



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2017

XII LEGISLATURA

Núm. 229

Pág. 1

SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. PATXI LÓPEZ ÁLVAREZ

Sesión núm. 12

celebrada el martes 16 de mayo de 2017

Página

ORDEN DEL DÍA:

Proposiciones no de ley:

- Relativa a la eliminación de las sujeciones mecánicas en el ámbito asistencial. Presentada por el Grupo Parlamentario Ciudadanos. (Número de expediente 161/000707) 2
- Relativa a la educación para la salud. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/001312) 5
- Relativa a la inclusión en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud de la micropigmentación para la reconstrucción de areolas en las mujeres sometidas a mastectomía. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/001117) 8
- Sobre medidas para combatir el despilfarro alimentario. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/001580) 11
- Sobre la promoción de una mejor coordinación de las rentas mínimas de inserción. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/001674) 14
- Relativa a la mejora de la calidad de vida de las personas que padecen diabetes. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/001737) 18

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

16 de mayo de 2017

Pág. 2

- Sobre el etiquetado y comercialización de pan obtenido mediante harinas refinadas blancas bajo la denominación de «pan integral». Presentada por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana. (Número de expediente 161/001775) 22
- Relativa a la modificación de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud. Presentada por el Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea. (Número de expediente 161/001700) 25

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

PROPOSICIONES NO DE LEY:

- **RELATIVA A LA ELIMINACIÓN DE LAS SUJECIONES MECÁNICAS EN EL ÁMBITO ASISTENCIAL. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO CIUDADANOS. (Número de expediente 161/000707).**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Hernández Bento): Muy buenos días, señorías. Se abre la sesión.

La señora Sibina ha solicitado un cambio en el orden del día, de modo que el punto 2.º pasaría a ser el 3.º y viceversa. Si no hay problema por parte de ningún grupo, lo damos por válido. ¿Están de acuerdo? (**Asentimiento**).

Comenzamos con el punto 1.º, proposición no de ley relativa a la eliminación de las sujeciones mecánicas en el ámbito asistencial. Para la defensa de la iniciativa, en nombre de Ciudadanos, tiene la palabra el señor Igea por un tiempo de siete minutos.

El señor **IGEA ARISQUETA**: Muchas gracias, señora presidenta.

Lo primero que hay que decir es que no nos encontramos ante un problema estrictamente sanitario aunque se considere en esta Comisión, sino relativo a derechos, porque de lo que se trata con esta proposición no de ley es de asegurar los derechos individuales de todos los españoles, independientemente de su edad o patología. El hecho de que en este país el número de sujeciones ronde entre el 20 y el 30 %, habiendo otros países en los que las cifras se aproximan al 2 y el 5 %, quiere decir que en España estamos incumpliendo la obligación con nuestros mayores y nuestros pacientes de permitirles tener, a pesar de su enfermedad, una plenitud de derechos y una vida en libertad.

La historia suele ser la siguiente: un paciente con una demencia leve es ingresado en una residencia al fallecer su cónyuge o quedarse solo, momento en el que empieza a desorientarse y a perder las referencias; además, le mandan a un comedor con 20 o 30 personas que no conoce y le dan una comida que no le apetece; como no come, alguien decide ponerle una sonda; se agita y entonces se le ponen una sujeción; como está más agitado, le ponen neurolépticos; luego se atrofia, y así sucesivamente. Esta es una historia que, tristemente, se repite en todos nuestros centros de asistencia geriátrica, pero es una historia evitable. Lo es porque, por múltiples estudios realizados, sabemos que podemos hacer las cosas de manera diferente. Tanto el Ceoma, el centro español de mayores, como la Fundación de Alzheimer, como la Fundación Cuidados Dignos han analizado múltiples experiencias en decenas de centros con programas de residencias libres de sujeciones que demuestran que es posible cambiar nuestra práctica y cuidar a nuestros ancianos y pacientes con demencia senil o alzheimer desde una política sin sujeciones.

¿Por qué hacemos entonces esto habitualmente? Mayoritariamente, se nos dice que lo hacemos por su bien, para que no se caigan, para que no tengan fracturas, para que no tengan lesiones. Sin embargo, sabemos que esto no es cierto. Los estudios mencionados demuestran que, a igualdad de diagnóstico, el número de fracturas de cadera y de lesiones es igual o menor en el grupo de pacientes en residencias sin sujeciones. Entonces, ¿por qué lo hacemos? Lo hacemos por necesidades organizativas, por las necesidades de las propias residencias que atienden a los pacientes, y, básicamente, por miedo.

No obstante, es una práctica que no podemos mantener ni un día más. Sabemos que la propuesta que hacemos no es para lograr un cambio de hoy para mañana, pero no se puede mirar para otro lado ni un día más en nuestro país, puesto que es un problema que está limitando los derechos, la calidad de vida y la dignidad de nuestros ancianos y este tipo de pacientes. Un día nosotros seremos ancianos, y es posible que al menos un 20 o un 30 % de quienes hoy estamos aquí acabemos teniendo una demencia multiinfarto, una demencia senil o alzheimer y puede que acabemos en una residencia, pero a ninguno nos gustaría

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

16 de mayo de 2017

Pág. 3

vernos en esa situación. Les pido, señorías, el apoyo a esta proposición no de ley, no por una cuestión sanitaria, sino por dignidad elemental y respeto a los derechos humanos de todos los españoles desde el primer hasta el último de nuestros días.

Muchas gracias.

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

En defensa de las enmiendas, por tiempo de cinco minutos, en primer lugar, por el Grupo Parlamentario Confederado de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea, tiene la palabra la señora Sibina.

La señora **SIBINA CAMPS**: Muchas gracias, señora presidenta.

La verdad es que sí que nos alegra que Ciudadanos haya traído esta PNL, creemos que es necesaria. Nosotros registramos una hace algunas semanas en la que se incluía no solo la necesidad de considerar este tema en lo relativo a los enfermos afectados por demencia o enfermedades neurodegenerativas, sino también los aspectos que abordan la salud mental. Pensamos que es necesario acabar con estas prácticas de coerción en los servicios sanitarios, pero no solo para estas personas afectadas por demencia. En el Manifiesto de Cartagena por unos servicios de salud mental respetuosos con los derechos humanos y libre de coerción, la Asociación Española de Neuropsiquiatría y otros colectivos implicados, además de aludir a la Convención de Derechos Humanos como una de las razones fundamentales que justifican la necesidad de luchar contra el uso de las técnicas de contención mecánica, también dicen —y cito textualmente— que «el estado actual de la red asistencial no favorece la eliminación de las situaciones de coerción, invalidando los esfuerzos profesionales por evitarlas. Para conseguir el objetivo que perseguimos hay que movilizarse por obtener cambios sustantivos en los recursos de toda la red asistencial, y no solo en los lugares donde se dan estas prácticas.» Este compromiso por la defensa del bienestar de los pacientes llega a ser un compromiso fundamental por la defensa de los derechos humanos y la dignidad de las personas, como muy bien ha dicho el señor Igea. Nos parece muy importante medir la magnitud epidemiológica de estas sujeciones en los servicios de salud donde se practiquen y nos parece muy importante también fomentar la formación, así como un cambio cultural en la práctica clínica, para que se ponga en el epicentro de dicha práctica la necesidad de eliminar las contenciones mecánicas. Es necesario también dotar de recursos y un contexto material favorable a los entornos de desarrollo de la práctica clínica, es decir, incrementar los recursos de personal hasta lo preciso y adaptar los entornos arquitectónicos, para favorecer que estas prácticas dejen de ser precisas.

Como sabe el señor Igea, hemos presentado dos enmiendas a esta proposición no de ley: una en relación a la introducción de la evaluación de las políticas de contenciones cero que se vayan implantando y otra para dotar de carácter de estrategia a los aspectos relacionados con el registro de las contenciones, la configuración arquitectónica de los espacios de hospitalización, la dotación de recursos humanos y la formación de profesionales acerca de una práctica clínica libre de contenciones. Esperamos que este tema genere un amplio consenso y esta PNL pueda llegar a aprobarse por una mayoría amplia o unanimidad.

Muchas gracias, señora presidenta.

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

Por el Grupo Popular, tiene la palabra la señora Torres.

La señora **TORRES TEJADA**: Muchas gracias, señora presidenta.

La experiencia en el uso de estas sujeciones demuestra que no logran disminuir algunos de los problemas para las que se prescribieron, pero ha de recurrirse a su uso en situaciones urgentes por existir un riesgo para la vida o la integridad de las personas o en aplicación de medidas terapéuticas esenciales para la supervivencia. Hay una realidad innegable y de la que debemos partir, y es que estas sujeciones se usan para atender a personas que por la enfermedad que padecen han perdido su capacidad de control, su capacidad decisoria o de autogobierno, pudiendo poner en riesgo su integridad o la de terceros, y para los profesionales que atienden y cuidan a estas personas se convierte en una prioridad protegerlos.

Para el empleo de estas sujeciones se ha de partir de dos máximas: preservar y garantizar la dignidad y la autoestima del paciente o usuario y, por otro lado, velar por la máxima integridad de la persona, razones por la que en algunos casos se convierte en necesario su uso. Se debe aclarar también que hay distintos tipos de sujeciones: mecánicas o físicas y químicas o farmacológicas, y, aunque en la propuesta se lleguen a confundir, no son lo mismo. Existen muchos tipos de dispositivos, algunos más agresivos o

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

16 de mayo de 2017

Pág. 4

limitadores que otros, y se ha de tener en cuenta también su duración, ya que en algunos casos tienen carácter esporádico, mientras que en otros se usan de forma crónica. Para su aplicación, existen en los centros asistenciales y residenciales protocolos que exigen continuas revisiones sobre su efectividad y, por supuesto, debe contar con el consentimiento de los familiares en el caso de que el paciente o enfermo no sea capaz de decidir por sí mismo.

Evidentemente es necesario invertir, invertir en desarrollos arquitectónicos, en tecnologías y equipamientos de centros, en dotar a los profesionales de una adecuada formación y especialización. Por supuesto, queda mucho camino que recorrer, pero no es algo que se pueda hacer de hoy para mañana; requiere tiempo y, por supuesto, inversión. No obstante, sobre todo, es necesario que tanto profesionales como instituciones, administraciones y sociedad, en general, aúnen esfuerzos y exista un consenso unánime. Un papel fundamental, y en este sentido se orienta nuestra enmienda, es el que deben desarrollar las comunidades autónomas desde las competencias que tienen atribuidas en materia de sanidad, cuestión que se olvida mencionar en la PNL que propone Ciudadanos, así como el del Consejo Interterritorial de Salud, que también tiene mucho que decir al respecto.

Partimos del hecho de que, aunque se esté cuestionando la aplicación de estas sujeciones, tenemos una gran calidad sanitaria en España. Por tanto, lo cortés no quita lo valiente. ¿Debemos mejorar? Efectivamente, y en ese sentido debemos ir todos, pero ya partimos de que tenemos una calidad muy buena en la sanidad española. Se reivindican cambios en la normativa sobre edificaciones, pero no olvidemos que ya se está trabajando y que se vienen realizando actuaciones muy importantes en el ámbito arquitectónico. En 2013 el Ministerio de Fomento aprobó modificaciones con respecto a la propiedad horizontal para permitir que no hiciera falta la mayoría de tres quintos en las comunidades de propietarios, sino mayoría simple para aprobar modificaciones relativas a la accesibilidad en las viviendas —ahora solo falta, evidentemente, reclamar la solidaridad de los vecinos—, y en el Plan Estatal de Vivienda 2018-2021 se incluyen programas de ayuda para facilitar la reforma y transformar viviendas en lo que se refiere a la accesibilidad, en beneficio de los propietarios de viviendas unifamiliares, pero también de las comunidades de vecinos y en referencia a zonas residenciales.

El objetivo de todos ha de ser lograr la eliminación de las sujeciones mecánicas y químicas, pero antes de promover amenazas a centros con perder los conciertos referidos a sus plazas todavía queda un largo camino que recorrer y hay que garantizar que todos los profesionales que tienen la responsabilidad de atender a estas personas disponen de los medios necesarios en cuanto a mobiliario y material arquitectónico, formación y suficiente especialización. No es necesario promover ninguna campaña de desprestigio antes de tener una alternativa eficiente que garantice no solo la dignidad y la libertad de la persona, sino su propia integridad y la de quienes están a su alrededor. El Grupo Popular apoyará esta PNL siempre que se acepte la enmienda que propone y se incluya la consideración del papel que han de tener las comunidades autónomas.

Muchas gracias.

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

A continuación, en turno de fijación de posiciones, en nombre del Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra el señor Sahuquillo.

El señor **SAHUQUILLO GARCÍA**: Muchas gracias, señora presidenta. Buenos días.

La cuestión que Ciudadanos nos trae a debate es relevante pero también controvertida. Probablemente, no se resuelve adecuadamente desde un punto de vista técnico e incluso se planteen situaciones de difícil incardinación en la gestión de quienes tienen las competencias, que son las comunidades autónomas. Me refiero, por ejemplo, a esa revisión periódica que hace un facultativo a modo de inspector —en la iniciativa se habla del Sistema Nacional de Salud, pero entiendo que se trata de los organismos públicos que atienden la sanidad en las comunidades autónomas—, lo que en mi provincia, por los recursos que conozco, no veo. Asimismo, esta Comisión podría inmiscuirse en la normativa sobre conciertos y convenios con entidades privadas que no se adhieran a un programa de eliminación de sujeciones, y no se habla de residencias o centros de titularidad pública, pero entiendo que también se refiere a ellas. Compruebo que el Grupo Popular plantea en la misma línea una enmienda, pero estoy persuadido de que el Gobierno de España poco podría decir aquí, porque es más a las comunidades autónomas a las que se endosan los cambios y las actuaciones a realizar. **(El señor presidente ocupa la Presidencia).**

No obstante, el Partido Socialista comparte la finalidad de esta iniciativa, aunque en su redacción no parece quedar claro cuál es y cuándo pueden plantearse las dudas sobre la competencia de la

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

16 de mayo de 2017

Pág. 5

Administración General del Estado, y esta finalidad no puede ser otra que la del buen uso de las sujeciones mecánicas o farmacológicas en relación con pacientes con enfermedades mentales fundamentalmente. Tanto la podemos compartir que algunas de las guías de actuación que se suelen poner como ejemplo en este ámbito son obra de gestores socialistas. Estoy pensando, por ejemplo, en el Decreto Foral 221/2011, de 28 de septiembre, por el que se regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los servicios sociales residenciales en la Comunidad Foral de Navarra, que firmó la entonces consejera de Política Social, Igualdad, Deporte y Juventud, doña María Elena Torres Miranda, y estoy pensando también en el protocolo de actuación que sobre esta materia de contención de enfermos mentales opera en la comunidad autónoma de Andalucía, unas normas de actuación que expresan nuestra posición sobre este tema, que pasa por reconocer que la contención física o farmacológica es en determinadas ocasiones necesaria para proteger al paciente o a terceros y una necesidad que no excluye que se exija la aprobación de una normativa del rango que sea que acabe con una inercia o automaticidad en el recurso que en ocasiones ha parecido imponerse; una normativa que en todo caso respete los principios y derechos básicos de los pacientes, como el respeto a su dignidad, la autonomía de su voluntad y el derecho a la correcta información, lo que, en consecuencia, también supone una garantía para todos los profesionales que se relacionan con dichos pacientes. Señorías, les recomiendo que lean los dos documentos que he mencionado, tanto el decreto navarro, como el protocolo andaluz. Con su lectura entenderán que no se trata tanto de limitar temporalmente el recurso a las sujeciones mecánicas y farmacológicas y los conciertos con entidades sanitarias y sociales que no se adhieran a un programa de eliminación de las mismas, como sí de someter el recurso a estas contenciones a reglas claras y justas de aplicación. Eso es lo correcto tanto desde el punto de vista de los derechos del paciente, como de la seguridad jurídica de los profesionales sanitarios.

