesgo vital, que necesitan de cuidados intensivos y de periodos de hospitalización prolongados. Y cuarto, enfatizar la consideración de atención temprana como un servicio dentro de los programas de prevención y promoción de la autonomía personal. Esto es fundamental, ya que es la única manera de poder hacerla compatible con los servicios del catálogo del sistema para la autonomía y atención a la dependencia y con las prestaciones, como es la prestación económica por cuidados en el entorno familiar.

Esta compatibilidad necesaria para los familiares con un menor de tres años en situación de dependencia está en riesgo evidente en muchas comunidades autónomas por una posible interpretación «sui generis» del Real Decreto 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y el fomento de la competitividad, en su artículo 25 bis, apartados 1 y 2. Esto es lo que creemos que como mínimo se debería contemplar y hoy presentaremos de mutuo acuerdo los grupos políticos una enmienda transaccional para intentar que esto sea una realidad lo antes posible.

El señor **PRESIDENTE**: Para defender la proposición de Convergència i Unió tiene la palabra el señor Campuzano.

El señor **CAMPUZANO I CANADÉS**: Efectivamente, Convergència i Unió presenta esta proposición no de ley en la que insta al Gobierno del Estado, de común acuerdo con las comunidades autónomas, a dar cumplimiento a un mandato de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, cual es la puesta en marcha de un plan específico de atención a las necesidades de los menores dependientes con discapacidad, menores de tres años. Es un texto que en las cuestiones de fondo, como no podía ser de otra manera, es coincidente con la iniciativa que el señor Sahuquillo acaba de defender hace unos segundos.

Se ha recordado —y es bueno que pongamos el énfasis en ello— que hace seis años, cuando se aprobó la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, se generaron expectativas importantes en las personas con discapacidad y específicamente, con la aprobación de esa disposición adicional decimotercera, en las familias con niños menores en situación de dependencia, que constituían una realidad en términos cuantitativos modesta. En lo que llevamos de desarrollo de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, al menos por lo que nos consta a nosotros, estamos hablando tan solo de

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 313

24 de abril de 2013

Pág. 13

5.000 niños menores de tres años de edad reconocidos en esa situación, por tanto una cifra modesta en términos absolutos, pero que exige necesidades muy específicas y muy intensas de apoyo y de protección de estos menores y especialmente también de apoyo y protección a las familias que tienen estos menores a su cargo. Todo ello en el contexto de un desarrollo seguramente no suficiente del conjunto de servicios sociales y sanitarios de atención en este tipo de supuestos. Parecía, como en tantas otras cosas, que la aprobación de la Ley de Dependencia iba a ser una oportunidad para dar respuesta a esa insuficiente cobertura de ese tipo de necesidades, pero lo que sabemos es que seis años más tarde ese mandato que introducía la ley no se ha desarrollado y que, por tanto, esa necesidad de servicios, de recursos, de regulaciones incluso, que eran necesarias para garantizar una atención adecuada a esos menores, continúa en buena parte con las mismas debilidades que tenía antes de la aprobación de la Ley de Dependencia.

Además, todos coincidíamos —en los debates de hace seis años y en los debates de estos últimos seis años, porque esta cuestión ha aparecido tanto en comparecencias de las ministras del ramo como en las interpelaciones y preguntas que se han planteado en el Pleno o en las preguntas por escrito— en que era una cuestión crucial el desarrollo de un plan de estas características, en el doble contexto de una sociedad, de unas políticas públicas no suficientemente orientadas a responder a las necesidades de la infancia, y especialmente de la infancia en riesgo. Mi grupo estos días no se cansa de insistir en afirmar que el Estado de bienestar en España no está suficientemente orientado a las necesidades de familias con hijos pequeños a cargo, y menos aún de aquellas familias con hijos pequeños a cargo con especiales necesidades. Por tanto, la demanda del plan respondía a dar cobertura a esas debilidades y, al mismo tiempo, a la convicción de que los primeros años de vida de un niño son fundamentales para corregir los problemas que se derivan de los déficits consecuencia de la discapacidad que padezcan. Por tanto la atención temprana, la atención precoz es fundamental para poder intentar garantizar itinerarios de vida posibles a estos menores. Cuando uno tiene ocasión de visitar las entidades que desde el tercer sector se dedican a la atención de estos menores, de apoyo a estas familias —me viene a la cabeza, por ejemplo, en Barcelona la Fundació MEXA—, te das cuenta de las necesidades que existen, de las debilidades de los apoyos públicos existentes, de la soledad de muchas familias para poder atender a estas personas, y mayor relevancia le das a la puesta en marcha de una actuación específica en esta materia.

Este es el sentido de esta proposición no de ley, insistiendo en que en un momento en el que sobre la Ley de Dependencia aprobada hace seis años el actual Ejecutivo ha aplicado una política de recortes, de menos recursos para que las comunidades autónomas puedan desarrollar esta política —recordemos esa desaparición del cien por cien de la aportación del nivel conveniado del Estado a las comunidades autónomas— nos parece que debemos insistir en que ese mandato en relación con los menores de tres años se cumpla. La crisis no puede justificar no hacer un esfuerzo de inversión para hacer frente, para apoyar a las familias con niños menores de tres años en situación de dependencia.

Lo decía el señor Sahuquillo, el Grupo Popular ha tenido una actitud de búsqueda de acuerdo con el Grupo Socialista y con el Grupo de Convergència i Unió, lo valoramos de forma positiva y, por tanto, vamos a aprobar este mandato en los términos de la transacción que sus señorías conocerán en su momento. En todo caso, los grupos proponentes vamos a apoyar esta propuesta de transacción, y lo importante es que esta proposición no de ley no sea una de aquellas iniciativas que aprobamos y que luego no tiene consecuencias, sino que de verdad en los próximos meses el Gobierno apruebe de común acuerdo con las autonomías la puesta en marcha de esta actuación que las familias con niños menores de tres años en situación de dependencia llevan más de seis años esperando.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos que desean fijar posición? (**Pausa.**)  
Tiene la palabra la señora Camarero.

La señora **CAMARERO BENÍTEZ**: Señores y señoras diputados, señor Sahuquillo, señor Campuzano, piden ustedes un plan integral de atención a menores de tres años en situación de dependencia. Quiero empezar mi intervención agradeciéndoles el tono constructivo de sus intervenciones. Ojalá que muchas más veces lleguemos a adquirir este tono tan constructivo y estos compromisos que esta tarde nos planteamos entre todos, sobre todo cuando hablamos de temas tan importantes como la atención a nuestros menores.

Piden algo que está recogido en la Ley de Dependencia, como ustedes dos han explicado, en la disposición adicional decimotercera, apartado 3; por lo tanto no es nada nuevo, aunque es cierto que después de seis años de Ley de Dependencia no está aprobado, hay un calendario de aplicación de la

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 313

24 de abril de 2013

Pág. 14

ley; es cierto que se está tardando quizá demasiado en aplicar una cosa tan importante como un plan para los menores dependientes; es cierto que la Ley de Dependencia no se ha desarrollado totalmente; es cierto quizá que se ha perdido —insisto— mucho tiempo, como decía el señor Campuzano. Porque es cierto, desde nuestro punto de vista, que los menores junto con las familias han sido los grandes olvidados de esta ley. Y es cierto que este Gobierno tiene la voluntad de aprobar este plan y otras muchas medidas que redunden en la mejor calidad de vida de los menores y de las familias, porque lo hemos dicho reiteradamente en los últimos tiempos, son una prioridad de este Gobierno en materia social los menores y las familias que han sido los grandes olvidados en los últimos años. Y muestra de que este Gobierno gobierna con iniciativas reales y palpables es que hace muy pocas semanas aprobó un Plan estratégico nacional de infancia y adolescencia, un plan que está dotado por primera vez en la historia con un presupuesto cierto y real, más de 5.100 millones de euros, un plan que recoge ocho objetivos, ciento veinticinco acciones y modificaciones normativas de más de once leyes. Uno de los objetivos específicos de este plan, y lo marca específicamente el plan, es aprobar un plan integral de atención a menores de tres años con graves discapacidades, con el objetivo de facilitar su atención temprana y rehabilitación de sus capacidades físicas, mentales e intelectuales, como se solicita en esta proposición.

Tampoco es nueva la voluntad del Gobierno, la hemos mantenido desde el primer día. Este Gobierno, que no improvisa ni va a golpe de ocurrencia, desde el primer día y en todas y cada una de las intervenciones y las declaraciones de la ministra anunció la puesta en marcha de este plan. Porque la búsqueda del interés superior del menor es el principal objetivo del Gobierno, que debemos conseguir junto a las familias, a los niños y, por supuesto, a los agentes e instituciones implicadas en el desarrollo de políticas y actuaciones integrales y transversales. Por eso, cuando el 12 de abril de 2012 el Gobierno se impuso la tarea de modificar la Ley de Dependencia para hacerla sostenible —porque, señor Campuzano, este es el objetivo prioritario de este Gobierno con la Ley de Dependencia, asegurar su continuidad— se crearon varios grupos de trabajo en el seno del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía de Atención a la Dependencia, hoy Consejo Territorial de Servicios Sociales y Autonomía de Atención a la Dependencia. Dentro de estos grupos se está trabajando en la atención integral de los menores de tres años y en la prevención de la dependencia con la finalidad de potenciar su capacidad de desarrollo y su bienestar, posibilitando su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal. Es en este consejo, señor Sahuquillo, donde creo que esas importantes aportaciones que nos hacía usted esta tarde se podrán realizar y tendrá lugar su debate. Por eso, el Grupo Popular ha querido presentar una enmienda que solicita que sea en este seno, en el seno del consejo territorial, donde se está trabajando para ello, donde se canalice la aprobación de este plan. Porque el trabajo, ya lo saben sus señorías, está iniciado y, por lo tanto, tenemos que continuar con el procedimiento establecido.

Como han dicho los portavoces de los grupos que presentan las iniciativas, hemos llegado a un acuerdo, a una enmienda transaccional, que le haremos llegar, señor presidente, lo antes posible, que muestra la buena voluntad, por supuesto, de los grupos que presentan la iniciativa, así como del grupo mayoritario, y espero que del resto de los grupos que se sumen al mismo, porque la finalidad de todos, el objetivo de todos es mejorar la calidad de vida de los menores. Muchas gracias, insisto, por la presentación de la iniciativa y por el tono del debate. **(Aplausos.)**

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra la señora García.

La señora **GARCÍA ÁLVAREZ**: No le quepa la menor duda, señora portavoz del Grupo Popular, que los grupos, al menos este grupo va a votar a favor de esta transaccional que hoy se presenta aquí, y que nos sentimos además muy satisfechos de que de momento vayan saliendo transaccionales de todos los grupos que permitan que haya votación mayoritaria para temas de tanta importancia. Nos hubiera gustado que en la anterior también hubiera habido algún tipo de transaccional, pero no todo es posible en la viña del Señor.

Yo sí le digo que a lo largo de mi experiencia en otros ámbitos parlamentarios siempre hemos estado de acuerdo con los temas relacionados con la atención temprana y la prevención de posibles malversaciones o posibles grados de dependencia dentro de los menores. Pero no es menos cierto, y usted lo reconocerá conmigo, señora portavoz, y señores portavoces, que la situación hoy de la aplicación de la Ley de Dependencia tiene serias dificultades de financiación y de no se sabe cuántas historias en diferentes comunidades autónomas, y eso está llevando a que se estén provocando situaciones de crisis en la atención al colectivo de dependientes. Yo no quisiera —eso sí quiero dejárselo aquí claro por parte de mi grupo— que nos viéramos de nuevo en la aprobación conjunta de toda una serie de iniciativas, de

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 313

24 de abril de 2013

Pág. 15

proposiciones no de ley en este caso, y que luego tuviéramos que hablar en otro momento y en otra ocasión, y con iniciativas similares, de que en ese momento no se estaba aplicando aquello que hoy vamos a aprobar, supongo que con el voto de todos los grupos. Y no quisiera que saliera algún grupo, como ha sucedido hoy con la portavoz de Convergència i Unió, con respecto a la prescripción de medicamentos por parte de enfermería, o que pueda pasar mañana con fisioterapeutas. Y mucho menos, y muchísimo menos que pueda pasar con un tema como este último que estamos debatiendo. Por eso, lo que sí les solicita mi grupo es que se haga el plan y que se financie el plan, que todo vaya adecuado para que podamos cumplir con el compromiso que adquirimos a partir de hoy.

El señor **PRESIDENTE**: Se votará la enmienda transaccional que hagan ustedes llegar a la Mesa.

### — SOBRE EL RECONOCIMIENTO DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO CATALÁN (CONVERGÈNCIA I UNIÓ). (Número de expediente 161/001113).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al punto 8.º, proposición no de ley del Grupo Parlamentario Catalán, sobre el reconocimiento de la especialidad de enfermedades infecciosas. Para su defensa tiene la palabra la señora Tarruella.

