



# DIARI DE SESSIONS DEL PARLAMENT DE CATALUNYA

XI legislatura · quart període · sèrie C · núm. 342

---

## Comissió de Salut

Sessió 22, dijous 2 de març de 2017

Presidència de la I. Sra. Alba Vergés i Bosch

### TAULA DE CONTINGUT

**Dossier**

Compareixença de Rafael Ribó, síndic de greuges, amb relació al Projecte de Llei d'universalització de l'assistència sanitària 357-00390/11	3
Compareixença de Jaume Tort i Bardolet, director de l'Organització Catalana de Trasplantaments, amb relació al Projecte de Llei d'universalització de l'assistència sanitària 357-00391/11	11
Proposta de resolució sobre les proves complementàries sol·licitades per l'Institut Català d'Avaluacions Mèdiques per a malalts de síndromes de sensibilització central 250-00503/11	23
Proposta de resolució sobre el millorament del diagnòstic precoç del càncer 250-00521/11	28
Propostes d'audiència acumulades relatives al Projecte de Llei d'universalització de l'assistència sanitària 352-01296/11, 352-01297/11, 352-01298/11 i 352-01299/11	31
Proposta de resolució sobre l'alletament matern 250-00527/11	32

Aquesta publicació és impresa en paper ecològic (definició europea ECF), en compliment del que estableix la Resolució 124/III del Parlament, sobre la utilització del paper reciclat en el Parlament i en els departaments de la Generalitat, adoptada el 30 d'abril de 1990.

El *Diari de Sessions del Parlament de Catalunya* (DSPC) reproduceix només les intervencions orals fetes durant la sessió. La resta de documentació que acompanya la intervenció es pot consultar a l'expedient de la comissió.

Transcripció i correcció: Serikat  
Imprès al Parlament

ISSN: 0213-7976 (general)

0213-7992 (sèrie C)

DL: B-3.468-1982

[www.parlament.cat](http://www.parlament.cat)

## Sessió 22 de la CS

La sessió de la Comissió de Salut (CS) s'obre a les deu del matí i set minuts. Presideix Alba Vergés i Bosch, acompanyada del vicepresident, Martín Eusebio Barra López, i de la secretària, Montserrat Vilella Cuadrada. Assisteix la Mesa la lletrada Anna Casas i Gregorio.

Hi són presents els diputats Montserrat Candini i Puig, Magda Casamitjana i Aguilà, Anna Caula i Paretas, Violant Cervera i Gòdia, Montserrat Fornells i Solé, Jordi Munell i Garcia, Irene Rigau i Oliver i Maria Rosell i Medall, pel G. P. de Junts pel Sí; David Mejía Ayra, Alfonso Sánchez Fisac i Jorge Soler González, pel G. P. de Ciutadans; Raúl Moreno Montaña i Esther Niubó Cidoncha, pel G. P. Socialista; Àngels Martínez Castells, pel G. P. de Catalunya Sí que es Pot; Santi Rodríguez i Serra i Marisa Xandri Pujol, pel G. P. del Partit Popular de Catalunya, i Eulàlia Reguant i Cura, pel G. P. de la Candidatura d'Unitat Popular - Crida Constituent.

Assisteixen a aquesta sessió el síndic de greuges, Rafael Ribó i Massó, i el director de l'Organització Catalana de Trasplantaments, Jaume Tort i Bardolet.

### ORDRE DEL DIA DE LA CONVOCATÒRIA

1. Compareixença de Rafael Ribó, síndic de greuges, amb relació al Projecte de Llei d'universalització de l'assistència sanitària (tram. 357-00390/11). Comissió de Salut. Compareixença.

2. Compareixença de Jaume Tort i Bardolet, director de l'Organització Catalana de Trasplantaments, amb relació al Projecte de Llei d'universalització de l'assistència sanitària (tram. 357-00391/11). Comissió de Salut. Compareixença.

3. Proposta de resolució sobre les proves complementàries sol·licitades per l'Institut Català d'Avaluacions Mèdiques per a malalts de síndromes de sensibilització central (tram. 250-00503/11). Grup Parlamentari de Ciutadans. Debat i votació de la proposta de resolució i de les esmenes presentades (text presentat: BOPC 171, 13; esmenes: BOPC 216, 27).

4. Proposta de resolució sobre el millorament del diagnòstic precoç del càncer (tram. 250-00521/11). Grup Parlamentari de Ciutadans. Debat i votació de la proposta de resolució i de les esmenes presentades (text presentat: BOPC 184, 38; esmenes: BOPC 216, 28).