Nos preocupa que se plantee una iniciativa como esta, en la que se critica el recurso a las contenciones físicas o farmacológicas y se desconoce en gran medida que se debe a la falta de recursos, de medios materiales y personales en los centros de salud y asistenciales, de modo que, si no se desconociera, revisarían el apoyo que su grupo va a dar a los Presupuestos Generales del Estado del Partido Popular, una ley de presupuestos que sigue teniendo en los recortes y especialmente en la política de sanidad y servicios sociales su seña de identidad. Para lo que aquí se plantea se necesita cuando menos más recursos económicos y humanos, lo que difícilmente podrán aportar las comunidades autónomas.

Muchas gracias.

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

A efectos de la votación que tendrá lugar posteriormente, pregunto al portavoz del grupo proponente de la iniciativa si acepta alguna de las enmiendas.

El señor **IGEA ARISQUETA**: Estamos redactando una transaccional, señor presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

— RELATIVA A LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/001312).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al siguiente punto del orden del día, proposición no de ley relativa a la educación para la salud, del Grupo Popular. Para su defensa, tiene la palabra la señora Cabezas.

La señora **CABEZAS REGAÑO**: Gracias, señor presidente. Buenos días, señorías.

Desde el Grupo Popular presentamos esta iniciativa, esperando contar con el apoyo de los demás grupos parlamentarios ante la importancia que tiene la educación para la salud. Esta iniciativa es una oportunidad para trabajar todos juntos en mejorar los hábitos saludables en la población. Señorías, debemos seguir promoviendo el cambio de conductas relacionadas con los factores de riesgo precursores de problemas de salud y las orientadas al fomento de la prevención y el cuidado de uno mismo. Las enfermedades causadas por los malos hábitos, la falta de información, los factores de riesgo, los cambios de conducta relacionados con la salud nos preocupan y ocupan, señorías. Es necesario combinar intervenciones en el ámbito sanitario con otras educativas y comunitarias, sinérgicas y efectivas, y para ello una herramienta fundamental es la educación para la salud. La Ley Orgánica de Educación, la LOE, que incluye objetivos de salud al determinar las capacidades que deben desarrollarse en Educación Primaria y Educación Secundaria no es suficiente.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

16 de mayo de 2017

Pág. 6

Disponemos de recientes datos de la Organización Mundial de la Salud que confirman que el sobrepeso y la obesidad entre menores se están convirtiendo en uno de los principales problemas de salud en la población mundial. Hay 42 millones de niños en el mundo con sobrepeso y en España el 23 % de menores entre seis y nueve años tienen sobrepeso y el 18 % padecen obesidad, según indica el último estudio Aladino. Y aunque los resultados indican que parece haberse comenzado a invertir la tendencia creciente, es cierto que los valores de prevalencia son aún muy altos y muestran un riesgo importante para la salud futura de estos niños. Además de ser un problema en sí mismo, el sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo de padecer otras enfermedades en la edad adulta, como la cardiopatía y la diabetes, lo que supone un elevadísimo coste sanitario y social. Su reducción requiere la prevención en edades muy tempranas mediante la adquisición de hábitos de vida saludable, y este es un ejemplo, pero hay muchos más relacionados con los malos hábitos que padecemos en nuestra sociedad y que tienen una importante repercusión en la salud.

Con esta iniciativa pretendemos continuar impulsando la educación para la salud que el Gobierno está llevando a cabo en el marco de la Estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud. Asimismo, el Gobierno va a poner en marcha un nuevo plan estratégico, involucrando a toda la comunidad educativa, a las comunidades autónomas y a las familias, de manera coordinada con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la participación de manera muy activa del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, para impulsar un modelo educativo que favorezca la consideración de la salud integral. Dicho plan está diseñado con el fin de proporcionar información y formación al alumnado, al profesorado y a las familias para potenciar opciones de vida saludables desde una perspectiva física, psicológica y social, considerando la nutrición, un entorno sostenible y la potenciación de la prevención en dependencia, seguridad y prevención de riesgos. El reto es el desarrollo de todas estas medidas, así como la puesta en marcha del plan estratégico para la salud. Esta iniciativa es de tal relevancia que se pondrá en marcha por parte del grupo de técnicos de salud escolar y técnicos de las comunidades responsables de esas áreas sobre la base de cinco líneas de actuación: primero, establecer y reforzar la promoción de estilos de vida saludables; segundo, diseñar estrategias de promoción de la salud; tercero, crear y desarrollar la red estatal de escuelas promotoras de salud; cuarto, asegurar la formación y la captación del profesorado para la educación y la promoción de la salud; y quinto, investigar y evaluar los logros relacionados con la adquisición de estilos de vida saludable.

Señorías, posiblemente todo lo que hagamos será insuficiente, ya que cada día nos enfrentamos a nuevos retos, especialmente en esta Comisión. Aun así vamos a seguir trabajando para dar respuesta a las muchas peticiones que recibimos desde aquí. Tenemos que saber transmitir las consecuencias positivas y negativas de algunas prácticas dudosas en medicina y contamos con grandes profesionales en nuestro Sistema Nacional de Salud dispuestos a colaborar en esa tarea. Para ello tenemos que seguir avanzando, presentando tantas iniciativas como sean necesarias e instando al Gobierno a seguir trabajando e impulsando este tipo de nuevas propuestas, para que entre todos consigamos una sociedad más preparada, formada e informada. Señorías, una sociedad más preparada, formada e informada será una sociedad más sana.

Gracias.

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

Corresponde el turno de defensa de las enmiendas presentadas. Empezamos por el Grupo Parlamentario Ciudadanos y tiene la palabra el señor Igea.

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

Aunque es dudoso el impacto de las campañas y políticas educativas sobre problemas de salud tan importantes como la obesidad y el alcohol, porque son susceptibles de políticas de 360°, en las que probablemente el ámbito educativo no sea tan importante como la incidencia en el ejercicio físico, en el etiquetado o el impuesto sobre comidas, es verdad que resulta necesario mejorar la formación en salud de nuestros ciudadanos y es verdad que esta es una urgencia. Por eso, si se acepta la enmienda que hemos presentado, votaremos a favor. Tan es verdad que, por ejemplo, se publicaba recientemente que hasta un 50 % de la población en nuestro país cree que la homeopatía es un tratamiento eficaz para mejorar la salud y tan es así que incluso algunos portavoces no tienen una opinión formada sobre si esto tiene una evidencia científica o no. Fijense si es necesario formar en la salud a nuestros ciudadanos y a nuestros diputados. Por eso, vamos a votar a favor, siempre y cuando se incluya una mención sobre cómo

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

16 de mayo de 2017

Pág. 7

se genera la evidencia científica sobre salud y lo importante que es la formación en este aspecto, tal y como reseñó la propia ministra en su intervención de la semana pasada.

Muchas gracias.

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

También como enmendante, en nombre del Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Martín.

La señora **MARTÍN GONZÁLEZ** (doña María Guadalupe): Muchas gracias, señor presidente.

Esta proposición no de ley dice muy poco y es una iniciativa puramente de complacencia. Iniciar una proposición diciendo: instar al Gobierno para seguir impulsando... supone ya un reconocimiento tácito de que se hace poco o nada. Incluso, algunos consideran que los conceptos «educación para la salud» ya pueden estar anticuados y en muchos trabajos se sustituyen por los de «promoción de la salud y prevención de la enfermedad». Ambas expresiones podrían ser perfectamente válidas si fueran reales, aunque mucho me temo que han pasado a la historia y hace falta que se recuperen. La educación para la salud era y debe ser una tarea no solo en el ámbito sanitario, sino también en el social y el educativo. Y no son solo campañas publicitarias, por favor; esa es una idea completamente errónea. Desde los años ochenta se empieza a trabajar en educación para la salud como una tarea más en el ejercicio normalizado de los equipos de atención primaria, y han trabajado en ello tanto el personal médico, como la enfermería —sobre todo, esta—, pero también el personal de los servicios sociales, y, muy especialmente, los educadores sociales. Llegó a tener su propio espacio de investigación, incluso se celebraban congresos específicos con experiencias de desarrollo de programas en los que se implicaba a toda la comunidad. Yo he acudido a alguno de esos congresos, y les aseguro que había experiencias de muy buen nivel y con unos impactos claros sobre la salud comunitaria. Poco a poco ha ido desapareciendo. La burocratización de la atención primaria, la escasez de personal y la masificación de las consultas han obligado a primar la labor asistencial sobre la labor de prevención, lo que creo que no es un acierto. Para colmo, en la escuela desaparece Educación para la Salud. Por eso, solo los profesionales del ámbito educativo que creen en la educación para la salud han seguido introduciendo conceptos saludables en la materia, y el personal médico y de enfermería ha ceñido sus contenidos a los programas específicos, educación en salud para el paciente diabético, para el paciente dislipémico, para el cardiópata, pero se ha perdido ese concepto integral que había de educación para la salud.

Señoras y señores del Grupo Popular, si creen que es necesario reintroducir el concepto de educación para salud o de promoción de la salud y prevención, lo mejor que pueden hacer es dotar una partida suficiente para el desarrollo de esta y otras estrategias, en coordinación, como siempre, con las comunidades autónomas. La estrategia existe, se puede actualizar, estarán trabajando, bienvenido sea, pero, sobre todo, se tiene que dotar económicamente. La oportunidad la tienen la próxima semana en el debate de las enmiendas de la sección 26, si es que llegan a aceptar la enmienda para dotar las estrategias de salud. Si no hay dotación, será difícil que se desarrolle la estrategia de promoción de la salud y prevención. Por favor, no caigan en más contradicciones, acepten nuestra enmienda y acepten la enmienda a la sección de los presupuestos para poder ser creíbles.

No sé si aceptan nuestra enmienda o no. De la falta de contacto deduzco que la rechazan.

Muchas gracias.

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

Para fijar su posición, por el Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea, tiene la palabra la señora Terrón.

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

Tengo que decir que me declaro fan de las proposiciones no de ley del Grupo Popular, que sustenta al Gobierno. ¿Por qué? Porque soy una apasionada de la literatura, y eso es lo que tienen: muy buena literatura, muy cultivada, pero literatura y pocos hechos. Nos demuestran que en términos de salud pública se encuentran en una situación vanguardista, pero es que hace cincuenta años que era vanguardista. En 1986 se firmó la Carta de Ottawa sobre promoción de la salud en la que se establecieron los aspectos fundamentales que debían tener las políticas de promoción de salud, y en ella la educación para la salud tenía un papel secundario. ¿Por qué? Porque se es consciente de que la educación para la salud no sirve de mucho si no se dan unas condiciones de vida que favorezcan el desarrollo de hábitos saludables. El

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

16 de mayo de 2017

Pág. 8

conocimiento sin condiciones materiales para llevarlo a la práctica, señorita, sirve de poco. Un Estado que quiera realizar políticas ambiciosas de promoción de la salud debería —a día de hoy, no hace cincuenta años— moverse en tres ejes que estén más allá de esa simple educación para la salud. El primero, modificación de las condiciones de vida para la mejora de la salud de la población y el desarrollo de vida saludable. El segundo, el desarrollo de estrategias centradas en lo que se llama activos en salud, que son los aspectos de promoción de la salud en los que se están centrando actualmente tanto las políticas como los pensamientos y las acciones a nivel internacional. El tercero, la estructuración del sistema sanitario para que sea promotor de salud y esté orientado hacia la comunidad.

Señorías del Grupo Popular, han tenido años para introducir en las escuelas itinerarios específicos en salud que sean formativos y que generen visiones de salud mucho más empoderadoras y muchísimo más autónomas, pero no lo han hecho. Hoy nos traen aquí esta proposición no de ley, que está muy cultivada, como decía antes, que incluiría en el género novela histórica, porque está anclada en el pasado, hace cincuenta años. Aún así, vamos a votar a favor. ¿Por qué? Porque dice tan poco que ni siquiera se puede estar en contra.

Muchas gracias.

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

Señora Cabezas, a efectos de votación, ¿acepta alguna de las enmiendas presentadas?

La señora **CABEZAS REGAÑO**: La de Ciudadanos, ya hemos hablado y la vamos a transaccionar.

El señor **PRESIDENTE**: Se trata de si acepta o no. ¿La van a transaccionar?

La señora **CABEZAS REGAÑO**: Es una transaccional. Ya lo hemos hablado.

El señor **PRESIDENTE**: De acuerdo, es una transacción.

— RELATIVA A LA INCLUSIÓN EN LA CARTERA DE SERVICIOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE LA MICROPIGMENTACIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE AREOLAS EN LAS MUJERES SOMETIDAS A MASTECTOMÍA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/001117).

El señor **PRESIDENTE**: Segundo punto del orden del día, proposición no de ley relativa a la inclusión en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud de la micropigmentación para la reconstrucción de areolas en las mujeres sometidas a mastectomía, presentada por el Grupo Parlamentario Socialista.

Para su defensa, tiene la palabra, la señora Guinart.

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

En el año 2016 se diagnosticaron en España 22 000 casos de cáncer de mama. Aproximadamente un tercio de estos casos derivan en una mastectomía, esto es, en la extirpación de la mama. Afortunadamente, esta es una enfermedad que se combate y cuya tasa de supervivencia está creciendo en los últimos años; un 90 % de las mujeres sobrevive cinco años después del diagnóstico, gracias, en buena parte, a los avances en el tratamiento que evitan recaídas. Según datos de la Asociación Española contra el Cáncer, cada año aumenta un 1,4 % la tasa de supervivencia al cáncer de mama. Son buenas noticias, aunque tenemos que continuar trabajando en el cribaje y en la detección precoz, claves de la lucha contra esta enfermedad que aún es la primera causa de muerte por tumores malignos entre mujeres.

