



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES

SENADO

XIV LEGISLATURA

Núm. 277

26 de octubre de 2021

Pág. 1

COMISIÓN DE SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. MODESTO POSE MESURA

Sesión celebrada el martes, 26 de octubre de 2021

ORDEN DEL DÍA

Debatir

- Moción por la que se insta al Gobierno a la adopción de diferentes medidas para garantizar los derechos y la atención adecuada de las personas que padecen Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) y sus familias.
(Núm. exp. 661/000766)
Autor: GRUPO PARLAMENTARIO DEMOCRÁTICO (CIUDADANOS, AGRUPACIÓN DE ELECTORES «TERUEL EXISTE» Y PARTIDO REGIONALISTA DE CANTABRIA)
- Moción por la que se insta al Gobierno a detener la implantación del sistema Nutri-Score como procedimiento de etiquetado nutricional.
(Núm. exp. 661/000846)
Autor: GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL SENADO
- Moción por la que se insta al Gobierno a la adopción de determinadas medidas en relación con el colectivo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2).
(Núm. exp. 661/001020)
Autor: GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA
- Moción por la que se insta al Gobierno a la adopción de determinadas medidas en relación con la incorporación de los biomarcadores a la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.
(Núm. exp. 661/001072)
Autor: GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL SENADO
- Moción por la que se insta al Gobierno a la puesta en marcha de unidades especializadas para el diagnóstico y tratamiento, y a la promoción de campañas de información en relación con la endometriosis.
(Núm. exp. 661/001252)
Autor: GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA
- Moción por la que se insta al Gobierno a promover la investigación del origen de la pandemia por COVID-19 en España.
(Núm. exp. 661/001265)
Autor: GRUPO PARLAMENTARIO MIXTO

Se abre la sesión a las doce horas y cinco minutos.

El señor PRESIDENTE: Buenos días, señorías. Se abre la sesión.

¿Se puede aprobar por asentimiento el acta de la sesión anterior? (*Asentimiento*). Queda aprobada.

En la sesión de hoy se debaten seis mociones. Voy a exponer el criterio de esta Presidencia. En su día se aprobaron unos tiempos, pero, reunidos los Portavoces y la Mesa, hemos comentado que dichos tiempos se adaptarán a las circunstancias en función de los horarios, de los temas y de la cantidad de iniciativas.

Por tanto, la propuesta para hoy es que los tiempos de palabra serán de cinco minutos para la defensa de las mociones, de tres minutos para la defensa de las enmiendas que se hayan presentado, un minuto para aceptar o rechazar esas enmiendas y de tres minutos para los portavoces. Bien es verdad que esta Presidencia siempre fue flexible y será flexible con todos, pero que la flexibilidad no nos lleve al caos y que la sesión termine a una hora prudente.

DEBATIR

- MOCIÓN POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO A LA ADOPCIÓN DE DIFERENTES MEDIDAS PARA GARANTIZAR LOS DERECHOS Y LA ATENCIÓN ADECUADA DE LAS PERSONAS QUE PADECEN ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA) Y SUS FAMILIAS.

(Núm. exp. 661/000766)

AUTOR: GRUPO PARLAMENTARIO DEMOCRÁTICO (CIUDADANOS, AGRUPACIÓN DE ELECTORES «TERUEL EXISTE» Y PARTIDO REGIONALISTA DE CANTABRIA)

El señor presidente lee el título que figura en el orden del día.

El señor PRESIDENTE: La primera moción la presenta el Grupo Parlamentario Democrático, concretamente Ciudadanos. Antes de nada, he de decir que el portavoz de Ciudadanos, el senador Miguel Sánchez, es sustituido por el senador José Luis Muñoz Lagares, que será el que defienda esta moción. Se han presentado en plazo tres enmiendas a esta moción: dos del Grupo Parlamentario Popular en el Senado y una del Grupo Socialista.

Para la defensa de la moción, el portavoz del Grupo Democrático, el senador José Luis Muñoz Lagares, tiene la palabra.

El señor MUÑOZ LAGARES: Muchas gracias, presidente.

La esclerosis lateral amiotrófica es una enfermedad del sistema nervioso central caracterizada por la degeneración progresiva de las neuronas motoras en la corteza cerebral; una patología de carácter degenerativo que, en su fase más avanzada, acaba paralizando por completo los músculos del cuerpo de la persona afectada. Los pacientes de ELA sufren y sienten hasta el final. No solo amenaza la autonomía motora, sino también la comunicación oral, la deglución y la respiración, aunque se mantienen intactos los sentidos, el intelecto y los músculos de los ojos. Tenemos en nuestra sociedad ejemplos de personalidades que padecen o han padecido ELA, como Stephen Hawking, Carlos Matallanas y Juan Carlos Unzué, entre otros miles. Quiero reseñar la labor de difusión que está realizando Jordi Sabaté Pons, visibilizando el día a día de este colectivo, poniendo la voz al sufrimiento de los pacientes de ELA y sus familias. Les invito a que vean sus testimonios antes de votar en contra de la presente moción.

Según un artículo publicado por la Sociedad Española de Neurología en 2020, en nuestro país ya existe un total de 3000 personas diagnosticadas con esta enfermedad. Cada año se diagnostican aproximadamente 900 nuevos casos, número muy similar al de fallecidos que se contabilizan de manera anual por esta patología. Desde los primeros síntomas, en uno de cada cinco pacientes el tiempo que se tarda en diagnosticar esta enfermedad es de tres años, según un estudio elaborado por la fundación del Instituto Roche y la Asociación Española de Esclerosis Múltiple, por lo que tenemos un amplio margen de mejora en cuanto a su evaluación precoz. Es decisivo y fundamental acelerar este diagnóstico y, por consiguiente, su tratamiento. De ello depende la lucha contra esta enfermedad y la calidad de vida de los afectados. Ahora mismo, según este estudio, uno de cada tres pacientes de esclerosis múltiple no comienza su tratamiento antes de los seis meses desde su diagnóstico, y los rangos de supervivencia se encuentran entre los veintitrés meses y los cinco años. Asimismo, nuestro sistema de valoración del grado de dependencia y resolución del expediente puede llegar ahora mismo hasta los catorce meses de media, señores.

Otro de los problemas que nos resulta clamoroso en España es la ineficiencia de los sistemas de ayudas y prestaciones de los servicios básicos para personas dependientes, a pesar de las obligaciones constitucionales que tienen los poderes públicos, artículos 49 y 50 de la Constitución española; a pesar de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, y a pesar de que nuestro país ratificó en 2007 la Convención de la ONU sobre los derechos de las personas con Discapacidad, comprometiéndose a asegurar y promover todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad, sin discriminación alguna por motivos de esta enfermedad.

La velocidad con que avanza esta enfermedad es muy superior al ritmo burocrático, que retrasa el reconocimiento del derecho a las prestaciones y ayudas previstas. La Administración debe actuar de forma decidida, promoviendo, protegiendo y asegurando el goce pleno de los derechos de estas personas, así como mejorar su calidad de vida durante el proceso de desarrollo de la enfermedad y garantizar un trato digno y una atención adecuada a todas las personas con ELA y a sus familias para que no tengan que llevar en solitario este sobreesfuerzo que, en muchas ocasiones, en demasiadas ocasiones, les resulta inviable. Quiero reseñar que solo el 5 % de las familias pueden costárselo. Los enfermos de ELA quieren vivir con dignidad, sin arruinar a sus familias.

Con la siguiente moción queremos garantizar los derechos y la atención adecuada a las personas que padecen ELA y a sus familias. Para ello, en Ciudadanos entendemos que es vital una serie de medidas, como impulsar un estudio para evaluar las necesidades y problemáticas; impulsar los cambios legislativos necesarios para que el diagnóstico de esclerosis lateral amiotrófica implique de forma automática la condición de persona con discapacidad a los efectos del grado 2; incluir la fisioterapia dentro del servicio de ayuda a domicilio; garantizar todos los tratamientos, terapias y servicios para una asistencia sanitaria integral; ayudas para el transporte y alojamiento de las personas con ELA y sus familias que tengan que desplazarse a otra provincia distinta a la que residan para acceder a esos tratamientos; ayudas técnicas dedicadas a la comunicación de estos pacientes; impulsar cursos específicos para los cuidadores profesionales, así como cursos de capacitación dirigidos a las familias; garantizar que en todos los centros de atención exista al menos una persona con formación específica; deducciones, sobre todo, para adaptar su vivienda habitual y adoptar cuantas medidas sean necesarias. Todo esto, por supuesto, siempre en colaboración con todas las comunidades autónomas. Y, sobre todo, potenciar políticas de investigación científica y biosanitarias sobre la ELA, en colaboración con los Estados miembros de la Unión Europea y en el marco de estas instituciones.

Espero que tengan en consideración lo expuesto y seamos capaces de llegar a la unanimidad en esta moción por tratarse de un tema tan sensible y tan doloroso como al que nos estamos refiriendo.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Gracias, senador.

Señorías, se me ha olvidado comentar al principio que la votación la haremos al finalizar la sesión, calculo que sobre las dos.

Para la defensa de las enmiendas del Grupo Parlamentario Popular en el Senado, tiene la palabra su portavoz, la señora Leyte.

La señora LEYTE COELLO: Gracias, presidente.

Señorías, buenos días a todos y a todas. La esclerosis lateral amiotrófica es una enfermedad neurodegenerativa que se caracteriza, como bien ha dicho el portavoz de Ciudadanos, por la pérdida de neuronas motoras superiores e inferiores, que son las que controlan el movimiento involuntario, lo que produce en las personas que la padecen una grave debilidad muscular y, como consecuencia, la pérdida de la movilidad, de la comunicación oral, de la deglución y de la respiración. No afecta a la capacidad cognitiva ni a la musculatura oral ni al control de esfínteres ni a la actividad sexual ni a la sensibilidad cutánea, lo cual hace que sea considerada incluso como una enfermedad más cruel, si cabe, por la capacidad de darse cuenta de lo que está ocurriendo.

El paciente, desde que empieza con los primeros síntomas, tarda mucho en ser diagnosticado porque se confunde con otras muchas patologías, y la ELA no es la primera idea que tienen los médicos. Son pacientes de altas necesidades por su enorme deterioro físico, que les ocasiona un gran impacto emocional y genera un cambio absoluto de la vida personal y familiar, con el agravamiento, como dije, de que son plenamente conscientes de su situación y de sus efectos en su familia y en sus relaciones. El final ya sabemos que, inexorablemente, es la muerte en un plazo, en la mayoría de los casos, de diez años como mucho, y la mitad en un plazo de tres años. Como se ha dicho, la atención a las personas con discapacidad

ya figura entre las obligaciones de las administraciones públicas en la Constitución y en la Ley 39/2006, pero esto, desgraciadamente —muchas veces también por falta de medios, hay que decirlo—, no siempre ocurre.

A la moción que ha presentado el Grupo Democrático, nosotros queremos añadir dos enmiendas de adición. Al punto 6 añadiríamos este párrafo: «Asimismo, esas ayudas deben ser extensibles para la movilidad en su vida cotidiana, dada su falta de autonomía e incapacidad para poder desplazarse y realizar cualquier actividad». La siguiente consistiría en añadir el siguiente punto: «Modificar las disposiciones normativas necesarias para que las comunidades de vecinos, ayuntamientos, comunidades autónomas y patrimonio permitan las modificaciones de adaptabilidad de las viviendas habituales y edificios de las personas diagnosticadas de ELA con el fin de facilitar su movilidad». Sé que esto también está recogido en la ley, pero la verdad es que no se cumple y los plazos son larguísimos. Por eso, pedimos que se revise este aspecto y que se tomen en consideración esas reformas en el plazo más breve posible.

Creo que estas dos enmiendas mejoran la moción. En cualquier caso, les anuncio que nuestro grupo votará a favor, sean aceptadas o no.

Gracias.

El señor PRESIDENTE: Gracias, senadora.

Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la senadora Otero García.

La señora OTERO GARCÍA: Gracias, señor presidente.

Buenos días a todos y a todas. Señorías, me gustaría comenzar mi intervención agradeciendo de veras que se traiga a la Comisión de Sanidad y Consumo del Senado esta iniciativa, que nos permite dar a conocer la realidad que viven miles de personas y sus familias que son diagnosticadas de ELA en nuestro país. Me gustaría señalar que esta moción confunde dos conceptos que se deben tener claros cuando hablamos de ELA. La esclerosis lateral amiotrófica y la esclerosis múltiple son enfermedades diferentes; ambas son patologías que afectan al sistema nervioso, neurodegenerativas, pero son distintas en su incidencia y prevalencia entre la población. Concretamente, la ELA tiene una incidencia de uno o dos casos cada 100 000 habitantes, y se estima que afecta a 4000 personas en nuestro país. Eso sí, se tratan ambas de enfermedades gravemente incapacitantes y con un alto coste social y sanitario para las personas afectadas. Además, en el caso de la ELA los años de supervivencia de la enfermedad, tras el inicio de los síntomas, no tienen nada que ver con la esclerosis múltiple.

Los socialistas somos conscientes de la dura realidad de las personas afectadas y somos sensibles a sus reivindicaciones tanto desde el punto de vista de atención sanitaria como social, y sabemos de la necesidad de una mejor coordinación entre ambos sistemas. En esa línea, hemos presentado una enmienda de modificación que mantiene aquellas cuestiones planteadas por el proponente con las que estamos plenamente de acuerdo, muchas de ellas ya en desarrollo, como son los puntos 2, 5, 6, 8 y 9, y que propone nuevos enfoques a las medidas recogidas en los apartados 1, 3, 4 y 7 de nuestra enmienda.

En primer lugar, estamos de acuerdo con la necesidad de evaluar la estrategia de enfermedades neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud, evaluación que sabemos que se está comenzando a realizar. Me quiero detener en alguno de los puntos que se mantienen respecto a la moción original. En cuanto a los puntos 5 y 6, quiero manifestar que las personas con ELA tienen derecho a acceder, al igual que el resto de pacientes del Sistema Nacional de Salud, a aquellos tratamientos y servicios que, sobre la base de la evidencia científica sobre su seguridad, eficacia y efectividad, son necesarios para el abordaje de su enfermedad, y así se debe de seguir garantizando. En lo que se refiere a los CSUR, actualmente hay siete centros designados y se cuenta desde 2017 con un procedimiento de derivación de pacientes, aprobado en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, de manera que las personas con ELA y su acompañante tienen derecho al cobro de los gastos por transporte y manutención, de acuerdo con lo que tenga establecido la comunidad autónoma en la que reside.

Respecto al punto 3, como he dicho anteriormente, la ELA es del todo incapacitante. Por eso, nuestra enmienda recoge la necesidad de agilizar el proceso para la puesta en marcha del nuevo baremo para el reconocimiento del grado de discapacidad, con el objetivo de que las personas tengan una valoración adecuada de su discapacidad que les permita acceder a los derechos y beneficios que impliquen sin grandes demoras. Lo que debatimos hoy aquí es si el reconocimiento de la discapacidad o de la dependencia puede hacerse de forma automática solo con el diagnóstico de la enfermedad, pero lo que nos dice la normativa es que la edad o la enfermedad son condiciones necesarias, pero no suficientes en sí mismas, para establecer la situación de dependencia y el alcance de su severidad a efectos de reconocimiento

oficial o del proceso de valoración y reconocimiento de la discapacidad, porque lo que se valoran son personas, no enfermedades.

Que mi grupo defienda esto no es posicionarnos en contra de los y las pacientes y de sus necesidades. Es explicar que en este momento que lo que nos piden, tal y como nos lo piden, no es posible, pero conocemos sus dificultades y las de muchas personas dependientes y con discapacidad. El Gobierno trabaja por agilizar y mejorar el proceso de valoración del reconocimiento de la discapacidad en el marco del nuevo baremo, y está impulsando el plan de choque de dependencia mediante los presupuestos de los años 2021 y 2022, que está permitiendo reducir sustancialmente la lista de espera y los tiempos de tramitación de las solicitudes.

Muchas gracias. (*Varios señores senadores golpean repetidamente su mesa con la palma de la mano*).

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, senadora Otero.

El portavoz del Grupo Democrático tiene un minuto aproximadamente para posicionarse sobre las enmiendas.

El señor MUÑOZ LAGARES: Quisiera empezar agradeciendo el esfuerzo realizado tanto por el Grupo Parlamentario Socialista como por el Grupo Parlamentario Popular Partido Popular por la presentación de sus enmiendas.

Vamos a aceptar la enmienda del Grupo Parlamentario Popular que hace referencia al punto 6 porque complementa y hace extensible la ayuda de movilidad a los enfermos. No así la otra enmienda, la de adición al punto 11, porque entendemos que la legislación actual ya contempla ese punto.

Respecto al Grupo Parlamentario Socialista, si bien se aprecia el interés plasmado en su enmienda, echamos en falta dos puntos de gran relevancia y que es la esencia de esta presente moción. Me refiero al punto 9, en cuanto a impulsar una reforma de la Ley del impuesto sobre la renta para incluir una deducción del 20 % en los gastos ocasionados por la mejora de la adaptación a la vivienda. De igual modo, también nos resultan insuficientes las buenas intenciones y el intento de agilizar el proceso de aprobación y puesta en marcha del nuevo baremo de evaluación. Solicitamos que el hecho de ser diagnosticado implique un reconocimiento del grado 2 de dependencia de forma automática. Estos enfermos no pueden esperar promesas o buenas intenciones y necesitan hechos exprés, urgentes.

Tampoco aparece en su enmienda ninguna petición referente a los cursos de capacitación dirigidos a los familiares o que, al menos, se garantice contar con una persona con formación específica para cuidar a las personas con ELA en los centros de atención de personas con discapacidad.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, senador Muñoz.

En turno de portavoces, como siempre por orden de menor a mayor, por el Grupo Parlamentario Mixto, tiene la palabra el señor Marín.

El señor MARÍN GASCÓN: Gracias, presidente.

Señorías, el pasado 21 de junio se celebró el Día Internacional de la Esclerosis Lateral Amiotrófica, ELA. Aprovechando dicho acontecimiento, la Sociedad Española de Neurología realizó un balance sobre la situación de la enfermedad neurodegenerativa en España. Según los datos de dicha sociedad, la ELA tiene una incidencia en España de uno a dos casos nuevos por cada 100 000 habitantes por año, lo que significa que cada año alrededor de 700 personas comenzarán a desarrollar los primeros síntomas de esta enfermedad, lo que convierte a la ELA en la enfermedad neuromuscular más frecuente, así como en la tercera enfermedad neurodegenerativa más común, después del alzhéimer y el párkinson. En la actualidad, existen en España alrededor de 3000 personas con ELA, y la mayoría fallece en los tres a cinco años siguientes al inicio de la enfermedad, sobre todo, por fallo respiratorio. Esta enfermedad afecta a cada persona de manera diferente, pero presentar debilidad progresiva en los músculos de las extremidades o los músculos del habla, de la devolución o de la respiración serían los síntomas más frecuentes. Dado que no existe un tratamiento curativo, los pacientes pasarán de una situación de normalidad a una de dependencia completa en un corto espacio de tiempo. Por lo tanto, se trataría de una enfermedad que conlleva una gran dependencia, figurando entre las principales causas de discapacidad, según la última encuesta del INE.

Por otro lado, entre un 5 y un 10 % de los pacientes presentan una demencia asociada, en general del tipo frontotemporal, que puede preceder, aparecer simultáneamente o posteriormente al inicio de la ELA. La esclerosis lateral amiotrófica es, por lo tanto, una patología compleja que requiere de un abordaje

multidisciplinar y de una alta especialización. Durante los últimos años se han puesto en marcha unidades multidisciplinarias para el tratamiento y seguimiento de estos pacientes. En estas unidades también se investiga y se realizan ensayos clínicos internacionales, pero aún son insuficientes. Por esa razón, desde hace años, el grupo de estudios de enfermedades neuromusculares de la Sociedad Española de Neurología está recomendando que exista una unidad especializada por cada millón de habitantes y que todos los hospitales de referencia dispongan de una.