5. Proposta de resolució sobre l'alletament matern (tram. 250-00527/11). Montserrat Candini i Puig, juntament amb cinc altres diputats portaveus dels grups parlamentaris en la Comissió de Salut, i Alba Vergés i Bosch, del Grup Parlamentari de Junts pel Sí. Debat i votació (text presentat: BOPC 184, 44).

### La presidenta

Comencem la Comissió de Salut d'avui, 2 de març, a les deu del matí, amb unes compareixences arran de la Llei d'universalització de l'assistència sanitària, del projecte de llei.

### Compareixença de Rafael Ribó, síndic de greuges, amb relació al Projecte de Llei d'universalització de l'assistència sanitària

357-00390/11

I, en primer lloc, el punt número 1 de l'ordre del dia és la compareixença del senyor Rafael Ribó, síndic de greuges, amb relació a aquest projecte de llei. Sense més, doncs, li passo la paraula al síndic. Saludo també les persones que acompanyen el síndic de greuges.

#### El síndic de greuges (Rafael Ribó i Massó)

Sí; gràcies, presidenta. M'acompanya el senyor Francesc Vendrell, director de l'àrea del síndic que treballa els temes de salut; també la senyora Judith Macaya, la directora de gabinet i de l'Àrea d'Afers Socials, i la senyora Pilar Prims, assessora en l'Àrea de Salut.

Nosaltres, des de la institució, sempre hem treballat sobre el tema de les mancances que encara tenim per a la universalització de l'assistència sanitària a Catalunya. Permetin-me que els recordi que la Llei general de sanitat del 86 preveia el reconeixement d'aquest dret a tots els ciutadans i a les persones estrangeres residents a Espanya en condicions d'igualtat, però no generalitzava el dret a obtenir-ne gratuïtament prestacions i programes, adduint motius de crisi econòmica. Aquest és el punt de partença en demo-

cràcia. Així, no hi havia concreció sobre prestacions, com s'havien de pagar, i encara vivíem d'una concepció residual provinent de la dictadura, i és que la salut, el sistema de salut..., provenia el seu finançament bàsicament de les cotitzacions de la seguretat social i del pagament, en part, dels medicaments. Aquesta llei va ser desplegada i d'aquesta forma es van incloure a l'assistència sanitària de la seguretat social les persones sense recursos econòmics.

A Catalunya, el 91 es va universalitzar també aquesta assistència sanitària, encara dins d'aquesta concepció confosa. I va ser una empenta, en tot això, el que va sorgir de la Llei 24/97, quan es va atribuir a la prestació d'assistència sanitària un caràcter ja no contributiu, posant clarament el seu finançament en pressupostos de l'Estat.

Vull fer un parèntesi per recordar dues coses molt importants. La primera: que no té sentit, havent-hi un sistema de contribució directa com és l'IRPF, i tota l'escala d'aquest, que es negui en cap racó de la societat, amb arguments de cotitzacions a la seguretat social que provenen del franquisme, aquesta assistència sanitària. I segona qüestió: que continuem arrossegant una imprecisió, per dir-ho britànicament, sobre la propietat del sistema de salut, quan encara avui, malgrat la transferència de la competència de salut plena a la Generalitat, posem per cas, tothom sap que tots els hospitals públics del sistema són propietat del Govern central de l'Estat. Perquè, amb dret romà senzillíssim, vostè pot anar ampliant tot el que vulgui sobre els llocs cedits, però si el terreny no és de vostè, allò és propietat del que n'és originàriament propietari. Ho vull assenyalar com un defecte seriós que continuem tenint en el sistema democràtic nostre sobre la salut.

La llei del 2001 sobre el finançament de *comunidades autónomas* va reiterar aquesta dimensió no contributiva ni vinculada a la seguretat social sobre el sistema de salut, però no va resoldre tampoc el dret d'assistència sanitària amb la gratuïtat de les prestacions. Malgrat el caràcter no contributiu definit ja per diverses lleis, les persones que no tinguessin alta a la seguretat social i que, per tant, no cotitzessin estaven obligades encara a abonar les despeses. I la llei següent, del 2003, continua sense aclarir aquesta qüestió.