La señora **TARRUELLA TOMÀS**: Señorías, en la anterior legislatura, en el seno de esta misma Comisión de Sanidad, se aprobaron por unanimidad de todos los grupos dos proposiciones no de ley, una de ellas —quiero destacarlo aquí— a propuesta del Grupo Parlamentario Popular, sobre el reconocimiento de la especialidad de enfermedades infecciosas. Dicho reconocimiento se plasmó en un borrador de real decreto en el que finalmente se reconocía esta especialidad. Pero en el momento de la convocatoria de las elecciones generales del 20 de noviembre de 2011, y a la espera de la formación de un nuevo Gobierno, se paralizó esta tramitación de este mencionado real decreto. El nuevo Gobierno, inesperadamente, dio un giro a la posición que había mantenido ni un año antes de empezar a gobernar. Esa defensa que había hecho de la especialidad de enfermedades infecciosas, en estos momentos vemos que la presenta para que figure como un área de capacitación específica, en lugar de la especialidad que siempre, y el resto de los grupos, hemos defendido todos aquí.

La creación de la especialidad de enfermedades infecciosas cuenta con un amplio respaldo social por parte de todos los profesionales, las asociaciones de pacientes, sociedades científicas y además las instituciones europeas. Los profesionales podrían contar con una formación de alto nivel que no es posible con la formación específica de como máximo dos años que contempla el área de capacitación específica; además de la posibilidad de la libre circulación de profesionales en la Unión Europea, donde en la mayoría de estos países, señorías, en veinticinco de veintisiete, existe esta especialidad de enfermedades infecciosas. Para los pacientes, además, supone una gran garantía a su asistencia y a largo plazo por profesionales formados en todos los aspectos de la infectología, sin detrimento de su calidad asistencial. Para la Administración la creación de esta especialidad no comporta gastos adicionales. Los dispositivos asistenciales ya están establecidos, y actualmente en el Estado español existen dieciséis servicios y setenta y seis unidades, secciones de enfermedades infecciosas con más de cuatrocientos profesionales implicados. El reconocimiento de esta especialidad supondría, entre otras cosas, dar contenido legal a una realidad que ya existe en el día a día.

En lo que se refiere al coste de los organismos reguladores, comisiones, etcétera, no supondría un incremento, puesto que también se deben crear para el ACE que ustedes en estos momentos, el Gobierno defiende. Además, representaría una reducción del coste formativo de ocho o nueve años —cinco años de una especialidad primaria, más dos años de ejercicio, uno o dos en ACE— a cinco años para tener acreditados a facultativos capacitados en enfermedades infecciosas, sin renunciar a la calidad de la formación recibida. Y en último término, se aseguraría el recambio generacional, dado que los actuales infectólogos en el Estado español desaparecerán en un plazo de diez, quince años y no habrán formado a nuevos especialistas, por lo que volverá a retrasarse el conocimiento científico al nivel que se tiene desde hace cuarenta años.

Por eso, nosotros pedimos que se reconsidere la creación de la especialidad de enfermedades infecciosas como especialidad en lugar de como área de capacitación específica, en este nuevo mapa de troncalidad y de especialidades que está elaborando el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Y lo pedimos en favor de una mejor calidad asistencial de los pacientes y de una equiparación

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 313

24 de abril de 2013

Pág. 16

con el resto de los países de la Unión Europea, que mayoritariamente cuentan, como he dicho, con esta especialidad de enfermedades infecciosas. Nos gustaría que esta proposición no de ley, lo mismo que las dos que se vieron la pasada legislatura, fuera aprobada por unanimidad, si fuera posible.

El señor **PRESIDENTE**: Enmienda del Grupo Parlamentario Socialista; para su defensa tiene la palabra el señor García.

El señor **GARCÍA GASULLA**: Previamente quiero hacer una declaración «pro domo mea». Hoy es el 226.º aniversario del nacimiento de Mateo Orfila en Mahón, Menorca, padre de la toxicología; lo dejo como mención.

Intervengo en nombre de mi Grupo Parlamentario Socialista para fijar la posición ante la proposición no de ley del Grupo Parlamentario Catalán sobre el reconocimiento de la especialidad de enfermedades infecciosas. Hoy no me va a quedar más remedio que hacer mención de la herencia, a pesar de que en nuestro grupo no hacemos nunca mención de ello. Tengo que mencionar que desde Hipócrates, que es nuestro padre de la medicina, que creyó y argumentó que la enfermedad era consecuencia de los hábitos de vida, de la dieta y de factores ambientales, y no un castigo infligido por los dioses, hasta nuestros días, desde entonces hasta hoy han transcurrido, con esta herencia, dos mil cuatrocientos setenta y tres años. Durante este breve periodo de tiempo de dos mil cuatrocientos setenta y tres años hemos transitado desde una nascente disciplina en el tiempo de Hipócrates que se separaba de la filosofía y de la magia, al extenso conocimiento que tenemos hoy de los microorganismos como causa de las enfermedades infecciosas y al uso habitual de los antibióticos, cada vez más sofisticado. De hecho, con este conocimiento que tenemos de los microorganismos como causa de enfermedades infecciosas, la especialidad de enfermedades infecciosas ha ido logrando un alto nivel de consenso profesional y social y, como decía la señora Tarruella, está reconocida, en veinticinco de los veintisiete países de la Unión Europea; pero además cuenta con el apoyo expreso de catorce asociaciones de pacientes relacionadas con enfermedades infecciosas, recibe el respaldo profesional de dos mil setecientos asociados de la Asociación Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica y, además, recibe el apoyo de la Unión Europea de Médicos Especialistas. Precisamente es esta Unión Europea de Médicos Especialistas la que recoge y sugiere que la duración de la formación para la especialidad de enfermedades infecciosas debe tener un mínimo de seis años, repartidos entre dos años troncales con medicina interna y hasta cuatro años de formación específica en enfermedades infecciosas. Con esta propuesta de entrenamiento se persigue la creación de especialistas capaces de resolver situaciones clínicas complejas, obteniéndose con ello un intenso currículum que incluya la prevención, el diagnóstico, el tratamiento de infecciones comunitarias y nosocomiales graves, también medicina del viajero, enfermedades tropicales, microbiología clínica, epidemiología y salud pública, brotes epidémicos, bioterrorismo, enfermedades de transmisión sexual y política de antimicrobianos. Por estas razones, ante esa complejidad del contenido curricular de la especialidad, en nuestro ánimo está apoyar la propuesta del Grupo Parlamentario Catalán, aunque les hemos presentado una enmienda de adición en la que entendemos que, al solicitar el reconocimiento de la especialidad, se haga mención de que esta debe ser reconocida en los términos que fija la Ley 44/2003, según la Directiva Europea 2005/36, el proyecto de real decreto de 15 de julio de 2011 que no llegó a plasmarse, y también las recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica y de la Unión Europea de Especialistas Médicos.

El señor **PRESIDENTE**: El señor Román tiene la responsabilidad de defender la enmienda del Grupo Parlamentario Popular. Tiene usted la palabra.

El señor **ROMÁN JASANADA**: Señor presidente, señores diputados, señora Tarruella, trae su grupo hoy aquí, a la Comisión de Sanidad, esta proposición no de ley sobre el reconocimiento de la especialidad de enfermedades infecciosas, no como área de capacitación específica sino como especialidad dentro del mapa de troncalidad y especialidades. Asunto en el que reconozco su empeño porque son numerosas las iniciativas que ha presentado usted en representación de su grupo, tanto como proposiciones no de ley o como preguntas, que ya en esta misma legislatura le han contestado desde el Gobierno indicando cuál era la situación real.

Tengo que precisar que en el mandato anterior se aprobó una de sus proposiciones no de ley con una enmienda transaccional del Grupo Socialista y apoyada por todos los grupos, en la cual se hablaba de que se consideraría el estudio de la creación de nuevas especialidades en ciencias de la salud, y una vez

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 313

24 de abril de 2013

Pág. 17

acordados los cambios en la formación sanitaria especializada que conllevará la puesta en marcha de la formación troncal con el consenso de las partes implicadas, la inclusión de la especialidad de enfermedades infecciosas, definiendo en su caso el tronco en el que podría integrarse la especialidad. Fue una enmienda que sí apostaba por la especialización, por el reconocimiento, pero no definía si era a través de un área de capacitación específica o de una especialidad con un tronco propio, de manera directa, clara y concreta en aquella proposición no de ley. Yo interpreto, por tanto, que desde esta enmienda transaccional de aquella proposición no de ley se abría la posibilidad de una vía, que es un tronco propio de especialidad de enfermedades infecciosas, o bien el acceso a través de área de capacitación específica, dentro de las directivas europeas.

Considero que este asunto no es de ideología política, ni tan siquiera de partidos. Yo puedo decirle que dentro de mi grupo existen sensibilidades diferentes hacia un sentido o hacia otro. Probablemente depende de las fuentes de información que tenemos, de la formación propia o incluso de las sociedades, o de los «lobbies» que hay para tratar de conseguir este objetivo de la sociedad civil. Pero en lo que sí coincidimos, mi grupo y seguro que usted también, señora Tarruella, es en reconocer la labor de estos especialistas, decía que setenta y seis unidades y creo que catorce o dieciséis servicios en España, la mayor parte de ellos en hospitales de tercer nivel que atienden diariamente a miles de pacientes con una profesionalidad excelente y que en las últimas décadas, por la evolución, por los factores ambientales, por la agresividad también de la tecnología y de las actuaciones médicas, se ha incrementado el número de pacientes, o por lo menos la patología infecciosa en pacientes inmunocomprometidos y demás.

Yo creo que cualquiera de las dos vías requerirá el informe con carácter previo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud y del Consejo Interterritorial de Salud. Este informe se produjo ya con un consenso en este ámbito. Este informe se realizó con carácter previo al inicio del trámite de información pública, que se inició el 18 de diciembre de 2012, del proyecto de real decreto por el que se regula la troncalidad y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en ciencias de la salud, y que contemplaba, como le respondieron a una pregunta a usted el 25 de febrero, un área de capacitación específica en enfermedades infecciosas a la que pueden acceder los especialistas de medicina interna y médicos especialistas de microbiología y parasitología.

El área de capacitación específica se define como el conjunto de conocimientos, habilidades y aptitudes añadidos en profundidad o en extensión a los exigidos por el programa oficial de una o varias especialidades en ciencias de la salud, siempre y cuando ese conjunto de competencias sea objeto de un interés asistencial, científico, social y organizativo relevante. Creemos que las enfermedades infecciosas cumplen todos los criterios definidos para las ACE, ya que a través de las actuales especialidades de medicina interna y de microbiología y parasitología se adquieren las competencias necesarias para la atención de pacientes con este tipo de patologías. Y en esta ACE, en esta área de capacitación específica, se trata de profundizar y ampliar las competencias en un determinado ámbito de atención. En la actualidad, esos especialistas que atienden esas setenta y seis unidades que hay en todo el país están constituidos por infectólogos que han adquirido formación o especialización fuera del país, por internistas y por microbiólogos clínicos, excelentes profesionales todos que son responsables del excelente nivel de estas unidades. Creo que el enfoque, tanto de los internistas como de los microbiólogos, es positivo y relevante en todos los aspectos asistenciales y de investigación.

Concluyo. Las modificaciones —y aquí hago referencia a la enmienda del Grupo Socialista, ellos hablan de un proyecto de ley que fue nonato— introducidas en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, por el Real Decreto-ley —sí, este entró en vigor— 16/2012, de 20 de abril, suponen que la formación en un ACE podrá realizarse a través de la formación programada, supervisada y con responsabilidad creciente del especialista en formación de un ACE. En estas circunstancias se permitirá —y ponía en duda la homologación en el extranjero— el reconocimiento del ACE en enfermedades infecciosas en el marco de la Unión Europea, ya que se cumplen todos los requisitos de la Directiva 2005/36 de la Comunidad Europea. Lo digo porque esto hace referencia a la enmienda del Grupo Socialista, y creo que queda recogido también en la formación como área de capacitación específica. Decía antes que entre nosotros existen diferencias, entre los miembros de los propios grupos, entre si es mejor el posicionamiento en favor de una especialidad con tronco único o un área de capacitación específica. Pero también existe, somos reflejos de la sociedad, entre las propias sociedades: probablemente la Sociedad de Enfermedades Infecciosas apuesta por la especialidad de infecciosas, y la Sociedad de Medicina Interna apuesta por que sea un área de capacitación específica.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 313

24 de abril de 2013

Pág. 18

Finalmente, quiero manifestar la voluntad de diálogo. Esto, no sé si en el futuro podrá cambiar o no, creo que no hay nada que quede totalmente establecido *sine die*, pero creo que las propuestas, aportaciones que en esta materia se pueden recoger en este trámite de información pública del proyecto de real decreto que contempla las enfermedades infecciosas es un buen momento también para recoger esas propuestas, esa voluntad de diálogo que tiene mi grupo y que seguro que tiene el Gobierno al que sustenta mi grupo parlamentario. Mantengo la enmienda, que sé que no va a ser aceptada, pero comparto la lucha por mejorar la formación de nuestros médicos en toda España. **(Aplausos.)**

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos que desean fijar posición? **(Pausa.)**

Señora Tarruella, ¿va a aceptar usted alguna enmienda?