Hemos indicado anteriormente que estos pacientes pasan a una situación de dependencia completa en un corto espacio de tiempo. Señorías, el pasado 13 de octubre presentamos en la Comisión de Políticas Integrales de la Discapacidad una moción que precisamente mejoraba las condiciones de las personas declaradas discapacitadas y dependientes, pero, por desgracia, la izquierda votó en contra, privando a estas personas de una mejoría en su situación. Les recuerdo que nuestra Constitución establece para los poderes públicos dos obligaciones relativas a las personas con discapacidad o de la tercera edad, recogidas en los artículos 49 y 50. Dichos artículos son el fundamento legal del vigente Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, SAAD, el cual se rige por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

El señor MARÍN GASCÓN: Por lo expuesto anteriormente, votaremos a favor de esta moción.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

Por parte del Grupo Parlamentario Democrático (Ciudadanos, Agrupación de Electores Teruel Existe y Partido Regionalista de Cantabria), tiene la palabra el señor Muñoz.

El señor MUÑOZ LAGARES: Gracias, presidente.

Señorías, tengo que reconocer que en la preparación de esta moción he tenido que parar en reiteradas ocasiones, ya que no podía controlar mis sentimientos, no podía ser insensible a lo que veía y escuchaba: vivencias desgarradoras de los afectados por esta cruel enfermedad. Pero este Gobierno sí es insensible e injusto. Hace escasos días, el grupo parlamentario que sustenta al Gobierno vetó una proposición de ley específica para ayudar a los enfermos de ELA. No es que votaran en contra ni presentaran enmiendas, sino que directamente no quiso ni entrar a hablar ni a debatir el asunto, bloqueando su tramitación. Señorías, esto es moral y éticamente despreciable. Si no les gusta la proposición de ley propuesta, pueden presentar enmiendas, intentar mejorarla o recortarla, hasta votar en contra y que no salga, pero el veto directamente aniquila la palabra, la reflexión, el debate, la democracia. Igual que vetaron la bajada del IVA en las peluquerías que en esta misma Cámara se aprobó por el Pleno. Se están acostumbrando demasiado al despotismo.

Este Gobierno se excusa en la falta de presupuesto para apoyar a los enfermos de ELA, pero sí tiene para los 22 ministerios que engloba esta megaestructura ministerial; de hecho, este Gobierno nos cuesta 24 millones más que el de Rajoy, que tampoco se quedaba corto. Sí tienen para rescatar una sospechosa y ruinosa aerolínea, Plus Ultra, con un valor de más de 50 millones de euros. Sí tiene para aumentar el 27,5 % el número de asesores, cuyo coste total llega a 60 millones de euros. Sí tiene para enchufar a condenados en los ministerios. Sí tiene para subir un 21 % más el CIS del señor Tezanos. Sí tiene para contentar a sus socios nacionalistas. Sí tiene para triplicar el coste de traductores...

El señor PRESIDENTE: Señor Muñoz, si va a la cuestión, mucho mejor.

El señor MUÑOZ LAGARES: Pero no tiene para ayudar al colectivo de 3000 personas que sufre una de las enfermedades más crueles que existe en la actualidad, y menos mal que el señor Sánchez dijo literalmente lo siguiente (*El señor Muñoz Lagares muestra un documento*), cuando contestaba a uno de los miles de afectados por ELA. Les invito a que lo lean, tuit de 28 de febrero de 2020, del señor Sánchez: «Jordi, entiendo tu preocupación por las personas enfermas de ELA y otras enfermedades poco frecuentes. Me comprometo a seguir trabajando desde el Gobierno para mejorar el diagnóstico, el tratamiento y la vida de los enfermos y de sus familias. Debemos escucharos». Repito: tuit del 28 de febrero de 2020, del señor Sánchez. Otra gran mentira más a las que nos tiene acostumbrados este Gobierno. ¿Me comprometo a seguir trabajando? ¿«Escucharos», decía? Escuchará, pero lo que se dice dialogar, debatir, comprometerse y trabajar, ni un ápice, señorías.

Queremos una ley nacional dotada para que todos los enfermos de ELA tengan la misma calidad de vida, recursos y esperanza de vida en todos los territorios, independientemente de si es una comunidad con mayores o menores recursos económicos. No queremos enfermos de ELA de primera o de segunda, y para eso es necesaria una ley, dotar de los mismos derechos y recursos para su aplicación, en coordinación con las comunidades autónomas, por supuesto.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Muñoz.

El señor MUÑOZ LAGARES: Para concluir, esta moción insta al Gobierno a trabajar en la senda correcta, una senda para dar mayor calidad de vida, para que no caigan en la ruina, para que no fallezcan antes de tiempo. Rectifiquen. Esperamos que esta moción sea aprobada, sigamos trabajando en el buen sentido y espero que no se pongan de perfil.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

Por parte del Grupo Parlamentario Nacionalista en el Senado Junts per Catalunya-Coalición Canaria/ Partido Nacionalista Canario, tiene la palabra el señor Matamala.

El señor MATAMALA ALSINA: Nosotros vamos a dar soporte a esta moción.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

Por parte del Grupo Parlamentario de Izquierda Confederal (Adelante Andalucía, Más per Mallorca, Más Madrid, Compromís, Geroa Bai y Agrupación Socialistas Gomera), el señor Mulet tiene la palabra.

El señor MULET GARCÍA: Gracias.

Pensamos que la mejor manera de avanzar en políticas para las personas con discapacidad es una política pública plena, que se invierta en investigación, en políticas sociales y en sanidad pública. El ultraliberalismo que aplica con tijeras el partido proponente, por acción o apoyando a gobiernos de derechas, ahonda en esta política antisocial. Está bien que luego vengan aquí a presentar mociones que no tienen ningún efecto vinculante, aunque sirven para dar publicidad al problema, poner el foco y que la gente sea consciente, pero sabemos que los problemas se solucionan con recursos y con políticas reales. Aunque lo de hoy sea un brindis al sol, obviamente nadie se puede oponer a propuestas que van en el buen camino, pero hacen falta políticas valientes, políticas que inviertan en investigación, y todos, cuando viene una asociación de familiares con una patología, empatizamos, asumimos sus reivindicaciones y no dudamos en presentar mociones, hacer preguntas y ponernos de cara con este sector, pero luego si allá donde gobernamos hacemos las políticas contrarias, de recortes y hachazos, es muy complicado tener algún tipo de credibilidad a la hora de presentar este tipo de propuestas. Este mismo texto lo han presentado en parlamentos autonómicos donde gobiernan y donde están aplicando políticas ultraliberales; por tanto, un poco de coherencia no estaría mal.

Queremos recordar que las políticas de recortes de las derechas, por ejemplo, ocasionaron el desmantelamiento de la Cátedra de Esclerosis Lateral Amiotrófica, ELA, en la Universidad Miguel Hernández, de Elche, en 2013. Dejó de recibir las ayudas del ayuntamiento de Elche, entonces gobernado por las derechas, y, finalmente, trajo consigo la extinción de la Fundación Diógenes, que auspiciaba esta investigación en el campus. Por tanto, las políticas de derechas acaban repercutiendo en las políticas sociales. Pensamos que con estas recetas no se avanza, sino que se retrocede.

Compartimos el espíritu del texto, pero se olvidan, curiosamente, de las competencias en materia de salud, que son autonómicas. Las enmiendas que presenta el Grupo Parlamentario Socialista creo que van en esa dirección. Nos gustaría que se llegara a un tipo de transaccional, aunque si se queda únicamente el texto originario, a favor de estos brindis al sol no podemos votar en contra. Ojalá este tipo de mociones tengan algún efecto práctico, porque vemos que muchas veces los debates que tenemos en esta Cámara acaban directamente en ella y no tienen ninguna repercusión de cara al público. A pesar de todo lo expuesto, votaremos que sí.

Gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

Por parte del Grupo Parlamentario Vasco en el Senado, la senadora Nerea Ahedo tiene la palabra.

La señora AHEDO CEZA: Muchas gracias, señor presidente.

La esclerosis lateral amiotrófica es la tercera enfermedad neurodegenerativa en incidencia tras la demencia y la enfermedad de Parkinson. Puede que parezca que afecta a pocas personas, pero es la tercera enfermedad neurodegenerativa, y para nuestro grupo es fundamental la investigación, el diagnóstico precoz y el cuidado por la dependencia, que supone cuidado y acceso a servicios adaptados a las necesidades de las personas que padecen esta enfermedad. No voy a explicar lo que supone —no me voy a repetir— porque ya lo han dicho diferentes compañeros, y tampoco voy a hablar sobre el impacto social que supone, ya que creo que es conocido por los diferentes informes que hemos podido leer todos y todas. Lo que sí quiero decir es que, además de lo que supone la enfermedad, esta tiene una carga económica que conlleva un sobreesfuerzo para el Estado, sí, pero, sobre todo, para las familias: revisiones médicas, sesiones de fisioterapia, eventuales ingresos, una persona cuidadora, la adaptación de la vivienda y el hecho de que determinadas ayudas técnicas y ortopédicas que precisan, actualmente no están en el catálogo financiado por la Seguridad Social.

Leída, sobre todo, la parte de la exposición de motivos, debo decir que no podríamos estar más de acuerdo. Es una moción que tiene muchos puntos, y a nosotros nos generan dudas dos o tres. Nos genera dudas el punto número 3, que dice que haya un reconocimiento directo del grado 2 de dependencia con tan solo la aparición de la sintomatología que se determine. ¿Qué sintomatología se va a determinar? Eso es indefinido. Yo también quiero decirle que el diagnóstico de una enfermedad no implica directamente ni conlleva una dependencia determinada. Entonces, eso nos genera una duda grande.

Otra cuestión sería que hay que introducir todos los mecanismos para agilizar el sistema de dependencia, de manera que la enfermedad no vaya más rápido que la burocracia administrativa y las trabas que hay, pero son cuestiones diferentes. Vamos a agilizar el sistema de dependencia, pero un reconocimiento solo por un diagnóstico de un grado determinado de dependencia nos genera duda, pero también nos genera duda que sea solo para los enfermos de ELA. ¿Por qué no para otras enfermedades neuromusculares, otras enfermedades neurodegenerativas que acaban en la misma situación en muchas ocasiones?

Otra de las dudas que se nos generaba era en el punto 8, por la misma razón. Evidentemente, en el punto 7 estamos totalmente de acuerdo, pero garantizar por ley que en los centros residenciales al menos una persona tenga formación específica para cuidar a personas con ELA... Y con enfermedad de Duchenne y con muchísimas más que se nos podían ocurrir.

Nos parece que en esta moción han ido más a la estética y a un colectivo concreto que a lo que de verdad absolutamente creo que todos queremos, y es que los enfermos tanto de ELA como de otro tipo de enfermedades neurodegenerativas y sus familias tengan asegurados los cuidados y los apoyos que necesitan, y que las administraciones se los brinden sin ningún tipo de traba o dificultad.

Quiero terminar diciendo que en ningún momento se entienda que duda es falta de sensibilidad. Una moción suele ser una declaración de intenciones o una recomendación, pero votamos lo que está escrito, y hay determinados puntos de este escrito que, ya le digo, me generan, por lo menos, dudas.

Gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, senadora Ahedo.

Por parte del Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Euskal Herria Bildu, tiene la palabra la senadora Mirella Cortès.

La señora CORTÈS GÈS: Gracias, presidente.

Las personas que sufren esclerosis lateral amiotrófica se vuelven cada vez más dependientes —esto lo sabemos todos— y necesitan cada vez más ayuda para realizar las actividades de la vida diaria. Esto de todos es conocido y no voy a incidir aquí porque ya lo sabemos.

También sabemos que en España se estima que cada año se diagnostican unos 900 casos nuevos, y que el número total de personas, más o menos, que viven con ELA ronda las 4000. Actualmente, el diagnóstico tarda unos tres años, lo que significa que la enfermedad va avanzando sin la atención correspondiente. Desgraciadamente, dos personas de mi entorno padecen esta enfermedad y, en consecuencia, conozco cómo actúa y el largo periplo que tienen que recorrer las y los pacientes para ser diagnosticados, y también para poder acceder a algún tipo de ayuda. Son años y años de larga espera mientras la enfermedad va agravándose sin pausa. Por eso, es imprescindible y urgente avanzar en el ámbito de la atención sanitaria, en el ámbito de la investigación e insistir en la formación y capacitación de las profesionales y los profesionales sanitarios desde la facultad y hasta su realidad clínica. Sería fundamental que se realizaran revisiones rápidas, urgentes y realistas de los baremos específicos de discapacidad, que centraran la atención en las circunstancias de cada paciente, que los tratamientos vinculasen la intervención multidisciplinar y los

abordajes integrales y que las personas con ELA tuvieran la garantía de poder disponer de mejoras en la adaptación de sus viviendas, de los puestos de trabajo y también que pudieran realizar fácilmente cualquier trámite con las administraciones. Esto, actualmente, no ocurre.

Dada la prevalencia de estas patologías, es primordial insistir en la formación del personal profesional de atención primaria, del personal de la red departamental, orientando así en la sospecha de la enfermedad y en su confirmación para proporcionar un diagnóstico diferencial y fiable, así como el tratamiento más adecuado a su patología.

El impacto sanitario, económico y social de esta enfermedad, en sus variantes más severas, incapacita totalmente para la práctica profesional normalizada y genera un altísimo grado de dependencia, lo que obliga a un apoyo familiar o del entorno que, en muchos casos, supone la incapacitación para la práctica laboral del mismo entorno inmediato. Ante dicha problemática, que afecta en grados distintos a un porcentaje muy alto de la población, es imprescindible una respuesta institucional a la altura del problema. Hay que tomar las medidas necesarias urgentemente para garantizar que el Instituto Nacional de la Seguridad Social establezca criterios claros sobre dichas enfermedades y su dimensión incapacitadora para el desarrollo de su actividad laboral de carácter temporal o permanente en sus distintos grados, y también con la financiación necesaria para las comunidades autónomas debido a la carga económica que todo ello conlleva.

Sabemos que la aprobación de esta moción no va a servir para nada, pero aun así la votaremos a favor. Como no va a servir para nada, por eso tampoco hemos presentado enmiendas, aunque no estemos de acuerdo con todos los puntos de esta moción. ¿Por qué digo que no va a servir para nada? Porque esta es la práctica habitual, es decir, cuando las mociones son aprobadas, no llegan a ningún término.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

La señora CORTÈS GÈS: Pero sí les pido, por favor, urgencia, porque justamente las personas afectadas con ELA no tienen tiempo. Nosotros tenemos mucho tiempo para divagar, pero ellos no. Gracias, presidente.

El señor PRESIDENTE: Gracias, señora Cortès.
Por parte del Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la senadora Leyte.

La señora LEYTE COELLO: Gracias, presidente.

Yo hoy solo iba a hablar de la ELA, pero tengo que hacer un inciso para que contestar al senador Mulet porque, en reiteradas ocasiones, le oigo hablar de los hachazos de la derecha con el Gobierno de Rajoy. Quiero recordarle que la historia es la que es y este país, cuando el Gobierno de Mariano Rajoy llega a la Moncloa, estaba contra las cuerdas por la ruina económica; ruina económica a la, por cierto, nos había sometido un Gobierno de izquierdas, por las circunstancias o por lo que sea, pero así estaba, y estuvimos a punto de ser intervenidos, con una prima de riesgo de 700. Es muy fácil hablar ahora desde esta nueva perspectiva y desde esta nueva posición a nivel europeo, pero tenemos que situarnos en dónde estábamos en aquel momento.

El señor PRESIDENTE: Señora Leyte, vamos al tema, que tenemos poco tiempo.

La señora LEYTE COELLO: Sí, pero tenía que contestar a este señor, porque de los hachazos estoy hasta aquí...

En el mundo hay medio millón de personas afectadas por ELA, en España se diagnostican tres nuevos casos cada día y, como se ha dicho ya, más de 4000 personas la padecen. La edad media está entre los 40 y 70 años, la vida más activa de una persona, lo cual es tremendo. Por otra parte, más de la mitad de los pacientes fallecen a los tres años, y el 95 % no llega a los diez. Se desconoce su causa y, además, no hay pruebas específicas para su diagnóstico. Por ello es tan difícil llegar a él. Efectivamente, el retraso en el diagnóstico no es de 3 años, como se ha dicho aquí, pero sí que está en una media de entre 4 y 6 meses. Es muy duro estar esperando un diagnóstico, que, cuando llega, es un mazazo por la falta de esperanza y los cambios que se producen en las vidas de los pacientes con ELA, en sus familias y en su entorno.

Cuando hablas con un paciente con ELA te das cuenta siempre de su angustia y de la de su familia, y hay que decir que tampoco reciben la ayuda psicológica especializada que necesitan en muchos casos, aunque sí en otras unidades y en otros centros. Además, el trámite de reconocimiento de su discapacidad es muy largo, y a veces se resuelve cuando ya no hace falta. La asistencia sociosanitaria va a ser mejor

o peor según su lugar de residencia, así como la ayuda de asociaciones específicas, que realizan un gran trabajo, pero que no pueden llegar a todos los lugares.

Es una enfermedad que supone un gran coste económico. Se calcula —según he leído— que la cifra es sobre los 60 000 euros al año, y pocas personas o familias pueden costearlo. Hay peticiones reiteradas de los pacientes y de las asociaciones que creo que podemos tener en cuenta y que están recogidas en esta moción que presenta hoy Ciudadanos, a quien agradezco que lo haya hecho. Por ejemplo, que el reconocimiento oficial de la discapacidad sea más ágil. Desde luego, cuando se tiene el diagnóstico creo que ya se podría iniciar, porque ya se sabe cuál es el fin, que es inexorable, puesto que no se conocen casos en que haya sido diferente. Por eso, creo que se debe dar la ayuda cuanto antes, así como que se realicen las modificaciones fiscales y de financiación para poder adaptar sus viviendas. También, que el paciente pueda comunicar a su familia y al equipo médico cuáles son sus deseos, haciendo el testamento vital, y que puedan contar con asistencia sanitaria y fisioterapia a domicilio cuando ya su enfermedad está avanzada y no pueden salir. Sin duda alguna, el punto más importante, en el que coincido, es en la investigación de esta enfermedad para lograr modificar su historia natural mediante un tratamiento o vacuna efectiva. Las enfermedades neurodegenerativas, como el párkinson, el alzhéimer y muchas otras, como la ELA, supondrán un gran reto en el futuro para los sistemas de salud.

El señor PRESIDENTE: Vaya terminando, señora Leyte.

La señora LEYTE COELLO: Sería bueno que en nuestro país se estudiase una nueva estrategia dentro del consejo interterritorial para afrontar la situación sociosanitaria de estos pacientes para que se produzcan menos distorsiones e inequidades en su atención. Las comunidades autónomas y los equipos sanitarios están haciendo un gran esfuerzo, pero creo que, efectivamente, se debe seguir en este término. La Xunta de Galicia, concretamente, ha dotado de lectores oculares...

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señora Leyte.

En nombre del Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la senadora Otero.

La señora OTERO GARCÍA: Gracias, presidente.