Nosaltres vam considerar que calia universalitzar de bell antuvi aquesta assistència, que, a més, ja se sostenia exclusivament dels pressupostos generals de l'Estat. Hi havien professionals lliberals –i queden encara residus d'aquest– amb cotitzacions elevadíssimes com a contribuents, i, per tant, com els principals contribuents a la sanitat pública, i que se'ls negava poder accedir a aquest mateix sistema públic.

L'any 2004 vàrem obrir una actuació d'ofici per recomanar a tots els poders públics l'assistència sanitària a tota la població, independentment dels recursos econòmics dels usuaris i de la seva filiació o no a la seguretat social, com un dret públic subjectiu, personal i no contributiu. I m'importa assenyalar que és des de l'any 2004 que des del Síndic de Greuges es planteja diàfanament aquesta qüestió. Vam fer les corresponents recomanacions al Departament de Salut, al Ministerio de Sanidad y Consumo, també al Defensor del Pueblo. És el nostre parer que això s'ha de prestar amb igualtat real de condicions d'ús i sense diferència de tracte, i això requereix que els poders públics reconguin el que encara no s'ha reconegut *in extenso*: el dret per a totes les persones i, per tant, amb aquelles característiques.

També vàrem recomanar que s'adrecessin, els poders públics, al Consell Interterritorial del Sistema Nacional de Salut –i això es va fer arribar al Ministeri de Sanitat– per tal d'estendre, valorant la conveniència i l'oportunitat, aquest dret d'assistència sanitària a tot un conjunt de col·lectius, començant per funcionaris adscrits a règims especials, com són Muface i Mugeju, o Isfas, que tenien una cobertura diferent al respecte.

Posàvem en evidència la contradicció de la pervivència de règims especials i l'existència d'un sistema nacional de la salut. Vàrem, òbviament, traslladar també aquesta recomanació al Defensor del Pueblo. Tant el Departament de Salut com el Defensor del Pueblo varen acceptar els arguments del síndic avalant les raons d'ordre legal que podien servir per fer els canvis pertinents. L'any 2007, tres anys més tard, com que encara no s'havia fet efectiva la universalització, vàrem obrir una nova actuació d'ofici, i ens vàrem adreçar de nou a totes les autoritats de Catalunya i a nivell de tot l'Estat espanyol. És aleshores, un any més tard, que el *defensor del pueblo* ens va informar que ell també havia recomanat als ministeris afectats les reformes adequades per fer efectiva de forma plena i real aquella universalització, i que, malgrat tot, ens volia assenyalar que si

anava endavant aquesta reforma tindria altres repercussions econòmiques, assistencials i socials que s'haurien d'analitzar minuciosament. No era ja l'argumentació que s'havia donat al principi de tot, de que no hi havien cabals, sinó que sí que caldria veure com s'anaven ordenant les diverses partides pressupostàries. Per tant, en aquell moment..., podem constatar que el Defensor del Pueblo, com després el Ministerio de Sanidad, també es mostraven d'acord amb els criteris plantejats pel síndic.

L'any 2010, la Llei catalana d'accés a l'assistència sanitària de cobertura pública..., l'any 2010, la Llei catalana d'accés, amb el Servei Català de la Salut, ampliava aquesta assistència als professionals liberals, també a col·lectius en risc d'exclusió social i a membres de congregacions religioses.

Tots sabem el que succeeix l'any 2012 amb el *real decreto ley* que torna a vincular la condició d'assegurat amb l'assistència sanitària a l'Estat espanyol, amb càrrec a fons públic, i deixa sense cobertura persones empadronades i diversos col·lectius. El Servei Català de la Salut, a l'anar a aplicar aquest *real decreto ley*, va dictar instruccions que permetessin seguir oferint assistència sanitària a persones que quedaven excloses amb aquell *real decreto ley*. També és coneguda per vostès la recent sentència del Tribunal Constitucional al respecte.

Amb el Projecte de llei d'universalització de l'assistència sanitària que vostès estan analitzant es fa un pas endavant i es pot atorgar, amb rang de llei, el dret d'assistència sanitària a càrrec dels fons públics a través del Servei Català de la Salut a totes les persones residents a Catalunya sense necessitat d'esperar cap tipus de període d'empadronament, o sense empadronament. Volem assenyalar, en aquest sentit, que potser seria bo millorar el redactat de la disposició addicional que hi fa referència. Quan parla, en el cas de la disposició addicional segona: «Les persones que no tinguin la condició d'assegurades...», etcètera. O la tercera. Fruit d'aquesta experiència, creiem que perquè no hi hagi confusió es podria millorar sensiblement aquesta redacció.