Afrontar un cáncer, en este caso de mama, es siempre una batalla dura y complicada; superarlo es, qué duda cabe, un triunfo, una victoria y una alegría para la mujer que lo ha padecido, sus familiares y todo su entorno. Aun así, el estigma y los problemas psicológicos asociados a este tipo de cáncer, máxime cuando la paciente se ha sometido a una mastectomía, son indudables y en algunos casos pueden marcar a la mujer de por vida. En estos casos, la reconstrucción mamaria es una salida muy loable, pero incluso cuando se ha producido la reconstrucción muchas mujeres continúan viendo y sintiendo que no están como antes de la enfermedad, sienten que algo les falta para poder verse bien y estar cómodas con su cuerpo. Tras el proceso de quimioterapia, mastectomía, expansor, prótesis, y normalmente repliegue cutáneo que imita al pezón, la micropigmentación supone el broche de oro para que el pecho quede completo y muy parecido a como estaba antes de la enfermedad. En definitiva, sin este procedimiento, les falta algo para poder pasar página definitivamente y seguir adelante. Eso es lo que les ofrece esta técnica

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

16 de mayo de 2017

Pág. 9

de la que hoy nos ocupamos y que queremos que esté de manera efectiva en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud como una opción que se les ofrezca y a la que puedan acogerse aquellas mujeres que lo quieran y lo necesiten.

Actualmente, la micropigmentación de areolas mamarias es una técnica sencilla, indolora y no traumática, muy distinta a la del injerto de piel, que requiere intervención quirúrgica y apenas se practica, aunque figura en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, porque es bastante traumática y tiene un elevado número de rechazos. En cambio, la micropigmentación ofrece resultados óptimos a un coste de unos 300 euros en la sanidad privada, el único lugar donde actualmente se está ofreciendo y al que es posible acudir. Para muchas mujeres, ese montante supone un esfuerzo económico notable, y por eso la Asociación Amepo, de micropigmentación estética, paramédica y oncológica, emprendió hace ya cinco años la campaña Areola solidaria con el fin de ayudar a mujeres que habían sufrido mastectomías y que querían reconstruir del todo sus mamas pero no tenían recursos. La campaña ha obtenido algunos reconocimientos por tratarse de una acción solidaria, como la que les muestro. **(Muestra un documento)**. Los expertos de esta técnica aseguran que con un mayor volumen de pacientes y por economía de escala los costes unitarios seguramente se abaratarían. Pero, señorías, incluso aunque no fuera así, conseguir la mejora de la calidad de vida a un coste económico tan bajo es algo que tenemos que hacer. Algunas comunidades, incluso organismos locales, como la Mancomunidad de La Vega, en Alicante, gobernada por el Partido Popular, sufragan los costes. En Andalucía, la micropigmentación figura dentro de un decreto de garantías de plazos de la reconstrucción mamaria, promulgado por el Gobierno autonómico en octubre del año pasado. Las y los socialistas queremos un sistema sanitario público, gratuito e igual para todas las personas. La solidaridad de algunas ONG está muy bien, es necesaria, pero esto tiene que pasar a ser un derecho reconocido en todo el territorio.

El Grupo Popular argumenta en una enmienda que ha presentado a esta PNL que la prestación se incluye ya en el sistema sanitario español, porque lo aprobó hace unos meses la comisión de prestaciones. Hagan lo necesario para que de manera real y efectiva la micropigmentación de areolas mamarias se incluya en el Sistema Nacional de Salud y que los hospitales de toda España ofrezcan esa posibilidad a sus pacientes. Eso es lo que pedimos. Decreten lo que tengan que decretar, porque, como ustedes comprenderán, si incluso el Partido Popular está aportando de las arcas de la Mancomunidad de La Vega recursos para sufragar esta práctica, es porque no se está llevando a cabo. Formen al personal que se va a necesitar para hacerlo realidad, ya que no existe la figura del micropigmentador en la sanidad pública. Económica y presupuestariamente no supone una aportación excesiva, de hecho, solo un poquito más de los aproximadamente 20000 euros que se invierten en el tratamiento completo de cada uno de los casos de cáncer de mama que se detectan en España. Muchas mujeres que han pasado por este duro trance se lo agradecerán, nos lo agradecerán, no lo duden. Incorporando, insisto, de manera efectiva este nuevo derecho, a ellas les haremos la vida un poco más fácil.

Gracias.

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

Para la defensa de su enmienda, por el Grupo Parlamentario Ciudadanos, tiene la palabra el señor Igea.

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

Sin duda es una propuesta de interés para las miles de mujeres que sufren cáncer de mama en nuestro país, 22000 casos, como ha referido la ponente. Sin embargo, desde nuestro punto de vista, es aún más interesante, sin dejar de serlo la propuesta del Grupo Socialista, saber por qué mantenemos diferencias de más del 50 % en la cirugía conservadora de la mama. Cuando digo el 50 % quiero decir que en los indicadores clave del Sistema Nacional de Salud, última publicación de 2014, se ve que en Asturias la cirugía conservadora representa el 48 %; en Ceuta, el 41 %; en Melilla, el 30 %; sin embargo, en Navarra la cirugía conservadora representa el 76 %. Es una diferencia de más del 50 % y en algunos casos casi del 100 %. Es mucho mejor no tener que reconstruir una mama porque no la hemos extirpado de manera innecesaria, porque hemos podido hacer una cirugía conservadora, más razonable. Es evidente que esto depende del grado de evolución y del estadiaje del tumor, pero lo que difícilmente se sostiene es que haya diferencias de más del 50 %, de casi el 100 % en algunos casos, porque no hay variabilidad clínica que sujete dichas diferencias entre unas comunidades y otras.

Este es uno más de los múltiples casos de inequidad dentro del sistema. Por eso queremos aprovechar —es verdad que la palabra correcta es aprovechar— la presentación de esta iniciativa tan interesante del

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

16 de mayo de 2017

Pág. 10

Grupo Socialista para incidir en lo que para nosotros es importante. Queremos que los registros de indicadores clave vayan hospital por hospital. Creemos que es necesario que se diga cuántas reconstrucciones se hacen, cuántas cirugías radicales se hacen, para que la diferencia entre un hospital y otro sea transparente y consigamos caminar progresivamente hacia la equidad en los resultados. Lo que importa a los ciudadanos, aparte de la equidad en los medios, es, sobre todo, la equidad en los resultados de nuestro sistema de salud; equidad de la que estamos, como podemos comprobar en este caso, muy lejos.

Nada más. Muchas gracias.

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

Para la defensa de la enmienda presentada por el Grupo Popular, tiene la palabra la señora Heredia.

La señora **HEREDIA MARTÍN**: Muchas gracias, señor presidente. Señorías, tenemos suerte de contar con un sistema sanitario como el español, que goza de un prestigio considerable dentro y fuera de nuestras fronteras, aunque a alguno le cueste reconocerlo. Contamos con excelentes profesionales cuya labor ha sido esencial para que España esté a la cabeza de Europa en esperanza de vida y haya reducido el riesgo de mortalidad por cáncer. En nuestro país, la tasa de mortalidad por cáncer de mama es la más baja de Europa. Ahora mismo las mujeres en España están en 17,6 por cada 100 000 habitantes, frente a 22,7 por cada 100 000 habitantes en el resto de Europa. Es un dato muy importante que hay que señalar. Aun así, tenemos que seguir trabajando porque son muchas las mujeres españolas que cada día tienen que enfrentarse y luchar contra este enemigo inesperado, que es el gran miedo del siglo XXI.

Esta es la valoración de los últimos avances que ha habido en nuestro país. En los últimos cinco años, el Gobierno del Partido Popular ha trabajado en la actualización de las prestaciones no solamente del cáncer de mama, sino también del de colon, en la previsión del cribado del cáncer de cérvix, que también afecta a las mujeres, y hemos incorporado nuevas técnicas y nuevos procedimientos preventivos, no solo de diagnóstico, sino también de terapias. Para luchar contra el cáncer, lo más importante en esta vida es prevenirlo. Como se ha dicho, la detección precoz es fundamental para que estas mujeres se recuperen de esta tragedia y puedan salir adelante.

En estas actualizaciones realizadas, se ha incluido dentro de la cartera de servicios comunes de nuestro sistema la micropigmentación de la areola y el pezón en la reconstrucción del volumen mamario. Es verdad que a lo largo de estos años ha habido bastantes dudas sobre si se tenía que llevar a cabo, pero desde hace años, señora Guinart, está integrada en nuestra cartera de servicios comunes la micropigmentación del pezón. Es algo que está dentro de nuestro Sistema Nacional de Salud, y lo que tendremos que hacer ahora es actualizar el real decreto que recoge cada una de las técnicas, y los procedimientos detallados para llevarlas a cabo.

Por estas razones planteamos una enmienda, que creemos que es necesaria para ir un poco más allá de lo que usted está pidiendo en su proposición no de ley, cuyo texto dice que se incluya dentro del Real Decreto 1030/2006, para que dejen de existir las dudas que ha habido a lo largo de estos años y que han hecho que se eleven diversas consultas al ministerio, como vimos a través de la comisión de prestaciones el pasado 6 de julio de 2016. Vuelvo a pedirle, señora Guinart, que acepten nuestra enmienda, que lleguemos a una transacción, y que sigamos ayudando a construir y a mantener uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo, porque así lo necesitan las mujeres que están afectadas por esta lacra.

Muchas gracias.

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

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

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

Vamos a votar favorablemente esta PNL, como no podía ser de otra manera.

Muchas gracias.

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

A efectos de votación, señora Guinart, ¿acepta alguna de las enmiendas?

La señora **GUINART MORENO**: Aceptamos la de Ciudadanos tal cual, y estamos transaccionando con el Grupo Popular.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

16 de mayo de 2017

Pág. 11

El señor **PRESIDENTE**: Es decir, que habrá una transacción que englobe todas las cuestiones.

— SOBRE MEDIDAS PARA COMBATIR EL DESPILFARRO ALIMENTARIO. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/001580).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al cuarto punto del orden del día, proposición no de ley sobre medidas para combatir el despilfarro alimentario, del Grupo Parlamentario Socialista.

Para su defensa, tiene la palabra la señora Tundidor.

La señora **TUNDIDOR MORENO**: Gracias, señor presidente.

Señorías, en nuestro país se despilfarran millones de kilos de alimentos mientras que hay familias que no pueden comprar alimentos para dar de comer a los suyos. En nuestras ciudades, lamentablemente, se ha convertido en habitual ver a personas rebuscando en los contenedores de basura. Actualmente, en el mundo hay 800 millones de personas que pasan hambre. Según la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, aproximadamente un tercio de las partes comestibles de los alimentos producidos para el consumo humano se pierde o desperdicia, lo que representa alrededor de 1300 millones de toneladas al año. La pérdida de alimentos en los países industrializados es tan alta porcentualmente como en los países en desarrollo. Los consumidores de los países industrializados desperdician casi la misma cantidad de alimentos, 222 millones de toneladas, que la producción de alimentos neta total del África subsahariana, 230 millones de toneladas.

Señorías, la disminución de las pérdidas y el desperdicio de alimentos podría contribuir a reducir las emisiones de gases de efecto invernadero, así como a mejorar el acceso a los alimentos y la adaptación de los sistemas alimentarios al cambio climático. Esta reducción se traduciría en un ahorro medio anual de 565 euros por hogar y el ahorro medioambiental equivaldría a la retirada de 1 de cada 5 vehículos en circulación. En 2015, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó el objetivo de reducir a la mitad los residuos de alimentos por habitante producidos por los consumidores y los minoristas, así como de reducir las pérdidas de alimentos hasta 2033. Señorías, la Unión Europea y sus Estados miembros también se han comprometido a alcanzar dicho objetivo.

Los residuos alimentarios también pueden verse desde un importante ángulo social. Debe facilitarse la donación de alimentos que aún son comestibles, pero que por razones logísticas o de comercialización no pueden ser comercializados. Abordar la cuestión de la medición es un paso importante para lograr una mejor comprensión de los problemas, un seguimiento y una transmisión de informaciones coherentes, así como un intercambio eficaz de buenas prácticas a través de la Unión Europea. Son necesarias campañas de sensibilización para modificar los comportamientos. La lucha contra la pobreza pasa también por conductas colectivas que impidan un injusto derroche de comida. Podemos permitirnos desperdiciar comida en gran parte por una falta de sensibilización pública sobre las consecuencias sociales y medioambientales que esta actitud conlleva. Por ello, es fundamental fomentar un consumo consciente y responsable. Es imprescindible un adecuado etiquetado de las fechas de duración de los alimentos y de las formas de conservación, así como que las administraciones públicas contribuyan a fomentar comportamientos responsables que permitan a los consumidores gestionar mejor unos recursos que, aun no siendo escasos en los países desarrollados, no pueden ni deben ser desperdiciados.

Desde diversas organizaciones se están demandando medidas más contundentes que pongan freno a un problema cuya envergadura debe involucrar a toda la sociedad. Así lo ha comprobado el Grupo Socialista tras reunirse con asociaciones de consumidores y de restauración, así como con representantes de diversas ONG. Creemos necesario que el Gobierno establezca medidas que favorezcan que todos los agentes implicados en la producción, generación, distribución y comercialización de alimentos puedan donar la comida que desechan a los bancos de alimentos; que se incentiven las donaciones de alimentos; que se adopten modificaciones en materia de etiquetado que eviten confusiones en el consumidor con respecto a la aptitud para el consumo de determinados alimentos; que se impuse la diversificación del tamaño de los envases en la industria alimentaria, con el objeto de ayudar a los consumidores a adquirir cantidades adecuadas; que se fomente la reutilización y el reciclado de los productos alimentarios sobrantes no aptos para consumo humano, para su transformación en otros productos, alimentación animal, compostaje o producción de biogás.

El Grupo Socialista espera que aprueben nuestra iniciativa.

Muchas gracias.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

16 de mayo de 2017

Pág. 12

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

Para defender la única enmienda presentada, por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la señora Hernández Bento.

La señora **HERNÁNDEZ BENTO**: Gracias, señor presidente.