Señorías, todos los que estamos aquí conocemos a una persona o varias que padecen esta enfermedad, por eso vaya por delante, una vez más, la sensibilidad de mi grupo hacia los problemas, demandas y necesidades que estas personas y las asociaciones que les representan nos trasladan. El rápido desarrollo de la ELA y de sus síntomas hacen que esta enfermedad sea muy incapacitante y muy dura para la persona que la sufre, cuyos cuidados generan un esfuerzo continuo e importante, también en lo económico, para sus familiares, que lo que buscan es garantizar una vida digna y bien cuidada. Es responsabilidad de los que estamos aquí, a través de nuestro trabajo, que se siga prestando una adecuada atención social y sanitaria a estas personas. Sabemos que hay espacios de mejora, sabemos que muchas de las cuestiones planteadas hoy aquí en esta moción ya están en desarrollo, por ejemplo, en el marco de la implantación de la estrategia de enfermedades neurodegenerativas, cuya financiación se recoge en los Presupuestos Generales del Estado con una dotación de 2,8 millones destinados a las comunidades autónomas, o lo relativo a las cuestiones sobre la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.

Somos conscientes de que un acceso temprano a servicios y recursos especializados es básico para paliar los efectos de la enfermedad, que es necesario simplificar y agilizar la valoración y reconocimiento de las situaciones de dependencia funcional y, en general, de discapacidad, que debemos garantizar tratamientos, rehabilitación y acceso a prestaciones ortoprotésicas, y que es imprescindible seguir promoviendo la investigación en esta materia. La investigación es el arma fundamental que tenemos para combatir la enfermedad. Por eso, me reafirmo en la necesidad de promover la investigación en nuestro país y en el ámbito europeo. Así, el Gobierno está trabajando a través del Instituto de Salud Carlos III, que ha incrementado su actividad en estos tres años en esta materia y donde se ha invertido un total de 3 906 530 euros.

Señorías, nos hubiera gustado llegar a un acuerdo en aquello en lo que coincidimos, que es mucho más que en lo que discrepamos, como lo relativo a la fisioterapia, los CSUR, la formación de los profesionales del SAAD, el fomento de la investigación y muchas más medidas para que, en definitiva, estas personas puedan vivir con la mayor calidad de vida posible. En todo caso, mi grupo no va a impedir con sus votos que esta moción sea aprobada.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, senadora Otero.

Dejamos la votación para el final de la sesión.

- MOCIÓN POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO A DETENER LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA NUTRI-SCORE COMO PROCEDIMIENTO DE ETIQUETADO NUTRICIONAL.
(Núm. exp. 661/000846)
AUTOR: GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL SENADO

El señor presidente lee el título que figura en el orden del día.

El señor PRESIDENTE: A esta moción se ha presentado en plazo una enmienda del Grupo Parlamentario Socialista.

Para la defensa de la moción, tiene la palabra el portavoz del Grupo Popular, señor Vázquez.

El señor VÁZQUEZ ROJAS: Muchas gracias, señor presidente.

Señorías, traemos esta moción en nombre de nuestro grupo, pero también lo hacemos en nombre de grandes, pero sobre todo de miles de medianos y pequeños productores, de asociaciones de todas las comunidades autónomas, de productores de queso, de jamón, de aceite de oliva, de las denominaciones de origen protegidas o de las indicaciones geográficas protegidas, y también de consumidores, que asisten muy preocupados a una situación a la que puede desembocar la implantación precipitada en España del etiquetado nutricional Nutri-Score. A modo de ejemplo, de los 26 quesos con denominación de origen que hay en España, dos son de la Región de Murcia, los conozco desde sus orígenes y créanme que solo el trabajo y las buenas prácticas les han permitido competir como productos de calidad en un mercado globalizado internacional y que en estos momentos ven peligrar su futuro con el nuevo etiquetado Nutri-Score.

Si los alimentos deben contener un etiquetado nutricional frontal o no, no es objeto de debate, y estoy seguro de que todos los miembros de esta comisión estamos de acuerdo. Se ha demostrado que, junto al etiquetado nutricional obligatorio por reglamento que deben tener los alimentos, es necesaria una información adicional que sea accesible y comprensible al consumidor. Nuestro compromiso con esto es indubitable. Lo que genera dudas, lo que nos preocupa, lo que les preocupa a miles de ciudadanos es si en España, para nuestro estilo de vida y nuestros hábitos alimenticios, el sistema Nutri-Score es el más adecuado frente a otros sistemas nutricionales frontales y, sobre todo, si este es el momento de regularlo. Recordemos que España es depositaria de una herencia de la dieta mediterránea, unos hábitos dietéticos que son reconocidos mundialmente como saludables, que hace ya 10 años fue declarada patrimonio de la humanidad y que todos los expertos coinciden en que es responsable, al menos en parte, de nuestra longevidad. Pues bien, numerosos alimentos de nuestra dieta mediterránea son mal calificados con este etiquetado nutricional, como el queso, el pescado en conserva, los zumos naturales, como también ocurre con alimentos considerados de muy alta calidad, como los jamones en cualquiera de sus denominaciones, unas industrias con miles de familias y trabajadores detrás. Pero hay un ejemplo que ha despertado las alarmas, si quedaba alguna por encender, que es el aceite de oliva. Después de mucho esfuerzo y debate con Nutri-Score, que lo calificaba inicialmente con una D, un rojo poco saludable, lo único que se ha conseguido ha sido equipararlo con el aceite de colza o el aceite de nuez, con una C, naranja. ¿Se puede explicar que después de tanto esfuerzo y estudios científicos que demuestran las bondades del aceite de oliva ahora lo equiparemos con el aceite de colza? ¿Qué queda de nuestra dieta mediterránea? No lo decimos solo nosotros, sino que ayer leíamos que el Ministerio de Agricultura se enfrenta al Ministerio de Consumo por Nutri-Score, y se decía que va en contra de la dieta mediterránea. ¿Saben lo que pasa cuando los alimentos se califican como menos saludables con Nutri-Score? Que el consumidor deja de comprarlos. El verde lo compra y el rojo deja de comprarlo; hasta un 20 % menos en los estudios que conocemos. Eso es lo que va a pasar con el jamón y con el queso, entre otros, y con ello el cierre de empresas de alimentos tradicionales españoles.

Frente a estos alimentos, asistimos perplejos a la calificación como saludables de alimentos como las patatas fritas o a que las hamburguesas de las cadenas de comida rápida se califiquen como el aceite de oliva, o incluso que las bebidas azucaradas, aquellas que nos decía el Ministerio de Consumo que les subía el IVA porque no eran saludables, ahora también sean saludables con Nutri-Score.

Mientras los países mediterráneos, los países del aceite de oliva hacen una defensa a ultranza de sus productos y de la dieta mediterránea, como sucede en Italia, parte de nuestro Gobierno se alinea con los países de la mantequilla y calificamos como mucho más saludables los productos ultraprocesados que nuestros productos tradicionales, porque, entre otras cosas, se han olvidado del concepto de ración y califican como saludables productos con raciones con más de 800 kilocalorías. ¿Cómo se va a controlar así la obesidad?

Nutri-Score es un etiquetado que no dudamos que naciera con un buen fin, pero que, con el tiempo, ha terminado en el centro de un mar de dudas. Por eso, hace solo unos días, en el Pleno del Parlamento Europeo, durante el debate de la estrategia de la Granja a la Mesa que prevé el etiquetado nutricional frontal, la comisaria dijo que el etiquetado nutricional sería obligatorio para todos por igual; que se haría con el acuerdo científico de la autoridad europea de seguridad alimentaria y del Centro Común de Investigación; que se tendría en cuenta la dieta mediterránea y las denominaciones de origen, y que el modelo está aún por definir. ¿No consideran sus señorías que adelantarnos a esta decisión solo puede generar confusión e incertidumbre? Por tanto, les pido que propongamos esperar, que defendamos los productos de la dieta mediterránea y que prevalezca la neutralidad hasta que la autoridad europea se pronuncie.

La Comisión Europea ha lanzado ya el proceso. Pidámosle al Gobierno, ya que las normas de etiquetado nutricional que apruebe próximamente la Unión Europea serán de obligado cumplimiento, detener la implantación de Nutri-Score como procedimiento de etiquetado nutricional con el objetivo de evitar las incertidumbres a las empresas del sector alimentario y la confusión a los consumidores.

Muchas gracias, señor presidente. (*Aplausos*).

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, senador Vázquez.

Para la defensa de la enmienda del Grupo Socialista, tiene la palabra el senador Fernández Palomino, don Manuel.

El señor FERNÁNDEZ PALOMINO: Muchas gracias, presidente.

Quiero empezar agradeciendo la voluntad y el trabajo del portavoz del grupo proponente, señor Vázquez, para llegar a una transaccional que, al final, sea el mejor texto para los consumidores, productores, distribuidores y comercializadores, así como para denominaciones de origen, productos españoles de la dieta mediterránea, en el convencimiento de que todos tenemos delante una gran oportunidad.

Nosotros lo hemos podido expresar ya en bastantes ocasiones; de hecho, a algún acuerdo transaccional más se ha llegado en alguna comisión del Senado. Tal y como hemos podido escuchar en otras cuantas, el Gobierno considera que hay que esperar a que la Comisión Europea se pronuncie respecto al sistema armonizado a nivel Unión Europea en materia de etiquetado nutricional frontal, propuesta legislativa que llegará probablemente a finales de 2022.

Lógicamente, hay que esperar a ese momento para seleccionar el modelo elegido por España. Es importante también el esfuerzo previo de debate, de defensa de nuestros productos con vistas a todo un fenómeno, como el etiquetado frontal, que es una oportunidad para nuestra producción y nuestra industria alimentaria. Y que por supuesto lo es, sobre todo, para el conjunto de consumidores en este proceso tan interesante por llevar a nuestras mesas la nutrición más adecuada. Un debate que a veces ha sido confuso. Ustedes mismos han presentado, como usted conoce, mociones absolutamente contradictorias. En el año 2020 pedían que se implantara; este año, que se detenga. Pueden ocurrir muchas cosas desde el momento en el que se busca una solución, que, como usted bien ha dicho, tiene que ser la mejor para la industria alimentaria y también la mejor para los consumidores.

Nosotros volvemos a insistir, como al principio, en la dieta mediterránea; dieta mediterránea que es un referente mundial en dieta saludable, que es moderada y equilibrada y que numerosos estudios la relacionan con una menor prevalencia de distintas enfermedades, con una mayor longevidad y calidad de vida. Estas son las razones por las que presentamos nuestra enmienda: deshacer esa cierta confusión a la que puede llevar el infinitivo *detener* porque no hay nada en marcha que detener; porque no hay ninguna decisión adoptada por el Gobierno en cuanto a la elección del sistema más adecuado y, por tanto, ninguna que detener. Y también por recoger de nuevo el espíritu de lo que ya transaccionamos su grupo y el mío con anterioridad, que es ni más ni menos que el espíritu de la agenda política del Gobierno de España respecto a los sistemas de etiquetado frontal: uniformidad a nivel de la Unión Europea y, por supuesto, defensa a ultranza de la idoneidad nutricional de los productos de la dieta mediterránea. Ese es el espíritu de nuestra enmienda.

No quiero acabar sin volver a darle las gracias por los ratos de trabajo que hemos tenido, con la mejor voluntad del mundo, para que hoy tengamos también el mejor acuerdo.

Nada más. Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Fernández Palomino.

Senador Vázquez, ¿quiere dejar tiempo para llegar a la posible transacción o se posiciona ya?

El señor VÁZQUEZ ROJAS: Muchas gracias, señor presidente.

Quiero dar las gracias por el trabajo que se ha realizado para llegar a esta transacción, y también al resto de los grupos que han firmado este texto, que voy a entregar ahora a la Mesa.

Sin duda alguna, no es un proceso sencillo; no es el mejor texto, desde luego, que mi grupo hubiera pretendido, pero es algo por lo que consumidores y productores de todas las comunidades autónomas y de todos los productos genuinos españoles están preocupados. Por tanto, es importante que demos una señal y que avancemos con una opinión inequívoca en la defensa de la dieta mediterránea y de los productos tradicionales españoles.

Muchas gracias. (*Aplausos*).

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

Pasamos al turno de portavoces.

Por parte del Grupo Mixto, tiene la palabra el señor Marín.

El señor MARÍN GASCÓN: Gracias, presidente.

Señorías, el 12 de noviembre del 2018 la ministra de Sanidad, María Luisa Carcedo, anunció la implantación en España del etiquetado nutricional frontal, empleando para ello el sistema Nutri-Score, el cual entró en vigor en el primer cuatrimestre de este año. El etiquetado Nutri-Score ha provocado un desastre sin ninguna necesidad. Se trata de un etiquetado no obligatorio, cuya propiedad pertenece a Francia, que penaliza productos de nuestra dieta mediterránea tan saludables y tan importantes para nuestro sector primario como el aceite de oliva y el jamón ibérico. Todo esto cuando, a nivel europeo, se está trabajando en un etiquetado armonizado para toda la Unión Europea que sustituirá a los etiquetados que hayan adoptado los Estados miembros.

A nivel europeo no existe una posición común, ya que no todos los Estados han optado por un sistema de etiquetado frontal y no todos aquellos que han optado por uno han escogido el mismo. Es más, algunos países como Italia están desarrollando su propio sistema nutricional como una alternativa a Nutri-Score, ya que consideran que es más respetuoso nutricionalmente y menos discriminatorio con algunos productos de su país, como el aceite de oliva, el queso parmesano o el jamón de Parma.

Al igual que en el caso italiano, estos problemas impactan de manera significativa en productos españoles, que son de la mejor calidad posible; el primero de todos ellos, el aceite de oliva, ya que, por el algoritmo empleado en Nutri-Score, equipara los aceites de colza al aceite de oliva y sus variantes. Tampoco se beneficia de este sistema el jamón ibérico, y en la misma situación se encuentran otros productos, como los quesos o todos aquellos con marca diferenciada española, denominaciones de origen e indicaciones geográficas protegidas. De esta forma, se pone de manifiesto la incoherencia de dicho etiquetado, que ataca de manera muy dura a los productos españoles al dar, por ejemplo, una mayor valoración nutricional a las hamburguesas vegetales frente al jamón, al que se le da la mínima en dicho etiquetado. Dos de los productos más exportados de España, el aceite de oliva y el jamón ibérico, obtienen una calificación de C y E y forman parte del grupo de alimentos calificados como de consumo ocasional o desaconsejado, al mismo nivel que los llamados alimentos basura.

El pasado 4 de marzo, Vox presentó en la Comisión de Sanidad del Congreso una proposición no de ley para paralizar la puesta en marcha en España del sistema de etiquetado Nutri-Score, con objeto de proteger la producción agroalimentaria española y la dieta mediterránea. Dicha propuesta fue rechazada por la izquierda, que votó en contra de ella, dejando claro una vez más que no defienden los intereses nacionales.

El sistema de etiquetado nutricional frontal Nutri-Score es un ataque frontal a la dieta mediterránea, patrimonio cultural inmaterial de la humanidad por la Unesco, porque no está bien diseñado. El no a Nutri-Score debería convertirse en una batalla para todos los partidos de países donde la dieta mediterránea es fundamental, como es el caso de España. Vox se esforzará por bloquear este sistema de etiquetado discriminatorio, que no tiene base científica y que penaliza nuestra calidad agroalimentaria. Teniendo en cuenta tanto los numerosos problemas que plantea Nutri-Score como la falta de una postura común a nivel comunitario y los distintos sistemas nutricionales empleados en cada país...

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Marín. Tiene que ajustarse más a los tiempos. No puede ser que todas sus intervenciones sean un poco más extensas que las de los demás; tiene que ajustarse más al tiempo. Muchas gracias.

Por el Grupo Parlamentario Democrático, tiene la palabra el señor Muñoz.

El señor MUÑOZ LAGARES: Muchas gracias, presidente.

A veces tiene uno la sensación de que este Ministerio de Consumo y este ministro trabajan, en lugar de a favor de los intereses de nuestro país, en contra de ellos. Lo hizo desprestigiando la ganadería extensiva, lo hizo atacando al sector del turismo de nuestro país y lo hace ahora empeñándose en aplicar un sistema de calificación nutricional que perjudica a nuestros productos que se exportan a todo el mundo, con el consiguiente perjuicio reputacional que conlleva. El sistema de calificación nutricional Nutri-Score, que quiere implantar este Gobierno sí o sí, a través del Ministerio de Consumo, no solo no informa adecuadamente sobre los valores nutricionales de un determinado producto alimenticio, sino que, en muchas ocasiones, confunde y es excesivamente benévolo con alimentos ultraprocesados.

Este sistema, si bien analiza la cantidad, no así la calidad o el grado de procesamiento de los productos, lo que favorece a productos ultraprocesados y perjudica a otros naturales. Nutri-Score califica de forma muy negativa el contenido graso, sin importar si estas grasas son de origen vegetal o animal, si son perjudiciales o si, por el contrario, son beneficiosas para el ser humano. Tenemos cientos de ejemplos, entre ellos, que califica mejor unos cereales para el desayuno con azúcar añadida que un paquete de nueces; de igual modo, también califica mejor el aceite de colza que el aceite de oliva virgen extra, un alimento, por cierto, cuyas propiedades son beneficiosas para el ser humano y claves para una dieta saludable y equilibrada; disponemos de innumerables evidencias científicas que así lo atestiguan y nadie lo pone en duda.

Teniendo en cuenta los problemas de la aplicación de Nutri-Score y que en 2022 habrá un marco común europeo impulsado por la Unión Europea, parece inoportuno que el Gobierno de España se apresure a poner en marcha un sistema que puede no obtener el objetivo deseado, que perjudica a productos esenciales de nuestra dieta mediterránea y que, además, será reemplazado en breve por un nuevo sistema europeo. Por todo ello, en Ciudadanos vemos favorable aplazar la introducción del sistema de etiquetado Nutri-Score, en espera de acordar un sistema de etiquetado común europeo homologable en todo el mercado interior.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

Por el Grupo Parlamentario Nacionalista en el Senado Junts Per Catalunya-Coalición Canaria/Partido Nacionalista Canario, tiene la palabra el señor Matamala.

El señor MATAMALA ALSINA: *Nosaltres també donarem suport a aquesta moció. Gràcies.*

El señor PRESIDENTE: Gracias.

Por el Grupo Parlamentario de Izquierda Confederal (Adelante Andalucía, Más Per Mallorca, Más Madrid, Compromís, Geroa Bai y Agrupación Socialista Gomera), tiene la palabra el senador Mulet.

El señor MULET GARCÍA: Gracias. Con Izquierda Confederal me doy por aludido; no hace falta todo el nombre. *(Risas)*.

Respecto a rechazos, haberlos, hubo, y haremos todo lo posible para que no vuelvan.

Respecto a Nutri-Score, entendemos que toda iniciativa que busca ampliar la información a los consumidores nace de un espíritu positivo. Entendíamos que la propuesta del Gobierno era buena en principio, pero bien es cierto, como explica la moción, que es un modelo que ha generado mucha controversia; otorgar mejor calificación, por ejemplo, a productos procesados que al aceite de oliva o que tenga mejor nota una hamburguesa, que no sabemos qué contiene, que un jamón ibérico, obviamente demuestra que el sistema deja bastante que desear. Entendemos que ese tipo de iniciativas de ampliar la información del producto son necesarias y, por ejemplo, hay entidades de prestigio, como la OCU, que lo que están proponiendo no es eliminar este modelo, sino intentar mejorarlo, extendiendo el código cromático del semáforo a la información nutricional más detallada que aparece en la parte de atrás de los envases, teniendo en cuenta los ultraprocesados de determinados productos para penalizarlos o valorando negativamente la presencia de determinados aditivos, como los edulcorantes, para así evitar la paradoja de que un refresco sin azúcar pero con aditivos obtenga una B, por ejemplo.

Por lo tanto, no sé hasta qué punto toca exigir la retirada de Nutri-Score o su modificación, entendiendo que es un modelo que tiene que encajar en un futuro modelo europeo que dé respuesta. Ahora no tiene sentido que un producto elaborado en el Estado español tenga una etiqueta diferente en España, en Portugal o en Francia, puesto que lo único que hace es confundir más a la ciudadanía. La propuesta de un etiquetaje europeo está todavía muy en el aire; no hay plazos ni queda claro hasta qué punto será de

aplicación, y queda la duda de si es mejor eliminar Nutri-Score y quedarnos sin nada o estar esperando meses y meses hasta que se pueda aplicar un nuevo modelo europeo que dé satisfacción a todo.