Val a dir que el síndic ha avalat sempre, també, totes les mesures públiques adreçades a combatre el turisme sanitari. Fins i tot en casos que a vegades han estat al límit d'interpretació d'on es podien ubicar. I els hi recordo –ho tenen tot publicat als nostres informes i a la nostra web– el que va succeir amb una actuació que vam obrir quan hi va haver un nadó de nacionalitat russa, que es demanava una intervenció urgent a l'Hospital de la Vall d'Hebron, que al final no es va..., que hi havia una certa resistència inicial per part de l'autoritat sanitària catalana; després la família va retornar al seu país d'origen, el nadó va morir sense el trasplantament que li feia falta, i que, si bé podia ser quelcom que podia ser col·locat en l'àmbit de possible turisme sanitari, entrava de ple en la categoria d'infant i, per tant, també requeria una protecció per part dels poders públics.

Dit això, és necessari reconèixer que tenim una sèrie de drets, com els de la Carta de drets i deures de ciutadania amb relació a la salut, que no tenen força jurídica vinculant i que no poden ser invocats per ciutadans davant de tribunals quan s'incompleixin. El síndic sempre ha demanat que es positivitzin aquests drets, que passem de tot el que siguin cartes, principis rectors, orientadors, quan tenen aquesta categoria tan fonamental, a la seva positivització jurídica. No per desconfiar de polítiques públiques que es puguin aplicar, sinó per garantir i blindar la dimensió judicial en la seva protecció. I, en aquest sentit, continuem recomanant a tots els poders públics l'assistència sanitària a tota la població. Per això ens congratulem que aquest projecte de llei pugui ser un pas endavant.

Moltes gràcies, presidenta.

#### **La presidenta**

Moltíssimes gràcies, síndic. Doncs, ara passaria la paraula als grups parlamentaris. En primer lloc, el Grup Parlamentari de Ciutadans. Té la paraula el diputat Jorge Soler.

#### **Jorge Soler González**

Bé; moltes gràcies, presidenta. Gràcies, síndic, il·lustre Rafael Ribó. Diputades i diputats... Bé, vostè estrena aquest cicle de compareixences per tractar aquesta llei, i reconec que em fa especial il·lusió que tinguem aquest debat. I, bé, també em fa especial il·lusió, perquè crec que és la primera vegada, doncs, que participo en un debat on vostè presideix el tema.

Jo crec que cal felicitar..., i crec que ho heu fet molt bé, doncs, quan expliqueu aquest canvi cronològic, no?, de model sanitari per proveir del sistema sanitari públic a tot-

hom i, per tant, que puguem donar resposta efectiva a gent sense recursos. Crec que el fet que els metges, les infermeres, el sistema sanitari en general no hagin de preguntar mai, no?, a ningú d'on ve, què fa, doncs, és bo. I, per tant, alguns, si d'alguna cosa estem plenament orgullosos, és d'haver pogut ja conèixer solament aquest sistema sanitari i no l'antic. Per tant, doncs, crec que això és extraordinàriament bo.

Crec que en aquest cicle, doncs, de compareixences, potser no avui, però, bé, al llarg de..., alguns que ens vindran a parlar, haurem d'abordar temàtiques complexes. Complexes perquè, a més, surten molt a la Comissió de Salut, surten també de tant en tant al plenari, com és, per exemple, el col·lapse de les urgències. I, per tant, segurament sortirà el tema de la immigració, i probablement caldrà diferenciar mitjà i fi, perquè el sistema d'urgències té unes característiques. I segurament barrejarem temes d'edat, temes de condició laboral, temes que segur que afecten els determinants de salut, també la seva utilització, i, per tant, segurament al llarg d'aquests temes en parlarem molt.

Crec que haurem de parlar, d'una forma o una altra, de diferenciar què hem de fer amb el tema de la continuïtat assistencial, i probablement apoderar el que és la longitudinalitat assistencial, quelcom que sovint crec que aquí al Parlament, doncs, no en parlem, però segur que alguns dels compareixents en parlaran.

Bé, i finalment crec que haurem de també revisar, parlar, tractar del projecte europeu, no?, de com, doncs, dintre d'una Europa unida abordarem la temàtica de la immigració, la temàtica de la protecció a la salut, la temàtica dels drets sanitaris, i de com fer-ho per sortir més forts d'aquesta situació. Així que, en nom del meu grup i en particular de la meua persona, doncs, gràcies per les seves explicacions, i les tindrem en compte al llarg d'aquest procés.