La señora **TARRUELLA TOMÀS**: Pues lógicamente no acepto la enmienda del Grupo Popular y sí acepto la enmienda del Grupo Socialista, porque complementa lo que hemos pedido nosotros, o especifica más lo que nosotros pedimos.

El señor **PRESIDENTE**: Pues así lo votaremos.

### — SOBRE LA CREACIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE EMBRIOLOGÍA Y GENÉTICA CLÍNICA. PRESENTADA POR LOS GRUPOS PARLAMENTARIOS SOCIALISTA, CATALÁN (CONVERGÈNCIA I UNIÓ), LA IZQUIERDA PLURAL, VASCO (EAJ-PNV), UNIÓN PROGRESO Y DEMOCRACIA Y MIXTO. (Número de expediente 161/000787).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a debatir, por acuerdo de los distintos grupos parlamentarios, el punto 3.º, sobre la creación de la especialidad de embriología y genética clínica. Para la defensa de dicha proposición no de ley, que firman diferentes grupos, tiene la palabra, en primer lugar, la señora Gallego, del Grupo Parlamentario Socialista.

La señora **GALLEGO ARRIOLA**: En primer lugar, quiero manifestar nuestro reconocimiento al doctor Edwards, premio Nobel 2010, que falleció el día 10 de este mes; él fue, junto con el doctor Patrick Steptoe, el gran impulsor de las técnicas de reproducción humana asistida. Gracias a su trabajo nació en 1978 Louise Brown, el primer ser humano concebido in vitro.

Con los avances de estas técnicas de reproducción han nacido ya más de 5 millones de niños y niñas en el mundo, en España el 4% de los nacimientos. La fecundación in vitro fue una técnica concebida para superar determinadas patologías que provocan esterilidad femenina, pero abrió también las puertas a toda una serie de nuevos avances, nuevos conocimientos, nuevas habilidades, o sea, nuevas competencias que por el hecho de poner a nuestro alcance los gametos y embriones humanos han permitido modificar conceptos que antes pensábamos inamovibles. El diagnóstico genético preimplantatorio abrió nuevas vías en la prevención de enfermedades genéticas que carecían o carecen de tratamiento, y a la posibilidad de seleccionar preembriones para que en determinados casos, siempre bajo control obligado y autorización previa, pueda servir de ayuda para salvar la vida de un familiar enfermo.

Hago todas estas consideraciones previas para destacar el cambio tan rápido en las necesidades formativas en los conocimientos y habilidades que deben desarrollar los y las profesionales que desarrollan su trabajo en el ámbito de la reproducción asistida. La complejidad en el diagnóstico y tratamiento de la esterilidad ha obligado a los diversos profesionales implicados a trabajar en equipos multidisciplinares. Estos equipos forman las unidades de reproducción humana asistida que cuentan con profesionales cualificados que desarrollan funciones específicas en el laboratorio de embriología. Son estos profesionales los únicos que no disponen de una formación especializada. En el año 2011 se elaboró por el Gobierno socialista un decreto de creación de nuevas especialidades y se llegó a solicitar a las comunidades autónomas, a las organizaciones profesionales y científicas y a los agentes sociales las oportunas alegaciones. El Gobierno, este Gobierno, tras quince meses ha sido incapaz de culminar este proyecto. En este proyecto se regulaba la troncalidad y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en ciencias de la salud, y se defendía ya la creación de una especialidad en genética clínica, si bien reconocemos el gran avance en la embriología clínica y la necesidad de plantear la conexión entre ambas para no impedir en un futuro otras posibilidades de conexión entre las distintas formaciones específicas partiendo de una troncalidad común.

El embriólogo clínico es parte esencial de un equipo multidisciplinar con participación conjunta en la prevención de las patologías relacionadas con la reproducción humana, así como con la asistencia y

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 313

24 de abril de 2013

Pág. 19

cuidado de los pacientes, con especial importancia en el estudio, asistencia y cuidado de gametos y preembriones humanos. Sus competencias se extienden en las tres áreas fundamentales: asistencia, docencia e investigación. Sin embargo, no existe una especialidad reglada de embriología en nuestro país. Por ello, en esta proposición se insta al Gobierno a la creación de una especialidad que comprenda la embriología clínica y la genética clínica.

El señor **PRESIDENTE**: Esperamos a que venga el portavoz del PNV.

Señor Llamazares, tiene la palabra en defensa de su posición sobre la proposición no de ley número 3.º.

El señor **LLAMAZARES TRIGO**: ¿Para presentarla?

El señor **PRESIDENTE**: La ha presentado el Grupo Socialista, pero usted es firmante.

El señor **LLAMAZARES TRIGO**: Pero hay enmiendas a esta iniciativa.

El señor **PRESIDENTE**: Estamos hablando de la propia definición del texto de la proposición no de ley.

El señor **LLAMAZARES TRIGO**: Me siento representado.

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

Vamos a pasar a la enmienda de UPyD.

La señora **DÍEZ GONZÁLEZ**: Comparto absolutamente la reflexión que llevó a presentar esta proposición, la reflexión que ha hecho la portavoz del Grupo Socialista, pero me corresponde en este turno presentar y defender una enmienda que tiene ciertamente un carácter técnico, es decir, que la enmienda que presento en nombre de Unión Progreso y Democracia no tiene otro objeto que dar una solución, a nuestro juicio técnicamente más apropiada, a lo que es la pretensión de la iniciativa parlamentaria que he suscrito en nombre también de mi grupo junto a otros portavoces, y que la portavoz del Grupo Socialista acaba de defender.

Lo que planteamos en esta enmienda, que tiene, como digo, el objetivo de que estas dos especialidades, la embriología clínica y la genética, pasen a formar parte de dos especialidades que se estudien también en España, es hacerlo de una manera diferente. ¿Por qué? Porque los genetistas, para conseguir el mismo objetivo se dedican al diagnóstico de enfermedades genéticas, a proporcionar consejo genético sobre las mismas y a colaborar con los responsables clínicos del seguimiento de los enfermos. Sin embargo, los embriólogos son profesionales dedicados al área de la especialidad humana. Ambas especialidades nos parecen necesarias y oportunas de ser reguladas, pero parten de formaciones, y por tanto de especialidades y de dedicaciones completamente distintas o parcialmente diferentes. Debido a los diferentes ámbitos de actuación de ambas especialidades médicas, y por tanto, como digo, de diferentes ámbitos formativos, a la hora de especializarse en su desempeño consideramos que es oportuna la creación de una especialidad de laboratorio clínico de embriología clínica, así como la creación de una especialidad clínica de genética, de acuerdo al Reglamento 2013/2011 de la Comisión Europea, por el que se modifican distintos anexos y directivas. Dicha norma supone la inclusión de la genética médica en el anexo V, punto 5.1.3, como está referenciado en nuestro planteamiento en la enmienda, de especialidad de reconocidos a nivel de la Unión Europea, entre la que no se encuentra la embriología. Por tanto, nosotros queremos dar cabida a las dos especialidades, a la embriología clínica y a la especialidad clínica de genética, partiendo de este reconocimiento y de esta regulación europea, siendo coherentes con la misma para conseguir, como les decía, los mismos objetivos. Porque las competencias que la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología señala para ambas especialidades, tampoco poseen competencias similares.

Este es el objetivo de la enmienda: encontrar un encaje más correcto, más adecuado a lo que es la normativa europea en este momento, y progresar en este sentido aprobando hoy un texto que sea coherente con las normas europeas y que tenga la capacidad, por tanto, de ser efectivo inmediatamente si así lo suscribe el grupo mayoritaria y así se compromete a ponerlo en marcha el Gobierno.

El señor **PRESIDENTE**: Para defender la enmienda del Grupo Parlamentario Popular tiene la palabra el señor Alonso.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 313

24 de abril de 2013

Pág. 20

El señor **ALONSO RUIZ**: El asunto de la especialidad de genética clínica es un tema que ya veintiún países de la comunidad europea lo tienen resuelto; faltan seis países, entre ellos España, que todavía no han regulado lo que es esta especialidad tan importante para la salud y que tanto ha avanzado en los últimos años. Haciendo una referencia histórica a todo lo que son las iniciativas parlamentarias, tanto en el Senado como en el Congreso sobre este asunto, fue en 1997 cuando el Partido Popular presenta una proposición no de ley en Pleno y se aprueba por unanimidad. A raíz de esa moción todos los grupos han presentado iniciativas en este sentido, solicitando la aprobación de la especialización de genética clínica, una especialización que queda totalmente definida en la Directiva europea de marzo de 2011, a petición de Francia, donde dice claramente que la especialidad de genética clínica es totalmente una especialidad diferenciada en la formación y en las competencias. Por lo tanto, querer incluir y mezclar, meter en el mismo saco, la especialidad de embriología y la de genética es un error de bulto, y sorprende que el Partido Socialista venga ahora con estas propuestas cuando, por poner un ejemplo, en el año 2007 presentó una moción en el Senado en la que solicitaba que se probara la especialización de genética clínica conforme a los criterios recomendados por la Unión Europea. Eso es lo que ha hecho el Partido Popular después de siete años de inacción del Gobierno socialista; en el proyecto de real decreto de troncalidades y otros asuntos en el tema de las profesiones sanitarias, ha incluido esta especialidad multidisciplinar dentro del tronco de laboratorio clínico y diagnóstico. Por primera vez, después de tantos años y de tanto marear la perdiz, es el Gobierno del Partido Popular el que da este paso y nos sitúa en el mismo nivel de Europa. Eso hay que reconocerlo. Decir que en once meses el Gobierno popular no ha avanzado nada es injusto, y hay que decirlo; en siete años el Gobierno socialista no avanzó nada, y en once meses el Gobierno popular ya lo tiene contemplado en un real decreto sobre el que recientemente se ha acabado el periodo de alegaciones. Se ha informado de que la Comisión de Recursos Humanos del Servicio Nacional de Salud, todos los informes de sociedades científicas, de colegios profesionales, de universidad, MIR, forman un amplio espectro de todos los sectores relacionados, y todos coinciden en que la embriología y la genética son totalmente distintas, en convergencia con la Unión Europea.

Señores diputados, tenemos que converger con Europa, y mucho más en temas de salud. No podemos ahora ir por libres y descolgarnos con el problema que supondría en el futuro para el reconocimiento de las titulaciones y sobre todo la salud de los españoles. Por lo tanto, nuestra enmienda queda de la siguiente manera: el Congreso de los Diputados insta al Gobierno a crear la especialidad pluridisciplinar de genética clínica en la nueva regulación de troncalidad prevista y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en ciencias de la salud, convergente —muy importante— con la incluida en la Directiva Europea 36/2005, de 3 de marzo de 2011.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra la señora Sánchez.

La señora **SÁNCHEZ ROBLES**: Lamento el adelanto en el orden del día, saben ustedes lo complicado que es para nosotros compatibilizar las agendas, y menos mal que he llegado a tiempo.

Comenzaré a defender, aunque vamos en orden inverso, esta PNL, y les diré que desde el 25 de julio de 1978, fecha en que nació Louise Brown, primer bebé probeta del mundo, hasta nuestros días, posiblemente pocas disciplinas biomédicas hayan evolucionado tan rápidamente como lo ha hecho la reproducción asistida humana. Actualmente el 4% de los nacimientos que se producen en nuestro país provienen de tratamientos de reproducción asistida, lo que se traduce en una cifra absoluta de 16.000 niños nacidos al año, siendo el 84% producto de la fecundación in vitro, y el 16% restante de la inseminación artificial. España se encuentra entre los tres primeros países de Europa en cuanto a número de ciclos de reproducción asistida, tal y como se demuestra en el registro *European IWF Monitoring* de la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología. Nuestro país realiza 55.000 ciclos de técnicas de reproducción asistida al año, lo que representa aproximadamente el 11% del total de los ciclos que se realizan en Europa.

La complejidad en el diagnóstico y tratamiento de la esterilidad ha obligado a los diversos profesionales implicados a trabajar al unísono en equipos multidisciplinarios. Estos equipos conforman lo que hoy conocemos como unidades de reproducción humana asistida, las cuales cuentan con profesionales cualificados que desarrollan funciones específicas en el laboratorio de embriología. Son estos profesionales, embriólogos clínicos, los únicos de tales equipos que no disponen de una formación especializada académicamente reglada. Se entiende por embriología clínica la especialidad biomédica que desde el conocimiento de la fisiología y la fisiopatología de la reproducción humana, del desarrollo embrionario precoz y primeras fases de la gestación y de los métodos de análisis de muestras biológicas de origen

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 313

24 de abril de 2013

Pág. 21

humano relacionadas con lo descrito, tiene como misión actuar clínicamente sobre gametos y preembriones, así como aportar información sobre la utilidad clínica en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de pacientes estériles y/o en el tratamiento en los siguientes aspectos: en primer lugar, distinguir los estados de salud y enfermedad de los procesos relacionados con la reproducción humana, ayudando en el diagnóstico de tales estados valorando la correcta homeostasis de gametos y preembriones, así como de sus desviaciones, actuar sobre gametos y preembriones humanos para corregir las desviaciones que comprometan su correcto desarrollo, contribuir en la valoración, pronóstico y eficacia de los tratamientos reproductivos propuestos, y el mantenimiento diferido de gametos y preembriones humanos.