Por tanto, ante tanta duda, aunque entiendo la propuesta, mi voto será una abstención.

Gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

Por el Grupo Parlamentario Vasco en el Senado, tiene la palabra la senadora Ahedo.

La señora AHEDO CEZA: Muchas gracias, señor presidente.

Hay un objetivo individual y social de conseguir un estilo de vida saludable, y eso inevitablemente pasa, entre otras cosas, por una dieta sana y equilibrada. Y, para conseguir eso, es muy importante que los consumidores estemos informados con una información veraz. Es verdad que el etiquetado obligatorio no suele ser claro, a veces es difícil de entender y luego tiene letra pequeña, y cuando me refiero a que tiene letra pequeña es que te tienes que poner las gafas en el supermercado porque, si no, no lo ves. Con lo cual, en principio parece que un etiquetado frontal y tan visual podría ser interesante y facilitaría, en teoría, esa información. Pero eso a mí me crea ciertas dudas, porque no sé si el etiquetado lo logra —y no voy a repetir todas las cuestiones de las que aquí se ha hablado— y este en concreto tampoco sé si es el mejor.

Nosotros estamos de acuerdo en posponer la implantación del sistema o, al menos, mantenerla con carácter voluntario, aunque es cierto que ese carácter voluntario también tiene un poquito de trampa, porque parece que el que no entra en el etiquetado es que tiene algo que esconder, y muchas veces eso no es cierto.

En todo caso, nosotros creemos que debe posponerse hasta que haya un sistema estandarizado a nivel de la Unión Europea, y esperemos que sea un etiquetado realmente útil y que no produzca disfunciones ni confusiones como se están produciendo en este momento. Por eso votaremos a favor de la transaccional que se ha presentado.

Gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señora Ahedo.

Por el Grupo Parlamentario Esquerra Republicana, tiene la palabra el senador Rufà.

El señor RUFÀ GRÀCIA: Gracias, presidente.

El etiquetaje de alimentos Nutri-Score debería ser un sistema de ayuda al consumidor que simplifique la lectura de las etiquetas de los productos de alimentación y ayude a los consumidores a la elección de productos más sanos dentro de la misma categoría. Esta elección de una opción más adecuada para la dieta se une al objetivo último de reducir en la población la prevalencia del sobrepeso y la obesidad, así como de otras enfermedades vinculadas a estas.

Para nuestro grupo, este es uno de los sistemas de etiquetaje sencillo y visual que ayuda a los consumidores, ya que está obligando a las empresas a mejorar sus productos, reformulando, por ejemplo, las cantidades de sales o azúcares, entre otros, o creando nuevos productos y/o gamas más saludables y accesibles, por lo que está provocando una revolución alimentaria y un esfuerzo en el I+D+i en el sector agroindustrial. Pero también tenemos que tener en cuenta que este sistema promovido actualmente por el Ministerio de Consumo está provocando críticas, y algunas con razón, de algunos sectores productivos del primer sector, sobre todo a raíz de haber salido el aceite de oliva virgen y virgen extra con una valoración de C o color amarillo, y este es un mensaje de alerta en cuanto a consumo de un producto.

Para nosotros, debería revisarse el sistema Nutri-Score, dado que el actual algoritmo no recoge, por ejemplo, beneficios nutricionales esenciales en la dieta mediterránea, tal y como se indica en la transaccional. La transaccional entre el Grupo Popular y el Grupo Socialista va en ese sentido. Por eso, le daremos apoyo.

Además, el Ministerio de Consumo ha manifestado públicamente la voluntad de retirar este etiquetaje de los aceites de oliva virgen y virgen extra, ya que considera que actualmente el sistema Nutri-Score no reconoce los beneficios nutricionales de estos productos esenciales para un buen equilibrio de la dieta mediterránea. Es necesario que antes de la aplicación a nivel comunitario se revisen a fondo todos los productos que hoy por hoy estén valorados simplemente por una formación algorítmica, sin revisar sus beneficios nutricionales saludables, así como los que están dentro de DOP e IGP.

Aunque los primeros estudios aportados por el Ministerio de Consumo han concluido que las personas que consumen alimentos con puntuaciones más altas dentro de cada categoría mejoran la calidad de la cesta de la compra y esta incide positivamente en la salud de los consumidores, es necesario realizar más estudios, ya que la cantidad de productos actualmente etiquetados es muy baja. Por lo tanto, el Ministerio

de Consumo tiene aquí una gran tarea para aportarnos la valoración, informar a los usuarios, una vez implementado el acuerdo a que se llegue en la Unión Europea del sistema que se va a utilizar, y difundir la utilización de este nuevo sistema. Y nosotros creemos que es mejor ver en el frontal un sistema fácil, de colores o de letras, que leer la letra pequeña, para lo que te has de poner incluso gafas, como ha dicho alguna compañera anteriormente, para entender la composición de cada uno de los productos.

Nosotros vamos a apoyar la transaccional presentada. Gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Rufà.
Por el Grupo Popular, el senador Vázquez tiene la palabra.

El señor VÁZQUEZ ROJAS: Muchas gracias, señor presidente.

Señorías, en este camino de incertidumbre con el etiquetado nutricional frontal en España, Nutri-Score está más cerca en estos momentos de ser una etiqueta publicitaria, una campaña de *marketing*, que una estrategia para mejorar la salud de los consumidores. No hay consenso académico ni científico, ni hay consenso entre los diferentes países europeos sobre Nutri-Score, y son los mismos países que van a poner productos en los lineales de los supermercados que, sin duda alguna, van a generar una confusión entre los consumidores. ¿No es razonable, por tanto, esperar a un nuevo reglamento europeo que marque el camino a seguir para los países, en vez de acelerar el etiquetado Nutri-Score, que puede ser —y personalmente creo que va a ser así— modificado o sustituido?

Con la aplicación de Nutri-Score, lo único que ha crecido ha sido la incertidumbre; incertidumbre de todo tipo, incluso incertidumbre científica sobre su validez. Además, en los últimos meses han aparecido nuevos modelos que necesitan ser evaluados, como el sistema italiano Nutrinform; un nuevo etiquetado que pone en valor productos como los incluidos en la dieta mediterránea. Es más, las voces críticas sobre este tipo de etiquetado y su oportunidad se multiplican.

Comentaba el portavoz del Grupo Socialista una moción que este grupo había presentado en el mes de marzo del pasado año, en el año 2020. Y le voy a dar algunas razones por las cuales ya en el mes de febrero de este año presentamos la moción que ahora estamos debatiendo. El Ministerio de Agricultura considera que aspectos del semáforo nutricional pueden orientar a los consumidores a pautas de consumo alejados de la dieta mediterránea, y defiende no aprobar Nutri-Score hasta que la Comisión Europea tome una decisión sobre su idoneidad, es decir, lo mismo que estamos haciendo en esta Comisión.

La anterior directora de la Aesan también lo calificó como confuso. Grandes asociaciones agrarias y consejos reguladores de las denominaciones de origen o intersectoriales han manifestado que no es el etiquetado que España necesita. También las bebidas edulcoradas, que no eran saludables, y por eso incrementaron su IVA, pasaron a serlo con Nutri-Score. Más de cien investigadores y académicos españoles se han manifestado públicamente en contra de este etiquetado, porque son numerosos las investigaciones que, con el algoritmo de Nutri-Score en el análisis, han observado que los nutrientes positivos van a enmascarar a los negativos, es decir, que adicionar fibras o proteínas añadidas compensa lo negativo y no necesita una mezcla sustancial del producto para alcanzar una mejor calificación. Esto es de especial interés en los alimentos ultraprocesados.

Señorías, tenemos un patrimonio que este grupo y estoy seguro de que todos vamos a defender, como es la dieta mediterránea. Estoy convencido de que todos vamos a defender los más de doscientos productos que tenemos protegidos con denominación de origen o indicación geográfica protegida. Señorías, con Nutri-Score se está tratando de dar una solución sencilla a un problema complejo, como es la alimentación, y hay un empecinamiento del Ministerio de Consumo en regularlo. Si siguen así, con la intención de implementar este sistema, a mucha gente sencilla le van a generar un problema complejo de difícil solución. Seamos prudentes y esperemos la propuesta de la autoridad europea y, mientras tanto, protejamos nuestros alimentos tradicionales y, sobre todo, los valores de la dieta mediterránea.

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

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Vázquez.
Por el Grupo Socialista, el senador Fernández Palomino tiene la palabra.

El señor FERNÁNDEZ PALOMINO: Muchas gracias, presidente.

Intervengo para mostrar la satisfacción por ese acuerdo alcanzado y para mostrar también nuestra confianza en que en esta parte del debate tanto los planteamientos de los grupos políticos como la idea del Gobierno haya quedado clara.

Estamos ante un buen acuerdo que yo quiero leer; pienso que es importante, porque, por un lado, acaba con algunas lecturas políticas que no coinciden con la realidad y, por otro, porque marca una hoja de ruta en la que pienso que coincidimos muchos grupos políticos, Gobierno, denominaciones de origen, productores y consumidores. Ese punto primero dice que la comisión insta al Gobierno a impulsar en la Comisión Europea la adopción de un sistema armonizado, a nivel de Unión Europea, en materia de etiquetado nutricional frontal que ponga en valor los alimentos que componen la dieta mediterránea, velando por las denominaciones de origen protegidas y las indicaciones geográficas protegidas y no adoptando —ni regulando, por tanto— ningún sistema de etiquetado obligatorio a nivel nacional hasta que dicho sistema sea implantado en el ámbito de la Unión, sin perjuicio de continuar favoreciendo las decisiones de alimentación más saludables y más sostenibles entre los consumidores.

Me gustaría que esta fuera la fotografía del fin de muchos debates en ocasiones confusos y en algunas otras ocasiones interesados. A esa fotografía, ya sin desenfocar, se llega solo cuando somos conscientes de la trascendencia real de aquello de lo que hablamos y de cuáles son las prioridades que tenemos que defender. Y la primera es la salud de los españoles y las españolas y, por supuesto, también que seamos capaces de defender las inmensas capacidades que los productos de la dieta mediterránea, nuestros productos, tienen ante sí en este espacio que se nos abre con el etiquetado frontal nutricional. Es un debate que ha sido acelerado en ocasiones, como le decía. Efectivamente, ustedes presentaron una moción después de la otra, pero es que han convivido cuatro meses con dos mociones que decían absolutamente lo contrario. Y también lo puedo entender, y por eso es bueno que hoy salgamos —por cierto, por segunda vez— con un acuerdo, después de hablar y alcanzar una conclusión a la que creo que llegamos muchos. Así apostamos —y el Gobierno apuesta— por la aplicación en toda la Unión Europea de un sistema único y armonizado de etiquetado frontal de los alimentos que ponga en valor y que no demonice los productos de la dieta mediterránea, que es un emblema cultural cuyos productos también son un motor económico del medio rural.

Presidente, me va a permitir que, para terminar, una vez más dedique un minuto a nuestro aceite de oliva; no puede ser de otra manera. El aceite de oliva es uno de los productos insignia de nuestra dieta mediterránea, cuyo beneficios y cualidades nutritivas son una realidad. Hoy sus beneficios nutricionales y saludables son todo un paradigma para la ciencia, y pueden tener la seguridad de que, al igual que el resto de productos de la dieta mediterránea, es y será defendido por la importancia social, económica y medioambiental de la cuestión. Además, como hemos comentado en otras ocasiones, defender el aceite de oliva de mi tierra y de España es fundamental porque representa actividad económica. Por tanto, representa tejido territorial, social y futuro, y excelencia dentro de la dieta mediterránea, que es un icono de referencia mundial. Pero también significa arraigo y significa desarrollo rural y permite que la población rural que quiera se pueda quedar en su pueblo por la actividad que genera.

Así que, para concluir, el etiquetado frontal tiene que ser toda una oportunidad para seguir ligando aceite de oliva, productos de la dieta mediterránea y salud. Y en este escenario, desde luego, pueden tener la seguridad de que vamos a seguir trabajando.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Fernández.

- MOCIÓN POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO A LA ADOPCIÓN DE DETERMINADAS MEDIDAS EN RELACIÓN CON EL COLECTIVO DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DM2).
(Núm. exp. 661/001020)
AUTOR: GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA

El señor presidente lee el título que figura en el orden del día.

El señor PRESIDENTE: Se han presentado en plazo tres enmiendas a esta moción: una del Grupo Parlamentario Mixto y dos del Grupo Parlamentario Popular.

Para la defensa de la moción, tiene la palabra la portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, senadora Esther Carmona.

La señora CARMONA DELGADO: Gracias, señor presidente.

Buenos días, señorías. La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o el organismo no es capaz de utilizar eficazmente la insulina que produce. La

diabetes mellitus tipo 2 constituye uno de los principales problemas de salud pública debido a su prevalencia elevada, pero, sobre todo, porque es una causa de mortalidad prematura y de complicaciones sanitarias, tanto a corto como a largo plazo, cuyo tratamiento implica un alto coste para nuestro Sistema Nacional de Salud.

Según estudios, un mal control de esta enfermedad podría tener consecuencias graves. Se calcula que un 70 % de las amputaciones no traumáticas de una extremidad inferior se deben a esta patología y un 16 % de las cegueras lo son por esta causa.

Por otro lado, la diabetes mellitus tipo 2 es una causa establecida de aumento del riesgo de muerte en un 78 % respecto a las personas sin diabetes. Los pacientes diabéticos tipo 2 deben monitorizar regularmente sus niveles de glucemia a efectos de poder autoadministrarse insulina de forma correcta para evitar episodios tanto de hipoglucemia como de hiperglucemia. Tradicionalmente, esto se ha realizado mediante un autoanálisis de glucemia capilar, que consiste en la punción dolorosa en la yema de un dedo, la extracción y la aplicación de la sangre en una tira reactiva. Y ello no facilita una alta adherencia de los pacientes a este sistema para tener un buen control de sus cifras glucémicas.

Una mayor calidad de la vida de los pacientes, una mejor adherencia y un mejor control de su glucemia se ha evidenciado con la aparición de los sistemas de monitorización en líquido intersticial. Actualmente, el sistema de monitorización de glucosa mediante sensores tipo *flash* se encuentra dentro de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, tanto para niños desde septiembre de 2018, como para adultos diabéticos tipo 1, desde abril de 2019, así como para pacientes insulinizados con tipos especiales de diabetes e insulino dependientes no tipo 1 y no tipo 2, que se benefician de manera gratuita de estos sensores desde noviembre 2020.

A pesar de estos grandes avances, señorías, todavía no se ha extendido la financiación de estos dispositivos a los pacientes diabéticos tipo 2 que presentan pautas complejas de insulina, y por ello el Grupo Parlamentario Socialista trae a debate esta iniciativa. Estos pacientes representan un porcentaje reducido del total de los pacientes diabéticos tipo 2, pero con una gran necesidad clínica que debemos atender.

Por otro lado, en el contexto actual de crisis sanitaria resultante de la pandemia COVID y pos-COVID, los pacientes diabéticos se han visto afectados de forma importante. La diabetes es una de las comorbilidades más frecuentes en las personas con SARS-CoV-2, con una prevalencia que varía entre el 7 % y el 30 %. Además, también tienen un riesgo dos veces superior de sufrir una afectación severa por la COVID y tres veces más riesgo de mortalidad hospitalaria por el virus.

Por todo lo anterior, el contexto pandémico ha favorecido el deterioro del control de la enfermedad a personas diabéticas y la probabilidad de mortalidad debido, entre otras cuestiones, a la falta de actividad física o el aumento del estrés asociado con las limitaciones de la movilidad. Los sistemas de monitorización tipo *flash* permiten que la persona, mediante un sencillo escaneo indoloro, pueda ver sus valores actuales de glucemia, el histórico de las ocho horas anteriores y la tendencia de la evolución de su glucemia en los próximos minutos. Permite asimismo incrementar la adherencia de los pacientes y mejorar su control glucémico, ayudando a la toma de decisiones terapéuticas pertinentes. Estos sistemas de monitorización permiten también a los profesionales sanitarios gestionar a sus pacientes en remoto, con toda la información necesaria para un correcto seguimiento. Aquí la telemedicina, y concretamente la telemonitorización, podrían mejorar el acceso al sistema sanitario de los pacientes diabéticos y su continuidad asistencial, lo que contribuiría a mejorar la eficiencia en la gestión de esta patología; reducir la demora media en listas de espera, y mejorar la calidad de vida de los pacientes, al evitar traslados innecesarios.

Se estima que la iniciativa propuesta podría generar ahorros anuales al Sistema Nacional de Salud de aproximadamente 644 000 euros por cohorte de 1000 pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 tratados con insulina. Por ello en esta moción se recogen estos cuatro puntos, enfatizando en la continuación, cuando las condiciones de oferta así lo permitan, con la extensión de la financiación de los sistemas de monitorización, en colaboración con las comunidades autónomas; continuar reforzando el apoyo a las personas diabéticas, en colaboración con las comunidades autónomas; continuar la promoción del uso de la teleatención, la teleconsulta, la telemedicina; y, por supuesto, en el marco de la Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud, continuar con la realización de acciones de comunicación, sensibilización coordinadas con todas las administraciones y con la coparticipación de los colectivos de pacientes, para que la ciudadanía se conciencie de la importancia del autocuidado y conozca mejor los riesgos añadidos que tienen las personas diabéticas en relación con la COVID.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra, para la defensa de las enmiendas, el senador Alarcó.

El señor ALARCÓ HERNÁNDEZ: Muchas gracias, señor presidente.

Compañeros, buenas tardes. Efectivamente, una moción que tiene el título que tiene, en el Senado es un tema para nosotros definitivo, ya que tomar medidas determinadas para una patología como es la diabetes en nuestro país, en el mundo desarrollado, es algo muy importante.

Es verdad, y todos los sabemos, que es una epidemia. La diabetes tipo 2 es una auténtica pandemia del siglo XXI y, además, todo lo que hagamos en este sentido en las Cámaras legislativas, y más en el Senado, es poco; no en vano esta es la Cámara legislativa de representación territorial, y está transferida a las comunidades autónomas la gestión de la sanidad. Además, la obesidad y la diabetes son dos epidemias-pandemias gemelas, y es un tema muy importante, porque amenaza de forma clara engullir los sistemas nacionales de salud del mundo. También hay que aclarar que la salud es un derecho solamente para el 20 % de la población mundial, el resto no lo tienen reconocido.

Por eso el 90 % de diabetes tipo 2 está relacionado con un aumento de peso, y eso es un dato objetivo; y la obesidad es una enfermedad de la superabundancia, no de la escasez. Hay que tener mucho cuidado. Hoy ya no se llama diabetes tipo 2 como tal, sino diabetes, que es obesidad, porque el 90 % de los diabéticos tipo 2 tienen sobrepeso, y síndrome metabólico. Hay que decir que la mortalidad del diabético en general es siete veces mayor que la normal; que el 58 % de los diabéticos mellitus tipo 2 —no voy a entrar ahora en la discusión tipo 2, tipo 1— tiene un índice de masa corporal por encima del 21 %; que en el mundo hay 700 millones de obesos. La mortalidad por no comer está muy cerca de la generada por la obesidad, que es de la superabundancia. Hay 22 millones de niños de menos de cinco años que en estos momentos son obesos; hay 250 millones en el mundo de diabéticos, y en el año 2025 habrá por encima de 400 millones de diabéticos.