Gràcies.

#### **La presidenta**

Moltes gràcies. Doncs, ara, pel Grup Parlamentari Socialista, té la paraula el diputat Raúl Moreno.

#### **Raúl Moreno Montaña**

Gràcies, presidenta. Agrair també la compareixença de l'illustre senyor Rafael Ribó en aquesta Comissió de Salut.

Bé, una mica..., jo crec que ha fet un repàs bastant exhaustiu de quina ha estat aquesta evolució, diguem-ne, de la universalitat de la sanitat pública al nostre país. Justament en l'any 2017 tornem a parlar de garantir a través d'una llei a Catalunya aquesta universalitat, perquè, bé, hem vist com, tot i que ho reconeix l'Estatut d'autonomia, ho reconeix la Constitució, no sempre els poders públics han legislat en favor de la universalitat de la sanitat pública. Ho ha dit abans fent referència expressa al decret de l'any 2012, el real decret que fixava..., o deixava fora, millor dit, diversos col·lectius, que queden exclosos d'aquesta atenció.

Nosaltres, des del punt de vista d'aquesta proposició de llei que està en discussió, creiem que cal posar o com a mínim el nostre grup polític vol posar en relleu dues lleis importants, no? La llei Lluç i la llei del 2010, del president Montilla, que van garantir en el seu moment el que tots ara estem defensant, que és aquesta universalitat del sistema sanitari. I el que volem fer és insistir en aquesta necessitat des del punt de vista que volem assolir, amb aquesta nova llei, les garanties jurídiques que permetin la universalització de l'assistència sanitària amb càrrec a fons públics, a través del Servei Català de la Salut, i eliminar les actuals desigualtats o les que poguessin existir entre les persones residents a Catalunya, no?

L'any 2012, el decret del Partit Popular, doncs, tornava a vincular aquest dret de l'assistència sanitària pública gratuïta amb la seguretat social, i va tirar enrere els drets conquerits en deixar sense cobertura sanitària tots aquells que no tinguin cap vinculació amb la seguretat social. De fet, cal recordar que, en un any, d'acord amb les dades de què disposem, 873.000 targetes sanitàries havien estat retirades, de les quals 137.000 eren –més o menys, eh?– a Catalunya. I, per tant, això és el que representava, curt i ras..., doncs, és la conculcació d'un dret, del dret a la salut, no?

Nosaltres celebrem, en tot cas, la compareixença del síndic, perquè posa en relleu també un tema que és important: si nosaltres volem garantir aquesta universalitat en un sistema que és fort, en un sistema que és complex i que necessita també de molts recur-

sos públics perquè sigui així, caldrà regular-ne alguns aspectes –i aquí han sortit–, fonamentalment que tenen veure, doncs, amb aquest turisme sanitari. Considerem que cal regular-ho i que cal regular-ho bé, i això en el procés de discussió ho podrem fer. I això no treu que casos que estan basats no en el turisme sanitari, sinó en la necessitat urgent d'atenció sanitària als col·lectius més desfavorits, hi deixin d'estar inclosos. I, per tant, jo crec que aquí cal un debat i cal una bona regulació, justament, perquè no ens passin casos com el que ens va passar i al qual ha fet referència el senyor Ribó.

Moltes gràcies.

#### **La presidenta**

Moltíssimes gràcies, diputat. Doncs, ara, pel Grup Parlamentari de Catalunya Sí que es Pot, té la paraula la diputada Àngels Martínez Castells.

#### **Àngels Martínez Castells**

Sí; bon dia. Moltes gràcies al senyor síndic i a la gent que l'acompanya.

Bé, a mi em sembla que estem tractant un tema cabdal. I agraeixo l'explicació històrica, el desenvolupament del model, perquè moltes vegades ajuda a entendre els moments més contradictoris i els moments de retrocés d'aquest sistema. Un dels moments contradictoris, o un dels punts contradictoris, a mi em sembla que és aquest fet assenyalat pel síndic de que els funcionaris públics tinguin un accés privilegiat o tenien un accés absolutament privilegiat a la sanitat privada, i que per arribar a ser atès a la sanitat pública pràcticament havies de fer una declaració d'intencions ideològica, i tothom et mirava amb cara raríssima, de dir: «Com és que t'estimes més la sanitat pública?» Aquestes coses no sé si encara passen, però han passat, i és un dels punts contradictoris, com dic, del model.