El embriólogo clínico es parte esencial de un equipo multidisciplinar con participación conjunta en la prevención de las patologías relacionadas con la reproducción humana, así como de la asistencia y cuidado de los pacientes implicados, con especial importancia en el estudio, asistencia y cuidado de gametos y preembriones humanos. Sus competencias se extienden de un modo relevante en tres áreas fundamentales: asistencia, docencia e investigación. La existencia de una especialidad reglada evitaría situaciones de riesgo para los pacientes y las administraciones, así como para los propios profesionales. Impediría que cualquier persona con escasos conocimientos de embriología clínica pudiera trabajar en el laboratorio de embriología de una unidad de reproducción asistida, lo que supondría importantes inconvenientes para los usuarios de los procedimientos, para las propias administraciones y para él mismo, pudiendo ocurrir, sin especialidad, lo que se denota a continuación. El paciente se pone en manos de un profesional sin cualificación, disminuyendo las expectativas de éxito de su tratamiento. Además, el profesional inexperto no tiene un tutor que dirija su aprendizaje. No existirá una homogeneidad en el nivel de formación de los profesionales, ya que se deja en la voluntad individual el nivel de conocimientos, pudiendo ser este mínimo muy diferente según los criterios de cada profesional. No puede existir un control sobre la formación continuada de los profesionales en ejercicio. No hay posibilidades de establecer una política de calidad. Es difícil además valorar al profesional cualificado, y la seguridad del paciente está en juego.

El último responsable de la seguridad asistencial, está claro que es el ministerio; y el ministerio en este caso incumpliría su función como garante de la seguridad asistencial y de los pacientes. Además no existe concordancia entre la legalidad y la realidad: existe una realidad aceptada de forma implícita por las administraciones sanitarias, dado el gran desarrollo sociosanitario de la reproducción asistida y la embriología clínica, aunque actualmente no existe ninguna norma legislativa que regule la formación académica y reglada de los profesionales en esta materia y su situación laboral. Esta indefinición jurídica ocasiona inseguridad y riesgos para los usuarios, y resulta difícil explicar a un usuario de las técnicas de reproducción humana asistida la no existencia de una formación reglada en embriología clínica y la no existencia de una regulación al respecto. Además, la no regulación de la especialidad supone más potencial gasto para la Administración, motivado precisamente por la inseguridad asistencial.

No me quiero extender en las virtudes que puede tener conseguir que exista y se regule una especialidad en esta materia, por no aburrirles. Pero sí les diré que por todas estas razones que he explicado hasta el momento no podemos aceptar la enmienda que ha planteado el Grupo Popular a esta iniciativa. Nos parece, sin embargo, apropiada, aunque no compartimos del todo la parte expositiva de la misma sí la parte dispositiva de la enmienda de UPyD a esta iniciativa, precisamente porque entendemos que mejora de manera notable la propuesta que habíamos realizado con anterioridad. En este sentido, lamentamos no haber llegado a una transaccional que hemos estado intentando durante la mañana, pero confiamos en que en los próximos meses podamos llegar a un acuerdo con el grupo mayoritario que apoya al Gobierno y conseguir la unanimidad en una cuestión que es de vital importancia; no es conveniente que en una materia tan sensible como la que estamos tratando la profesión esté absolutamente desregulada.

Disculpen mis nervios, porque con esto de las prisas, ya saben ustedes que las prisas no son buenas consejeras.

El señor **PRESIDENTE**: No había notado los nervios. **(Risas.)**

Entonces votaremos la proposición no de ley firmada por los distintos grupos con la incorporación de la enmienda de UPyD.

La señora **SÁNCHEZ ROBLES**: Eso es, exactamente.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 313

24 de abril de 2013

Pág. 22

- **SOBRE LA INCONSTITUCIONALIDAD DE LA PRIVATIZACIÓN DE LA SANIDAD EN DIVERSAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO DE IU, ICV-EUIA, CHA: LA IZQUIERDA PLURAL. (Número de expediente 161/001016).**
- **SOBRE LA PARALIZACIÓN DE TODOS LOS PROCESOS DE CAMBIOS EN LOS MODELOS DE GESTIÓN HOSPITALARIA EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO UNIÓN PROGRESO Y DEMOCRACIA. (Número de expediente 161/001104).**

El señor PRESIDENTE: Pasamos a debatir conjuntamente los puntos 4.º y 7.º Para ello le voy a dar en primer lugar la palabra al autor del Grupo Parlamentario Popular de Izquierda Plural sobre la inconstitucionalidad de la privatización de la sanidad en diversas comunidades autónomas. (Un señor diputado: Mucho Popular). Don Gaspar, tiene usted la palabra.

El señor **LLAMAZARES TRIGO**: Sí, tan popular como el Partido de los Trabajadores del Partido Popular, lo mismo. **(Risas.—El señor Cervera Taulet: Qué halago. Bienvenido, Gaspar.—Risas.)**  
Gracias.

Presento una iniciativa que no es nueva, señorías, que hemos defendido en esta Cámara no solamente en esta legislatura, sino en legislaturas pasadas, y que tiene que ver con la gestión pública de los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud. Pero no cabe duda de que la gestión pública de los centros sanitarios está más en debate todavía, o digamos más en cuestión, a raíz del Real Decreto 16/2012, del cual se cumple un año de vigencia y que en estos momentos ha creado un gran malestar en la sanidad española. Podríamos decir que gran malestar en torno a los repagos y copagos, porque ya es evidente en los estudios que tenemos que una parte de los pacientes, sobre todo aquellos con menor renta, seleccionan negativamente los fármacos al margen de la prescripción del profesional. Luego, por otra parte, en relación con los recortes también creemos que la medida adoptada en el Real Decreto 16/2012 está presionando a las comunidades autónomas a huir hacia adelante hacia modelos de gestión sanitaria más opacos, yo diría que menos eficientes, claramente, pero que se generalizan, en nuestra opinión poniendo en peligro el carácter global de nuestro sistema sanitario público, no solamente en la financiación sino también en la propia provisión. En nuestra opinión en estos momentos, es necesario que la Administración central, es necesario que el conjunto de las administraciones se plantee la evaluación de los modelos de gestión. Por otra parte también planteamos la paralización de esta huida hacia adelante a que me refería con anterioridad con respecto a los modelos de gestión privada o a los modelos funcionales de gestión. Hay quien habla también de externalización de la gestión. Hay distintas medidas y distintos nombres, pero en todo caso se ve claramente lo que nos preocupa: nos preocupa en determinadas comunidades autónomas de manera particular, porque no solo estamos hablando ya de un incremento muy importante del número de camas por habitante de gestión privada, sino que este número de camas por habitante ya no es, digamos, de camas de cuidados medios o de crónicos, sino que estas camas son de grandes hospitales, y por tanto estamos hablando del corazón del sistema sanitario público.

Señorías, todo esto se hace con el argumento en los últimos tiempos de que el sistema sanitario público, y sobre todo sus centros de gestión pública, no son eficientes. Niego la mayor, señorías, y les digo que comparativamente con el modelo de gestión mixto y con el modelo de gestión privado, el sistema sanitario de gestión pública es mucho más eficiente. Comparemos si no, el gasto por habitante en el sistema sanitario privado, en el sistema sanitario más liberal, el de Estados Unidos, y comparemos también con el sistema sanitario mixto más predominante en estos momentos —ya no digo el conocido en Gran Bretaña, sino el conocido en Alemania—, y veremos cómo en ambos casos, el primero nos duplica en gasto sanitario prácticamente por habitante, y el segundo gasta un 2% del PIB más que nosotros en relación con servicios y resultados muy parecidos, o podemos decir que incluso a resultados peores, o menos buenos mejor dicho. Porque es verdad con respecto al gasto, pero también en relación con los resultados en salud. No se sostiene la crítica a los resultados en salud de nuestro modelo de gestión pública. Recientemente tanto la Organización Mundial de la Salud como la OCDE han hecho referencia a los resultados en salud de los distintos sistemas sanitarios, y mientras el sistema sanitario norteamericano tiene unos resultados en salud que está por debajo del puesto número 30 del conjunto a nivel internacional, el modelo sanitario alemán está por debajo del puesto número 10, casi en el 20, y sin embargo nosotros estamos en los primeros puestos en relación con los resultados en salud de nuestro sistema. No es de extrañar, porque tenemos, por una parte, una mayor cobertura; porque tenemos también una mejor calidad

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 313

24 de abril de 2013

Pág. 23

de la atención. Y en ese sentido, no es comprensible, señorías, no se entiende que haya esta batalla contra el modelo de gestión pública cuando tiene buenos resultados, tanto buenos resultados económicos como buenos resultados en salud. A no ser, señorías, que se puedan producir dos razones. Una de ellas, ocultar el déficit y la deuda de las comunidades autónomas, derivando hacia la gestión privada o la externalización una parte del gasto de las comunidades autónomas. Es un gesto y una medida inútil porque cada vez la Unión Europea está siguiendo de manera más cercana todo este tipo de fórmulas que en determinado momento sirvieron para ocultar deuda, y en estos momentos probablemente no sirvan, sino que la Unión Europea los compute todos ellos como deuda de los Estados.

Lo que me parecería más preocupante todavía sería que no estuviéramos ante una medida que va en el sentido de una mejora de la calidad del sistema sanitario y de una mejora de la eficiencia de los centros sanitarios, sino que esta medida tuviera que ver con intereses, en este caso con intereses confesables, que utilizan el sistema sanitario público como puerta giratoria o utilizan el sistema sanitario público como a caballo de Troya de intereses ajenos, convirtiendo lo que son derechos ciudadanos en negocios de unos pocos, y normalmente en negocios de unos pocos cercanos al poder. Es inaceptable, y por esa razón debe haber por parte de los responsables públicos, en primer lugar, una evaluación de nuestros modelos de gestión en España. Existen evaluaciones a nivel internacional, no vemos la razón por la que en España no pueda haber evaluación de los modelos de gestión. Incluso lo hemos llegado a aprobar en esta cámara, pero nada se ha hecho con respecto a la investigación y con respecto a la evaluación de los distintos modelos de gestión. Ya es hora de que lo hagamos, después de que ya llevamos años con estos distintos modelos de gestión, y hablamos normalmente y se habla con bastante poco fundamento en relación con esta cuestión tan relevante. En segundo lugar, es necesario paralizar esta huida hacia adelante, hacia lo que podemos denominar los modelos de gestión privada, porque pueden ser una hipoteca para la salud de los ciudadanos, incluso para la economía del país a medio y largo plazo. Y luego, por otra parte, merece la pena hacer el mayor esfuerzo en relación con mantener lo que funciona bien y a mejorar lo que funciona bien, a mantener el sistema sanitario público español y a mejorar su modelo de gestión pública.

Ese es el planteamiento de mi grupo parlamentario, que puede coincidir con el de otros grupos parlamentarios. Nos hemos hecho alguna autoenmienda porque ya el plazo que teníamos para promover el recurso de inconstitucionalidad frente a alguna medida de las comunidades autónomas con respecto a la gestión ha pasado, y por tanto ese recurso se ha hecho por parte de los distintos agentes o sujetos que podrían hacerlo, pero no podría hacerlo en estos momentos el Gobierno. Lo que hemos hecho es rectificar en función del tiempo transcurrido nuestra iniciativa, pero su filosofía es la misma que he comentado con anterioridad, de evaluación, de paralización de la huida hacia adelante y de defensa del modelo de gestión pública. Ese es el planteamiento de mi grupo parlamentario. Sabemos que no tendremos mucha fortuna, pero espero verles quejarse también dentro de unos años, como ahora se quejan, de las facultades de Medicina privadas que ustedes promovieron. Yo he visto un escándalo nacional porque resulta que ahora hemos convertido el sistema de formación en un sistema de chiringuitos y tenemos además demasiado formados, demasiado número y poco formados. Bueno, pues llevo prácticamente una década criticando esta huida hacia adelante; por desgracia teníamos razón y ahora probablemente habrá que plantearse algo con las facultades de Medicina. Espero que no ocurra lo mismo con estos modelos de gestión y que dentro de un tiempo, a no tardar mucho, tengamos que plantearnos con un grave costo para la Hacienda pública la reversión de estos modelos de gestión, porque a quien van destinados deje de interesarle estar en la gestión de la sanidad. No ocurre por primera vez. Ya ha habido incluso algunos que se conocen como uno de los oligopolios del sistema sanitario que han anunciado que prácticamente ya no tienen más capacidad ni financiera ni de gestión para seguir asumiendo el sector sanitario, y mucho menos para ocultar deuda de las comunidades autónomas o de las administraciones frente a la Unión Europea. Esa es la opinión de mi grupo y por tanto espero no tener razón dentro de unos años.