Mi grupo quiere dejar clara nuestra preocupación por la problemática existente en relación con el desperdicio de alimentos, y no solo desde el punto de vista económico o social, sino también desde el medioambiental. Quiero recordar que fue un Gobierno del Partido Popular el que en el año 2013 aprobó la estrategia Más alimentos, menos desperdicios, con objeto de reducir las pérdidas y el desperdicio. En estos tres años de desarrollo de la estrategia se han realizado avances. En relación con la medición, importante para tener claro cuál es el punto de partida, se han elaborado ocho estudios, que están colgados en la web, que han permitido cuantificar el desperdicio en las diferentes fases de la cadena. En cuanto a la sensibilización y concienciación de la ciudadanía —todos estamos de acuerdo en que es un punto muy importante—, todos los años se han desarrollado campañas de esta naturaleza dirigidas a los consumidores; se han elaborado guías prácticas para los diferentes eslabones de la cadena y se han realizado actividades en los colegios. La colaboración es necesaria, y en este sentido se ha constituido la comisión de seguimiento que reúne a todos los agentes implicados: los dos ministerios, Agricultura y Sanidad, la Agencia Española de Seguridad Alimentaria, las comunidades autónomas, el sector de producción primaria, la industria, la distribución, la restauración, bancos de alimentos, consumidores y ONG. En definitiva, se ha avanzado cuantificando y analizando las causas y también desarrollando materiales de apoyo a la concienciación y a la divulgación.

Aquí ya se ha recordado que las pérdidas se pueden dar a lo largo de todos los eslabones de la cadena, pero creo que la reducción del desperdicio alimentario debe ser una responsabilidad compartida. Si bien es verdad que en los países desarrollados esto se agrava en los últimos eslabones de la cadena, mi grupo está convencido de que en la reducción debemos implicar a todos los agentes. Las claves son: concienciación, educación y corresponsabilidad. También somos conscientes de que cualquier cambio normativo en relación con el desperdicio alimentario que imponga nuevas condiciones a los agentes económicos tiene que tener claro, en primer lugar, el objetivo, que es reducirlo y, en segundo lugar, se tiene que poder llevar a cabo en un plazo razonable y de la forma más adecuada.

Valoramos positivamente la posibilidad de revisar las normas aplicables al sector, por eso nuestra enmienda va en el sentido de apoyar la creación de esos grupos de trabajo para revisar los criterios por los que se fijan las fechas de caducidad o de consumo preferente, su homogeneización y también sus condiciones de conservación. En este aspecto, lo que pide la enmienda es que se tenga en cuenta la normativa vigente, porque, como sabe, la responsabilidad sobre la seguridad del alimento es del fabricante, que es el que tiene que determinar la fecha de caducidad o de duración mínima de los alimentos. Hay que tener en cuenta que el fabricante del producto es el responsable de poner en el mercado alimentos seguros. Por otro lado, la Comisión Europea tiene en marcha un estudio —creemos que a finales de este año o principios del que viene podremos tenerlo— para investigar el modo en que estos operadores entienden y utilizan estas fechas. También compartimos la necesidad de fomentar la reutilización y el reciclado de los productos alimentarios sobrantes, así como colaborar con las asociaciones nacionales de consumidores impulsando campañas informativas que fomenten comportamientos responsables de los consumidores.

La postura de mi grupo es clara: seguir trabajando para reducir las pérdidas y el desperdicio alimentario.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Hernández Bento.

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

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

En efecto, el informe de la FAO, Pérdidas y desperdicio de alimentos en el mundo, del año 2011, que el Grupo Socialista menciona en su PNL, dice cosas alarmantes, como, por ejemplo, que un tercio de la producción de alimentos destinados al consumo humano se pierde o desperdicia en todo el mundo, lo que supone aproximadamente 1300 millones de toneladas al año. Esto significa que cantidades enormes de recursos destinados a la producción de alimentos se utilizan en vano, que las emisiones de gases de efecto invernadero que con ella se causan se producen en vano, y que este proceder es lo opuesto a

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

16 de mayo de 2017

Pág. 13

los principios de una economía circular basada en el mínimo despilfarro y en el aprovechamiento eficiente de los recursos. Dicho de otro modo, que un mejor aprovechamiento redundaría inmediatamente en una mejora de la productividad, es decir, producir más con los mismos recursos.

El informe FAO es muy clarificador porque revela que hay una gran diferencia entre los países más industrializados y los que están en vías de desarrollo, no solo en la magnitud del desperdicio —en los más industrializados, como era previsible, se desperdicia casi el doble, entre 280 y 300 kilos por persona y año—, sino, sobre todo, en la fase de la cadena de producción, la que va desde el productor al consumidor. En los países menos industrializados el desperdicio se produce en cosecha y poscosecha, y en aquellos que tienen ingresos más altos se produce sobre todo en la fase del consumidor, concretamente por falta de coordinación entre distintos actores —aquí podríamos incluir el problema de esas fechas, de «consumir preferentemente antes de»—, pero, sobre todo, por el comportamiento del consumidor, incluyendo la poca planificación a la hora de hacer la compra y esa actitud despreocupada porque puede permitirse, o podemos permitirnos, desperdiciar comida. Tal y como el reiterado informe de FAO comenta, el desperdicio de alimentos en países industrializados puede reducirse mucho aumentando el nivel de sensibilización de industrias alimentarias, de vendedores minoristas y de consumidores; sobre todo de estos últimos, porque si los consumidores se sensibilizan pueden obligar a reaccionar al resto de la cadena.

En su libro *Despilfarro: el escándalo global de la economía*, Tristram Stuart hizo estudios interesantes que revelan algunas características peculiares del despilfarro. Visitó grandes superficies y vio lo que hacían con las zanahorias: más o menos desechaban entre un 25 y un 30% de las zanahorias simplemente porque tenían un aspecto inadecuado. En cambio, cuando se preguntaba a los consumidores decían que ellos estaban dispuestos a aceptarlas siempre que estuvieran bien. Mientras tanto, se produce ese desperdicio. Como esto está pasando en toda España, recomiendo que sigamos lo que se está haciendo en Europa, por ejemplo, la iniciativa *wasting food...*

El señor **PRESIDENTE**: Señor Navarro, debe ir acabando.

El señor **NAVARRO FERNÁNDEZ-RODRÍGUEZ**: Entonces, para terminar simplemente diré que estamos de acuerdo con algunos puntos de su PNL —nos parece que los más importantes son el número seis para la sensibilización y el tres que hace referencia al etiquetado y a los grupos de trabajo—, pero no con el punto dos para dar nuevos beneficios fiscales a las empresas que donen alimentos, porque ya hay denuncias sobre la posibilidad de que las grandes superficies lo estén utilizando para mantener su producción sin necesidad de ajustarse a la demanda real. Por tanto, si se vota por puntos votaremos en consecuencia y, si no, nos abstendremos.

El señor **PRESIDENTE**: Muy bien, muchas gracias, señor Navarro.

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

La señora **DE LA CONCHA GARCÍA-MAURIÑO**: Buenos días, ¿tengo tres minutos?

El señor **PRESIDENTE**: Sí.

La señora **DE LA CONCHA GARCÍA-MAURIÑO**: Bien, volvemos a un tema recurrente en esta Comisión que es la alimentación. Estamos ante un problema que es el abecé de la vida, o sea, hablamos de comer y de beber y parece que lo atacamos por aquí, por allá, a pequeños flecos, pero es una cuestión que debería estar en el centro del debate político, de una forma seria, no presentando proposiciones no de ley y apuntándonos puntitos unos grupos y otros, sino pensando en la importancia vital que tiene para la ciudadanía y en recobrar las riendas de un problema que ahora está en manos de las grandes multinacionales, que es el origen de todo el asunto. Aquí tenemos un informe de la FAO de 2011, es decir, de hace seis o siete años, y seguimos mareando la perdiz. Esta PNL claro que tiene cosas que están bien, ya solo plantear este tema nos parece bien, pero está llena de ambigüedades y contiene demasiados aspectos. Se habla de la ruptura de la cadena de frío que es un asunto resbaloso; de beneficios fiscales, a quiénes y por quién; del etiquetado para lo que, madre de Dios, ya se han presentado mil PNL y parece que una más no lo va a solucionar; del tamaño de los envases; no se habla del granel, tampoco de la economía circular, como decía mi compañero ahora mismo. Este es un asunto muy serio en el que deberíamos hacer un trabajo conjunto y aportar cada uno todo lo que sabe o lo que tiene, pero esto hay que ponerlo ya en marcha. Ojalá pudiéramos ser inocentes, pero el consumidor es una víctima de todo

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

16 de mayo de 2017

Pág. 14

esto, de unas etiquetas incomprensibles, de unas ofertas que tiene que aprovechar porque su economía no le permite otra cosa, y se lleva una bolsa así de grande de manzanas cuando la mitad van a ir a la basura porque se van a pudrir. ¿Quién controla todo esto? ¿Quién controla la publicidad? Pues mírenlo porque lo controla la industria alimentaria y este es el origen de todo el asunto. Entonces, en este caso nos vamos a abstener porque nos algunas de las cosas que se proponen nos parecen bien, pero hay que abordarlo de otra manera.

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

A efectos de votación, señora Tundidor, acepta la enmienda del Grupo Parlamentario Popular y la votación por puntos. **(Denegación)**.

No, muy bien. Antes de pasar al 5.º punto del orden del día, les comento que a la Mesa ha llegado una petición acordada de los grupos para cambiar el orden de los puntos 6.º y 7.º. Lo digo para que hagan sus previsiones. Veo caras de extrañeza, pero esto es lo que nos han comunicado.

— SOBRE LA PROMOCIÓN DE UNA MEJOR COORDINACIÓN DE LAS RENTAS MÍNIMAS DE INSERCIÓN. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/001674).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al 5.º punto del orden del día que es la proposición no de ley sobre la promoción de una mejor coordinación de las rentas mínimas de inserción, del Grupo Parlamentario Popular.

Para su defensa tiene la palabra la señora Marcos.

La señora **MARCOS MOYANO**: Gracias, señor presidente.

Buenos días, señorías. Quiero comenzar mi intervención apelando al sentido de la responsabilidad política, ya que esta iniciativa es justamente lo que persigue. Señorías, no podemos olvidar que España durante algún tiempo, no muy pasado, ha atravesado una profunda crisis económica; una crisis que llevó a muchas personas a vivir duras situaciones de pobreza y a otras a estar en riesgo de exclusión social. Todos conocemos los datos y, mejor dicho, conocemos las experiencias que hay detrás de ellos. Por eso, porque todos conocemos los números, no debemos olvidar la historia ni distorsionar la realidad. Debemos tener presente que entre 2007 y 2011, 3,5 millones de personas perdieron su empleo, es decir, que el 65 % de los puestos de trabajo que se perdían en Europa eran en España. El año 2013 supuso un punto de inflexión gracias a las buenas políticas del Partido Popular y al esfuerzo de todos los españoles. Hoy en España acumulamos once trimestres consecutivos de crecimiento económico, el 3,2% durante el último año, y se crea empleo a un ritmo de 500 000 puestos de trabajo anuales. Señorías, espero que coincidan conmigo en que no hay mejor política social que aquella que crea empleo por dos razones: en primer lugar, porque permite a sus ciudadanos autorrealizarse y poder vivir por sí mismos y, en segundo lugar, porque cuantas más personas estén trabajando, el Estado contará con más recursos económicos para proteger a los colectivos más desfavorecidos, mejorar las políticas sociales y fortalecer el Estado de bienestar. Por eso precisamente el empleo es la apuesta estrella del Partido Popular, porque apostamos por la creación de 500 000 puestos de trabajo al año frente a la destrucción de 1400 empleos al día; porque apostamos por la protección frente al desamparo. Por ese motivo el Gobierno ha sumado medidas sociales a las importantes políticas económicas emprendidas durante estos años, como el Plan nacional de acción para la inclusión social del Reino de España 2013-2016 o las sucesivas prórrogas del Plan Prepara. El gasto social supuso un 60% de los Presupuestos Generales del Estado de 2016 y en el proyecto que se está tramitando 70 de cada 100 euros se destinarán a este fin.

Además, no quiero olvidar decir que hoy más de 13 millones de personas reciben algún tipo de prestación pública del Estado porque, señorías, tenemos pensiones no contributivas, contributivas, prestaciones por desempleo, la asignación económica por hijo a cargo o las prestaciones asistenciales, entre otras. Además, como ustedes sabrán, las comunidades autónomas tienen competencia en materia de servicios sociales y gestionan la comúnmente conocida como renta mínima de inserción, de la que actualmente se benefician casi 800 000 personas. Es decir, cerca de 14 millones de personas de nuestro país reciben alguna prestación de las administraciones públicas ya sean estatales o autonómicas. Por ese motivo y con la misma legitimidad que los otros grupos, el mío trae a la Comisión esta propuesta. Una iniciativa que apuesta por optimizar los recursos existentes en lugar de crear nuevas prestaciones, como pretenden otros grupos políticos. Señorías, estamos al tanto de la tramitación de la proposición de ley

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

16 de mayo de 2017

Pág. 15

sobre establecimiento de una prestación de ingresos mínimos en el ámbito de protección de la Seguridad Social en la Comisión de Empleo y, como no puede ser de otra manera, respetaremos lo que salga en esa negociación parlamentaria, pero déjenme que destaque, al igual que hizo en el Pleno mi compañera, doña Susana López, que nuestro grupo no va a decir que es posible algo que es absolutamente imposible, porque nuestra apuesta es el empleo, la eficiencia y también analizar para después poder trabajar. Eso es lo que pretendemos hoy con esta iniciativa porque las rentas mínimas suponen una importante ayuda para los beneficiarios, pero tal y como están diseñadas provocan desigualdades en función del lugar de residencia del perceptor, ya que las comunidades autónomas dentro del ámbito de sus competencias, como he señalado anteriormente, han implementado estas prestaciones causando importantes diferencias entre ellas. Señorías, sabrán que las condiciones para el acceso varían en función de distintos factores; clase de perceptor, edad mínima, prueba de rentas, empadronamiento, tiempo de residencia y unidad de convivencia familiar. Cambia hasta el nombre y pasamos del ingreso mínimo de solidaridad andaluz hasta la renta básica extremeña de inserción.

Por todo lo que acabo de señalar, creemos necesario hacer un esfuerzo entre todas las administraciones con el fin de armonizar este tipo de políticas y acabar con estas desigualdades, porque de no hacerlo quienes saldrán perjudicados serán los ciudadanos y, concretamente, los que peor lo están pasando. Los ciudadanos quieren respuestas y no pugnas entre administraciones; quieren soluciones reales y no recetas demagógicas imposibles; en definitiva, los ciudadanos quieren coordinación y esa responsabilidad política a la que apelé al inicio de mi intervención. Además, este es un compromiso que adquirió el ministro, señor Alonso, es una preocupación de la actual ministra, doña Dolors Montserrat, y esperamos que también de este Parlamento. Por eso presentamos esta proposición no de ley para que este compromiso sea extensivo a las comunidades autónomas y lo acepten. Por último, les recuerdo que a través de esta iniciativa solicitamos al Gobierno: evaluar junto a las comunidades autónomas y las entidades sociales el modelo o los modelos actuales de rentas mínimas de inserción; impulsar dentro de su ámbito competencial la coordinación de las comunidades autónomas a favor de la igualdad de oportunidades; permitir que los perceptores puedan cambiar de domicilio sin perder la prestación; y elaborar un mapa común que facilite el acceso a la transparencia de la información de los recursos existentes. Señorías, hoy se abre ante nosotros la posibilidad de aprobar una propuesta realista, una iniciativa solidaria y una proposición posible. Olvidemos nuestras diferencias, seamos responsables y apostemos por la igualdad. Quiero agradecer a los grupos parlamentarios sus aportaciones, estamos en contacto con ellos para presentar una enmienda transaccional.