En definitiva, es una enfermedad endocrinometabólica que afecta a la absorción de la glucosa, como todo el mundo sabe, por un lado, porque el páncreas es insuficiente —lo que es muy discutible—, o porque la capacidad de absorción de la célula de insulina periférica no es efectiva. Es una enfermedad crónica, por ahora —el día que el genoma se desarrolle, y estoy convencido de que lo vamos a vivir, podremos actuar sobre ella—; es, además, previsible y es tratable. Y siendo así —y por eso el Grupo Popular, al que estoy representando en este momento, está haciendo todos los esfuerzos posibles con el Grupo Socialista—, el 40 % de los diabéticos de nuestro país no son conscientes de que lo son. Luego hay que ir a buscarlos para hacer un diagnóstico precoz y claro. ¿Y cómo se va a buscarlos? Buscando indicadores fiables. Y esos indicadores fiables han generado una discusión con nuestra compañera, médico también, del Grupo Socialista. Hay que buscar esos indicadores. En definitiva, la prevalencia es el 99 % y representa el 44 % de la hospitalización en nuestro país. Luego, todo lo que hagamos en esta Cámara, en el Senado, para conseguir que esto mejore, será bienvenido y nos lo agradecerán sobre todo los diabéticos y toda la ciudadanía.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señora Alarcó.

Tiene la palabra la portavoz del Grupo Socialista para posicionarse.

El señor MARÍN GASCÓN: Señor presidente, nosotros hemos presentado una enmienda.

El señor PRESIDENTE: Es verdad, perdón, senador. Ya va a parecer que es algo personal, señor Marín, y le aseguro que no lo es.

El señor MARÍN GASCÓN: Ya lo estamos pensando, no se crea. *(Risas)*.

El señor PRESIDENTE: Tiene usted la palabra para defender su enmienda.

El señor MARÍN GASCÓN: Gracias, presidente.

Señorías del Grupo Socialista, a esta moción hemos presentado una enmienda de modificación de los puntos 1 y 2 con objeto de mejorar su redacción y concretar más el asunto.

Así, en el punto 1 ustedes indican: Continuar, cuando las condiciones de ofertas así lo permitan, con la extensión de la financiación de los sistemas de monitorización de glucosa mediante sensores tipo *flash* para aquellos pacientes con diabetes mellitus tipo 2 insulinizados. Nosotros proponemos: Impulsar

la extensión de la financiación de los sistemas de monitorización de glucosa mediante sensores tipo *flash* para aquellos pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que presentan pautas complejas de insulina.

En el punto 2, ustedes indican: En colaboración con las comunidades autónomas, continuar reforzando el apoyo a las personas con diabetes, asegurando, en el marco de las estrategias de diabetes y de cronicidad del Sistema Nacional de Salud, la continuidad asistencial de sus tratamientos, y reduciendo al mínimo la exposición a factores de riesgo evitables. Nosotros preferimos: Promover la actualización de la estrategia en diabetes y de la estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, así como reforzar el apoyo a las personas con diabetes para la mejora y continuidad asistencial de sus tratamientos y la reducción a mínimos de su exposición a factores de riesgo evitable.

Como ven, se trata de pequeñas modificaciones que no alteran el fondo de su moción, por lo que esperamos sean aceptadas.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Tiene la palabra la representante del Grupo Parlamentario Socialista, señora Carmona.

La señora CARMONA DELGADO: Gracias, señor presidente.

Siempre teniendo como eje este axioma de mejora de la calidad de vida y condiciones, en este caso, del pool de pacientes diabéticos, hemos llegado a elaborar una transaccional que están estudiando los distintos grupos parlamentarios, y espero que, en pro de la mejora de las condiciones de estos pacientes, sea aprobada.

Gracias.

El señor PRESIDENTE: Gracias.

Turno de portavoces.

Por parte del Grupo Parlamentario Mixto, tiene la palabra el señor Marín.

El señor MARÍN GASCÓN: Gracias, presidente.

Señorías, mediante la resolución de 28 de agosto de 2018, la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia determina facilitar los sensores tipo *flash* a niños de 4 a 17 años con diabetes mellitus tipo 1. Asimismo, mediante resolución de 26 de abril de 2019, se facilita su dispensación en adultos igualmente con diabetes mellitus tipo 1. Por otro lado, el 30 de noviembre de 2020, la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia hizo pública su resolución sobre el sistema de monitorización de glucosa mediante sensores tipo *flash* en aquellos pacientes no diagnosticados de diabetes mellitus tipo 1 ni tipo 2, pero que son insulino dependientes, como es el caso de la diabetes monogénica, fibrosis quística, pancreopriva, hemocromatosis u otros tipos específicos de diabetes que precisen insulina de forma crónica.

Como se observa, en ninguna de estas resoluciones se indica la utilización de este tipo de sensores a pacientes con diabetes tipo 2, siendo esta la más frecuente. Hay que indicar que, en España, según el último estudio Di@bet, el 13,8 % de los españoles mayores de 18 años tiene diabetes tipo 2, lo que equivale a más de 5,3 millones de personas; de ellos, casi 3 millones no estaban diagnosticados, pero 2,3 millones, el 43 % del total, desconocían que padecían la enfermedad. Según edad y sexo, entre los 61 y los 75 años, el 29,8 % de las mujeres y el 42,4 % de los varones presentan diabetes tipo 2. Este estudio también ha presentado otros datos preocupantes: el 12,6 % de la población, más de 4,8 millones de personas, tienen intolerancia a la glucosa o glucosa basal alterada, situaciones que se consideran prediabéticas, mientras que cerca de 11 millones de españoles son obesos, lo que equivale al 28,2 % de la población, siendo bien conocido que existe una estrecha relación entre obesidad y diabetes tipo 2.

Como ya saben, en Vox estamos por facilitar la vida a los españoles y por mejorar su estado de salud. Dado que se ha presentado una enmienda transaccional, me reservo el voto para más tarde.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Gracias, senador Marín.

Por parte del Grupo Parlamentario Democrático, tiene la palabra el senador Muñoz.

El señor MUÑOZ LAGARES: Gracias, presidente.

La diabetes fue declarada en 2016 como una pandemia por la ONU y la OMS. La diabetes, a fecha de hoy, afecta a más de 480 millones de personas en el mundo, de las cuales, más del 90 % son diabetes tipo 2.

El origen de esta variante de diabetes está fundamentalmente en los malos hábitos alimentarios y la escasa actividad física diaria. Afecta a personas a partir de los 40 y 45 años, aunque también se han detectado casos en gente más joven, entre 18 y 30. Nuestro sistema sanitario debería realizar, en colaboración con las comunidades autónomas, un plan de prevención basado en la información en colegios e institutos dirigido a alumnos, padres, madres, profesorado, actividades formativas y talleres sobre alimentación, sobre la obesidad y la importancia de vivir una vida saludable.

Respecto a la monitorización de la glucosa mediante sensores tipo *flash*, he de señalar que estos sensores aportan mayor calidad de vida a los pacientes y un mejor control de la glucemia. He de reseñar que el sensor lleva a cabo hasta más de 288 mediciones al día, lo que nos aporta la película completa de nuestra glucemia diaria, en lugar de una sola foto fija que realiza la medición capilar. Nos resulta positivo mantener y potenciar no solo estos dispositivos, sino también las acciones de comunicación, formación y sensibilización con el colectivo de los pacientes, en la línea en la que se ha presentado la moción.

Por todo ello, vamos a votar favorablemente.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Por parte del Grupo Parlamentario Nacionalista en el Senado, tiene la palabra el senador Matamala.

El señor MATAMALA ALSINA: *Nosaltres també donarem suport a aquesta moció. Gràcies.*

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

Por parte del Grupo Parlamentario Izquierda Confederal, tiene la palabra el señor Mulet.

El señor MULET GARCÍA: Nuestro voto será favorable a esta moción. Nos gustaría que sirviese para algo, porque vemos que las mociones luego no tienen ningún tipo de aplicación práctica. Y no deja de sorprendernos que el partido que está en el Gobierno inste al Gobierno a hacer políticas. Ojalá le hiciera más caso que a los grupos que no estamos en el Gobierno a la hora de cumplir las mociones.

Gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Mulet.

Por parte del Grupo Parlamentario Vasco, tiene la palabra la senadora Ahedo.

La señora AHEDO CEZA: Gracias, señor presidente.

Nosotros consideramos que la monitorización con el sistema *flash* mejora el control de la enfermedad, la adherencia al tratamiento, y, sobre todo, la calidad de vida de las personas que padecen diabetes. En esta moción, se proponen medidas que, en muchos sitios, al menos en Euskadi, ya se están implementando, con lo cual no podríamos en absoluto decir que no.

Como se ha comentado aquí, es cierto que ya están incluido los sistemas *flash* en la cartera de servicios común, tanto para la diabetes tipo 1 como para algunos otros tipos de enfermos y enfermas que sufren diabetes. Y lo único un poco novedoso de esta moción es el punto 1, que habla de continuar con la extensión de la financiación a personas con diabetes mellitus tipo 2.

Nosotros estamos de acuerdo con ello, con lo cual, vamos a apoyar la moción tal como está expresada en la transaccional, y entiendo que si esto es una iniciativa del Grupo Socialista, será que es intención del Gobierno que esto sea así, e imagino que lo trabajará en la interterritorial o donde lo tenga que trabajar.

Gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, senadora Ahedo.

Por parte del Grupo de Esquerra Republicana, tiene la palabra la senadora Cortès.

La señora CORTÈS GÈS: Gracias, presidente.

Nosotros estamos de acuerdo con esta moción, y vamos a dar nuestro voto favorable.

Por otro lado, también exigiríamos que los acuerdos de las mociones que se aprueben en comisión se tramitaran y se pusieran en marcha y no se paralizaran los trámites.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

Por parte del Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el senador Alarcó.

El señor ALARCÓ HERNÁNDEZ: Gracias, señor presidente.

Continúo yo con el tema de la diabetes, al cual le he dedicado más de cuarenta y dos años de mi vida profesional, y seguiré dedicándole mi tiempo mientras tengamos salud.

Como ha dicho la portavoz del Partido Socialista, hemos llegado a una transaccional. Creo que es nuestra obligación. Este Senado, esta Cámara Alta, siempre ha conseguido grandes acuerdos en sanidad porque creo que la salud no tiene nada que ver, nada, con la ideología, y menos la ciencia, y en el tema diabético, más.

Pero es que con la diabetes estamos ante un problema de salud importantísimo, cuya prevalencia es de un 9 % —en mi tierra, el 12 %—, que es la primera o segunda causa de invalidez laboral, de las diez existentes, lo cual supone un problema económico serio. Además, tenemos que diagnosticarlo precozmente, porque el 40 %, como digo, no está diagnosticado; van por la vida sin saber que son diabéticos. Y es clave hacerlo.

Es una enfermedad previsible que tiene tratamiento. Por tanto, los que estamos en política activa, tenemos que intentar buscar todas las fórmulas necesarias para hacerlo: con dieta, con ejercicio, con antibióticos orales, con insulina y con trasplantes, que es el grupo minoritario, al cual también he dedicado, como muchos saben, más de treinta años y seguiré haciéndolo.

Es evidente que tenemos que pasar a la telemedicina y a lo que significan los sensores *flash*, que, aunque tienen un coste económico importante, son una gran inversión porque suponen un gran ahorro. Y es clave que sigamos profundizando para que llegue a todos lados y que figure en la cartera de servicios, como así es.

¿Cuánto cuesta la diabetes a los países que se llaman primer mundo —mal llamados porque el mundo es todo, otra cosa que estén más o menos desarrollados—? Pues cuesta casi 300 000 millones de dólares al año; eso es lo que cuesta la diabetes. Luego, hay que hacer todo lo que haya que hacer, y desde el punto de vista económico también, no solamente de salud, que es lo más importante. Si seguimos así, va a costar casi 400 000 millones de dólares en el año 2025, que está a la vuelta a la esquina; lo digo de verdad. Con lo cual, hay que hacer todo lo posible para conseguir esto.

Diabetes *versus* coronavirus. Ha sido definitivo. ¿Qué ha ocurrido? Esa diabetes no diagnosticada aumentó la mortalidad, aumentó la hospitalización y fue definitivo, como saben ustedes, en el desarrollo de la pandemia. Antes hemos hablado el presidente de la comisión y yo de endemia, pandemia y epidemia. Las tres cosas dicen algo muy importante y es que con ellas siempre tiene peor pronóstico, con lo cual, hay que diagnosticarlo.

En definitiva, la equidad y la sostenibilidad del sistema dependen también de la diabetes, porque es una de las causas fundamentales, y todos tenemos la responsabilidad de revertir la tendencia de la diabetes en España. La tenemos todos, como profesionales, como ciudadanos, etcétera. Además, con dos objetivos clarísimos: en primer lugar, mejorar la calidad y la esperanza de vida del diabético y, en segundo lugar, ser más eficientes y sostenibles en la gestión de esta enfermedad, en la que es imprescindible disminuir su morbimortalidad.

Por tanto, me congratulo, en nombre del Partido Popular, de que hayamos llegado a un acuerdo, una vez más, con el Partido Socialista. Aunque lo hemos acordado también con los demás, con quien lo he negociado de manera directa es con quien la presentó, la compañera del Partido Socialista. Creo que los ciudadanos españoles diabéticos, una vez más, deben agradecer a esta Cámara Alta, que dicen que es una Cámara de elefantes, que no vale para nada, que haya estado a la altura de las circunstancias, atacando los problemas que de verdad tienen los ciudadanos españoles.

Muchas gracias. (*Aplausos*).

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Alarcó.

Por parte del Grupo Socialista, señora Carmona, tiene la palabra.

La señora CARMONA DELGADO: Gracias, señor presidente.

Toda acción o paso, por pequeño en apariencia que sea, que demos en el ámbito sanitario es de sumo valor y utilidad para los pacientes, el equipo de profesionales y los servicios de salud, siempre con la aportación de recomendaciones de mejora. Nosotros, las y los socialistas, no perdemos de vista nunca el único eje central de nuestra gestión y actividad, que no es otro que mejorar la calidad de vida de las y los pacientes.

Versamos, hoy, aquí, en esta comisión, acerca de una herramienta y propósito que promueve los principios de equidad y cohesión territorial, porque su objetivo no es otro que garantizar que todas las

personas afectas de diabetes mellitus tengan acceso en las mismas condiciones a las actuaciones y procedimientos efectivos para la mejora de su salud, de su calidad de vida y sobre cuya eficiencia existe consenso.

Los sistemas de monitorización *flash* son una herramienta que permite medir la glucosa de forma continua, en tiempo real, y el trazado de las últimas ocho horas de glucemia. Permite, además, una lectura retrospectiva de días, semanas y meses, y es de mucha utilidad tanto para el paciente como para el equipo sanitario que les atiende. Al mismo tiempo, informan de tendencias hacia arriba o hacia abajo de la glucemia. Este último hecho no es baladí, ya que las flechas de tendencia aportan información excepcional para el manejo de la diabetes y facilitan la toma de decisiones terapéuticas, con la consecuente mejora de la calidad de vida que ello implica. De igual manera, los sistemas de monitorización cambian el sentido del manejo de la diabetes, que pasa de estar basado en cifras a estar basado en tendencias.

Y otra ventaja importante que incluyen son las alarmas. Esta función puede, por ejemplo, despertar a una persona durante la noche y ayudar, de esta manera, a la prevención de la hipoglucemia nocturna, especialmente la grave. Distintos estudios han demostrado el coste-efectividad de los sistemas de monitorización continua de glucemia, cuya utilización es capaz de disminuir los costes totales en la diabetes, sobre todo, a expensas de la reducción de las complicaciones microvasculares.

Sabemos que la diabetes está asociada a la prevalencia de factores de riesgo sobre los que debemos continuar actuando, promoviendo estilos y hábitos de vida saludables, fomentando la actividad física y una dieta equilibrada. De esta forma, se evitan complicaciones macro y micro vasculares, agudas y crónicas, que suponen un impacto elevado en la calidad y esperanza de vida de los pacientes y de los servicios sanitarios que les atienden

Señorías, agradezco el trabajo, los tiempos de dedicación y el tono del debate. En el Grupo Parlamentario Socialista creemos que con esta iniciativa analizada estamos consolidando la mejora de la atención que reciben las y los pacientes con diabetes y sus familiares.

Gracias, presidente. (*Aplausos*).

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, senadora Carmona.

— MOCIÓN POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO A LA ADOPCIÓN DE DETERMINADAS MEDIDAS EN RELACIÓN CON LA INCORPORACIÓN DE LOS BIOMARCADORES A LA CARTERA COMÚN DE SERVICIOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

(Núm. exp. 661/001072)

AUTOR: GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL SENADO

El señor presidente lee el título que figura en el orden del día.

El señor PRESIDENTE: Ha presentado una enmienda a esta moción, en plazo, el Grupo Parlamentario Socialista.

Para la defensa de la moción, tiene la palabra el portavoz del Grupo Popular, el senador don Antonio Román.

El señor ROMÁN JASANADA: Muchas gracias, señor presidente.

El pasado mes de abril, mi grupo presentó esta moción, que se basaba en la ponencia aprobada también por esta Cámara en legislaturas anteriores, en concreto, en 2019, sobre medicina genómica, medicina personalizada y de precisión. En alguna de sus recomendaciones, en concreto en la número 9, dice: Los poderes públicos habrán de asegurar que los procesos de actualización e incorporación a la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud de las innovaciones de la medicina genómica, referidos a biomarcadores y otros métodos diagnósticos, nuevos medicamentos y terapias, etcétera.

También, en esta ponencia, que he podido releer estos días, había algunas comparecencias extraordinarias que motivaron que mi grupo redactara esta moción hace ya algunos meses.

En la pasada comisión, y a invitación del Grupo Socialista, comparecieron la presidenta de Facme, la doctora Garrido, junto con el doctor Gómez Román, experto en patología molecular y oncología de precisión, o el presidente de la Sociedad Española de Hematología y Hemostasia, el doctor García Sanz. En esa comparecencia, sin duda muy interesante, asumieron varios retos. En primer lugar, el reto sanitario de la patología oncológica y la medicina personalizada y de precisión, abundando en este campo de la oncología. En segundo lugar, la necesidad de garantizar la equidad, ya que, en el momento actual, a su

juicio, no existía en la medicina oncológica de precisión —no es igual un ciudadano que reside en una comunidad autónoma que en otra en el acceso a la medicina personalizada en el área oncológica—. En tercer lugar, la necesidad de incluir los biomarcadores en la cartera común de servicios y de establecer un proceso estandarizado, un marco regulatorio específico para establecer el diagnóstico de biomarcadores. Y, por último, también es importante, garantizar su financiación.

Sin duda, la base de esta moción era originariamente la ponencia, que recomiendo releer. Nos aportó la letrada hace algunas jornadas esta magnífica ponencia que era la base de esta moción, pero la reciente comparecencia ha reforzado la necesidad, a mi juicio, de aprobar esta moción. Sobre estas bases y considerando que todos creemos que es necesario mejorar la sanidad, mejorar la salud de todos los ciudadanos y garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, en este asunto —también lo decían en la ponencia—, no es únicamente futuro, no es únicamente investigación, sino que es realidad diaria de muchos profesionales, de muchos pacientes, realidad diaria de la asistencia en hospitales de todo el territorio español.