El señor **PRESIDENTE**: Para la defensa de su proposición no de ley sobre la paralización de todos los procesos de cambios en los modelos de gestión hospitalaria en las comunidades autónomas tiene la palabra la portavoz del Grupo Parlamentario Unión Progreso y Democracia, doña Rosa Díez.

La señora **DÍEZ GONZÁLEZ**: Hay efectivamente una coincidencia sustancial de fondo en la reflexión que ha hecho el portavoz de Izquierda Unida, de La Izquierda Plural, a la hora de presentar su iniciativa legislativa, aunque yo nunca le llamaría —casi por enmendarle al señor Llamazares en lo único que me parece más relevante— una huida hacia adelante lo que se está produciendo sino justamente lo contrario,

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 313

24 de abril de 2013

Pág. 24

un retroceso brutal, que pagaremos, que estamos pagando y que desde luego desgraciadamente opinamos que pagarán las futuras generaciones.

Mi grupo parlamentario no desecha la colaboración entre entes privados o públicos en lo que se refiere a la gestión de la sanidad, pero el procedimiento que hasta el momento se ha llevado a cabo en diferentes comunidades autónomas ha sido y es totalmente opaco, cuando no cargado de irregularidades administrativas y también desgraciadamente de favores políticos, además de que en muchos casos no se esgrimen los estudios técnicos objetivos que evalúen las ventajas o inconvenientes de esta posible externalización de la gestión en centros sanitarios, que se nos dice que va a ser maravillosa, que va a prestar los mismos servicios en las mismas condiciones de calidad y que además nos va a salir muchísimo más barata a todos. Insistimos en pedir informes en aquellas comunidades autónomas en las que tenemos presencia, informes que acrediten esa supuesta bondad de este modelo alternativo, pero hasta el momento presente, más allá de las declaraciones en ruedas de prensa, no hemos tenido ningún informe técnico riguroso que acredite —digo en aquellas comunidades autónomas que están poniendo en marcha este modelo alternativo— las bondades del sistema. Sin embargo, observamos con una enorme preocupación cómo se está desmontando un sistema público de salud que venía funcionando, como también ha expresado el portavoz que me ha precedido en el uso de la palabra, de manera notablemente satisfactoria en términos de equidad, en términos de eficiencia, en términos de eficacia y en términos de prestación de los servicios para los ciudadanos.

A esto le añadimos o quizás es consecuencia o pretexto para ello que la crisis económica y los ajustes presupuestarios están provocando que la mayoría de las comunidades autónomas promuevan recortes en sanidad, aunque a los recortes se les llame en cada caso de una manera diferente. No quiero extenderme demasiado en los detalles, pero en comunidades autónomas diversas, desde Cataluña a Valencia pasando por La Rioja, por Castilla-La Mancha o por Madrid, dándole nombres diferentes, los recortes se llaman en cada sitio de una manera distinta. Lo que se está provocando, por esto de la crisis, del déficit y de todas estas cosas, es una mayor injusticia, una menor protección a los ciudadanos y también una mayor desigualdad. Las tres cosas nos preocupan y nos preocupa mucho, aunque lo he citado en tercer lugar, que además de ser medidas injustas, que además de ser medidas desproporcionadas, que además de ser medidas que pongan en crisis el sistema y que realmente vayan a ser pagadas en términos de peor prestación sanitaria por las próximas generaciones, al hacerse de una manera desordenada como trataré de argumentar, todo esto esté produciendo una mayor inequidad y una mayor desigualdad entre el conjunto de los ciudadanos españoles.

La falta de coordinación entre diferentes comunidades autónomas y de supervisión por parte del ministerio ha llevado a una red hospitalaria con un exceso de capacidad previa para tratar a pacientes agudos que ha incrementado los gastos corrientes y que no ha tenido en cuenta economías de escala dentro de las propias comunidades autónomas y en todo el territorio nacional. Esto no ha ocurrido de la noche a la mañana y por casualidad. Ha ocurrido porque se han ido tomando decisiones en esta materia obedeciendo a criterios partidarios, partidistas y pensando en ganar voluntades, y por tanto votos, a la hora de tomar determinadas decisiones o de inaugurar determinados centros hospitalarios.

Por otra parte, las concesiones a empresas privadas en este proceso de privatización, llamado de cualquier forma menos como lo que es, pueden estar creando, crean problemas de oligopolio privado y me parece que este es un tema en el que debíamos hacer algún tipo de reflexión basada en datos objetivos y en datos reales. En Madrid la misma empresa, Capiro Sanidad, gestiona tres hospitales y tiene pendiente la apertura del de Collado-Villalba, es decir, gestionará cuatro de los cinco hospitales de gestión enteramente privada que tiene asignada toda la atención sanitaria especializada de pacientes del Servicio Madrileño de Salud. Díganme ustedes, señorías, si esto no es un oligopolio. Esta empresa se hizo en el año 2002 con el 50% de la Fundación Jiménez Díaz, en una negociación a tres bandas con el hospital y la consejería. A cambio de asumir la deuda a proveedores y un compromiso de inversión en los cinco años siguientes, se quedó con la mayoría de los beneficios. En 2007 se inauguró el Hospital Infanta Elena en Valdemoro y en 2012 el Hospital Rey Juan Carlos en Móstoles. La mayor parte de la facturación de Capiro Sanidad en España procede de sus contratos con el Servicio Madrileño de Salud. Creo que los datos son preocupantes desde la perspectiva de un grupo político que, como les dije al principio, no desecha la colaboración público-privada, pero sí desecha estas prácticas que son absolutamente abusivas y que solo tienen como consecuencia el enriquecimiento de unos pocos a cambio de un sistema público de sanidad montado con el esfuerzo del conjunto de los ciudadanos, del conjunto de los españoles.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 313

24 de abril de 2013

Pág. 25

Esta situación de oligopolio privado y de mezcla de intereses público-privados podría afectar y ha afectado ya a los términos de la contratación de las colaboraciones público-privadas, ya que aunque al principio se acepten por las empresas unos términos ventajosos para las administraciones públicas en los pactos económico-financieros, posteriormente, por su capacidad de presión, la capacidad de presión de estas empresas, o por la confusión de intereses entre su dirección y la del partido que dirige la Administración autonómica, pueden obligar a reequilibrios económico-financieros muy negativos para las administraciones públicas y, por ende, al ser negativos para las administraciones públicas, muy negativos para el conjunto de los ciudadanos. Hay ejemplos sobrados en toda España. En la exposición de motivos de la proposición no de ley que estoy defendiendo damos una serie de ejemplos contrastables, sobrados en toda España, que prueban que esto que estoy planteando no tiene un prejuicio ideológico o partidario, sino que son datos contrastables a poco que alguien se tome el trabajo de acercarse a ellos con la mente abierta y para ver si efectivamente estas situaciones se están produciendo.

En suma, se están tomando decisiones trascendentales para el modelo sanitario de nuestro país, pero que se debieran en todo caso adoptar tras un debate previo sobre las finalidades reales que se quieren conseguir con los cambios, los fallos que impiden al sistema existente conseguir esas finalidades, si es que el sistema público de salud actual no es capaz de hacerlo, y los mecanismos más acertados para lograrlo. Aquí falta un diagnóstico compartido. Se pretende conseguir unas finalidades en las que, dicho así, en genérico, todos estaríamos de acuerdo —mejores prestaciones, de más calidad, con recursos más ajustados para no solamente no disminuir los servicios que se prestan a los ciudadanos, sino, al contrario, proporcionar más y mejores servicios y a menor precio, ese es un objetivo que compartimos todos—, pero a la hora de la verdad no hemos sido capaces de ponernos a discutir siquiera para ver si teníamos alguna posibilidad de llegar a un acuerdo sobre cuáles son los mejores medios para conseguirlo y, por tanto, lo único que tenemos es una absoluta falta de consenso respecto de las medidas que se están tomando y un completo consenso respecto de los perjuicios que ya se están produciendo por esas medidas que se están poniendo en marcha con un criterio político que —me duele decirlo, pero lo considero así— es un criterio político partidista y que no defiende ni tiene en cuenta el interés general, por mucho que se enarbole esa bandera y que se envuelva en ella misma.

En definitiva, a nuestro juicio, para evitar decisiones precipitadas por los actores autonómicos, que son los que están tomando estas decisiones, el Estado, el Gobierno que representa a todo el Estado, pero el Estado, porque las comunidades también lo son, debe ejercer las responsabilidades que le atribuye la Constitución, sin perjuicio de quién tenga la competencia y sin perjuicio de que, además y posteriormente, se plantee su reforma para recuperar competencias o no, que esto no es en este momento motivo del debate, al menos no por nuestra parte. Es por eso por lo que presentamos y defendemos esta proposición no de ley que en dos puntos plantea sucintamente lo que les acabo de explicar a todos ustedes.

### — SOBRE VACUNACIÓN INFANTIL. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO CATALÁN (CONVERGÈNCIA I UNIÓ). (Número de expediente 161/001222).

El señor **PRESIDENTE**: Un momento, reclamo, señores portavoces su atención. La proposición no de ley correspondiente al punto 9.º del orden del día, sobre vacunación infantil, ha sido retirada. Después de finalizar esta proposición no de ley, vamos a debatir la que figura en el punto 6.º y después la que figura en el punto 12.º y con eso terminaremos el orden del día. Yo les agradezco el esfuerzo que han hecho de síntesis, va todo muy bien, y les anuncio que vamos a votar a las siete. Se lo digo para que los distintos grupos políticos, fundamentalmente los de mayor enjundia, tengan preparada la votación. (**Rumores.—El señor Llamazares Trigo: Mayor número de escaños.**)

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): Mayor número, no enjundia. (**Risas.**)

El señor **PRESIDENTE**: Perdón, lo he dicho mal, me he equivocado, mayor número. Por favor, les tengo muchísimo respeto a todos ustedes.

En estas proposiciones no de ley se han presentado sendas enmiendas. Por el Grupo Parlamentario Socialista, para su defensa, tiene la palabra don José Martínez Olmos, (**El señor vicepresidente, Román Jasanada, ocupa la Presidencia.**)

El señor **MARTÍNEZ OLMOS**: Al juntar aquí dos proposiciones no de ley, creo que le da todavía más relevancia al debate que estamos teniendo aquí esta tarde, que es sobre un tema importante. Estamos hablando fundamentalmente de las decisiones de privatizar la gestión de servicios públicos, de poner en

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 313

24 de abril de 2013

Pág. 26

manos privadas la gestión de servicios tan importantes como los servicios sanitarios que se dan en hospitales y en centros de salud públicos.

La Comunidad Autónoma de Madrid está tomando una decisión —fundamentalmente quiero hablar de la Comunidad de Madrid porque está generando una enorme marea blanca de ciudadanos y profesionales contrarios a esta decisión— y está generando y concitando la atención y la preocupación del conjunto de la ciudadanía y, en el caso del Grupo Parlamentario Socialista, asimismo nuestra enorme preocupación y rechazo a esta decisión. El consejero de Madrid ha inaugurado una nueva línea argumental, quebrando el planteamiento que el Partido Popular tiene de echar toda la culpa a la herencia de Zapatero, cuando ahora culpa de la decisión de privatizar la gestión de estos servicios sanitarios públicos al presidente señor Rajoy. Creo que no saben qué excusa poner, sinceramente, y a mí me parece que se abre un camino que va a tener un coste importante para la salud y para la equidad, pero, señores del Grupo Popular, va a tener un coste importante para sus expectativas electorales. Probablemente el tiempo dé la razón a lo que estoy planteando y se acuerden del enorme error que están cometiendo, porque una cosa es privatizar, externalizando la gestión de algunos servicios sanitarios, y otra es darle la vuelta como a un calcetín a la gestión pública de los servicios de sanidad pública.

Quiero señalar la importancia que tiene esta cuestión, pero también anticipar lo que viene siendo su argumento para defender esta medida. Les voy a pedir que no vuelvan a utilizar el argumento de que Andalucía también utiliza mecanismos similares de privatización, porque es un pobre argumento; desgraciadamente se quedan todavía más exentos de razones y de justificación. El otro día le pedí a la ministra —y si el Grupo Popular quiere me puede contestar a la pregunta que la ministra no fue capaz de contestar— que me dijera el nombre de un hospital público andaluz que el Gobierno de la Junta de Andalucía haya sacado a concurso para externalizar la gestión y ponerla en manos privadas, un solo nombre. La colaboración con el sector privado en Andalucía no alcanza ni el 3,7% del presupuesto sanitario andaluz, es la más baja de España, pero no hay ni una sola situación similar a la de Madrid, y utilizar ese argumento para justificar las medidas de Madrid es algo realmente pobre.