Muchas gracias.

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

Para defender sus enmiendas, en primer lugar, por el Grupo Parlamentario Mixto tiene la palabra la señora Nogueras.

La señora **NOGUERAS I CAMERO**: *Gràcies, president.*

En el Partit Demòcrata tenemos muy claro que este no es un debate territorial como se plantea en la propuesta; no se trata solo de decirnos que se han hecho grandes esfuerzos en gasto social. Nosotros tenemos muy claro que el debate es cómo conseguir más recursos y cómo gestionarlos mejor. Demasiado a menudo se olvida que las comunidades autónomas tienen competencias exclusivas, es el caso de la Generalitat de Catalunya, y se plantea el tema de las competencias y la diversidad como negativo, algo que ni entendemos ni procesamos. Creemos recentralizar no soluciona los problemas y menos de estas dimensiones. Nosotros hemos presentado una enmienda de devolución y, como ya ha comentado la diputada del Grupo Parlamentario Popular, en el primer punto se hace referencia a establecer la prestación de ingresos mínimos no contributiva. Sabemos que esto se está tramitando y aquí sí que vemos que debe haber una coordinación a nivel político. Usted hablaba de respetar al ministerio, y yo creo que respetar es precisamente poder dialogar, negociar y llegar a acuerdos comunes que beneficien a todos. ¿Por qué no pueden coordinarse los ministerios? Parece que respetar para ustedes es dejar hacer sin poder intervenir, y yo creo que no. Estamos de acuerdo en que debe hacerse una evaluación junto con las comunidades autónomas y las entidades locales, así como fomentar la cooperación técnica, pero respetando siempre las competencias, para nosotros homogeneizar y recentralizar no es la solución. Ustedes deben absorber modelos que funcionan mejor que otros y no pretendan ejecutar un modelo común que funcione cuando la realidad es diversa, y la diversidad, señoras y señores del Grupo Parlamentario Popular, no es mala, es rica.

Muchas gracias.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

16 de mayo de 2017

Pág. 16

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

Para defender la enmienda del Grupo Parlamentario Ciudadanos, tiene la palabra el señor Igea.

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

La verdad es que uno nunca acaba de aprender de la impresionante versatilidad semántica de los partidos nacionalistas: cuando una cosa es desigual pero favorable para mí se llama diversidad; cuando es desigual pero es desfavorable se llama discriminación, depende del día, de lo que hablemos y de cómo nos vaya. Nosotros, como es conocido, no siendo partidarios de la recentralización, sí somos partidarios de la igualdad y de la equidad y de llamar a las cosas por su nombre. Y es verdad que en este país y en esta situación tan dramática que se ha vivido estos últimos años, ha sido necesario tirar del imaginario autonómico y colectivo para cubrir las necesidades de una población que se encontraba en una situación muy difícil. Pero también es verdad que no se puede soportar con tranquilidad el diferente trato que ciudadanos sometidos a la misma Constitución o ley tienen en las distintas comunidades. Por tanto, nosotros vamos a votar a favor de cualquier iniciativa que sirva para homogeneizar estas prestaciones.

Dicho esto, es evidente que no es suficiente con crear empleo. Es verdad que crear empleo es una necesidad, pero no es suficiente si no se crea un empleo estable, que disminuya las tasas de pobreza y que consiga evitar que sigamos teniendo 6,5 millones de trabajadores que son pobres. Para eso hacen falta muchas más cosas, por eso en la enmienda que hemos presentado hemos introducido políticas de empleo, que es verdad que pertenecen al ámbito de otra Comisión. Llegaremos a un acuerdo transaccional y trataremos los temas de empleo, de formación y de políticas activas de empleo donde toca, pero lo que es seguro es que es una urgencia conseguir que los ciudadanos españoles sepan que son iguales ante la ley y tienen iguales derechos también en situaciones de necesidad. Dejemos de llamar diversidad a lo que es discriminación o inequidad.

Muchas gracias.

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

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

La señora **RAMÓN UTRABO**: Muchas gracias, señor presidente.

Hoy debatimos una proposición no de ley cuya exposición de motivos comienza con la siguiente frase: Durante la crisis económica vivida en estos últimos años, muchos españoles vivieron situaciones muy duras de pobreza y de riesgo de exclusión social. Creo que este comienzo da una idea del tono y de la intención que se esconde detrás de esta proposición no de ley. Parece que para el Grupo Parlamentario Popular el mundo se paró en el año 2011, y que desde 2011 hasta 2016 no hubiera ocurrido absolutamente nada en este país. La verdad es que las políticas llevadas a cabo durante ese período son para olvidarlas, pero me resulta extraño que lo olvide el propio Grupo Parlamentario Popular. Hablar de pobreza y de riesgo de exclusión social en pasado es un síntoma claro de un grave déficit que tiene el Grupo Parlamentario Popular, que no es otro que la desconexión con la realidad; o no saben lo que está ocurriendo en este país o no quieren saberlo. Y la verdad es que no sé qué debe preocuparnos a toda la ciudadanía, si es que no conocen la situación real de la mayor parte de la gente o no quieren conocerla. Hablar de pobreza y de riesgo de exclusión social en tiempo pasado, tras años de crisis y de políticas antisociales, es una falta de respeto a esa ciudadanía tan castigada durante estos años y, también, a las asociaciones, entidades y organismos, nacionales e internacionales, que constantemente analizan y denuncian que la pobreza se ha convertido en uno de los grandes problemas de nuestro país. Sin ánimo de extenderme en datos y en cifras que prácticamente todos conocemos, según la encuesta de condiciones de vida correspondiente a 2016 que hemos conocido recientemente, el porcentaje de población en riesgo de pobreza se situó en el 22,3% frente al 22,1% del año anterior. El 15,3% de los hogares españoles manifestó llegar a fin de mes con mucha dificultad. Este porcentaje era 1,6 puntos mayor que el registrado el año anterior. Y a ello tenemos que añadir también lo que han aumentado los trabajos temporales que ya son casi el 26% del total, los hogares sin ningún tipo de ingreso y los hogares con todos sus miembros en paro. Creo que es para comprender el malestar de una parte importante de la población. Mientras esto sucede, la brecha en protección social se sitúa casi en cuatro puntos porcentuales por debajo respecto a la eurozona. No hay ningún motivo para la complacencia.

Señorías del Grupo Parlamentario Popular, hay que aterrizar en el año 2017 porque parece que se han quedado anclados en el pasado. Hacer estudios y evaluar está muy bien, pero creo que llegan tarde nuevamente. El problema de la pobreza en España y sus soluciones han sido ampliamente estudiados por

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

16 de mayo de 2017

Pág. 17

todo tipo de entidades. Los sindicatos, las organizaciones de acción social, las de infancia, han hecho interesantes informes, también las fuerzas políticas, entre ellas el partido al que pertenezco, y creo que la conclusión es clara y contundente. Como señala el informe de Comisiones Obreras, El sistema de protección social en España 2015, nuestro actual sistema presenta un modelo articulado sobre dos estructuras principales: de un lado está el Estado central que articula a través de la Seguridad Social prestaciones de desempleo, principalmente para aquellas personas que han perdido su trabajo y, de otro, las comunidades autónomas que han desarrollado prestaciones en el marco de la asistencia social orientada, aunque no exclusivamente, desde la óptica de la lucha contra la exclusión social. Durante un tiempo este esquema de protección funcionó razonablemente, pero es evidente que este esquema tradicional se ha mostrado insuficiente para atender las nuevas demandas sociales derivadas de la crisis económica y los efectos de las políticas de recortes. Existe un creciente número de personas que se han quedado fuera de la cobertura, la Administración General del Estado tiene la obligación de intervenir y tiene un título competencial que es la acción protectora de la Seguridad Social. En ese sentido, desde el Grupo Parlamentario Socialista al que represento, hemos planteado una enmienda a esta proposición no de ley para que se reconozca esa prestación en el ámbito de la Seguridad Social destinada a personas o familias sin ingresos por situaciones de necesidad, y que no perciban prestación por desempleo. Además, en esa enmienda también proponemos incrementar la prestación por hijo a cargo, ya que hay numerosos estudios de organizaciones que trabajan sobre todo en el ámbito de la pobreza infantil, que ratifican que es el mejor instrumento para luchar contra este problema. Si ustedes quieren llamar a la coordinación de las comunidades autónomas en el ámbito de sus competencias, nos parece muy bien, y si quieren evaluar o estudiar los sistemas de ingresos mínimos, háganlo. De hecho, se supone que llevan haciéndolo desde el año 2015 financiado en un 80% por la Comisión Europea. Les pedimos que no se queden en algo que ya anunciaron hace dos años y que suponemos que debe estar ya terminado o casi terminado. Les pedimos que vayan más allá porque no pueden permanecer ajenos a la responsabilidad que tiene el Gobierno en la lucha contra la pobreza.

Muchas gracias.

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

Para fijar la posición de los grupos parlamentarios, en primer lugar, por Esquerra Republicana tiene la palabra el señor Olòriz.

El señor **OLÒRIZ SERRA**: Gracias, señor presidente.

La verdad es que es una propuesta que no aporta nada o, mejor dicho, que lo único que aporta, es decir, la necesidad de coordinación por parte del Gobierno del Estado y de poner en común las diversas actuaciones que se realizan en las comunidades autónomas, ya *va de soi*, no me pasa por la cabeza que el Gobierno no haga esto. Es función del Gobierno coordinar, informarse y, a partir de aquí, hacer nuevas propuestas, pero mi partido no espera nada del Grupo Parlamentario Popular, sobre todo viendo el presupuesto que nos presenta para este año. Por eso no podemos quedarnos con los brazos cruzados. Yo entiendo a los partidos nacionalistas españoles que tienen una visión de que el centralismo es como aquel ungüento de Fierabrás que lo curaba todo. Mi experiencia, que no es mucha en el tiempo de mi vida, es que cuando ha habido centralismo es cuando más desigualdades ha habido. Supongo que para poner de acuerdo el nacionalismo español con la realidad del siglo XXI tendría que ser consecuente con la defensa de la Constitución —que dice que hace— y con la defensa del Estado de las Autonomías, y ver que en este proceso de autonomías con competencias transferidas, en primer lugar, se ha de premiar a quien lo hace bien —hay comunidades autónomas que han decidido no hacer políticas sociales innovadoras y hay otras que han decidido que sí— y, en último término, estoy de acuerdo, asegurar que el conjunto de las personas que viven en el Estado español tengan aquellos mínimos que el Estado considera necesarios y resueltos, pero de ninguna manera el hecho de que el Gobierno del Estado sea de una tendencia política o de otra, el que tenga una prioridad social o no la tenga, puede ser un freno a las comunidades autónomas para la innovación y hacer mejores políticas sociales.

Como ustedes saben, esta semana se ha aprobado a partir de una ILP un proyecto de renta garantizada de ciudadanía en Cataluña, con una prestación de 664 euros de aquí a 2020 y unos cambios normativos interesantes, como es el papel del SOC; es decir, su papel importante de ocupación en todo este proceso porque garantizar unos mínimos a los ciudadanos, que siempre serán mínimos, solo puede ser un proceso hasta que encuentre trabajo. Encontrar trabajo es lo fundamental, pero no puedes dejar a la cola a aquellos que por muchas razones o no lo tienen o no lo pueden tener. Por eso nuestro grupo,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

16 de mayo de 2017

Pág. 18

escéptico ante esta propuesta, no la aprobará, pero sí nos ponemos a disposición de todos los grupos parlamentarios para trabajar por lograr mejores proyectos de inserción social y, sin duda, la equidad para los ciudadanos que viven en el conjunto del Estado español.

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

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

La señora **MARCELLO SANTOS**: Gracias, señor presidente.

Una vez más el Grupo Parlamentario Popular nos vuelve traer una proposición no de ley vacía de contenido en la que hablan de impulsar y evaluar un modelo de rentas de inserción y, cómo no, hacerlo con la coordinación de las entidades sociales y comunidades autónomas, solo faltaba que no fuera así. Creo que es momento ya porque es necesario de abordar de una manera seria una reforma y reorganización de todo el sistema de rentas. La compañera del Grupo Parlamentario Popular apelaba a nuestra responsabilidad política frente a esta proposición no de ley. Yo espero y apelo a su responsabilidad política el día que en la Comisión de Empleo y Seguridad Social abordemos ya la ILP que plantean los sindicatos para la prestación de ingresos mínimos a cargo de la Seguridad Social. Por lo tanto, nuestro Grupo Parlamentario Confederal Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea se va a abstener en este brindis al sol y qué menos que el Gobierno haga simplemente su función de coordinación de todo el modelo de rentas mínimas de inserción de las comunidades autónomas.

Muchas gracias.

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

He creído entender que estamos a la espera de una enmienda transaccional a efectos de votación. **(Asentimiento)**.

— RELATIVA A LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS QUE PADECEN DIABETES. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/001737).

El señor **PRESIDENTE**: Como he anunciado antes, pasamos al punto 7.º del orden del día —luego haremos el punto 6.º, que es la proposición no de ley relativa a la mejora de la calidad de vida de las personas que padecen diabetes. Es una iniciativa del Grupo Parlamentario Popular.

Para su defensa tiene la palabra la señora Angulo.

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

Señorías, la diabetes mellitus es una enfermedad crónica muy prevalente, que en los últimos veinticinco años ha pasado de afectar al 4 % de población a casi el 7 %. De hecho, se estima que hoy casi 6 millones de españoles la padecen, el 90 % del tipo 2 y el resto del tipo 1. Aunque esta prevalencia está en la media europea, es cierto que las previsiones presentan una tendencia al alza preocupante debido principalmente al incremento de la obesidad, y ese es el gran reto que tenemos por delante. Por ello es obligación de los poderes públicos trabajar coordinadamente con las asociaciones de pacientes y sociedades científicas en dos direcciones: por un lado, para frenar en lo posible este aumento de la prevalencia y, por otro, mejorar la calidad de vida de las personas ya diagnosticadas. Un enfoque decidido hacia la prevención y la promoción de hábitos de vida saludable es el diagnóstico precoz porque la buena noticia es que la diabetes tipo 2 es prevenible y para la tipo 1, aunque no lo sea, seguir un estilo de vida saludable redundará en un mejor control de la enfermedad.