L'altre punt que dic de retrocés, doncs, no estaria només en el reial decret d'Ana Mato, que ho és, que a més a més té un biaix claríssim de gènere i de classe, perquè, com saben vostès, en el redactat inicial expulsava de manera claríssima les dones casades i separades que no haguessin treballat mai, sinó que també, en la universalització de la sanitat, queden fora una sèrie de malalties que això que en diuen «progrés» han fet aparèixer, que des de la sindicatura de greuges se'n sap moltíssim, han tingut moltíssimes reclamacions –i em consta i ho sé– de malalties que estan fora del cartipàs oficial, les malalties de sensibilització central, que després en parlarem, però també les malalties que en diuen «rars», no?, les malalties minoritàries, etcètera.

Intentar que en aquesta ponència fem els passos importants per aconseguir a casa nostra la universalització de la sanitat em sembla no sols retornar als drets humans el que és dels drets humans, sinó que com a ciutadania ens respectem més i millor, tots nosaltres. I en aquest sentit, doncs, el nostre grup hi col·laborarà amb molt d'interès i fent tot el possible perquè la universalització, que mai ha sigut del tot universal, de la sanitat, doncs, avanci decididament per aquest camí.

I només una qüestió molt de postdata. Jo, realment, la qüestió del turisme sanitari l'atribuiria més a la manca de no saber fer bé la seva feina la gent que està, diguem-ne, encarregada de gestionar els problemes de la sanitat, que no pas a un problema que hagi de qüestionar en cap moment –en cap moment– la universalització de la sanitat a càrrec del finançament públic, dels pressupostos generals de l'Estat i de les comunitats.

Moltes gràcies.

#### **La presidenta**

Moltes gràcies, diputada. Doncs, ara, pel Grup Parlamentari del Partit Popular, té la paraula el diputat Santi Rodríguez.

#### **Santi Rodríguez i Serra**

Gràcies, presidenta. Gràcies, síndic, també per les seves consideracions amb relació a aquesta llei.

Nosaltres, francament, trobem a faltar..., perquè el debat de la universalitat és un debat interessant, però quan estem parlant de la sanitat pública i estem parlant de recursos públics, també entenem que aquest debat ha d'anar conjuntament amb un altre debat, que és el de la sostenibilitat del sistema. I això no és un invent de ningú; això és una situació que es produeix en la majoria de països del nostre entorn. I és important analitzar també què és el que passa en els països del nostre entorn sobre la universalitat,

sí, però també sobre la sostenibilitat del sistema, i en la majoria de països del nostre entorn veiem diferents situacions. Situacions en les que l'accés a la sanitat pública és més restrictiu que no ho és pas a Espanya o a Catalunya. I situacions en les que l'accés a la sanitat pública és, diguem-ne, més universal, més obert, però hi han sistemes de copagament, i no per a uns, per a tots, i no en funció de la renda, sinó per a qualsevol renda. En països del nostre entorn. No estic parlant de països llunyans.

I convé tenir present què és el que passa també en els països del nostre entorn, perquè si aquí adoptem mesures que només tenen en compte la universalitat i no tenen en compte la sostenibilitat del sistema, el que ens acabarem trobant és precisament amb aquest efecte no desitjat, que és que persones de tercers països –vostè n'ha esmentat un exemple– puguin venir aquí, perquè aquí no s'exigeix absolutament cap altre requisit que el d'estar aquí, a rebre l'atenció sanitària, que en altres països o els exigeixen un determinat copagament o els hi neguen. I això, el que va és contra la sostenibilitat del nostre propi sistema.

I un segon element important: jo no crec que després de l'aprovació d'aquesta llei el sistema de salut català sigui més universal que abans, perquè hi continuaran havent 850.000 persones que continuaran estant en llistes d'espera i que no tenen aquest accés universal. I aquest és l'autèntic problema del nostre sistema de salut: la quantitat de pacients que, volent accedir a una determinada prestació sanitària, es veuen abocats a llistes d'espera en alguns casos interminables.

I per això el debat de la universalitat ja ens sembla correcte, però és indissociable del debat sobre la sostenibilitat del sistema. Perquè els recursos no són il·limitats, i, per tant, hem de tenir molta cura de com emprem els recursos, que en definitiva també són de la nostra societat.

#### **La presidenta**

Moltes gràcies, diputat. Ara, pel Grup Parlamentari de la CUP - Crida Constituent, té la paraula la diputada Eulàlia Reguant.