La moción va dirigida a varios aspectos. Por una parte, establecer marcos regulatorios estandarizados y ágiles en la incorporación de innovaciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas, en el marco de la medicina genómica de precisión e individualizada o personalizada —saben que en unas áreas del planeta hablan de individualizada y en otras de personalizada—. Un segundo punto es que todos los españoles tengan equidad en el acceso a ellas, con independencia de cualquier condición o residencia. Tercero, garantizar su financiación. Ahora, según nos manifestaron, depende de la voluntad de los que gestionan el hospital o de los acuerdos con los laboratorios farmacéuticos que han incorporado un fármaco que sí está aprobado y, en cambio, los biomarcadores, que son necesarios para ver cuán efectivo es ese fármaco en cada uno de los pacientes, no están aprobados. Y, de momento, están financiados esos acuerdos entre hospitales e industria farmacéutica, pero puede llegar un momento en que esa financiación desaparezca. Por tanto, hay que garantizar la financiación de estos biomarcadores, y yo incluyo ahí: garantizando la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

Y, por último, si queremos seguir avanzando en genómica, en medicina personalizada, en medicina de precisión, pues hay que seguir apostando en la potenciación de la investigación y la innovación. Por eso, con estos principios, mi grupo ha redactado la moción, que, en la parte expositiva dice: Establecer una cartera de biomarcadores que se incorpore a la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud a partir de protocolos elaborados con la participación de las sociedades científicas y de asociaciones de pacientes desde una perspectiva multidisciplinar, de manera transparente y colaborativa.

En segundo lugar, activar el procedimiento de actualización de dicha cartera común, aplicando lo establecido en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

En tercer lugar, promover en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud cuántos acuerdos procedan, incluido el modelo de financiación.

En cuarto lugar, evaluar periódicamente, desde el punto de vista científico, técnico, económico y profesional los resultados e impacto de salud de esta nueva cartera de biomarcadores y elevar sus conclusiones al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

En quinto lugar, invertir de manera creciente en investigación y en el establecimiento de grupos y redes colaborativas público-privadas nacionales, europeas e internacionales, que generen sinergias, ahorren costes y eviten la fragmentación.

Y, en último lugar, potenciar y financiar, en el marco del Programa europeo E4 Health, la elaboración de estudios orientados a establecer criterios objetivos para la valoración clínica de los nuevos biomarcadores, determinar su coste, efectividad y su seguridad.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, senador Román.

Por parte del Grupo Socialista, para defensa de la enmienda, tiene la palabra la senadora Susana Moll.

La señora MOLL KAMMERICH: Gracias, presidente.

Buenos días, señorías. El Grupo Socialista presenta una enmienda de modificación especialmente referida a los cuatro puntos primeros de su moción. Respecto al punto 1, la orden SSI 2065/2014, por la que se modifican los anexos 1, 2 y 3, del Real Decreto 1030/2006, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, desarrolló la cartera común de servicios en el área de genética. Como sucede con otras prestaciones recogidas en la citada norma, no se detalla cada una de las pruebas genéticas concretas que se incluyen en la cartera

común de servicios, si bien se establecen los tipos de análisis genéticos que forman parte de la misma y se indica que las pruebas que se faciliten han de estar respaldadas por la evidencia científica en cuanto a su validez analítica y utilidad clínica; es decir, constituir un elemento esencial para el diagnóstico, pronóstico, selección y seguimiento de tratamientos.

Con el fin de garantizar un acceso más homogéneo a dicha cartera, se va a poner en marcha un grupo de trabajo para su concreción y actualización en el seno de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación, dependiente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, con representantes nombrados por las comunidades autónomas, las sociedades científicas implicadas, la Red española de agencias de evaluación de tecnologías y prestaciones del Sistema Nacional de Salud, RedETS, la Comisión Nacional de reproducción humana asistida, la estrategia en cáncer del SNS y la Dirección General de la cartera común de servicios del SNS y Farmacia.

La convocatoria de la primera reunión del citado grupo de trabajo está prevista a finales de mayo. Asimismo, durante el procedimiento de tramitación del proyecto normativo de actualización de la cartera común de servicios que se derive de los trabajos de dicho grupo, de conformidad con lo previsto en el artículo 133, de la Ley 39/2015, de Procedimiento Administrativo Común en las administraciones públicas, se contará con la participación de los ciudadanos durante el trámite de consulta, audiencia e información públicas.

Por ello, proponemos enmendar el texto del primer punto de la moción, de la manera siguiente: Desarrollar y concretar la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud en el área de la genómica, a partir de los trabajos de un grupo dependiente de la comisión de prestaciones, etcétera, con la participación de representantes de las comunidades autónomas, de las sociedades científicas y otros agentes implicados.

En cuanto al punto 2, hay que señalar que la actualización de la cartera común de servicios es un procedimiento continuo y prioritario del Ministerio de Sanidad, que está regulado por la orden SCO/3422/2007, por la que se desarrolla el procedimiento de actualización de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. Es por eso por lo que proponemos cambiar el verbo activar por el de proseguir con el procedimiento de actualización de dicha cartera común.

Por lo que se refiere al punto 3, tal como ya he expuesto, las propuestas y acuerdos del grupo de trabajo de la comisión de prestaciones se elevan para su aprobación al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Por otro lado, el contenido de la cartera común de servicios en el área de genética y su futuro desarrollo se incluye en el modelo de financiación pública del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con el vigente sistema de financiación autonómica, y de ahí nuestra enmienda en este punto.

En el punto 4, dados los constantes avances en el área de la genómica, es necesario contar con un procedimiento ágil de revisión e incorporación de nuevas pruebas genéticas. Una de las funciones del grupo de trabajo que se va a configurar para el desarrollo de esta cartera de servicios será, precisamente, establecer un procedimiento basado en la evidencia científica disponible para la revisión y actualización periódica de las pruebas genéticas que forman parte de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, que se realizará con la participación de RedETS.

Gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

Por parte del Grupo Popular, para la aceptación o no de la enmienda, tiene un minuto, señoría.

El señor ROMÁN JASANADA: Gracias.

Es una enmienda de sustitución de la moción que habíamos presentado y, por tanto, no la vamos a aceptar. Nosotros estamos hablando de biomarcadores y el Grupo Socialista plantea algo más amplio, que es toda el área de la genómica.

Podríamos aceptar lo de proseguir en lugar de activar. Si se está haciendo, no nos importa el tiempo verbal. Pero creemos que hay otros aspectos que desvirtúan la moción original, porque no quieren hablar para nada de financiación.

Por otra parte, obvian algo que para nuestro grupo es importante, como es la participación de las asociaciones de pacientes. Y también, quitando los puntos quinto y sexto, dejan al margen el aspecto relacionado con invertir más en investigación y el Plan de salud europeo 2021-2027. Por tanto, no aceptaremos esta enmienda.

El señor PRESIDENTE: Gracias.

Turno de portavoces.

Por parte del Grupo Mixto, señor Marín, tiene la palabra.

El señor MARÍN GASCÓN: Gracias, presidente.

Señorías, esta moción que presenta el Grupo Popular pretende crear una cartera común de biomarcadores en el Sistema Nacional de Salud. La impresión de que no se ha profundizado mucho en el tema no merece gran reproche, porque existe confusión conceptual importante entre los mismos médicos.

La definición de biomarcador, según la FDA, es la de una característica definida que se mide como indicador de procesos biológicos normales, procesos patológicos o respuestas a una exposición o intervención. No se debe confundir con las medidas de resultado clínico, que son las variables directas de cómo una persona se siente, funciona o sobrevive.

Los biomarcadores sirven para muchos propósitos, uno de los cuales es vincular una medición con una predicción de los resultados clínicos. Así existen miles de biomarcadores, entre los cuales, están los siguientes: de diagnóstico, de seguimiento fármaco-dinámico o de respuesta a fármacos, pronósticos predictivos y de susceptibilidad. Además, existe una enorme variedad entre ellos, que va desde la elevación del ST en el infarto a los biomarcadores moleculares o a los que predicen adicciones o susceptibilidad a agentes biológicos o químicos.

Por lo tanto, resulta desmesurado, por poco realista, pedir que haya una cartera común de biomarcadores. Sin embargo, sería muy útil que el Ministerio de Sanidad elaborase una cartera común de biomarcadores moleculares para los distintos tipos de cáncer, ya que la oferta es heterogénea, según las regiones.

Gracias.

El señor PRESIDENTE: Gracias, señor Marín.

Por parte del Grupo Parlamentario Democrático, señor Muñoz, tiene la palabra.

El señor MUÑOZ LAGARES: Muchas gracias, presidente.

Solo intervengo para manifestar el sentido positivo a la presente moción.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

Por parte del Grupo Parlamentario Nacionalista en el Senado, señor Matamala.

El señor MATAMALA ALSINA: *Nosaltres també donarem el vot afirmatiu. Gràcies.*

El señor PRESIDENTE: Por parte del Grupo Parlamentario de Izquierda Confederal, señor Mulet, tiene la palabra.

El señor MULET GARCÍA: También daremos apoyo a esta moción.

El señor PRESIDENTE: Por parte del Grupo Parlamentario Vasco en el Senado, tiene la palabra la señora Ahedo.

La señora AHEDO CEZA: Muchas gracias.

El desarrollo y el progreso de la medicina personalizada de precisión es imparable y, además, es necesario y necesita herramientas para su impulso. Evidentemente, los biomarcadores son imprescindibles para que esta medicina avance. Pero ustedes en esta iniciativa están planteando una prestación común obligada para todas las comunidades autónomas, y no digo que estemos en contra de eso, lo que digo es que para poder valorar con seriedad esta propuesta, creemos que es totalmente necesario que se analice y se estime el alcance que esto supone y también el coste económico, porque si no, podríamos estar en esta sala todos de acuerdo, pero creemos que sería prematura e imprudente.

Gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

Por parte del Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana, tiene la palabra la señora Cortès.

La señora CORTÈS GÈS: Gracias, presidente.

En un principio, y analizada la moción, nos parece que no tiene que haber inconveniente ninguno en incorporar biomarcadores a la cartera de servicios para detectar enfermedades o durante sus procesos. Eso sí, siempre y cuando se garantice su financiación. El modelo de financiación de las comunidades autónomas vigentes desde 2009 y pendientes del nuevo modelo desde 2014, establece que, de acuerdo con el principio de lealtad institucional, se tiene que valorar el impacto financiero que las disposiciones

generales aprobadas por el Estado tengan sobre las comunidades autónomas y garantizar la suficiencia financiera de estas. Por tanto, el principio de lealtad institucional representa la garantía para evitar que las finanzas de Cataluña, en este caso, sufran los efectos negativos de aquellas decisiones que adopte el Estado.

A pesar de esto, la centralización de las decisiones políticas en ámbitos de gestión transferidos a las comunidades autónomas produce un efecto perverso, donde el Estado acusa a estas de gastar en exceso, pero sin explicitar que este hecho es consecuencia de las decisiones que toma el propio Gobierno del Estado. La actuación del Estado en el ámbito sanitario ha impactado en el gasto sanitario por diversas vías. Habitualmente el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social promueve actuaciones de las comunidades autónomas financiándolas solo inicialmente y obligándolas después a asumir el coste del programa sanitario.

Por lo tanto, no podemos aceptar más cargas sin financiación. Evidentemente, vamos a votar a favor de esta moción, pero, repito, sin recursos para las comunidades autónomas no se puede garantizar una atención adecuada. Por eso, es necesario garantizar la suficiencia financiera de las administraciones competentes para el desarrollo de las políticas sociosanitarias para la atención de las personas. Y, además, de nuevo, les reclamo que se tramiten las mociones que se aprueban en estas comisiones, porque si no, todo lo que aprobamos aquí, todos los debates que tenemos, todos los acuerdos a los que llegamos, solo son brindis al sol.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

Tiene la palabra el senador don Antonio Román.

El señor ROMÁN JASANADA: Quiero mostrar mi agradecimiento a todos los grupos que han manifestado el apoyo a esta moción. Al portavoz del Grupo Mixto le diré que, evidentemente, podríamos aplicar la definición de biomarcadores como aquellas características biológicas, bioquímicas, antropométricas, fisiológicas, objetivamente mensurables, capaces de identificar procesos fisiológicos o patológicos, o bien una respuesta farmacológica. Estamos probablemente circunscritos ahora mismo a este apartado de la respuesta farmacológica, porque es lo que demandaban en la última comparecencia, pero, sin duda, el concepto de biomarcador es algo muy amplio y nos permite seguir procesos sépticos, insuficiencias cardíacas, o muchas otras patologías o seguimientos de enfermos en la realidad diaria; y con técnicas o biomarcadores que están incorporados ya en la cartera de servicios de nuestro sistema sanitario.

Hablaban de la financiación. Es una de las razones por las cuales no he podido aceptar la transacción del Grupo Socialista. El otro día quedó claro lo que podía costar un biomarcador: 600 euros. Pero no es importante el coste de los 600 euros. La tecnología, el personal necesario, la necesidad de modificar la estructura de personal en algunos hospitales, es algo mucho más amplio. Creo que hay que garantizar la sostenibilidad —en mi primera intervención me he referido a ello varias veces— del sistema, que afecta no solo a la tecnología sino también al personal; no solo al diagnóstico molecular sino también a todo lo que va a avanzar en los próximos años la sanidad con la medicina de precisión y la medicina personalizada.

Por otra parte, está el tema de la participación de las comunidades autónomas. Por eso, he querido ser respetuoso y hablar del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, donde están representadas todas las comunidades autónomas. Evidentemente, la asistencia la están proveyendo las comunidades autónomas, pero para garantizar la equidad y que todos los españoles, con independencia de su residencia, tengamos el mismo acceso a esta cartera de servicios tiene que haber acuerdos comunes en ese consejo interterritorial. El otro día en la comparecencia hablaban de que Cantabria sí tiene establecidos en su cartera de servicios los biomarcadores. Y que Cataluña lo tenía bastante avanzado. Pusieron algún ejemplo. Pero hay otras comunidades autónomas que no lo tienen. ¿Y qué ocurre, que un cántabro o un catalán es diferente a un extremeño o a un andaluz? Yo creo que todos tenemos que ser iguales en el acceso al sistema, a todas las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

Por eso, creo que esta moción es buena, que es completa. Y espero —lo decía la portavoz de Esquerra— que las mociones que se aprueben luego se lleven a cabo por el Gobierno.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, senador Román.

Por el Grupo Socialista, la señora Moll.

La señora MOLL KAMMERICH: Gracias, presidente.

Diría que estamos todos de acuerdo en que la medicina personalizada de precisión y la medicina genómica suponen una esperanza enorme para los pacientes y sus familias, y que no podemos desaprovechar este potencial. Así quedó reflejado en el informe de la ponencia de estudio que se llevó a cabo en esta Cámara entre 2017 y 2019, ya citado anteriormente; así lo piden la Sociedad Española de Oncología Médica, la Sociedad Española de Anatomía Patológica y otras entidades; y así lo contempla también el Gobierno y, particularmente, los Ministerios de Sanidad y de Ciencia e Innovación, y varias comunidades autónomas ya han avanzado en su implementación. Como he expuesto en mi intervención anterior, con el fin de garantizar un acceso más homogéneo a la cartera de servicios, se va a poner en marcha el grupo de trabajo para su concreción y actualización. Y las propuestas y acuerdos de este grupo se elevarán para su aprobación al Consejo Interterritorial.

En cuanto a investigación, son los dos puntos que nos quedaban pendientes y que hubiéramos mantenido en una posible transaccional, la actual Estrategia española de ciencia y tecnología y de innovación 2021-2027 y la Acción estratégica en salud, principal herramienta para la financiación de la investigación biomédica y sanitaria en España, gestionada por el Instituto de Salud Carlos III, incluyen como área prioritaria el desarrollo de la medicina personalizada de precisión. De forma adicional se han lanzado recientemente por la AES convocatorias de ayudas específicas para la investigación clínica independiente en terapias avanzadas y personalizadas, y financiación de contratos para profesionales bioinformáticos.

El Instituto de Salud Carlos III, en su rol de agencia de financiación de investigación en salud y biomedicina, participa en diferentes programas de investigación, tanto europeos como del ámbito internacional. Esta financiación se ejecuta a través de la acción estratégica en salud, y en 2020 se han invertido casi 4,6 millones de euros para financiar 31 proyectos de 11 convocatorias, entre las cuales se incluían líneas de investigación sobre el uso de biomarcadores.

En el ámbito de la programación internacional y europea, España presenta un posicionamiento destacado en la investigación relacionada con la medicina personalizada y de precisión, liderando el instrumento de programación conjunta y como uno de los socios de referencia de la llamada iniciativa ICPeMed. Y sirve de puente y soporte para el desarrollo de la MPP, de la medicina personalizada de precisión en Iberoamérica y el Caribe. De igual manera, España es uno de los 21 países comunitarios que han firmado la declaración de la iniciativa 1 millón de genomas, participando en la elaboración de su hoja de ruta para el período 2020-22. En 2020 se puso en marcha el Programa IMPaCT, específicamente orientado a la implementación de la MPP en el Sistema Nacional de Salud. Así, se aprobó una concesión de 25,8 millones al Instituto de Salud Carlos III como primer paso para la implantación de la medicina de precisión en el Sistema Nacional de Salud, a través de una estrategia basada en la ciencia y la innovación, que contará en los próximos dos años con 77,3 millones de euros para su desarrollo.

En definitiva, el Gobierno de España está comprometido con el desarrollo de la genómica dentro de la cartera de servicios del SNS, común a todo el territorio nacional y que incluye toda clase de pruebas genéticas sin necesidad de concretar, y está comprometido firmemente también con la investigación que permite avanzar en estos temas. Por ello, hemos intentado llegar a un acuerdo transaccional, con los matices ya mencionados antes y manteniendo el redactado original de los puntos 5 y 6, pero que finalmente no ha sido posible, por lo que nuestro grupo votará en contra de la moción. *(Aplausos)*.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

— MOCIÓN POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO A LA PUESTA EN MARCHA DE UNIDADES ESPECIALIZADAS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO, Y A LA PROMOCIÓN DE CAMPAÑAS DE INFORMACIÓN EN RELACIÓN CON LA ENDOMETRIOSIS.

(Núm. exp. 661/001252)

AUTOR: GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA

El señor presidente lee el título que figura en el orden del día.

El señor PRESIDENTE: Les pido encarecidamente que sean absolutamente estrictos con los tiempos; se acabó la flexibilidad si queremos comer hoy; si no, continuamos.

Para la defensa de la moción, tiene la palabra la portavoz del Grupo Parlamentario Socialista.

La señora MARTÍN PALOP: Muchísimas gracias, presidente.

Permítanme que las primeras palabras que hoy manifieste aquí sean de reconocimiento y apoyo a cada una de las mujeres que sufren endometriosis y, por supuesto, a aquellas mujeres que están bajo la sospecha y todavía no han encontrado el diagnóstico. Es un reconocimiento que debemos hacer en esta Cámara y que debe servir para contribuir a acabar con la invisibilidad, una invisibilidad que castiga a las mujeres que sufren esta enfermedad, una de las enfermedades femeninas con mayor prevalencia, pero a la vez, una de las más ocultas, y digo ocultas porque la endometriosis es una enfermedad femenina, y, como tal, ha sufrido el ocultamiento y la discriminación sistemática propia de nuestra sociedad, una sociedad que ha tendido a minimizar y devaluar las enfermedades y el sufrimiento de las mujeres durante siglos. La endometriosis es una enfermedad crónica, sistémica y generalmente progresiva, llegando a ser en muchos casos incapacitante, una enfermedad que, pese a ser benigna, tiene un carácter destructivo, con consecuencias tremendas para muchas mujeres, al comportarse de manera infiltrativa en nuestros tejidos. De manera muy resumida, la endometriosis provoca que se formen tejidos fuera del útero, pudiendo crecer y llegar a diferentes órganos, llegando a afectarlos completamente.

Insisto, señorías, hablamos de una de las enfermedades comunes más invisibles, una enfermedad que afecta a una de cada diez mujeres en edad fértil, es decir, aproximadamente a unos 2 millones de mujeres en España; de una enfermedad que a, pesar de su prevalencia, es víctima, como digo, del desconocimiento y la invisibilidad para la mayoría de la población, a lo que se suma, además, la dificultad propia de esta enfermedad, que puede presentar diferentes síntomas y solapamiento en los procesos para su diagnóstico. Por lo tanto, provoca que el diagnóstico de la endometriosis, basado en síntomas, tenga una demora de entre 7 y 9 años. A pesar de ser una enfermedad crónica, como digo, la detección precoz podría mejorar notablemente la calidad de vida de las mujeres afectadas, así como reducir y minimizar los daños provocados en los diferentes órganos afectados y los problemas de infertilidad propios de esta enfermedad.