Como saben, el Ministerio de Sanidad desde 2006 desarrolla la Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud que fue actualizada en 2012. Esta estrategia proporciona un marco de referencia para el Sistema Nacional de Salud con el objetivo de reducir la incidencia de la enfermedad, impulsar políticas de promoción de la salud y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Desde 2012 han sido muchas las acciones llevadas a cabo en desarrollo de esta estrategia cuya implantación corresponde a las comunidades autónomas y, afortunadamente, se han conseguido avances en la lucha contra la enfermedad. De ahí que entendamos conveniente evaluar ya la estrategia y revisarla, incorporando todos los avances científicos y el conocimiento adquirido desde la anterior actualización. Igualmente proponemos, porque lo consideramos importante y así nos lo trasladó la Federación Española de Diabetes, profundizar en la educación en la salud, en el desarrollo de programas formativos para pacientes

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

16 de mayo de 2017

Pág. 19

y familiares. Una de las maneras más eficaces de proteger la salud de las personas es promover su formación en salud, porque un mayor conocimiento de las consecuencias de su estilo de vida ayuda a evitar o retrasar la aparición de la enfermedad, y un mayor conocimiento de esta y de su tratamiento ayuda a la adherencia al mismo. La creación de la Red de Escuelas de Salud para la Ciudadanía fue una magnífica iniciativa con el objetivo de aportar a pacientes, familiares y cuidadores una fuente de información y formación adecuada, a partir del compromiso de poner a su disposición las mejores evidencias posibles. Hemos de seguir avanzando en este sentido y transmitir desde edades tempranas en los centros escolares la cultura de los hábitos de vida saludable desde distintas perspectivas, física, psicológica, social y medioambiental.

El sistema educativo, señorías, goza de una posición privilegiada por ser el lugar donde las personas adquirimos buena parte de los conocimientos que marcarán nuestro futuro como adultos. De ahí la oportunidad de la aprobación por el Ministerio de Educación, en colaboración con el de Sanidad y junto a las comunidades autónomas, de un plan estratégico de salud escolar y estilo de vida saludable diseñado para proporcionar información y formación al alumnado, profesorado y familia. Es muy oportuno establecer mecanismos de coordinación entre los centros de formación del profesorado y los centros de salud, así como aquellos que permitan que el personal de los centros de atención primaria pueda realizar formación en los centros educativos de su entorno dentro de su cartera de servicios de promoción de la salud. Iniciativas como el taller «Carol tiene diabetes», de la Consejería de Educación de Ceuta para el alumnado de segundo a quinto de primaria, con el objetivo de dar a conocer la diabetes infantil en el entorno escolar, conseguir la plena integración del alumnado con diabetes y concienciar al alumnado en general de lo que implica padecer esta enfermedad, nos parece un ejemplo a seguir y desde aquí instamos a todas las comunidades a poner en práctica iniciativas de este tipo.

Solicitamos también que se siga promoviendo la formación de los profesionales tanto de atención primaria como especializada, incluyendo programas específicos sobre diabetes, actualizados conforme a los conocimientos adquiridos en el seno de la Comisión de Formación Continúa del Sistema Nacional de Salud, sin perjuicio del respeto a las competencias que en materia de formación de los profesionales tienen las comunidades autónomas.

Efectivamente, una parte importante para el diagnóstico precoz y mejora de la calidad de vida de los pacientes es la investigación. El Instituto de Salud Carlos III fomenta la investigación en diabetes a través del Centro de Investigación Biomédica en Red y en especial al área temática en diabetes, a la que se han destinado en los últimos cuatro años 14,5 millones de euros, o la acción estratégica en salud para la investigación biomédica en España, que entre sus líneas prioritarias incluye las enfermedades endocrinas y las crónicas, a la que se han destinado desde 2012 más de 23 millones de euros. Además, desde 2014 el Instituto Carlos III participa en el proyecto europeo Joint Action on Chronic Diseases, destinado al estudio de la diabetes. A todo ello, hay que sumar los estudios llevados a cabo directamente, a través de las estrategias de salud de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad, entidad que este año ve incrementada su dotación en los presupuestos generales.

Con ello respondo también a la enmienda presentada por el Partido Socialista. Verán que el Gobierno trabaja con medidas concretas, destinando importantes recursos a las estrategias en salud y en este caso también a la investigación de la diabetes. Nuestra iniciativa propone intensificar todos los niveles: promoción de la salud, epidemiología e investigación básica, clínica y asistencial. En definitiva, señorías, son acciones concretas y específicas para conseguir, como decía al principio, disminuir la prevalencia de la enfermedad y, a su vez, mejorar la calidad de vida de las personas que ya tienen diagnosticada diabetes en nuestro país. Una iniciativa, además, con la que quisimos atender y recoger las peticiones que nos trasladó la Federación Española de Diabetes y para la que, por tanto, solicitamos el apoyo unánime de esta Comisión.

Gracias, presidente. **(Aplausos).**

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

Solo ha sido presentada una enmienda por el Grupo Parlamentario Socialista. Para defenderla tiene su turno, por cinco minutos, la señora Alconchel.

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

El Grupo Parlamentario Socialista registró en noviembre de 2016 una proposición no de ley en este mismo sentido, aunque bastante más ambiciosa. En los puntos uno y dos de la misma planteábamos la evaluación en el plazo de seis meses de la estrategia en diabetes, dar a conocer el grado de control

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

16 de mayo de 2017

Pág. 20

alcanzado por el Sistema Nacional de Salud sobre las complicaciones de la diabetes y sobre la prevalencia de la enfermedad aún no diagnosticada, así como promover la actualización en colaboración con las comunidades autónomas, asociaciones de diabéticos y sociedades científicas relacionadas con este tema.

En el plano teórico parecería difícil distanciarnos de la proposición del Grupo Popular, pero la verdad es que la valoración real que hacemos de la misma es que se trata de un canto de sirena y vamos a explicar por qué razón. La estrategia en diabetes se aprobó por el pleno del Consejo Interterritorial en octubre de 2006 con un Gobierno socialista. Fue evaluada de manera continua a lo largo de sus años de vigencia y el Gobierno socialista la dejó actualizada, aunque la actualización se publicó en 2012, ya con el Gobierno del Partido Popular, que lo que ha hecho es paralizar absolutamente la implementación y evaluación de la estrategia y así lo ha reconocido el propio Gobierno por escrito.

El portavoz del Grupo Parlamentario Socialista formuló una serie de preguntas escritas al Gobierno muy claras para conocer el estado de implementación de esta estrategia desde 2012. Se preguntaba por el número de ocasiones en que se ha reunido el Comité de seguimiento y evaluación de la estrategia en diabetes, quién forma parte del mismo, qué información ha producido respecto del seguimiento y evaluación de la estrategia, cuál ha sido el grado de periodicidad con el que se ha recopilado la información de los cincuenta y cinco indicadores de seguimiento de la misma y si existe una evaluación, una vez transcurrido cuatro años desde que se hizo la pregunta, desde su aprobación. El Gobierno nos responde por escrito y nos dice que en cinco años han hecho tres cosas: una reunión presencial, una audiodiiferencia —ambas en 2015— y una lista de veinte buenas prácticas. Ni se han molestado en responder sobre la situación de los indicadores que se preveían en la estrategia. El Gobierno es quien reconoce que no ha hecho nada. Hoy el Grupo Parlamentario Popular viene a contarnos que están muy interesados en la estrategia. Si hasta ahora no se ha hecho nada, también se puede prever lo que nos espera a partir de ahora porque los Presupuestos Generales del Estado para 2017 meten directamente en un cajón sin apoyo presupuestario suficiente, un año más, todas las estrategias en salud aprobadas por unanimidad en el Consejo Interterritorial y las que deben ser actualizadas como la estrategia de diabetes. De más de 17 millones de euros para la estrategia que presupuestamos los socialistas en 2011, pasan a 4 millones de euros y esos millones son exclusivamente para VIH y enfermedades raras. Por tanto, no hay financiación ni para esta estrategia ni para ninguna otra. Por eso, el Grupo Socialista ha presentado enmiendas a los presupuestos de 2017 para dotar con 25 millones de euros las estrategias nacionales en salud.

En la exposición de motivos de la proposición que estamos debatiendo, incluso el Grupo Popular habla de la estrategia de abordaje de la cronicidad. Estamos totalmente de acuerdo con esa filosofía, pero preguntamos: ¿con qué recursos?, ¿cómo piensan llevar a cabo todas las medidas que anuncian en esta proposición no de ley? De ahí el primer punto de nuestra enmienda a esta iniciativa del Grupo Popular, en la que exigimos que los Presupuestos Generales del Estado en 2017 contemplen partidas suficientes para la Estrategia Nacional de Diabetes, así como las demás acciones que contemplan en su iniciativa en el resto de los puntos porque ellos saben perfectamente que el Gobierno no presupuesta, no financia y que, por tanto, por propia voluntad política del Grupo Popular todo lo que plantean es irrealizable. Nos parece una tomadura de pelo que nos hablen de formación a los profesionales, sin dotación presupuestaria; que hablen de intensificar la investigación a todos los niveles, cuando en materia de investigación en los presupuestos para 2017 han recortado un 2,6% en subvenciones y ayudas de las que dependen la mayoría de los proyectos; y también que nos hablen del Instituto Carlos III que sufre un recorte del 0,8%, acumulando un año más un tizeretazo en sus presupuestos.

Por otra parte, incluimos dos apartados más en nuestra enmienda que hablan sobre la necesidad de aprobar una regulación que establezca la obligación de incluir el índice glucémico en el etiquetado de los alimentos comercializados específicamente para diabéticos y también planteamos la mejora de la atención e integración en la escuela de los niños y niñas diagnosticados con este tipo de patología crónica.

Para resumir, mi grupo plantea que si de verdad el Grupo Popular tiene voluntad de ejecutar y de realizar todas las medidas que ponen por escrito en esta proposición no de ley, pedimos que haga suyas estas enmiendas para garantizar una financiación y demostrar así que de verdad no están trayendo palabras vacías y que tienen una verdadera voluntad política financiada adecuadamente.

Muchas gracias.

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

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

16 de mayo de 2017

Pág. 21

Para fijar la posición de los grupos, por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana tiene la palabra el señor Olòriz.

El señor **OLÒRIZ SERRA**: En su momento la Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud fue un elemento muy importante. No se ha desplegado de la manera más adecuada, y menos en estos últimos años. Veríamos positivo el primer punto que pide que se evalúe y que se revise esta estrategia, pero el resto de los puntos son cantos de sirena. El único punto que puede ser sincero es el que solicita seguir promoviendo; seguir promoviendo es lo que se ha hecho hasta ahora y es lo que los Presupuestos Generales del Estado pueden hacer. Es decir, seguir haciendo lo que se ha hecho hasta ahora es totalmente insuficiente. Por tanto, mi grupo si no se vota por separado, se inclinará por la abstención.

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

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

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

Es evidente que es necesario evaluar y revisar la estrategia en diabetes, porque los pocos indicadores que tenemos indican también —volveré a remitirme en esta Comisión a los indicadores clave del ministerio— la situación de absoluta inequidad en este campo, en el campo de la diabetes, entre comunidades autónomas. Hay incidencias de tasa de prevalencia del 0,05 % en Navarra, del 0,19 % en Melilla, del 0,16 % en Ceuta y del 0,15 % en Canarias. Esto quiere decir que los indicadores de cómo manejamos y cómo estamos tratando la diabetes —que son tan diferentes y tienen tanta incidencia, por ejemplo, en Canarias, Murcia, Ceuta y Melilla— son muy burdos porque lo único que utilizamos a día de hoy es la tasa ajustada de especialización y la tasa de amputaciones del miembro inferior. Esto también se multiplica por tres, es decir, es tres veces más frecuente que a uno le amputen un miembro inferior en una comunidad que en otra. Esto es nuevamente una de las razones de la necesidad de reevaluar los planes, pero sobre todo de tomar medidas. Nosotros creemos que evaluar y revisar la estrategia es una buena idea, que impulsar y promover también es una buena, pero que lo que necesitamos es que los planes se vayan rehaciendo a medida que los resultados son malos. Cuando tenemos una previsión de una incidencia de diabetes tipo 2 absolutamente disparada por el crecimiento de la obesidad en nuestro país, probablemente esto no va a ser suficiente.

Nosotros no votaremos en contra de una proposición que es bienintencionada. Sin embargo, me gustaría añadir que la mayoría del presupuesto que se dedica a este tema es un presupuesto que depende de las comunidades autónomas. Está bien pedir siempre más presupuesto, pero también estaría bien pedir a las comunidades autónomas —como se ha dicho antes— que se hagan responsables porque no existe una razón, salvo en el caso de Ceuta y Melilla que están gestionadas directamente por el ministerio, para que haya tasas tan diferentes de amputación o tasas tan diferentes de hospitalización por diabetes. Por tanto, votaremos a favor de la propuesta porque creemos que, aunque insuficiente, es necesaria. Solicitamos tanto al ministerio como a las comunidades autónomas que hagan más caso de los indicadores, que hagan más caso de las evaluaciones y que intenten acortar la diferencia y la inequidad que también existe en este campo entre ciudadanos de distintas comunidades.

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

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

La señora **BOTEJARA SANZ**: Estamos de acuerdo con el planteamiento inicial: el aumento de pacientes con diabetes. En la última publicación del portal web New England of Medecine queda reflejada cómo la carga global de enfermedad ha aumentado en diez años un 30,6 %. Estamos también de acuerdo en la prevalencia y como cada vez se diagnostica más diabetes 2 en personas jóvenes, algo que hace unos años era excepcional. Como está contemplado en la PNL el origen —también estamos de acuerdo— de este aumento está en la obesidad. Desde 1987 la obesidad ha pasado de un 8 % a un 16,7 %. Si a la obesidad le sumamos el sobrepeso, nos vamos a una cifra de 52,7 % de la población, del cual el 69,7 % son varones y 44,7 % son mujeres. Estamos ante una línea ascendente en los últimos veinticinco años. La obesidad y el sobrepeso es un riesgo para tener diabetes o hipertensión. Hasta aquí, mi grupo está de acuerdo con el diagnóstico.