#### **Eulàlia Reguant i Cura**

Bé; moltes gràcies. Gràcies al síndic per haver vingut.

Jo crec que l'històric que ha fet, una mica, de com la universalitat ha existit o no ha existit en aquest país és important i necessari per ubicar, no?, que ara estem en un moment de debat d'una llei que busca o va a revertir i a garantir una part del que ja es garantia abans del reial decret del 2012. Però que també crec interessant veure com podem millorar aquest projecte de llei per tal que no només ens limitem a tornar a allò que hi havia abans, sinó que ampliem més i anem més a garantir com la universalitat es garanteix. Més enllà del debat que jo crec que a vegades es busca fer, de manera errònia per ser políticament correcta i ben pensada, entre la sostenibilitat del sistema i la sostenibilitat de la societat. Són coses que són diferents, i crec que el que hem d'abordar quan parlem de drets fonamentals és la sostenibilitat de la societat. I, per tant, aquí és on hauríem de treballar, no?

I jo, per tant, volia preguntar com fer-ho per tal d'anar més enllà del que teníem abans. Perquè ens trobem ara amb la situació on teòricament hi ha instruccions per garantir ja una part de la universalitat, però ens trobem amb situacions i amb casos concrets, de persones concretes, que no hi tenen accés, que, malgrat que hi hagi instruccions per tal de garantir-los l'accés al sistema sanitari públic, els hi és denegat. I anem trobant exemples, i hi ha gent que fa les recopilacions, i vostè mateix en té coneixement. I, per tant, com en aquest projecte de llei podem millorar això, que ja és un bon punt de partida, però com podem millorar-ho per avançar en el que és la garantia de drets fonamentals, com és l'accés a la salut.

Moltes gràcies.

#### **La presidenta**

Moltíssimes gràcies. Doncs, ara, pel Grup Parlamentari de Junts pel Sí, té la paraula la diputada Montserrat Candini.

#### **Montserrat Candini i Puig**

Gràcies, presidenta. Gràcies, síndic, i a l'equip, per la vostra assistència en la comissió.



En nom de Junts pel Sí, se'ns faria molt difícil pensar quin model de país volem que, lògicament, no tingui com un element absolutament estructural l'assistència sanitària garantida de manera universal. No ens imaginem un país que no sigui íntegre; no ens imaginem un país que no sigui cohesionat; no ens imaginem un país en què quedi al marge qualsevulla persona amb necessitats tan bàsiques com és aquesta assistència sanitària. Per això, quan parlem de la universalització de l'assistència, hem de parlar també amb una certa, diguem-ne, visió i una certa memòria en el temps. És evident que les realitats sempre són dinàmiques, i és evident que els partits polítics i les forces polítiques tenim l'obligació de posar-nos al dia d'una manera constant amb les necessitats de la nostra pròpia societat. Però també és veritat que el que hem de fer és repassar tot allò que en base al que hi ha hagut i al que s'ha fet..., i com s'ha anat creant aquest propi sistema sanitari.

Nosaltres –nosaltres com a país, com a Catalunya– tenim un sistema sanitari bo, tenim un sistema sanitari fort, tenim un sistema sanitari que ha estat capaç de, diguem-ne, superar embats molt difícils en moments molt complicats. És veritat que el reial decret del 2012 va ser un embat, al nostre entendre, poc ètic. Va ser un embat, al nostre entendre, mancat d'un cert, diguem-ne, valor moral sobre com han de ser les societats. Però és per això que també es va donar una instrucció per part del Govern de la Generalitat de Catalunya que corregia aquest reial decret. Que això era suficient? No. Que el que cal és major seguretat jurídica? Sí. Que aquesta Llei d'universalització comporta aquesta seguretat jurídica? De ben segur.

Per tant, el que hem d'intentar sobretot..., i jo crec que l'obertura –vostè, síndic, i el seu equip– de la compareixença en el marc de la Llei d'universalització obre el debat a poder escoltar a tothom que vingui, bé sigui en ponències, bé sigui en comissió, doncs, que són els agents socials, són els agents professionals, són els agents polítics, són els agents científics que ens puguin ajudar a acompanyar, a intentar tenir la millor llei d'universalització possible. Però no tingui cap mena de dubte, síndic, que per part del grup que represento, de Junts pel Sí, el que volem, sobretot, és que sigui, de fet, una llei que doni resposta a totes les necessitats i que ningú –que ningú– quedi marginat per una raó, diguem-ne, de no assistència sanitària. No únicament perquè entenem que és un deure moral, sinó també perquè ve derivada de moltes normes internacionals.