Dadas las características que hemos relatado y el escaso conocimiento de la enfermedad, se hace imprescindible abordar varias cuestiones básicas que hoy traemos aquí. Primeramente, la implantación de un plan de formación, información y sensibilización sobre la endometriosis para los y las profesionales de atención primaria; es indispensable que cuando una mujer llegue con determinados síntomas no sean ocultados simplemente por desconocimiento, por no tener la información necesaria para poder derivarla. La creación de campañas de información y de concienciación para la sociedad en su conjunto debe combatir ese diagnóstico tardío que nos condena a muchas mujeres, porque la sociedad simplemente ha minimizado el dolor de las mujeres asociado a enfermedades femeninas como el dolor de la menstruación, que era algo normal y por el que no teníamos que preocuparnos. La puesta en marcha de equipos multidisciplinares es muy importante. Los equipos multidisciplinares disciplinados de trabajo pueden dar una adecuada atención, diagnóstico y tratamiento. Asimismo, la creación de unidades de referencia es indispensable en los diferentes territorios, según la dimensión y, por supuesto, la población que tengan que atender. Al ser una enfermedad que puede llegar a afectar a multitud de órganos, son necesarias más especialidades, además de la ginecológica, que se involucren en su tratamiento y que también conozcan de primera mano y perfectamente el comportamiento de esta enfermedad. Tenemos que combatir, repito, tenemos que combatir que la condena de un diagnóstico tardío sea por desconocimiento y que este desconocimiento provoque incompreensión social y muchas veces también laboral. Tenemos que dotarnos de equipos especializados y profesionales formados capaces de informar, derivar, diagnosticar y también tratar adecuadamente. Y tenemos que motivar que estas enfermedades reciban un tratamiento específico en las políticas sanitarias públicas.

Por lo tanto, el Partido Socialista trae aquí una moción con 2 puntos muy concretos. El primero de ello es promover, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que las comunidades autónomas pongan en marcha esas unidades necesarias, especializadas y multidisciplinares, para el diagnóstico y tratamiento de la endometriosis, así como la puesta en marcha de programas de información y formación para los y las profesionales sanitarios e implementación de los protocolos establecidos, tanto en la guía como ahora en la actualización que ha tenido la Guía nacional sobre endometriosis. Y, junto a las comunidades autónomas, es indispensable promover la puesta en marcha de campañas de visibilización, concienciación e información sobre la endometriosis y su realidad, en colaboración siempre con las asociaciones que están luchando por las mujeres afectadas por esta enfermedad.

Muchísimas gracias, y espero contar con todo el apoyo y la sensibilidad, como no puede ser de otra manera, para esta moción.

Gracias. (*Aplausos*).

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, senadora Estefanía Martín. En nombre del Grupo Parlamentario Mixto, tiene la palabra el señor Marín.

El señor MARÍN GASCÓN: Gracias, presidente.

Señorías del Partido Socialista, les proponemos la modificación del punto 2 de su moción. Ustedes en dicho punto indican lo siguiente: Junto con las comunidades autónomas, promover la puesta en marcha de campañas de visibilización, concienciación e información, en colaboración con las asociaciones de mujeres afectadas, sobre la endometriosis y su realidad, como elemento básico del derecho de las mujeres a la información en salud de la endometriosis. Nosotros les proponemos lo siguiente: Promover la puesta en marcha de campañas de visibilización, concienciación e información, en colaboración con las sociedades científicas y las asociaciones de pacientes, sobre la endometriosis y su realidad, como elemento básico del derecho de las mujeres a la información en salud de la endometriosis. Nos parece importante que estas campañas de visibilización, concienciación e información se realicen en colaboración y bajo el asesoramiento de las sociedades científicas, ya que poseen la mejor información posible. Igualmente, se debe contar con las asociaciones de mujeres afectadas. Como ven, se trata de una pequeña modificación que no altera el fondo de su moción, por lo que esperamos sea aceptada.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Aranda.

El señor ARANDA LASSA: Señor presidente, vaya por delante que después de la conversación que hemos mantenido con la señora Martín Palop vamos a retirar la enmienda, pero quiero hacer unas pequeñas precisiones. En primer lugar, el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, así se llamaba en agosto de 2018, informó que se iban a iniciar unas acciones para mejorar el manejo diagnóstico-terapéutico de la endometriosis. En una posterior respuesta a una pregunta parlamentaria del Grupo Socialista, el Gobierno avanzó una de ellas, que era la actualización y la revisión de la Guía de atención de la endometriosis en el Sistema Nacional de Salud. El objetivo no era otro que lograr la mejor evidencia científica y, por supuesto, adaptar así la atención sanitaria y las recomendaciones a los profesionales tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de la patología. Todo ello, desde luego, debería redundar en un mejor conocimiento de la enfermedad, basado en la mejor evidencia científica disponible para ayudar al personal sanitario en el diagnóstico e, insisto, también en el tratamiento, en la prevención y en los cuidados. El documento, desde luego, actualizado, debería tener un enfoque integral y debería recoger el análisis y comportamiento epidemiológico de la enfermedad, sus manifestaciones clínicas, fisiológicas, diagnóstico y abordaje terapéutico, así como el impacto psicosocial y calidad de vida de las mujeres. Lo que proponíamos era una actualización y una revisión; lo que usted me ha planteado es realmente un modelo de atención a las mujeres con endometriosis, que ni siquiera está editado por el Ministerio de Sanidad, que está editado por la Agencia de evaluación de las transferencias sanitarias en Andalucía. Se basa en los modelos organizativos de Andalucía y de Cataluña, ni siquiera contempla el modelo de Madrid, el modelo del Hospital Universitario de la Paz que es, quizás, el modelo más avanzado, que data del año 2006 y que ya contempla la integridad de los modelos de tratamiento de la endometriosis. Por otra parte, quería manifestarle mi confianza en que se va a desarrollar y, por lo tanto, vamos a eliminar esta enmienda, pero nuestra idea no era otra que mejorar y construir, en la línea que le he transmitido personalmente con anterioridad.

Muchas gracias. (*Aplausos*).

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Aranda.

Turno de posicionamiento de la portavoz socialista con respecto a las enmiendas.

La señora MARTÍN PALOP: Quiero dar las gracias al portavoz del Grupo Popular por la conversación que hemos tenido, por la retirada de su enmienda y por su comprensión. No podemos aceptar la enmienda que ha propuesto Vox porque cambiaría sustancialmente los matices que hemos planteado. Y por añadir algo a lo que ha comentado el portavoz del Grupo Popular, diré que el ministerio está trabajando en la Guía de atención de la endometriosis del Sistema Nacional de Salud y en la adaptación del modelo, porque existe un compromiso. En 2020 se han creado diferentes grupos y también se ha realizado un estudio sobre la prevalencia, derivándose los resultados obtenidos tanto a las comunidades autónomas como a los grupos de expertos. A los grupos de expertos se ha derivado toda esta información, que la han devuelto, lo que ha dado lugar, junto con toda la información que han dado las diferentes comunidades autónoma, al modelo de atención a las mujeres con endometriosis bajo el título: Revisión sistemática de guías prácticas

clínicas; un documento que sirve para darnos un mayor conocimiento, con la incorporación de la nueva evidencia científica —ahora sí tenemos más conocimiento—, y proporcionar información para la toma de decisiones en el diagnóstico, tratamiento y la atención. Este documento abarca —y esto es muy importante para lo que usted me comentaba— desde la atención integral primaria y hospitalaria que deben recibir las mujeres hasta aspectos fundamentales para nosotras, como el diagnóstico, tratamiento, complicaciones, seguimiento clínico, criterios de derivación, abordaje psicosocial y sexual, infertilidad y calidad de vida. Todo esto es lo que contiene la nueva revisión que existe de la guía, bajo la nomenclatura *Modelo de atención a las mujeres con endometriosis y revisión sistemática de la guía práctica clínica*, que tiene su edición en 2020.

Muchísimas gracias. (*Aplausos*).

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

En turno de portavoces, por el Grupo Mixto, tiene la palabra el señor Marín.

El señor MARÍN GASCÓN: Gracias, presidente.

Señorías, la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales del Senado, en su sesión del día 7 de abril de 2015, aprobó la moción del Grupo Parlamentario Catalán en el Senado Convergencia i Unió con la incorporación de la enmienda del Grupo Parlamentario Popular en el Senado con el siguiente texto: La Comisión de Sanidad y Servicios Sociales del Senado insta al Gobierno a continuar desarrollando acciones con las que mejorar el abordaje de la endometriosis, siguiendo las recomendaciones contenidas en la Guía de atención a mujeres con endometriosis en el Sistema Nacional de Salud, impulsando actividades de formación y concienciación de profesionales del Sistema Nacional de Salud sobre esta enfermedad e impulsando actuaciones para atender las necesidades y expectativas de las afectadas, en colaboración con las asociaciones de pacientes. ¿Qué se ha hecho en estos seis años? Más bien poco.

La endometriosis es una enfermedad inflamatoria crónica y tumoral que afecta a un 10-15 % de la población femenina en edad fértil. Se calcula que 2 millones de mujeres la padecen en España, pero la falta de un estudio epidemiológico a escala nacional impide saber cuántas mujeres están afectadas. A pesar de que la endometriosis se ha incorporado a la estrategia de salud nacional como línea prioritaria, las líneas de investigación abiertas son escasas. En este momento solo el Instituto de Investigación Sanitaria, Incliva, del Hospital Clínico de Valencia, el Instituto de Investigación Biomédicas August Pi i Sunyer, del Hospital Clínic de Barcelona, y el grupo de inmunología de la Universidad de Murcia, junto con el Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria, están inmersos en proyectos encaminados a conocer su origen y causas, buscar nuevos tratamientos y formas de diagnóstico no invasivas. Pero no es suficiente porque los síntomas de esta enfermedad condicionan el día a día de quienes las sufren, impidiendo su correcto desarrollo social, profesional y personal.

Al tratarse de una enfermedad crónica que afecta a diferentes órganos, el manejo multidisciplinar de la misma adquiere una gran importancia. Asimismo, es necesaria una visión diferente del baremo de discapacidad, ya que el dolor que padecen las pacientes con endometriosis no se contempla como una de las causas principales para certificarla.

Señorías del Grupo Socialista, lamentamos que no acepten nuestra enmienda. Votaremos abstención. Gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Marín.

Por el Grupo Parlamentario Democrático, tiene la palabra el señor Muñoz.

El señor MUÑOZ LAGARES: Gracias, presidente.

Solamente para manifestar el voto a favor de la moción.

Gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

Por el Grupo Nacionalista en el Senado, tiene la palabra el señor Matamala.

El señor MATAMALA ALSINA: Nuestro voto también será a favor.

Gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

Por el Grupo Parlamentario Izquierda Confederal, tiene la palabra el señor Mulet.

El señor MULET GARCÍA: Quiero manifestar el voto favorable.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

Por el Grupo Parlamentario Vasco, tiene la palabra la señora Ahedo.

La señora AHEDO CEZA: Gracias.

Querría destacar dos cuestiones que se han hablado aquí: la invisibilidad de la endometriosis, pero no solo de la endometriosis, sino de otras enfermedades femeninas también, y el androcentrismo no solo en el mundo científico en general, sino en el mundo de la medicina en particular. Creo que es fundamental impulsar el conocimiento y la investigación de patologías específicas de mujeres, pero también la manera específica en que otras patologías influyen en las mujeres, que suele ser a veces de una manera diferente que en los hombres. Evidentemente, es necesario un mayor conocimiento en el caso de la endometriosis, y de muchas más, y un diagnóstico precoz.

Estamos totalmente de acuerdo cuando plantean visibilización, concienciación e información. Pero quiero recordar que cuando dice que el Gobierno promueva la puesta en marcha de unidades de especialidades multidisciplinares, nosotros estamos de acuerdo con ese concepto, pero la organización, el funcionamiento, la gestión y la formación depende de las comunidades autónomas, no de que el Gobierno promueva. En todo caso —me va a permitir, senadora Martín Palop, un tironcito de orejas, en broma, porque sabe que se lo digo con cariño—, vamos a apoyar esta iniciativa.

Gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

Por Esquerra Republicana, tiene la palabra la señora Cortès.

La señora CORTÈS GÈS: Gracias, presidente.

Como todos sabemos, la *endometriosis* afecta a un 10 % de las mujeres y tarda más de ocho años de media en diagnosticarse. Es una enfermedad invisibilizada y estigmatizada y a menudo las mujeres no encuentran comprensión en la sociedad, en su entorno ni tampoco en el ámbito médico.

Uno de los obstáculos para el diagnóstico rápido de esta patología es precisamente la normalización del dolor menstrual y, en consecuencia, el retraso en la búsqueda de atención sanitaria; también la estigmatización y, a veces, la discriminación de las mujeres por la expresión del dolor y del malestar.

En Cataluña la entonces consellera de Salut Alba Vergés, en el año 2018, creó un modelo de atención a la *endometriosis* que pretende mejorar la salud de las mujeres afectadas y tiene una visión que va más allá del sistema sanitario y la concienciación de la sociedad, que es fundamental para modificar la percepción social de este problema de salud. Este modelo responde precisamente a la voluntad de la Conselleria de Salut de incorporar la perspectiva de género en la práctica sanitaria, y su incorporación se está llevando a cabo transversal y específicamente.

El modelo de atención a la *endometriosis* ayuda a visibilizar a las mujeres con esta enfermedad, mejora el acceso a un diagnóstico más rápido y ordena la atención de forma integral a lo largo de los diferentes niveles asistenciales para adecuarla a las necesidades específicas de cada situación y va más allá del sistema sanitario. Además, pretende concienciar a la población en general, a los profesionales de la salud y a las mujeres en particular sobre esta enfermedad. Además, impulsa acciones formativas dirigidas a todos los profesionales sanitarios, especialmente en el ámbito de la atención primaria. También promueve la investigación, garantiza la atención integral e integrada y el continuo asistencial a las mujeres con *endometriosis*. Asimismo, define los circuitos de derivación dentro de los servicios que componen la atención primaria y, de aquí, a la atención hospitalaria de referencia.

Podría continuar explicando el modelo para el diagnóstico y tratamiento que se aplica en Cataluña, pero creo que ya es suficiente. Celebramos que el Grupo Socialista se haya dado cuenta de que existe esta enfermedad y que quieran animar a las comunidades autónomas a poner en marcha unidades especializadas multidisciplinares para el diagnóstico y tratamiento de la *endometriosis*. Nosotros, en Cataluña, estamos dispuestos a colaborar en ello.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Gracias, senadora Cortès.

De endometrio, endometriosis. A lo mejor es complicado para los que no son sanitarios. No sé si es función del presidente decir esto; en todo caso, a esta hora se perdona a todo.

Por el Grupo Popular, tiene la palabra el senador Aranda.

El señor ARANDA LASSA: Gracias.

Voy a intentar aportar lo máximo que pueda, hablando inicialmente de la Sociedad Europea para la Reproducción Humana, que ya enfatizó en el año 2005 que la endometriosis avanzada era una patología compleja y que debería ser derivada a centros con experiencia y que ofrecieran un contexto multidisciplinar. La clasificación, por supuesto, de la endometriosis en poco ha cambiado desde el año 1996, según la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva, y ya en la guía de 2013 se contemplaba, para los casos de endometriosis profunda de gran complejidad, contar con un equipo multidisciplinar que incluyera especialistas en cirugía de aparato digestivo, urología, por supuesto, ginecología y psicología. Realmente, el gran caballo de batalla es la endometriosis profunda y la recurrente. Los algoritmos sí que contemplan la necesidad de una exquisita coordinación en la atención primaria y especializada.

Y hay algo que quería comentarle, señora Martín Palop, que era la inclusión de la codificación, la inclusión en la base de datos de atención primaria de la clasificación internacional, con el objeto de hacer una adecuada cualificación que permita conocer la incidencia y la prevalencia.

Conocemos, desde luego, como le he dicho anteriormente, la unidad integral de La Paz, que trata desde el año 2006 a más de 500 pacientes nuevas anuales, que realiza unas 500 intervenciones también anuales; 250 de las mismas, el 50 %, son de alta complejidad, se realizan por vía laparoscópica o por vía vaginal, con todo lo que ello representa por su impacto en la estética, en la hospitalización y en la recuperación. También somos conocedores de otros centros existentes en Madrid, la Fundación Jiménez Díaz y el 12 de Octubre y, por supuesto, el de Málaga, que es el referente en la zona oriental de Andalucía.

No compartimos algo que se dice en la parte expositiva de su moción, concretamente referido a que la normalización del dolor femenino sea una de las causas por las que actualmente está sometida al ostracismo y al desconocimiento social. No lo compartimos porque entendemos que no es así. Otro factor que desde luego ha perpetuado que se transmita la invisibilidad es el androcentrismo científico con la consiguiente ausencia de investigaciones. Somos conocedores de que en la actualidad existen muchas líneas de investigación en múltiples institutos, como las relacionadas con la herencia genética, los tratamientos con fármacos o cómo paliar los síntomas de endometriosis de manera más efectiva.

Yo soy médico, soy urólogo, y quería compartir con ustedes un caso. Recientemente he tenido tiempo de hablar con ella a raíz de esta moción de endometriosis. Se trata de una paciente aragonesa, Julia, 41 años, que desde los 12 años acudía a los servicios de urgencias mensualmente como consecuencia de los dolores menstruales que ella tenía. Se le diagnosticó de un útero septo, se le intervino; posteriormente se le intervino de adherencias, tuvo una rectorragia; al final, treinta años después de haber iniciado la menarquia, fue intervenida en un hospital catalán de una endometriosis profunda y el resultado ha sido que se le tuvo que realizar una histerectomía, una doble salpingectomía, una ooforectomía unilateral; se le hizo una sigmoidectomía de 8 centímetros; actualmente es portadora de una colostomía, y la he atendido por una cuestión neurológica por una vejiga neurógena que obliga a un autosondaje cada cuatro horas.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, senador Aranda.

Por el Grupo Socialista, doña Estefanía, tiene la palabra.

La señora MARTÍN PALOP: Gracias.

No soy propensa a hablar en primera persona, pero en esta ocasión, y aunque podría relatar miles de casos, voy a hacerlo: soy endometriósica, conozco la enfermedad desde los 20 años, aunque la sufro desde los 10, y he sufrido ese retardo en el diagnóstico simplemente porque un médico de cabecera me daba un permiso, desde los 10 años, cuando empecé con la regla, para faltar cinco días al mes al colegio simplemente por dismenorrea. Soy víctima de ese androcentrismo científico, de la ausencia de investigaciones; me pusieron un medicamento —ustedes lo conocerán, Decapeptyl—, que automáticamente viene a condicionar el resto de tu vida y de tu salud y, evidentemente, es el causante de cómo tus órganos se transforman. Un medicamento que estaba dedicado a los hombres, para el cáncer de próstata, nos lo pusieron a mujeres sin tener investigaciones fehacientes sobre cómo íbamos a reaccionar. Y le podría hablar de mi caso, pero no vengo a eso, sino a hablar de las más de dos millones de mujeres que sufren esta enfermedad que yo también sufro; hay muchísimos casos de los que podríamos hablar aquí y que conozco de muy primera mano.