Ahora nos vamos al tratamiento. Nos ajustamos a todo lo referido en la proposición no de ley, no nos sacamos nada de la manga. Se ha hecho referencia a la Estrategia Nacional en Diabetes del Sistema

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

16 de mayo de 2017

Pág. 22

Nacional de Salud actualizado en el año 2012. Aquí se recoge la primera línea estratégica: promoción de estilo de vida saludable y prevención primaria; segunda línea estratégica: diagnóstico precoz, que por supuesto es imprescindible para evitar las complicaciones, como por ejemplo el cribado de la población con factores de riesgo; tercera línea estratégica: asistencia integrada de las personas con diabetes, esto es, el seguimiento, el aprendizaje del autocontrol, la actuación ante posibles síntomas de alarma, todo lo que es la educación terapéutica y el autocuidado. Aquí en esta última línea es donde disintimos. ¿Quiénes creen que tienen que realizar estas funciones? ¿Dónde se tienen que realizar? Estas funciones se tienen que realizar en los equipos de atención primaria. Le comento que entre 2010 y 2014 si la inversión en la sanidad pública total disminuyó un 10,7%, en atención primaria se alcanzó hasta un 14,7%. Estas funciones —como he dicho antes— en atención primaria las tiene que desarrollar el personal de enfermería. Aquí hemos sufrido una disminución clarísima de plazas, aparte del aumento de los contratos temporales. Nada de esto que ha ocurrido en estos últimos años puede ayudar a que las funciones que se desarrollan sean con una calidad aceptable para los pacientes diabéticos. Por tanto, hay una contradicción importante entre lo que...

El señor **PRESIDENTE**: Señora Botejara, vaya concluyendo, por favor.

La señora **BOTEJARA SANZ**: De acuerdo.

Hay una contradicción importante entre el diagnóstico y el tratamiento, en lo que se propone en la proposición no de ley y lo que se ha hecho y se está haciendo con la disminución de recursos. Por tanto, mi grupo se va abstener.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Angulo, a efectos de votación, ¿acepta la enmienda?

La señora **ANGULO ROMERO**: Estamos intentado llegar a un acuerdo, señor presidente.

El señor **PRESIDENTE**: De acuerdo.

— SOBRE EL ETIQUETADO Y COMERCIALIZACIÓN DE PAN OBTENIDO MEDIANTE HARINAS REFINADAS BLANCAS BAJO LA DENOMINACIÓN DE «PAN INTEGRAL». PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO DE ESQUERRA REPUBLICANA. (Número de expediente 161/001775).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al 8.º punto del orden del día: proposición no de ley sobre el etiquetado y comercialización de pan obtenido mediante harinas refinadas blancas bajo la denominación de pan integral. Es una iniciativa que ha sido presentada por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana. Para su defensa, tiene la palabra el señor Olòriz.

El señor **OLÒRIZ SERRA**: Gracias.

Afortunadamente la sociedad se está dando cuenta de la importancia de los nuevos hábitos de consumo, especialmente el alimentario. Se buscan productos más sanos, más naturales y en estas circunstancias se ha producido un aumento de la demanda y consumo del pan integral. Este aumento de la demanda, sin embargo, ha sido respondido por las grandes superficies mediante la comercialización del pan obtenido mediante harinas refinadas blancas bajo la etiqueta de pan integral. Este falso pan integral es mejor que el pan blanco puro y duro, pero se aleja de las características que tendrían que tener el pan fabricado con harinas plenamente integrales, porque el pan integral está elaborado con harina no refinada, sal, agua y levadura activa y posee una gran cantidad de fibra dietética. Su principal ingrediente es la harina no refinada. Eso quiere decir que la harina se obtiene del grano entero del trigo, cebada o centeno, entre otros. El grano completo molido aporta el salvado, el germen y el endospermo. Todas estas características lo hacen especial y muy diferente de esta comercialización que se hace con el nombre de pan integral. Una pequeña modificación que aceptaríamos del Grupo Popular es situar el Real Decreto 677/2016, de 16 de septiembre, como el último que habla de este tema, pero que no modifica fundamentalmente el concepto de harinas y de harinas integrales.

En definitiva, se trata de una proposición no de ley que es coherente con lo que ha trabajado Esquerra Republicana de Catalunya en esta legislatura sobre azúcares y aceite de palma. Se trata de situar un mejor y más adecuado consumo como un referente para la política alimentaria y de salud en este país. Por todas estas razones, les pedimos su voto y esperamos que prospere esta proposición no de ley.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

16 de mayo de 2017

Pág. 23

Muchas gracias.

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

Para defender esa enmienda de la que hablaba, por parte del Grupo Parlamentario Popular tiene la palabra la señora Blanco.

La señora **BLANCO GARRIDO**: Muchas gracias, presidente.

Señorías, ante esta proposición no de ley presentada por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana mi grupo quiere manifestar que está de acuerdo con el fondo de la iniciativa, porque consideramos que el etiquetado de los productos tiene que ser lo más claro y conciso posible y debe reflejar exactamente aquello que contiene el producto que compramos para seguridad alimentaria del consumidor. En este sentido, quiero recordar que el Reglamento de la Unión Europea 1169/2011 sobre la información alimentaria facilitada al consumidor, que hace referencia a la iniciativa en su primer punto, ya establece unas prácticas informativas legales según las cuales la información no puede inducir a error al consumidor sobre las características del alimento y, en particular, sobre la naturaleza, identidad, cualidades, composición, cantidad, duración, país de origen o lugar de procedencia y modo de fabricación o de obtención.

Por otro lado, cabe destacar, porque el texto de la iniciativa no lo recoge, que el Real Decreto 1286/1984 ha sido derogado por el reciente Real Decreto 677/2016, de 16 de diciembre, por el que se aprueba la norma de calidad para las harinas, las sémolas y otros productos de la molienda los cereales. Por consiguiente, y siguiendo esta línea, hemos presentado una enmienda de mejora técnica al punto primero de la iniciativa, con el objetivo de que el pan que se comercialice como integral se ajusta a la definición recogida en ese real decreto anteriormente mencionado; esto es, que su composición corresponde con la del grano del cereal integral.

En relación con el segundo punto, he de manifestar la posición favorable de mi grupo porque ya tanto desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad como desde el Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente existen diferentes vías, foros y herramientas de colaboración y cooperación con las autoridades de control de las comunidades autónomas, como por ejemplo el grupo de trabajo para la elaboración del Plan nacional de control oficial de la cadena alimentaria.

Para finalizar, señor presidente, con relación al punto tercero de la iniciativa mi grupo también votará favorablemente porque consideramos que existen suficientes herramientas normativas, como es el Reglamento 1169/2011 de la Unión Europea o la propia Ley 17/2011 de Seguridad Alimentaria y Nutrición para que las autoridades de control de las comunidades autónomas puedan actuar en caso de detectar incumplimientos, no solo en el etiquetado sino también en la presentación y publicidad de los mismos.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

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

Para defender las posiciones de sus grupos, por el Grupo Parlamentario Ciudadanos tiene la palabra el señor Navarro.

El señor **NAVARRO FERNÁNDEZ-RODRÍGUEZ**: Nos trae Esquerra una proposición no de ley muy didáctica, con la que estamos de acuerdo. Es cierto lo que dice: que el refinado despoja de la mitad de la vitamina B, el 90% de la vitamina E y prácticamente toda la fibra; la fibra es importante porque permite una absorción más estable del azúcar evitando picos. Además, los últimos estudios inciden en la bondad del cereal integral. Así pues, un estudio de Harvard que se publicó en junio de 2016 en la revista Circulation incide en estos beneficios e incluso añade otros: menor riesgo de enfermedad cardiovascular e incluso de distintos tipos de cáncer. Por tanto, parece que consumir el cereal integral está lleno de beneficios. En Estados Unidos se han enfrentado a este mismo problema de hacer pasar cereal enriquecido como cereal integral y han obligado a modificar el etiquetado, como ahora propone esta proposición no de ley, con la que —insisto— estamos de acuerdo y votaremos a favor.

Muchas gracias.

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

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

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

16 de mayo de 2017

Pág. 24

La señora **DE LA CONCHA GARCÍA-MAURIÑO**: Buenos días.

Cuando yo era pequeña y se nos caía el pan al suelo, había que recogerlo y besarlo; se decía que el pan era de Dios. El pan, el trigo, ha sido la alimentación básica de la zona geográfica a la que pertenecemos, como en otros sitios ha sido el arroz o el maíz. Este alimento que ha conseguido que sobrevivieran generaciones de antepasados nuestros ha pasado a ser una auténtica porquería. Hoy en día el pan es puro almidón y parece que está en relación directa justo con lo que hablábamos antes, con la epidemia de diabetes. Quizás si hubiera denuncias suficientes, como pasó en su día con el tabaco, el pan acabaría teniendo una etiqueta que pusiera: «El pan puede matar». Mientras no haya responsabilidades de este tipo, a nadie le importará lo que se vende ni quién lo compra.

Hubo una dieta muy popular hará doce años de un francés que daba mucha importancia al índice glucémico, a la hora de la obesidad, que parece que tenía su fundamento. Por tanto, permitía el consumo de pan, pero tenía que ser pan integral. En los libros que escribió daba una dirección de correo para poder conseguir el pan adecuado para esa dieta, porque si no era imposible conseguirlo. Si entramos ahora mismo en alguno de esos sitios que hay ahora en Internet, tan cómodos para comprar, e introduces las palabras harina integral o pan integral te salen un montón de etiquetas enormes diciendo que son productos integrales y saludables. Es obvio, que no lo son. ¿Cómo es que se permite esto? ¿Cómo es que eso está en los supermercados? ¿Cómo es que eso es lo que compramos? La harina integral está compuesta de almidón, germen de trigo —que es donde está gran parte de sus vitaminas y los lípidos— y la cáscara, el salvado. Ahora, la harina se muele por una especie de cilindros y separa, por un lado, el almidón —que es un polvo blanco, como otros polvos blancos peligrosos—, y por otro lado, la cáscara que es el salvado que a veces se añade a esa harina blanca posteriormente y entonces se coloca la etiqueta de integral.

Del germen de trigo, que constituye la parte viva de la planta, ni hablamos. ¿Por qué no la utilizan? No lo hacen por dos razones: la primera razón es porque lo aprovechan para hacer otro producto —te lo cobran más caro, pero te quitan una parte que se usa para hacer otro producto que después también te van a cobrar—, y la segunda razón, es porque acidifica la harina y es más difícil de conservar. Como este producto alimenticio, que fue básico en nuestra alimentación durante siglos, es más difícil de conservar, te venden porquería. ¡Cómo no vamos a apoyar esta proposición no de ley que presenta Esquerra Republicana de Catalunya! De nuevo en todo este asunto está la importancia de la alimentación, que espero que se tomen en serio. A ver si decidimos colaborar unos con otros y sacar adelante propuestas que cambien esta condena, que tiene especialmente la gente pobre del país, de comer porquería a diario y de enfermar por ello.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señora De la Concha.

A la espera de saber dónde comprar ese pan integral, tiene la palabra por el Grupo Parlamentario Socialista la señora Peña.

La señora **PEÑA CAMARERO**: Buenos días.

Mi grupo comparte los objetivos de esta proposición no de ley del Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana. Como ya saben, para los socialistas es una prioridad trabajar por dar la mejor y más transparente información a los consumidores, también a través del correcto etiquetado de productos alimenticios. Saben que es una línea maestra en nuestra política de consumo y en este caso tratamos el engaño del pan integral, que se suma, por ejemplo, al de productos vendidos como cien por cien naturales y están llenos de aditivos o al de los etiquetados *light*. Muchas panificadoras usan publicidad engañosa y confunden a los consumidores para vender pan que dista mucho de ser integral, como ya han comentado aquí. Es cierto que lo que se vende es legal, pero no tiene asociado los beneficios de los productos integrales de verdad. Según la ley el pan integral es aquel que usa harina totalmente integral y la gran mayoría de los productos con ese etiquetado no lo son.

Diferentes estudios señalan no solo que el pan integral es sano y reduce el colesterol en sangre, sino que también su consumo se vincula a una significativa disminución de muertes prematuras. Los nuevos hábitos de consumo buscan una alimentación más sana y natural, pero en muchos casos se está dando, como reza nuestro refranero, gato por liebre. En los lineales de los comercios de las grandes superficies aparecen productos con la denominación integral porque la ley es laxa, ya que señala que con que tengan un porcentaje de harina de grano integral se puede llamar integral, pero les recuerdo que si no es harina de trigo de grano entero con salvado, germen y endospermo no es pan integral. La mezcla es legal, pero no es ni integral ni aporta las bondades del grado entero molido. El pan integral, el pan elaborado con

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

16 de mayo de 2017

Pág. 25

harina de trigo integral, con sémola de trigo duro integral, tiene mayor grado de nutrientes, minerales, vitaminas, fibra y mejor adecuación glucémica que el pan de harinas refinadas, el pan blanco que encontramos como pan de trigo integral con cereales integrales. El pan integral de verdad —el de verdad— es más saludable, pero perece más rápidamente. Este último es uno de los motivos por el que es muy difícil encontrar pan integral de verdad fuera, ahora sí, de las panaderías, de los obradores y de las tahonas. Tenemos antecedentes, ya que son numerosos los países, como México, Perú, Chile o Panamá, que están multando a diferentes empresas panificadoras por vender pan integral que es elaborado con harina refinada. Asimismo, se ha retirado en otros países del mercado falsos panes integrales, como lo que sucede hoy en día en nuestro país. La trampa no solo está en el etiquetado, también está en las prácticas como llenar por ejemplo productos llenos de semillas, introducir el salvado en el último proceso o maquillar y pintar con harina de centeno de grano negro para oscurecer el pan y así igualarlo con el tono natural del pan realmente integral. Por eso, compartimos la filosofía de esta proposición ya que creemos que se ha de modificar el Reglamento sobre información alimentaria del consumo, facilitar la labor de investigación, de comercialización de ambos tipos de pan y velar evidentemente por que la publicidad sea veraz. Así que contarán con el apoyo del Grupo Socialista.

Muchas gracias.

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

Señor Olòriz, he creído entender que habrá una transacción con algunas partes de la enmienda del Grupo Popular.

El señor **OLÒRIZ SERRA**: Se aceptaría la enmienda completa, porque nos parece correcta.

El señor **PRESIDENTE**: Perfecto, muy bien.

— RELATIVA A LA MODIFICACIÓN DE LA CARTERA COMÚN DE SERVICIOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO CONFEDERAL DE UNIDOS PODEMOS-EN COMÚ PODEM-EN MAREA. (Número de expediente 161/001700).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al 6.º y último punto del orden del día: proposición no de ley relativa a la modificación de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud. La iniciativa ha sido presentada por el Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea. Para su defensa, tiene la palabra la señora Botejara.