Comparto las reflexiones que ha hecho el portavoz de Izquierda Unida, comparto parte de las que ha hecho la portavoz de UPyD, pero hemos presentado una enmienda a la proposición no de ley de UPyD en el punto 2 y le pediría a la señora Díez que aceptara, si es posible, la enmienda y, si no, la votación separada, ya que en caso contrario vamos a tener dificultad de poder apoyar su PNL. Me quiero explicar. Nosotros pensamos que el proceso autonómico de descentralización ha sido positivo para la ciudadanía, y uno de los elementos clave para la mejora de la salud de los ciudadanos de España en cada una de las comunidades autónomas ha sido la capacidad autonómica para generar los recursos necesarios. Quiero recordarle a sus señorías lo que era la Extremadura del año 1990, la Andalucía del año 1984 o la Comunidad Autónoma de Castilla y León en el año 1990, es decir, comunidades que tenían una enorme dificultad para acceder a los servicios sanitarios porque el Insalud antiguo no había sido capaz de generar los recursos necesarios. Ahora bien, eso no quita que no se puedan evaluar las medidas tomadas o que no se pueda planificar cómo adoptar decisiones de manera conjunta, no solamente porque es bueno, sino también porque puede ser útil para planificar las necesidades de recursos humanos o para ser más eficientes, pero no dándole al Gobierno de España la competencia que no tiene. Por eso nosotros somos partidarios de que se promueva en el consejo interterritorial un proceso de planificación y de evaluación de los nuevos hospitales y también del impacto en la salud y en la eficiencia que puedan tener las nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud. En ese sentido creemos que podríamos estar en el espíritu de lo que plantea el Grupo UPyD, pero también respetando el ámbito competencial de las distintas administraciones.

En cualquier caso, señorías, creo que sería conveniente, y termino, pedirle al Partido Popular que reflexione sobre la política que se está aplicando. En este caso tengo la sensación —puedo estar equivocado— de que el Gobierno se ha visto arrollado por una decisión unilateral de la Comunidad de Madrid; por razones internas, hay claramente una discrepancia entre el Gobierno de la Comunidad de Madrid y el Gobierno de España en relación con la financiación y está dando lugar con ello a que se vea atrapado en unas decisiones que probablemente no serían las que le hubiese gustado en este momento desarrollar, pero esto no deja de ser una opinión personal. Creo que, dada la mayoritaria —en mi opinión— movilización ciudadana y profesional y la mayoritaria discrepancia con este modelo, estaría bien que rectificaran y aceptaran estas propuestas.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 313

24 de abril de 2013

Pág. 27

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): Tiene la palabra el portavoz del Grupo Popular señor Cervera.

El señor **CERVERA TAULET**: Una vez más entramos a debatir el modelo de gestión. Voy a hacer un breve análisis fuera de la terminología ideológica y tratando de dar un poco más de claridad. La gestión privada se basa fundamentalmente en una financiación pública, en un control público, y en una gestión privada que además va a ser reversible siempre. Es legal, lo admite la Ley 15/1997, de nuevos modelos de gestión en la sanidad, votada por la mayoría de este Congreso, y está extendida por toda España. Es una competencia de las comunidades autónomas y la obligación que tiene el Gobierno de España, en este caso en concreto pero también en otros casos similares, es vigilar que la gestión en estos casos ayude a mejorar o a dar equidad en la calidad de la atención y de la prestación a los ciudadanos españoles. Hay organismos, como es la alta inspección, que deben tener la obligación de vigilar que esa gestión esté marcada por la buena gobernanza en todos los ámbitos. Además el ministerio trabaja y sigue trabajando para incorporar a estos hospitales dentro de los indicadores de calidad asistencial, indicadores de salud para que tengan la referencia como un hospital más del Sistema Nacional de Salud. También hay que decir que estos hospitales tienen transparencia en sus indicadores de gestión y participan en muchos casos en valoraciones conjuntas, que luego al cabo del tiempo tienen como consecuencia la obtención de galardones y de reconocimientos a su buena gestión en la atención a los ciudadanos.

Lo que me gustaría —sé que no lo voy a conseguir— es evitar el posicionamiento ideológico de inicio y tendríamos que hablar, señor Llamazares, señor Olmos, señora Díez, de gestión, hablar de calidad de prestación de los servicios a los ciudadanos, hablar de satisfacción percibida, y en las encuestas sobre satisfacción de los ciudadanos en estos hospitales se reconoce que el ciudadano está muy contento con la atención que se le da. Habría que hablar de resultados, de indicadores de salud, de si esos hospitales cumplen con las perspectivas de ir aumentando la cirugía sin ingreso, la menor estancia media, el menor número de complicaciones iatrogénicas, el menor número de efectos secundarios por el ingreso, el menor número de reingresos... Yo creo que de eso tendríamos que estar hablando y en ningún caso ustedes lo mencionan. Tendríamos que estar hablando, y eso sí que lo mencionan ustedes, del buen uso de los recursos y de la buena gobernanza. En eso estamos absolutamente de acuerdo. El modelo de gestión no es bueno o malo según sea privado o público; es bueno o malo según se gestionan los recursos. Es bueno si se gestionan bien y el resultado de la atención sanitaria es la correcta.

Deberíamos hablar de transparencia, de mejorarla, y si hay alguna duda, ir todos de la mano a exigir que estos modelos sean transparentes, no solamente —que se ha demostrado que sí lo son— en la exposición de los pliegos, en este caso en los que ustedes han mencionado de los últimos días, sino también transparencia en la gestión, transparencia en los diagnósticos, en los tratamientos aplicados, etcétera. También tendrían que hablar ustedes de los incentivos de la productividad a los profesionales, que es muy importante. **(El señor Llamazares Trigo: De los salarios.)** De los salarios, sí, efectivamente. **(El señor Llamazares Trigo: Más bajos.)**

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): No entablen conversaciones y respeten el turno del orador.

El señor **CERVERA TAULET**: Lo que les vengo a decir tanto al señor Llamazares como al resto de sus señorías, a los que de verdad les tengo el máximo respeto y sé que sus planteamientos los hacen desde la duda y la incertidumbre, es que hagamos un debate sobre la gestión, que seguramente mejorará cualquier tipo de modelo, el de gestión privada, el de gestión pública, el mixto y el que sea. Hablemos también de que en estos modelos debe haber participación de los profesionales y de los ciudadanos. Creo que eso sería bueno. Todos estamos de acuerdo en que el sistema sanitario tiene necesidad de reformas, pero los modelos deben incentivar la eficiencia, la integración y los resultados. Estoy de acuerdo en que los modelos, sean los que sean, no pueden barajarse solamente bajo el parámetro del ahorro, pero sobre todo eso se tendría que seguir trabajando y dialogando.

Lo que he tratado de decir en estos tres minutos es que tenemos todos interés de poner en común las bondades de cualquier tipo de desarrollo de gestión, sin criminalizar ninguna en principio, y sobre todo tenemos interés en la transparencia y en la tranquilidad, porque debe haber un control público absoluto de la gestión. La reforma del sistema sanitario pasa por muchas medidas, algunas de las cuales las hemos consensuado y otras seguro que las consensuaremos en el futuro, pero este tipo de modelos necesitan un debate serio y técnico de gestión, y estoy convencido de que todos nosotros podríamos dar más luz a

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 313

24 de abril de 2013

Pág. 28

ello. Les recuerdo que hay una subcomisión sobre sostenibilidad, a la que están yendo personas de reconocido prestigio para hablar de este tipo de modelos, para reconocer sus bondades y cuáles son sus vías de mejora. **(Aplausos.)**

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): Tiene la palabra la señora Díez.

La señora **DÍEZ GONZÁLEZ**: Quiero anunciar que aceptamos la enmienda presentada por el Grupo Socialista, con la adición de un párrafo que leo en alto para que lo puedan escuchar: «Con el objetivo de garantizar la cohesión y la equidad», de forma que, dado que el Grupo Socialista acepta esa transaccional, se la pasará a la Mesa para que se someta a votación de esa manera.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): Hagan llegar la enmienda transaccional.

### — SOBRE SUPRESIÓN DE LA APLICACIÓN DE TASAS JUDICIALES A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/001053).

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): Pasamos a la proposición no de ley del Grupo Parlamentario Socialista sobre supresión de la aplicación de tasas judiciales a las personas en situación de dependencia. Tiene la palabra la señora Jiménez.

La señora **JIMÉNEZ GARCÍA-HERRERA**: Señorías, intervengo en nombre del Grupo Parlamentario Socialista para defender esta iniciativa parlamentaria de supresión de la aplicación de las tasas judiciales a uno de los colectivos especialmente vulnerables, que es el de las personas en una situación de dependencia. Creemos que se trata de una cuestión que afecta de una manera directa y profunda a derechos fundamentales de los ciudadanos y permítanme explicarme.

Como saben, el Grupo Parlamentario Socialista y de hecho todos los grupos parlamentarios excepto el Grupo Popular hemos tenido una posición muy clara de rechazo total ante la denominada Ley de Tasas. Todos desde el primer día denunciábamos que esta ley suponía un retroceso profundo en nuestro sistema de derechos y libertades. Quiero recordar que en 1986, hace ya más de veinticinco años, se aprobó en esta Cámara una ley para erradicar de nuestro ordenamiento jurídico la figura de la tasa judicial y así propiciar que todas las personas pudieran obtener justicia cualquiera que fuera su situación económica y social. Quiero recordar también la jurisprudencia del Tribunal Constitucional, que en una reciente sentencia ha subrayado que la cuantía de las tasas no debe impedir u obstaculizar de manera desproporcionada el acceso a la jurisdicción.

Como en otras ocasiones, entendemos que el Gobierno ha utilizado la crisis como coartada para imponer un cambio profundo en algo que ya estaba consolidado en nuestro país, un cambio cargado de ideología, como ha hecho para tratar de justificar los recortes y retrocesos en sanidad, en dependencia o en igualdad, cuando podía haber utilizado otros instrumentos. Resulta evidente que el objetivo recaudatorio de la Ley de Tasas supone una clara limitación al derecho de acceso a la justicia y se puede convertir en un obstáculo impeditivo para la obtención de la tutela judicial efectiva a la que tenemos derecho todos los ciudadanos. Por todo ello, el Grupo Parlamentario Socialista ha rechazado la Ley de Tasas planteada por el Gobierno y el ministro Gallardón. Como recordarán, presentamos una enmienda a la totalidad que fue rechazada por el Grupo Popular. También presentamos decenas de enmiendas a lo largo de la tramitación, porque entendíamos, como ya he explicado, que el efecto que iba a producir la Ley de Tasas era muy lesivo para los derechos fundamentales de los ciudadanos, y de nuevo todas las enmiendas fueron rechazadas.

Me parece oportuno detenerme un momento en recordar cómo fue la tramitación parlamentaria de la Ley de Tasas, porque no se reflexionó ni se permitió ningún debate sobre las enmiendas presentadas por la oposición. Se impuso una tramitación exprés con el evidente afán de ocultación a los ciudadanos y de evitar la participación de todos los sectores sociales concernidos, preocupados y que han salido a la calle para manifestar su oposición a la Ley de Tasas. Fue tal el despropósito que todos los grupos de la oposición nos vimos obligados a salir de la Comisión en señal de protesta y rechazo.

Es verdad que finalmente, después de todo el lío generado y solo unos meses más tarde, el Gobierno trató de suavizar la norma que acababa de aprobar. Trató de atemperar un poco la situación creada tras una tramitación parlamentaria con una fuerte oposición y una gestión de la aplicación de la ley plagada de errores, correcciones un día sí y otro no, y se avino a introducir cambios ante la presión política y ciudadana y lo hizo recurriendo, cómo no, señorías, una vez más al real decreto-ley para modificar en algunos

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 313

24 de abril de 2013

Pág. 29

aspectos el régimen de las tasas, pero impidiendo una vez más, cómo no, el debate parlamentario al rechazar que se tramitase como proyecto de ley.

Es verdad también que hay aspectos que para algunos colectivos se mejoran, hay que señalarlo todo. Si bien se amplían los sujetos que tienen derecho a la justicia gratuita, que engloba la exención completa en el pago de las tasas, es solo respecto de determinados litigios y el beneficio de la justicia gratuita lo ponen siempre con ciertos condicionantes. Se reconoce en el artículo 2 de este real decreto-ley el derecho de asistencia jurídica gratuita a las víctimas de violencia de género, de terrorismo y de trata de seres humanos, a los menores de edad, a las personas con discapacidad psíquica, cuando sean víctimas de abuso o maltrato, y a víctimas de accidentes de tráfico que sufran secuelas permanentes e invalidantes en las reclamaciones de indemnización de daños. Pero la Ley de Tasas, aun modificada, está muy lejos de lo que sería una ley de tasas en un Estado de derecho como es el nuestro o como debería ser el nuestro, en un Estado de derecho moderno, avanzado, que permita la tutela judicial efectiva. Estamos en una Comisión de Sanidad y Política Social, pero hablando de garantías y hablando de derechos. Por ello, los socialistas decidimos recurrir la ley ante el Tribunal Constitucional, básicamente porque entendemos que se vulnera, como decía, el derecho a la tutela judicial efectiva recogida en el artículo 24.1 de la Constitución, al constituir un impedimento desproporcionado e irrazonable para el acceso de los ciudadanos a la justicia.