Señora Ahedo, estoy totalmente de acuerdo: son las comunidades autónomas las que deben tener la voluntad de poner en marcha todas estas medidas porque, por competencia, son las que tienen que llevarlas a cabo. El compromiso de los socialistas viene desde el primer momento cuando estamos gobernando, cuando ponemos en marcha medidas como hemos hecho ahora, esas promesas a las mujeres que sufren

la endometriosis para que consigan ese abordaje integral de detección, de tratamiento especializado y sin ningún tipo de discriminación y en condiciones, porque necesitamos dejar de ser invisibles y víctimas, como usted bien dice, señora Ahedo, de ese androcentrismo científico y también sanitario y profesional que muchas veces sufrimos. Hay que avanzar en la atención ginecológica, porque no es un privilegio, como bien dicen las víctimas y las sufridoras de esta patología; no es un capricho, no puede ser una limosna; tenemos que salvar nuestras vidas y su calidad, y es un derecho que tenemos a la sanidad.

Señora Cortès, los socialistas siempre estamos comprometidos. Lo hemos demostrado donde hemos gobernado; por ejemplo, en mi comunidad autónoma, Andalucía. Fuimos pioneras; de hecho, la guía del Sistema Nacional de Salud es una copia exacta de la guía que hizo el Partido Socialista cuando estaba gobernando en la Junta Andalucía. Hemos sido pioneros, porque desde el primer momento hemos tenido en nuestra agenda política el compromiso con estas mujeres que habían sido olvidadas durante décadas. Y hay que decir que, lamentablemente, el compromiso tiene que ser de las comunidades autónomas. Y se nota totalmente cuando no está en el ADN de la agenda política, y lo hemos sufrido en Andalucía. Desde que está gobernando el Partido Popular en Andalucía, estamos sufriendo poco a poco un desmantelamiento de las diferentes unidades. Solamente voy a hablarle de la unidad de Málaga, porque la de Sevilla, cuando llegó el Partido Popular, automáticamente la dejaron casi sin servicio. La de Málaga, que fue y ha sido siempre unidad de referencia, pionera en toda España, pasó directamente de 4 a 2 profesionales, un desmantelamiento del 50 %. Tenemos una lista de espera de más de un año para las operaciones de cuarto grado, para la endometriosis profunda. Estamos hablando de que nuestras mujeres se están jugando la vida simplemente por los recortes y por no poner los recursos necesarios y los quirófanos que necesitamos para salvar la vida de estas mujeres. Estamos hablando de que, desgraciadamente, sufrimos ese desmantelamiento.

Y sí, señorías, es un compromiso que deben tener los ministerios, pero quienes tienen que aplicarlo son las comunidades autónomas, y allí vamos a estar los socialistas, como lo hicimos en Andalucía y como lo estamos haciendo en el ministerio ahora mismo.

Y permítanme que mis últimas palabras sean de reconocimiento a la Asociación de mujeres afectadas por endometriosis, Adaec, y a las diferentes asociaciones gracias a las cuales muchas mujeres que están olvidadas y que no sabían de esa enfermedad han podido ver la luz; por supuesto, a los profesionales sanitarios que luchan día a día con nosotras para que tengamos mayor calidad de vida; y, como soy malagueña, para terminar, a la unidad de Málaga, a la doctora Davinia Moya y a la doctora Emilia Villegas, que ha sido siempre el referente y el motor de Andalucía.

Muchísimas gracias. (*Aplausos*).

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

— MOCIÓN POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO A PROMOVER LA INVESTIGACIÓN DEL ORIGEN DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN ESPAÑA.

(Núm. exp. 661/001265)

AUTOR: GRUPO PARLAMENTARIO MIXTO

El señor presidente lee el título que figura en el orden del día.

El señor PRESIDENTE: A esta moción no se ha presentado ninguna enmienda. Por lo tanto, para la defensa de la moción, tiene la palabra el señor Mulet. (*El señor Marín Gascón: Se ha equivocado, señor presidente. Llevamos una mañana un poco rara. A ver si nos ponemos las pilas.— Risas*). Tiene toda la razón. Adelante, señoría.

El señor MARÍN GASCÓN: Gracias, presidente.

Señorías, en relación con la pandemia COVID-19 en España, han sido muchos los errores cometidos en su gestión, tantos que sería cansina su relación y, además, todos ustedes los conocen, pero sí me gustaría incidir en dos sentencias del Tribunal Constitucional que declararon inconstitucional el primer estado de alarma y el cierre del Congreso.

El Gobierno mintió desde el principio. ¿Recuerdan el eslogan Salimos más fuertes, que se publicó en las portadas de los periódicos y costó un buen dinero a las arcas públicas? Era una propaganda que, además, se producía cuando ya llevábamos miles de fallecidos, empresas y trabajos perdidos, y la economía había caído bruscamente. Ahora, que parece que vemos cerca el final de la pandemia, echemos la vista atrás con

objeto de realizar una investigación totalmente independiente por expertos de reconocido prestigio —estos sí, no como el comité de expertos en el que el Gobierno basaba sus decisiones y que tuvo que reconocer que nunca existió—.

Señorías, hay que empezar por el principio, es decir, analizando cómo se inició esta pandemia en España. Solo así podremos valorar los fallos, que han sido enormes y mortales, y después sacar conclusiones para valorar qué ha fallado, qué cosas se deberían haber hecho y no se hicieron —que fueron muchas—, ya que dejaron a los españoles tirados a su suerte, y qué otras nunca se deberían haber realizado. Así, obtenidas las conclusiones —que seguramente no les agraden—, se podrá realizar un protocolo de actuación en caso de epidemias y pandemias.

Señorías, en el documento titulado Estudio global de los orígenes del SARS-CoV-2 se describe un proceso para conocer el origen de la epidemia en China. Dicho estudio se basa en lo siguiente: revisión de registros clínicos; análisis de muestras almacenadas; análisis de imágenes de tomografía axial computerizada; revisión de la mortalidad en meses anteriores a la epidemia para compararla con las frecuencias de referencia de meses similares en años anteriores a fin de identificar cualquier desviación de la tendencia esperada mediante los análisis estadísticos adecuados; revisión de las causas de fallecimiento en meses anteriores a la epidemia; análisis epidemiológico de los casos más tempranos. Por su importancia en el esclarecimiento del origen de esta pandemia en España, sería conveniente su realización no solo por razones científicas y epidemiológicas, sino desde el punto de vista político, ya que las autoridades del Gobierno de Pekín han sembrado dudas sobre el origen real del virus, tratando de culpar a España, Italia o Francia.

En el caso de España, con más de 5 millones de personas afectadas, 87 186 fallecidos reconocidos por el Gobierno —aunque otras instituciones dicen que son más de 100 000—, creemos que sería bueno y muy esclarecedor la realización de dicho estudio, por lo que planteamos nuestra moción con objeto de que la Comisión de Sanidad y Consumo del Senado inste al Gobierno a promover la investigación del origen de la pandemia por COVID-19 en España mediante las siguientes actuaciones. Primero, la revisión en profundidad de todas las historias... (*Rumores*). Les rogaría que guardaran silencio; es un poco molesto estar hablando y oyendo el runrún.

El señor PRESIDENTE: Señor Marín, esa función de momento la ejerzo yo.

El señor MARÍN GASCÓN: Ya, pero es que es un poco molesto. ¿Vale? Continúo. Primero, la revisión en profundidad de todas las historias clínicas hospitalarias de los casos compatibles con COVID-19 anteriores a diciembre de 2019; incluir en dicha revisión las imágenes de tomografía axial computerizada de alta resolución de los pacientes con neumonía de causa desconocida en cualquier neumonía parecida al COVID-19 y analizar las muestras almacenadas, si estas están disponibles. Segundo, revisión de las tendencias de vigilancia de las enfermedades respiratorias en los meses anteriores al brote, por ejemplo, identificar la desviación de las tendencias de la neumonía de origen desconocido o la revisión de las tendencias de la vigilancia sindrómica para las *influenza-like illness* y el síndrome respiratorio agudo, comparando las tendencias en la segunda mitad del 2019 con las de períodos similares en años anteriores. Tercero, revisar la mortalidad por todas las causas, y los registros de defunción por causas específicas de muerte compatibles con COVID-19. Cuarto, realizar entrevistas, minuciosas y revisiones de los casos inicialmente identificados y de los casos potencialmente más tempranos, identificados a través de los estudios descritos anteriormente en relación con su historial de exposición. Asimismo, tendrán en cuenta todas las variables potenciales de exposición, incluyendo su exposición a actos multitudinarios, el historial de viajes, la exposición laboral, el contacto con animales y las características de sus contactos sociales. Y, por último, realizar estudios serológicos basados en muestras de sangre suero almacenadas, recogidas en semanas y meses antes de diciembre de 2019, específicamente en grupos con mayor riesgo de exposición, como los profesionales sanitarios de primera línea o los de laboratorio; pruebas serológicas específicas en muestra de suero almacenadas de pacientes sospechosos de COVID-19 y de muertes sospechosas identificadas a través de revisiones retrospectivas, así como los análisis de las muestras guardadas en los centros de transfusión.

Por lo expuesto anteriormente, esperamos que acepten nuestra moción y voten a favor.
Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Marín.

Turno de portavoces. ¿A usted ya lo saltamos, señor Marín? (*Asentimiento*). Por el Grupo Parlamentario Democrático, señor Muñoz.

El señor MUÑOZ LAGARES: Por más vueltas que le he dado a la presente moción, la verdad es que no le encuentro utilidad. La OMS ya está estudiando el origen de la presente pandemia y es ella la que debe poner todos los recursos y todo el esfuerzo para dar con ello.

Por ello, vamos a votar negativamente a la moción.

Gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

¿Grupo Parlamentario Nacionalista en el Senado? (*Denegaciones*).

Por el Grupo Parlamentario de Izquierda Confederal, señor Mulet.

El señor MULET GARCÍA: Gracias.

Nuestro grupo tiene por costumbre no entrar a debatir las provocaciones que se presenten por parte de la extrema derecha y esta no va a ser una excepción. Pensamos que no hay nada que debatir, solo hay que combatir con la extrema derecha, con los neofascistas; lo mejor es combatirlos y no entrar a discutir mociones absurdas.

Gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

¿Grupo Parlamentario Vasco en el Senado? (*Pausa*).

¿Grupo Parlamentario Esquerra Republicana? (*Pausa*).

Por el Grupo Parlamentario Popular, señor Raboso.

El señor RABOSO GARCÍA-BAQUERO: Muchas gracias, señor presidente.

Señorías, ya es triste que el Senado tenga que instar al Gobierno de España a investigar el origen de la pandemia del COVID-19 en España un año y nueve meses después de su inicio en nuestro país. Es triste porque, señorías, hasta el momento el Gobierno no ha hecho absolutamente nada en este sentido. Esto es un jalón más en la larga serie de negligencias que definen la actuación del Gobierno en todo lo relativo a la pandemia.

Señorías, creo que es innecesario explicar que detectar las puertas de entrada de una pandemia en un país es un procedimiento inexcusable de emergencia que debe realizarse antes de que entre la pandemia en el país, con el fin de tomar medidas y bloquear las posibles puertas de entrada. Plantearse ahora —como he dicho, un año y nueve meses después— la investigación de cómo entró la pandemia en España es posible que sea útil para intentar que la actuación ante la próxima pandemia sea algo más eficaz de lo que ha sido en esta. En este sentido, es posible que también pudiera ayudar a delimitar quién ha sido responsable de la catástrofe que hemos sufrido, pero probablemente no vaya a tener muchos más efectos prácticos.

En el Grupo Popular tenemos un cierto escepticismo acerca de que esta moción acabe en nada, más allá de un brindis al sol. En este sentido, quiero recordar que en mayo del año pasado la presidenta de la Comunidad de Madrid, el consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid y yo, en calidad de portavoz de Sanidad de la Comunidad Madrid, mantuvimos una reunión con el señor Gabilondo, portavoz socialista en la Asamblea de Madrid, para suplicarle que intercediera para que el Gobierno central tomara medidas efectivas de tipo sanitario en el aeropuerto de Barajas, a lo que el señor Gabilondo nos dijo que le había consultado y que el Gobierno era de la opinión de que no era necesario hacer absolutamente nada.

Exactamente, un año después, en mayo de este año, el Gobierno central, por fin, tomó medidas en los aeropuertos. Por cierto, lo hizo otorgando una concesión a una empresa privada para realizar las medidas de control sanitario que requerían los aeropuertos año y pico después del inicio de la pandemia. Por lo tanto, en ningún momento el Gobierno ha tenido la más mínima orientación acerca de lo que tenía que hacer en este sentido y, desde luego, no la tenía en momentos claves. Quizás esta cuestión debería ser objeto de una investigación parlamentaria objetiva. Nos parece bien lo que se propone por el Grupo Mixto, pero pedir al Gobierno que autoinvestigue su catastrófica actuación durante la pandemia nos tememos que no va a servir para nada, por mucho que se apruebe, pese a lo cual el Grupo Popular va a votar a favor de la iniciativa.

Muchas gracias, señor presidente.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

Por el Grupo Socialista, señor Escudero.

El señor ESCUDERO ORTEGA: Muchas gracias, presidente.

Señor Marín, desde las antípodas políticas en las que nos encontramos siempre le he tenido por una persona concienzuda e informada, y la verdad es que no entendemos muy bien el significado de la presente moción, salvo que no sea otro que exclusivamente el de hacer ruido y no colaborar absolutamente en nada con lo que ha sido este tremendo problema que ha lastrado a todo el país durante todo este tiempo de esta pandemia del COVID-19. Señor Marín, usted tiene ya la investigación hecha y sabe perfectamente quién es el culpable; lo han declarado ustedes mismos, y por lo tanto, no hace falta ninguna investigación.

Pero permítame que haga un alegato de la sanidad pública de este país, que ha enfrentado la que ha sido seguramente la crisis sanitaria más grave de los últimos cien años, y que lo ha hecho con un altísimo nivel. Creo que toda la sociedad española y este Senado y esta comisión debemos estar hoy muy agradecidos por la labor que ha hecho la sanidad pública de este país. Una sanidad descentralizada, lo que ha hecho mucho más meritoria y más eficaz esa gestión. Y vuelvo a repetir que creo que hoy podemos estar todos orgullosos de nuestro sistema. Una sanidad pública que ha actuado en tres vertientes: La prevención —les recuerdo a ustedes lo que opinaban cuando el Gobierno coordinaba la prevención de esta pandemia—, la atención hospitalaria a todos los enfermos —le puedo asegurar que todos los enfermos que han pasado por los hospitales del Sistema Nacional de Salud tienen un expediente completo de todas sus circunstancias y de todo el tratamiento que han llevado—, y, por supuesto, la investigación. Y no voy a nombrar a ningún centro de referencia en investigación porque los ha habido en el sistema público de salud y no quiero dejarme a ninguno; pero le aseguro que el sistema nacional ha estado a buena altura y ha colaborado siempre para controlar la pandemia, para buscar la mejor farmacología, y para aliviar y sanar a los pacientes. Y con el profundo respeto por las muertes que hemos tenido, también tenemos que decir que la sanidad pública ha dado muchas altas médicas en situaciones muy difíciles de muchos enfermos en las UCI. Por lo tanto, vuelvo a repetir que ese es realmente el orgullo del país y del Sistema Nacional de Salud, y hay que dejar de hacer ruido y de buscar continuamente la discordia en todo el país.

En resumen, señorías, España puede hoy sentirse satisfecha por el trabajo y los resultados en el combate de esta lacra contra el COVID-19, en comparación con otros países, como el Brasil del señor Bolsonaro, la Rusia del señor Putin o, uno más cercano, el Reino Unido del señor Johnson.

Señorías, con las más sinceras condolencias hacia las personas que nos dejaron y los que desgraciadamente todavía pueden hacerlo, este Gobierno, con la decisiva colaboración de las comunidades autónomas, ha dejado a la sanidad pública en todo lo alto y ese es el concepto que tienen sus ciudadanos. Ahora, toca reconstruir todo lo dañado, el desgaste, y solucionar los fallos que hayamos podido detectar, y de la mano de nuestros socios nacionales e internacionales, y de toda la sociedad española, preparar a este país para una salida justa de esta terrible pandemia que ha asolado al mundo. Pedimos unidad.

Muchas gracias, señorías.

El señor PRESIDENTE: Gracias, senador Escudero.

Finalizado el debate de las mociones, pasamos a las votaciones.

— MOCIÓN POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO A LA ADOPCIÓN DE DIFERENTES MEDIDAS PARA GARANTIZAR LOS DERECHOS Y LA ATENCIÓN ADECUADA DE LAS PERSONAS QUE PADECEN ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA) Y SUS FAMILIAS. (Votación).

(Núm. exp. 661/000766)

AUTOR: GRUPO PARLAMENTARIO DEMOCRÁTICO (CIUDADANOS, AGRUPACIÓN DE ELECTORES «TERUEL EXISTE» Y PARTIDO REGIONALISTA DE CANTABRIA)

El señor presidente lee el título que figura en el orden del día.

El señor PRESIDENTE: Se somete a votamos tras la incorporación de la enmienda al punto 6 del Grupo Popular.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 16; abstenciones, 13.

El señor PRESIDENTE: Queda aprobada.

- MOCIÓN POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO A DETENER LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA NUTRI-SCORE COMO PROCEDIMIENTO DE ETIQUETADO NUTRICIONAL. *(Votación)*.
(Núm. exp. 661/000846)
AUTOR: GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL SENADO

El señor presidente lee el título que figura en el orden del día.

El señor PRESIDENTE: Se somete votación en los términos del texto transaccionado.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 28; abstenciones, 1.

El señor PRESIDENTE: Queda aprobada.

- MOCIÓN POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO A LA ADOPCIÓN DE DETERMINADAS MEDIDAS EN RELACIÓN CON EL COLECTIVO DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DM2). *(Votación)*.
(Núm. exp. 661/001020)
AUTOR: GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA

El señor presidente lee el título que figura en el orden del día.

El señor PRESIDENTE: Se somete a votación en los términos del texto transaccionado acordado en el debate.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 29.

El señor PRESIDENTE: Se aprueba por unanimidad.

- MOCIÓN POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO A LA ADOPCIÓN DE DETERMINADAS MEDIDAS EN RELACIÓN CON LA INCORPORACIÓN DE LOS BIOMARCADORES A LA CARTERA COMÚN DE SERVICIOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. *(Votación)*.
(Núm. exp. 661/001072)
AUTOR: GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL SENADO

El señor presidente lee el título que figura en el orden del día.

El señor PRESIDENTE: Se somete a votación en sus propios términos.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 15; en contra, 13; abstenciones, 1.

El señor PRESIDENTE: Queda aprobada.

- MOCIÓN POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO A LA PUESTA EN MARCHA DE UNIDADES ESPECIALIZADAS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO, Y A LA PROMOCIÓN DE CAMPAÑAS DE INFORMACIÓN EN RELACIÓN CON LA ENDOMETRIOSIS. *(Votación)*.
(Núm. exp. 661/001252)
AUTOR: GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA

El señor presidente lee el título que figura en el orden del día.

El señor PRESIDENTE: Se somete a votación en sus propios términos.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 28; abstenciones, 1.

El señor PRESIDENTE: Queda aprobada.

DIARIO DE SESIONES DEL SENADO

Comisión de Sanidad y Consumo

Núm. 277

26 de octubre de 2021

Pág. 39

- MOCIÓN POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO A PROMOVER LA INVESTIGACIÓN DEL ORIGEN DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN ESPAÑA. (*Votación*).
(Núm. exp. 661/001265)
AUTOR: GRUPO PARLAMENTARIO MIXTO

El señor presidente lee el título que figura en el orden del día.

El señor PRESIDENTE: Se somete a votación en sus propios términos.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 11; en contra, 18.

El señor PRESIDENTE: Queda rechazada.
Señorías, sin más asuntos que tratar, se levanta la sesión. Gracias.

Eran las catorce horas y cincuenta y nueve minutos.