La señora **BOTEJARA SANZ**: La salud es un derecho recogido en el artículo 43 de la Constitución y en el artículo 1 de la Ley General de Sanidad de 1986. Asimismo, se recoge en esta ley la creación del Consejo Interterritorial de nuestro sistema sanitario como órgano coordinador entre las comunidades autónomas y la Administración General del Estado. Entre las funciones de este Consejo Interterritorial está garantizar la accesibilidad y equidad del sistema sanitario. En el Real Decreto 63/1995 sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud está contemplado que se garantizará la igualdad de toda la población, en cuanto a las prestaciones sanitarias y se garantizará la inexistencia de cualquier tipo de discriminación en el acceso, administración y régimen de prestaciones de los servicios sanitarios. En la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, se establecen acciones de coordinación y cooperación de las administraciones públicas sanitarias, como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud con el objetivo común de garantizar la equidad y calidad. Todo esto lo referimos —quizá sea un poco repetitivo— por los diferentes reales decretos y leyes en los que está plasmada la equidad y la accesibilidad de nuestro sistema sanitario.

En la Ley 16/2003, citada anteriormente, se regula la ordenación de las prestaciones, y se define el catálogo de prestaciones como el conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción y mantenimiento de la salud dirigidos a los ciudadanos. Este comprenderá las prestaciones correspondientes a salud pública, atención sociosanitaria de urgencia, prestación farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietéticos y transporte sanitario. Las prestaciones sanitarias incluidas en el catálogo se hacen efectivas al formar parte de la cartera de servicios. La cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud se aprueba por real decreto, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Las nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos serán evaluados previamente a su incorporación a la cartera de servicios.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

16 de mayo de 2017

Pág. 26

Por todo lo relatado, por las circunstancias del Real Decreto 16/2012, de 25 de abril, por la fragmentación de la cartera de servicios y por esa situación de inequidad entre la población del país, instamos al Gobierno a modificar el capítulo II del Real Decreto 16/2012 sobre la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, siendo sustituido por el capítulo I, sección de la ordenación de las prestaciones, sección 2.^a, desarrollo y actualización de la cartera de servicios y sección 3.^a de garantías de prestaciones, de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Servicio Nacional de Salud, hasta que sea de nuevo valorada por el consejo interterritorial. Con esto conseguiremos que haya equidad entre toda la población. No entendemos como equidad que tengamos una cartera de servicios fraccionada y que haya personas de una comunidad autónoma que tienen, porque se implanta, un copago del transporte sanitario y las de otra no.

Muchas gracias.

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

Para defender sus enmiendas, tiene la palabra, en primer lugar, por el Grupo Parlamentario Ciudadanos, el señor Igea.

El señor **IGEA ARISQUETA**: Gracias, señor presidente.

Naturalmente que nosotros estamos a favor de la equidad en las prestaciones, pero la confusa redacción del párrafo y la vuelta a la redacción de 2003 no asegura, desde nuestro punto de vista, esa equidad, porque el hecho es que durante el periodo de 2003 a 2012 había situaciones de inequidad en lo que se refiere a la cartera de prestación de servicios. Hemos propuesto una redacción alternativa y estamos a la espera de ver si se acepta nuestra enmienda o no, porque si no, nos abstendríamos, aun estando de acuerdo con la idea básica de que todos los españoles tienen que tener acceso a la misma cartera de servicios, a las mismas prestaciones.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Para la defensa de la enmienda presentada por el Grupo Socialista, tiene la palabra el señor Fernández.

El señor **FERNÁNDEZ DÍAZ** (don Jesús María): Buenos días. Agradezco a los demás portavoces que hayan aceptado el cambio en el orden del día.

El Real Decreto-ley 16/2012 supuso, como ya se ha dicho en esta Comisión en otras ocasiones, una ruptura brusca de un consenso social, político y profesional alrededor de un Sistema Nacional de Salud cohesionado, equitativo y de calidad. Es verdad que es mejorable. El Sistema Nacional de Salud estaba en ese proceso de mejora en cuanto al acceso a una cartera de servicios común, suficiente y de calidad, en igualdad de condiciones en todos los territorios, pero el Real Decreto-ley de abril de 2012, en lugar de apoyar esta mejora continua de la igualdad de acceso a las prestaciones sanitarias lo que hizo fue truncar ese proceso. El decreto-ley, lo diré una vez más en esta Comisión, era innecesario, injusto e improvisado, no tenía más que la ideología de hacer unas reformas sanitarias, y el Partido Popular utilizó la crisis económica para llevarlo adelante.

Entre las distintas reformas que trajo ese real decreto-ley está precisamente la que debatimos hoy, que es la fractura de la cartera común de servicios en cuatro tipos: una cartera básica, una cartera suplementaria, una accesoria y otra complementaria de las comunidades autónomas. La verdad es que lo mejor fue que el Gobierno se parase ahí, porque de haber seguido con el diccionario de sinónimos hubiéramos podido tener una cartera con no sé cuántas más diferencias.

En definitiva, con esta fragmentación de la cartera común de servicios se da carta de naturaleza a una desigualdad de acceso entre quienes pueden pagar unas carteras que no tienen copago y quienes pueden pagar las que lo tienen; también da carta de naturaleza a la desigualdad entre territorios, y abre la puerta a la extensión de copagos sanitarios, más allá del propio copago farmacéutico. Por eso nos preguntamos si cuando la ministra de entonces, doña Ana Mato, hablaba de una sola tarjeta sanitaria del Sistema Nacional de Salud se refería a una tarjeta sanitaria igual pero diferente según la capacidad de pago o el lugar de residencia del titular. En lugar de aprovechar la crisis para mejorar los procedimientos y actualizar las prestaciones y técnicas incluidas en la cartera común, lo que se hizo fue truncar, como digo, ese proceso de evaluación e ir hacia un modelo en el que unas prestaciones se cubren gratuitamente y otras con copago sanitario.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

16 de mayo de 2017

Pág. 27

Afortunadamente, muchas de estas medidas que se contenían en el real decreto-ley no se pudieron llevar adelante. El Consejo de Estado echó por tierra el copago del transporte sanitario, las comunidades autónomas, también las gobernadas por el PP, echaron atrás el copago de los medicamentos de uso hospitalario, y cinco años después todavía no sabemos nada de la cartera de servicios accesorios con la que el Partido Popular quería seguir aplicando copagos a unos servicios que este real decreto-ley considera como no esenciales, que no sabemos muy bien qué es lo que quiere decir.

En definitiva, nuestro voto va a ser favorable. Hemos incluido una enmienda técnica, porque nos parece que la redacción original de la proposición no de ley es farragosa. Lo que pretende nuestra enmienda es recuperar el texto original de la Ley de cohesión y calidad en cuanto a la definición de la cartera de servicios. Queremos recuperar la confianza de todos. Si es verdad que el Partido Popular quiere un pacto sanitario, debe empezar por enmendar algo en lo que no están de acuerdo ni siquiera las comunidades autónomas gobernadas por ellos.

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

Para fijar la posición del Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana, tiene la palabra el señor Olòriz.

El señor **OLÒRIZ SERRA**: Gracias, señor presidente.

No hace muchos días nos reuníamos diferentes portavoces con las mareas blancas y hablaban de los buenos viejos tiempos, se hablaba de aquel tiempo en el que había una sanidad en el conjunto del Estado que era un orgullo, porque fueses donde fueses en el Estado español la gente estaba contenta con su sanidad. Eso era así. Yo hice una pregunta que no se contestó, pero pienso que tarde o temprano lo tendremos que despejar, que fue en qué fecha se lió todo, en qué momento la liamos para que —esto es un hecho— el descontento de profesionales, de políticos, aquí presentes, de ciudadanos esté en el orden del día. Creo que tenemos que encontrar ese nudo y deshacerlo, porque los que no somos nacionalistas pero queremos el respeto a la tierra que nos ha visto nacer, que consideramos que no es mejor que otras, pero que tiene que tener el derecho a decidir, tenemos muy claro de dónde venimos y a dónde queremos ir. El compromiso de Esquerra Republicana, si hubiese algún acuerdo pactado, en ese trayecto, utilizando el tiempo que hiciese falta, es asegurar que el conjunto de los ciudadanos del Estado español no tuviesen ningún problema económico por este cambio de diseño político.

Compartimos que se vuelva a tener un proyecto común de sanidad, para que cualquier ciudadano del Estado español, vaya donde vaya, tenga el mismo trato y el mismo servicio. Podemos empezar por aquí, es decir, dónde empezó todo y cómo debemos intentar devolver los instrumentos y los medios necesarios para que los ciudadanos vuelvan a tener confianza en su Sistema Nacional de Salud y para que los profesionales tengan los medios para contribuir de la mejor manera posible con su saber al conjunto de la sociedad.

Nuestro voto será favorable.

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

Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor de Arriba Sánchez.

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

Señorías, mi grupo parlamentario entiende que todas las actuaciones en materia de cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud se realizan en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, por lo que pensamos que es en este contexto en el que se toman las decisiones sobre las modificaciones que propone la citada PNL. En consecuencia, no consideramos plausible modificar el citado real decreto-ley sin una valoración previa del consejo interterritorial.

Señorías, pongamos las cosas en sus justos términos. Cómo era la situación asistencial y económica de nuestro sistema sanitario a finales del año 2011. No es que se parase el tiempo en ese año —cuando uno conduce, aparte de ver lo que hay por delante también es bueno mirar por el espejo retrovisor—, pero la situación era crítica, ya que estábamos al borde del rescate financiero de nuestro país, lo que exigía reformas inmediatas con las que revertir la situación. Había restricciones en el acceso a la asistencia sanitaria pública, incluso para los ciudadanos españoles, y en número muy importante; había una deuda disparatada de las administraciones con los proveedores de más de 15 000 millones de euros; una legislación obsoleta en ámbitos como el copago de farmacia o la cartera de servicios y hablábamos de turismo sanitario. El Ministerio de Sanidad actuó con presteza e impulsó el Real Decreto 16/2012, junto

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

16 de mayo de 2017

Pág. 28

con otras medidas como el Plan de Pago a Proveedores, el Fondo de Liquidez Autonómica, la aprobación del calendario común de vacunación infantil, la puesta en marcha de la plataforma para compras centralizadas, entre otras muchas iniciativas, que hicieron posibles avances como el acceso universal real, por primera vez, de todos los españoles y extranjeros con residencia legal a la asistencia sanitaria, un relevante ahorro en farmacia de más de 6500 millones, que ha posibilitado la inclusión de más de 200 innovaciones terapéuticas en la cartera de servicios, o que se haya hecho posible que los parados de larga duración que hubiesen agotado su prestación estén exentos de hacer aportaciones adicionales para acceder a los medicamentos. Estos ciudadanos eran los más castigados por la crisis. En un contexto de crisis económica, no solo se ha conseguido consolidar la cohesión, preservar la máxima calidad y equidad de la asistencia sanitaria, sino que se ha hecho real la universalidad y se ha afianzado la sostenibilidad y la solvencia del sistema.

¿Quedan muchas cosas por hacer? Sí, sin duda. Existe predisposición al diálogo, a la búsqueda de consensos y a generar sinergias, lo ha vuelto a repetir nuestra ministra de Sanidad. Pedimos nuevamente a los grupos parlamentarios que se sumen al diálogo para alcanzar un pacto de Estado por la sanidad para mantener y mejorar nuestro sistema. Y como rectificar es de sabios, volvemos a invitar a Unidos Podemos y a Esquerra Republicana a deshacer nudos, a sumarse al resto de grupos que han sido capaces —y es de agradecer— de dejar a un lado sus diferencias y las tensiones políticas para dialogar con objeto de llegar a acuerdos y mejorar nuestra sanidad. Tenemos que abordar complejos retos de aquí en adelante. Insisto en que es imprescindible el consenso y la ayuda de todos para que nuestro modelo siga siendo una referencia internacional. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Señora Botejara, he creído entender que había una especie de transacción técnica con la enmienda del Grupo Socialista.

La señora **BOTEJARA SANZ**: Aceptamos la enmienda del Grupo Socialista, que es lo mismo, pero con una redacción más simple, más sencilla.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Y la de Ciudadanos no?

La señora **BOTEJARA SANZ**: No, porque no va al consejo interterritorial de nuevo, se queda en la mitad.

El señor **PRESIDENTE**: Es sí o no, a efectos de votación. Había entendido que era una especie de transacción.

Vamos a pasar a las votaciones. Esperamos un momento porque están firmando una enmienda. **(Pausa)**.

El total de votos que tienen que salir son 34, porque siempre nos liamos.

Votamos el primer punto del orden del día. Se ha presentado una enmienda transaccional que ya conocen sus señorías.

La señora **SIBINA CAMPS**: Por favor, pedimos treinta segundos porque falta una persona que está llegando a la Comisión.

El señor **PRESIDENTE**: Será por favor, porque todos los grupos han asentido, pero que sea la última vez que cuando empezamos la votación falta alguien.

Votamos la transacción a la que se ha llegado en el punto primero del orden del día.

Efectuada la votación, dijo

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

En el segundo punto del orden del día, que es la proposición no de ley sobre la micropigmentación para la reconstrucción de areolas, se ha presentado también una enmienda transaccional que vamos a votar en sus términos.

Efectuada la votación, dijo

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

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

16 de mayo de 2017

Pág. 29

Votamos la proposición no de ley relativa a la educación para la salud. También hay una transacción entre los grupos Popular y Ciudadanos.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 25; en contra, 9; abstenciones, 1.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Pasamos al cuarto punto del orden del día, proposición no de ley relativa a las medidas para combatir el despilfarro alimentario. Se vota en sus términos con la adición de la enmienda del Grupo Popular.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 25; abstenciones, 10.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Votamos la proposición no de ley sobre la promoción de una mejor coordinación de las rentas mínimas de inserción, que también tiene una enmienda transaccional entre los grupos Ciudadanos y Popular. Votamos en esos términos.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 17; en contra, 2; abstenciones, 16.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Votamos el sexto punto, relativo a la modificación de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud. Se vota tal y como se ha presentado, con la asunción de la enmienda del Grupo Parlamentario Socialista.

El señor **FERNÁNDEZ DÍAZ** (don Jesús María): Es una sustitución.

El señor **PRESIDENTE**: Es una sustitución. Entonces se vota la enmienda del Grupo Parlamentario Socialista.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 18; en contra, 14; abstenciones, 3.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Pasamos al séptimo punto, que es la proposición relativa a la mejora de calidad de vida de las personas que padecen diabetes. Se vota en sus propios términos.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 18; en contra, 9; abstenciones, 8.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Por últimos, votamos la proposición no de ley sobre las harinas refinadas, presentada por Esquerra Republicana, con la enmienda del Grupo Popular.

Efectuada la votación, dijo

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

Ahora nos quedamos un momento reunidos Mesa y portavoces para aclarar un par de cosas. Se levanta la sesión.

Eran las doce y veinticinco minutos del mediodía.