Señorías, esta proposición no de ley que hoy debatimos tiene el objetivo de seguir denunciando e intentar frenar la aplicación de esta ley. Esta PNL forma parte de un conjunto de iniciativas presentadas por el Grupo Socialista en las que instamos al Gobierno a suprimir las tasas en determinados supuestos de especial trascendencia y cuando afecten a colectivos de especial vulnerabilidad, como a las personas dependientes. Ni siquiera pedimos la retirada de la ley, porque está recurrida ante el Tribunal Constitucional. Pedimos que queden exentos determinados colectivos de tener que pagar estas tasas. Creemos que no es pedir tanto cuando hablamos de un grupo de especial vulnerabilidad.

En esta Comisión hemos denunciado en numerosas ocasiones los recortes del Gobierno del Partido Popular en la Ley de Dependencia: recortes en derechos, recortes en financiación, recortes en prestaciones, retrasos en el calendario de aplicación, un sinfín de modificaciones que empezaron a aplicarse desde el primer Consejo de Ministros del Gobierno del Partido Popular para dismantelar el sistema de dependencia tal y como fue concebido, con el apoyo también del Partido Popular. El dramático balance de esta política del Gobierno es que hoy —está recogido de los datos de la página web del Ministerio de Sanidad y Política Social— hay 25.000 personas menos atendidas; 25.000 personas que no pueden valerse por sí mismas que antes del real decreto ley de julio tenían derecho...

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): Concluya, señora Jiménez.

La señora **JIMÉNEZ GARCÍA-HERRERA**:...a percibir una prestación económica, un servicio, y ahora ya no lo tienen. Son 25.000 personas dependientes que han visto frustrada la efectividad de un derecho que les había sido reconocido.

Señorías, la nueva regulación adoptada en materia de tasas judiciales supone un nuevo quebranto para los derechos de las personas en situación de independencia. Tenemos que decirlo una, dos y todas las veces que hagan falta: la exigencia del pago de la tasa en los procedimientos que se tramiten en relación con el reconocimiento de su condición de beneficiario de la ley de dependencia y con cualquier aspecto de la misma limitaría el acceso a la tutela judicial efectiva de un colectivo singularmente desfavorecido en la sociedad española. En definitiva, señorías, con esta proposición no de ley tratamos de reabrir un debate que es absolutamente necesario para que el Gobierno reflexione y siga reformando en la línea en que ya lo ha hecho. Ha reformado la propia ley, en el sentido de adoptar por un lado todas las medidas que sean necesarias para garantizar que nadie vea limitado su derecho de acceso a la justicia por no poder hacer frente al pago de la tasa judicial, es decir, que las personas físicas no paguen tasas, y por otro lado se trata de asegurar específicamente que la interposición de demandas y presentación de ulteriores recursos respecto de la aplicación de la Ley de Dependencia queden exentos del pago de la correspondiente tasa judicial.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): ¿Grupos que van a hacer uso de la palabra? (Pausa). Por Izquierda Unida tiene la palabra el señor Llamazares.

El señor **LLAMAZARES TRIGO**: Únicamente quiero expresar el apoyo de mi grupo a la iniciativa, que quiere lo más quiere lo menos. Nosotros queremos desterrar de la justicia española, yo diría del servicio

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 313

24 de abril de 2013

Pág. 30

público de la justicia, las tasas, sobre todo tasas que prácticamente vulneran la tutela judicial efectiva, y en ese sentido hemos presentado enmiendas a los dos textos de tasas promovidos por el Gobierno. En este caso, en consecuencia, consideramos que aquellos sectores más débiles o más frágiles ante la situación económica y social deben tener una especial protección independientemente de que sean mayores o menores las tasas. En estos momentos aparte de estar sometidos a un Estado de decreto en esta Cámara, tenemos también el orgullo de una especie de legislación geológica en la que por una parte se presenta una iniciativa, luego se modifica mediante la corrección de errores, lo que no se ha hecho a través de las enmiendas, y finalmente se modifica con una nueva ley que modifica a la ley anterior, aunque esta ley haya sido aprobada dos meses antes. No es de extrañar, señorías, que seguramente en las cátedras y en las universidades no hablen muy bien de nosotros en cuanto a nuestra calidad en la elaboración legislativa. En todo caso, tanto por la cuestión de forma como por la cuestión de fondo, que es la que importa, mi grupo parlamentario va a respaldar esta iniciativa porque consideramos que al menos determinados sectores y en determinadas materias, como es la que tiene que ver con la Ley de Atención a la Dependencia, no tengan que pagar unas tasas para que puedan defenderse y, sobre todo, para que puedan tener acceso al servicio público de la justicia. A veces vemos la justicia únicamente como un poder, y aparte de los debates del poder de la justicia lo importante es su carácter de servicio público para los ciudadanos, en concreto para los que están en peores condiciones, para los cuales la justicia es un elemento fundamental de las políticas de igualdad y de las libertades que se les reconocen en la Constitución.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): Por el Grupo Parlamentario Popular tiene la palabra la señora Martín.

La señora **MARTÍN POZO**: Señorías, me corresponde fijar la posición de mi grupo parlamentario en esta proposición del Grupo Socialista, que en su exposición vuelve a la carga con su desgastado e incierto discurso de que el Gobierno del Partido Popular está desmantelando el Estado de bienestar, esta vez en la versión de quebranto en los derechos de las personas en situación de dependencia por la nueva regulación de las tasas judiciales. Digo incierto porque es un objetivo claro de este Gobierno del Partido Popular garantizar la supervivencia del sistema de dependencia, mejorar un sistema agónico por la mala gestión del Gobierno anterior, modificarlo, mejorarlo, simplificarlo, ordenarlo y buscar la transparencia en la gestión. Llama la atención que hable de quebranto en los derechos de los dependientes el grupo parlamentario cuyo Gobierno puso en serio peligro la sostenibilidad del sistema de atención a los dependientes; un Gobierno que no pagó las cuotas a la Seguridad Social de los cuidadores no profesionales, ascendiendo la deuda a la cantidad de 1.034 millones de euros, a la que ha tenido que hacer frente el Gobierno del Partido Popular; un Gobierno socialista que quebrantó los derechos de los dependientes al eliminar en junio de 2010 la retroactividad de las prestaciones de dependencia, pasando a recibir la cuantía con efectos desde la concesión y no desde la fecha de la solicitud que estaba previsto; un Gobierno que quebrantó los derechos de los dependientes al recortar en el año 2011 el crédito transferido a las comunidades autónomas en 235 millones de euros, justamente el mismo año que debían entrar nuevos beneficiarios en el sistema. Esto es quebrantar los derechos de los dependientes, señoría.

Seamos serios, señorías. Ustedes se han instalado en la demagogia, y prueba de ello es esta proposición no de ley. Son contados los casos en los que las personas dependientes acaban acudiendo a los juzgados para que se les reconozcan los derechos de la Ley 39/2006, ley que, por cierto, ustedes no fueron capaces de desarrollar totalmente. Se resuelven en vía administrativa, y aquí —como bien sabe— no hay que abonar tasa alguna; no obstante, y para esos casos quiero señalar que la interposición de los recursos contencioso-administrativos, cuando se recurra en caso de silencio administrativo negativo o inactividad de la Administración, están exentos de tasas, según lo dispuesto en la Ley 10/2012. Le voy a decir más. Con carácter general el Gobierno del Partido Popular se ha ocupado de que para todos los ciudadanos, dependientes o no, la falta de medios económicos no sea un obstáculo para el acceso a la tutela judicial efectiva, ya que se ha establecido la exención de las tasas judiciales a las personas a las que reconozca —como usted bien ha mencionado— el derecho a la justicia gratuita, y se ha encargado de elevar el umbral de rentas para acceder a este derecho a 2,5 veces el Iprem con carácter general y hasta tres veces cuando se trate de unidades familiares de cuatro o más miembros, y en el caso de circunstancias especiales de salud o discapacidad el límite se eleva hasta a cinco veces, es decir 32.000 euros. Señoría, esto es garantizar el acceso a la tutela judicial de todos los ciudadanos, incluidos los dependientes, y el resto es demagogia.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 313

24 de abril de 2013

Pág. 31

Les voy a pedir coherencia. Solicitan ustedes la exención de la tasa judicial para los dependientes sin establecer ninguna limitación ni ninguna diferenciación. Al respecto hay que decirles, señoría, que por razones de justicia redistributiva las exenciones deben estar ligadas a la capacidad económica de la persona afectada y no a la situación personal y concreta en la que se encuentre, como puede ser la dependencia. No son ustedes coherentes en sus planteamientos ya que proponen diferentes cuestiones según se encuentren en el Gobierno o en la oposición. El mismo criterio de copago de un servicio público como es la justicia es el que prima en la Ley de Dependencia, ley que, por cierto, trajo a este Congreso un Gobierno socialista y que prevé la participación del usuario en el coste de los servicios atendiendo a la capacidad económica de las personas.

Finalizo, señor presidente, ya que, entendiendo garantizados los derechos de los dependientes, y habiendo considerado el Tribunal Constitucional la viabilidad del modelo de tasas, les anuncio que el voto del Grupo Parlamentario Popular va a ser contrario a la proposición que nos ocupa. **(Aplausos.)**

### — RELATIVA A LA SIMPLIFICACIÓN DE LOS TRÁMITES PARA CAMBIAR DE MEDICAMENTOS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/0001488).

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): Pasamos al último punto del orden del día, que es el que figura como 12.º, relativo a la simplificación de los trámites para cambiar de medicamentos. El grupo proponente es el Grupo Parlamentario Popular. Tiene la palabra la señora Fabra.

La señora **FABRA FERNÁNDEZ**: El Real Decreto 618/2007, de 11 de mayo, reguló el procedimiento para el establecimiento mediante visado de reservas singulares en la prescripción, dispensación y financiación de determinados medicamentos. El objetivo que se persigue con las reservas aplicadas mediante visado no es otro que verificar su adecuada utilización. Para garantizar ese uso racional de todos los productos sanitarios, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, bien de oficio, bien a instancia de las comunidades autónomas en la comisión permanente de farmacia del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, se reserva esa potestad únicamente por los siguientes motivos: medicamentos sujetos a la calificación de prescripción médica restringida; medicamentos que en virtud de decisión motivada y debidamente publicada de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios queden sujetos a reservas singulares, por cuestiones de seguridad, por la limitación para determinados grupos de población de riesgo; y medicamentos para los que se financian únicamente algunas de las indicaciones terapéuticas o que se aplique una aportación reducida en función del tipo de paciente. Solo en los casos en los que no se contemplen las condiciones de utilización autorizadas en la ficha técnica o en las indicaciones terapéuticas las autoridades sanitarias podrán denegar ese visado.

En la práctica, señorías, tal y como mi grupo parlamentario ha planteado en la exposición de motivos de la proposición no de ley que debatimos esta tarde, el procedimiento administrativo para que el paciente acceda a la medicación visada carece en muchos casos de la agilidad deseada y necesaria, lo que dificulta el acceso a los mismos. No contar con ese visado no implica que no se dispense ese medicamento, pero impide su financiación por los servicios de salud. En algunos casos, para la obtención del visado el paciente debe pedir cita en el centro de atención primaria, debe acudir a la consulta de un médico del primer nivel asistencial para que posteriormente le derive a un especialista, que en la visita deberá validar los informes médicos previos o incluso solicitar nuevas pruebas diagnósticas que considere necesarias para posteriormente volver al centro de salud, solicitar el visado, y finalmente recoger el medicamento. No se trata solo de las dilaciones temporales que provocan en el acceso del paciente al medicamento, así como las molestias que originan los múltiples desplazamientos, no siempre sencillos para los enfermos o sus familiares, sino también la considerable carga burocrática que supone este procedimiento administrativo para el profesional sanitario.

Con el fin de facilitar y de agilizar los trámites, el Grupo Parlamentario Popular trae a esta Comisión esta iniciativa con el ruego de que cuente con la aprobación del resto de los grupos de la Cámara. Quisiera agradecer la enmienda de adición presentada por el Grupo Parlamentario Socialista, que hemos acordado transaccionar, y que en un momento entregaremos a la Mesa. No es una novedad la intensa promoción que está llevando a cabo el Ministerio de Sanidad en el uso de las nuevas tecnologías en el Sistema Nacional de Salud, y en este capítulo es donde pretendemos contextualizar la proposición no de ley, porque lo que nos permiten las TIC es optimizar recursos sin que ello conlleve una merma en la calidad de la prestación de los servicios. También el objetivo es favorecer la cohesión, la coordinación, la calidad

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 313

24 de abril de 2013

Pág. 32

y la equidad en el acceso de todos a los servicios asistenciales, en este caso en farmacia, donde el ministerio, y también las comunidades autónomas, están liderando iniciativas que deben ser puestas en común para que nadie, con independencia de dónde resida, se quede fuera. Por ello consideramos que es nuestro deber aplicar el sentido común, aprovechar las experiencias positivas, las buenas prácticas, a la hora de facilitar la relación de los contribuyentes con la Administración pública. **(Aplausos.)**

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): Se ha presentado una enmienda por parte del Grupo Socialista. Para su defensa tiene la palabra la señora Martín.

La señora **MARTÍN GONZÁLEZ**: Señorías, quisiera manifestar en primer lugar mi sorpresa por el título de esta proposición relativa a la simplificación de los trámites para cambiar de medicamentos. No ha dejado de ser una sorpresa por muchas veces que lo he leído, porque el contenido real no tiene nada que ver. Aun así, debo avanzarles que, lógicamente, vamos a estar de acuerdo en la propuesta pero no así en su título. Quería hacer algunos matices. Mi grupo, el Grupo Socialista, quiere recurrir a la memoria que recogida en el «Diario de Sesiones» dice lo siguiente: No entiendo algunas de las proposiciones no de ley del Grupo Socialista. Continúa diciendo: Creo que cuando se viene al Congreso de los Diputados hay que ser más serios, y más en las iniciativas. Ya sé que la actividad que les están imprimiendo los grupos, todos, hace que ustedes caigan en estos errores de cargar las comisiones con proposiciones que no tienen sentido. Son palabras dichas en esta Comisión por una diputada del Grupo Parlamentario Popular en la legislatura pasada. Como algunos no se acordarán y otros no tuvieron oportunidad de oírlas, se las he traído hoy aquí. No son palabras mías, quiero reiterarlo; son palabras de ustedes, y esto es simplemente un recuerdo.

Señora Fabra, no se preocupe, creo que es de Perogrullo que aprobemos esta propuesta. Es lógico que estemos de acuerdo en que se agilicen los trámites para acortar los tiempos del visado de las recetas. Los trámites son a veces lentos y farragosos, no exentos de dificultades. Usted ha descrito los diferentes pasos que se dan para visar las recetas, y hay que reconocer que la realidad de los visados es muy diferente de unas comunidades a otras. Hay que recordar que la competencia reguladora es de la Administración General del Estado, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Si se detecta en algún momento que algo no funciona correctamente hay que corregirlo sin más; basta con elaborar una instrucción del ministerio y que sea de obligado cumplimiento para las comunidades autónomas. No sé si usted es usuaria del servicio público de salud, no sé si usted ha visado recetas en algún momento —puede que sí—, pero voy a concretar dos graves dificultades con que se encuentran los pacientes para realizar los trámites, y para los que el Gobierno debe buscar la solución. La primera, puede que se esté dificultando los visados de este tipo de recetas para disminuir el gasto farmacéutico, al tratarse de medicamentos de alto coste en la mayoría de los casos (**El señor presidente ocupa la Presidencia**), de ahí que su uso sea restringido; puede ser. De esto, quienes más se quejan son los especialistas, sobre todo los de la Comunidad de Madrid. La segunda dificultad puede ser porque en realidad los pacientes cuando tienen que renovar sus visados tengan que volver a presentar informes actualizados del especialista prescriptor. Por si no lo sabe, las listas de espera han aumentado considerablemente en todas las comunidades en las que ustedes gobiernan, por ser un eslabón más en la infinita cadena de recortes que aplican. Pues bien, si a un paciente se le cita para acceder a su especialista para 2014 o 2015, como ocurre en mi comunidad, en Castilla-La Mancha, simplemente para renovar un informe preceptivo cada seis meses o un año, en función de la patología y de la evolución de cada paciente, difícilmente hay agilidad en los trámites. ¿A que es muy fácil de entender? Como le decía, puede ser, pero la realidad es esta. ¿Qué solución pueden aportar a estos pacientes? Propónganlo ustedes en la comisión de farmacia, apruébenlo en el consejo interterritorial y cúmplase por parte de las comunidades autónomas.

¿Hace falta traer este tema a esta Comisión? Pues sinceramente, no, pero ya que se trae seamos sensatos y que sirva para algo. En este sentido hemos presentado la enmienda que han visto. Una vez más, aprendamos de las comunidades que lo hacen bien y apliquemos los criterios en el resto de comunidades para que lo aprendan. Algo tendrán que decir ustedes para mejorar la situación insoportable de las listas de espera. Supongo que esto será contenido de otra proposición no de ley. Espero que la presenten ustedes, para que instemos al Gobierno a hacer algo razonable, y nosotros también votaremos a favor. **(Aplausos.)**

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos que quieran intervenir? Tiene la palabra el señor Llamazares.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 313

24 de abril de 2013

Pág. 33

El señor **LLAMAZARES TRIGO**: Yo también estoy perplejo con esta iniciativa del Grupo Parlamentario Popular. Antes hablaba de una especialidad que hemos logrado en los últimos tiempos que no va a favor de nuestro prestigio, que es la legislación por decreto y la legislación geológica, en la cual las leyes se acumulan como capas geológicas. En materia de iniciativa y de control del Gobierno en los últimos tiempos estamos aprendiendo mucho de lo que podríamos denominar las iniciativas de incienso al Gobierno. Esta forma parte de las iniciativas de incienso al Gobierno, lo que pasa es que está envenenada. Yo prevendría al Grupo Parlamentario Popular de que las competencias que son autonómicas no intenten hacerlas recaer sobre la Administración central, no se la vaya a responsabilizar de materias que no puede regular o solucionar. En todo caso, nosotros votaremos favorablemente, como no puede ser de otra manera, que este tema de los visados se agilice, pero sabemos de las dificultades que se han comentado por parte de los grupos parlamentarios en estos momentos con respecto a los visados; yo no diría solamente los visados, yo diría los vetos. En estos momentos se están produciendo dificultades burocráticas por los visados para la prescripción, así como por la inspección se están produciendo vetos a fármacos por los profesionales. Nos vamos a meter en un buen lío —creo— con motivo de esta iniciativa. En todo caso, el Grupo Parlamentario Popular sabrá cómo gestiona el incienso al Gobierno.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra la señora Tarruella.

La señora **TARRUELLA TOMÀS**: Simplemente quería manifestar que en nuestro grupo parlamentario nos vamos a abstener en esta proposición no de ley, no porque no estemos de acuerdo en simplificar circuitos —me parece muy bien que se simplifiquen los circuitos y cuantas más facilidades se dé a los ciudadanos mejor— sino porque además es una pérdida de tiempo que se traigan a esta Comisión y a este Parlamento cuestiones que son correspondientes a los parlamentos autonómicos. Si esto que pasa sucede en una comunidad autónoma determinada, que se trate en el Parlamento de esa comunidad autónoma. ¿O no creen —lo he dicho varias veces aquí— en los parlamentos autonómicos? Nosotros sí creemos. Esto es un tema de circuitos administrativos. Simplemente es poner un circuito administrativo para que esto funcione y sea ágil. Cuando leí la proposición no de ley, me pareció que estaba en la prehistoria, porque —aprovecho para decirlo— en Cataluña hace ya muchos años que esto se corrigió en una normativa interna, se dio facultad. Como el primer medicamento lo prescribe siempre un especialista, le acompaña un informe que se lleva al médico de cabecera. Se facultó a los directores de los centros de primaria para que ellos hicieran el visado de inspección, que hoy en día ya está también desfasado, porque actualmente —menos en Cataluña, donde el 85% de todas las recetas son electrónicas— todo esto también se ha corregido con el visado, vía electrónica, y el paciente del mismo sitio no tiene que ir a visar la receta a ningún otro lugar; incluso en la farmacia ya ven electrónicamente la autorización de la inspección. Por eso yo les pido que, en cuanto a circuitos administrativos que tienen que arreglar en una comunidad autónoma, por favor, sea en temas competencia de este Parlamento. Me parece que de temas sanitarios muchos tenemos muchas cosas para hablar y que arreglar. Por lo tanto, en nuestro grupo, lógicamente, como he dicho, nos abstendremos por estos motivos en esta proposición no de ley.

El señor **PRESIDENTE**: Como nos quedan cinco minutos para votar... (**Rumores.**) Por favor. Para agilizar la votación, señores portavoces, por favor... Al punto 1.º hay una transacción. ¿Es necesario leerla? (**Denegaciones.**) El punto 2.º se votará en sus propios términos. El punto 3.º se votará con la proposición no de ley más la enmienda de UPyD. El punto 4.º se votará en sus propios términos. La proposición del punto 5.º tiene una enmienda transaccional. ¿Es necesario leerla? (**Denegaciones.**) El punto 6.º se votará en sus propios términos. La proposición con el punto 7.º tiene con una enmienda transaccional a la enmienda del Grupo Parlamentario Socialista. ¿De acuerdo? (**Asentimiento.**) En el punto 8.º hay una enmienda del Grupo Parlamentario Socialista, es decir la proposición de CiU más la enmienda del Grupo Socialista. El punto 9.º no se votará porque ha sido retirado. El punto 10.º tiene una enmienda transaccional. El punto 11.º tiene la misma enmienda transaccional. Votaremos conjuntamente los puntos 10.º y 11.º El punto 12.º tiene una enmienda transaccional. ¿Es necesario leerla?

El señor **CAMPUZANO I CANADÉS**: Sí.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Sí? Quieren que leamos la enmienda a los puntos 10.º y 11.º, pero no la del punto 12.º Dice así la enmienda: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a impulsar en el seno del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del SAD la elaboración de un plan integral de atención por parte de las administraciones públicas para menores de tres años, una vez conocidas las conclusiones de los

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 313

24 de abril de 2013

Pág. 34

trabajos que se están realizando con la participación de la Administración General del Estado y de las comunidades autónomas de la atención integral de los menores de tres años y en la prevención de la dependencia, con la finalidad de potenciar su capacidad de desarrollo y su bienestar, posibilitando de esta forma su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal. Asimismo, el Gobierno presentará a la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales del Congreso de los Diputados el referido plan. ¿De acuerdo? **(Asentimiento.)** ¿Alguna consideración antes de entrar a votar?

El señor **MARTÍNEZ OLMOS**: Un minuto, porque una de nuestras diputadas está en el ascensor. Como habíamos dicho a las siete...

El señor **PRESIDENTE**: A las siete votaremos. Les recuerdo a sus señorías, por favor, que inmediatamente después de la votación tendremos Mesa y portavoces para determinar el orden del día de las próximas comisiones que se celebrarán el miércoles día 8 a las cuatro de la tarde y el martes 21 a las diez de la mañana. **(Pausa.)**

Señorías, vamos a proceder a las votaciones.

Votamos en primer lugar la proposición no de ley número 1, relativa a medidas dirigidas a lograr la efectiva coordinación institucional para la protección de la infancia maltratada.

### **Efectuada la votación, dijo**

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada por unanimidad con la enmienda transaccional que hemos votado.

Votamos a continuación la proposición no de ley sobre el impacto en salud de la exclusión de los inmigrantes en situación irregular de la asistencia sanitaria gratuita. Se vota en sus propios términos.

### **Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 19; en contra, 23.**

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

Votamos la proposición no de ley número 3, sobre la creación de la especialidad de embriología y genética clínica, con la incorporación de la enmienda de UPyD.

### **Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 19; en contra, 23.**

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

Votamos la PNL número 4, sobre la inconstitucionalidad de la privatización de la sanidad en diversas comunidades autónomas, en sus propios términos.

### **Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 16; en contra, 26.**

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

Votamos la número 5, relativa al uso, la indicación y la autorización de la dispensación de medicamentos no sujetos a prescripción médica y productos sanitarios en fisioterapia, y votamos la enmienda transaccional.

### **Efectuada la votación, dijo**

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

Punto 6.º, sobre la supresión de la aplicación de tasas judiciales a las personas en situación de dependencia. La votamos en sus propios términos.

### **Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 19; en contra, 23.**

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

Votación de la número 7, sobre la paralización de todos los procesos de cambios en los modelos de gestión hospitalaria en las comunidades autónomas. Se vota la enmienda transaccional con la enmienda del Grupo Parlamentario Socialista.

### **Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 16; en contra, 26.**

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 313

24 de abril de 2013

Pág. 35

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

Punto 8.º, sobre el reconocimiento de la especialidad de enfermedades infecciosas. Se vota con la enmienda del Grupo Parlamentario Socialista.

**Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 19; en contra, 23.**

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

Punto 10.º, para mejorar la atención a los menores de tres años en situación de dependencia, junto con el punto 11.º, del Grupo Parlamentario Socialista. Se vota la enmienda transaccional.

**Efectuada la votación, dijo**

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

Votación en relación con el punto 12.º, relativo a la simplificación de los trámites para cambiar de medicamentos. Votamos la enmienda transaccional en relación con la del Grupo Socialista a propuesta del Grupo Parlamentario Popular.

**Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 38; abstenciones, 3.**

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Muchísimas gracias por su colaboración, señoras y señores comisionados.

Se levanta la sesión.

**Eran las siete y cinco minutos de la tarde.**

cve: DSCD-10-CO-313