I sobre la sostenibilitat i no sostenibilitat: jo crec que la sostenibilitat principal, que ha de venir acompanyada de no dogmatismes, és l'ètica. Si ens marquem allò, aquells marcs mentals de que les rigideses dogmàtiques només tenen una única veritat, no ens ajudarà, però si ens marquem també que la sostenibilitat només s'explica a partir del cost dels diners, doncs, no ens hi trobaran, perquè l'assistència ha de ser, per damunt de tot, diguem-ne, universal, i que el diner, el preu del diner, si estem parlant d'assistència sanitària, ha de ser complementari o secundari.

Gràcies, síndic.

#### **La presidenta**

Moltes gràcies. Doncs, acabades les intervencions dels grups parlamentaris, passarem a les respostes que pugui tenir el síndic de greuges. Li passo la paraula.

#### **El síndic de greuges**

Sí. Vostès em conviden a un debat molt més ample del que es planteja *a priori* en aquest projecte de llei. Em permetran que els hi doni unes pinzellades sobre algunes qüestions que no són directament del projecte de llei, no?, però tornant a afirmar que avui encara no tenim la universalització de l'assistència sanitària garantida en la nostra societat.

Primer, salut és un tema importantíssim, ho saben tots; és el 40 per cent del pressupost, per dir-ho de la forma més estadística, gràfica i precisa possible. És un tema molt complex. És un tema sobre el qual la institució del síndic treballa vint-i-quatre hores per vint-i-quatre hores, per les demandes que rep i per les visites que fem, i que sovint ens porten a dir, a les formulacions simples que es fan sobre la salut: «Atenció, perquè sobre un bon sistema de salut no podem buscar diagnòstics, esquemàtics, per més atractives que siguin.» I, per tant, benvinguda sigui la continuïtat d'un debat molt seriós i profund sobre el sistema de salut i sobre com es finança aquest sistema de salut.

Nosaltres hem dit, i el darrer any amb força, que hi ha un tema important, que és fer complir els catàlegs d'intervencions garantides, ja siguin les que són intervencions

com les de diagnosi i consulta. El tema de les llistes d'espera és un tema molt assenyalat en l'informe 2016. I també el tema d'altres tipus de malalties que no són ateses encara d'una manera prou immediata al sistema de salut, com les que s'han citat, com l'obesitat mòrbida, etcètera.

Tenint en compte que, per al síndic, sent Salut el departament que té més possibles usuaris, de molt, no és proporcionalment el departament que generi més queixes. Per tant, aquí ja hi ha un tema a analitzar: com es gradua i a través de quines passes es poden tractar, esmorteir i resoldre problemàtiques que no acaben directament amb una demanda com la que pugui acabar rebent el síndic.

Estem fent en aquests moments una continuada visita a centres de salut amb el tema d'urgències. Avui mateix, quan deixem aquesta sessió, estarem a dos grans hospitals de Catalunya, visitant tota la dimensió d'urgències. I aviat tindran vostès una actuació d'ofici, amb la seva resolució en concret sobre aquesta qüestió.

Qüestió que amoïna altres països? Segur. Jo abans-d'ahir..., era el deu aniversari de l'Agència de Drets Fonamentals de la Unió Europea, i hi havien tots els màxims mandataris de la Unió Europea sobre el tema de drets fonamentals, amb la pregunta de si tenim crisi sobre drets fonamentals a Europa. I salut sortia com una de les qüestions més oblidades a Europa, d'incompliment del que diu el Tractat de Lisboa i que diuen els tractats que configuren la Unió Europea. I no m'hi estenc, malgrat que podria donar-los molts exemples, que espero poder projectar en aquest Parlament i el nostre Govern, donat que, des de la qualitat de president de tots els defensors europeus, els hi puc aportar el que altres, que ens poden ensenyar molt..., els pot ajudar en les seves deliberacions.

Sobre el tema en concret d'aquest projecte de llei, insistim en que cal millorar tots els aspectes que encara impedeixen que s'arribi a la plena universalització. Alguns estan fora de l'àmbit de salut. El síndic continua recomanant a ajuntaments que empadronin com diu la llei d'empadronament. La Llei de bases del règim local –fixin-se si ens n'anem endarrere– és importantíssima tenir-la en compte quan ens surten tota mena d'excuses per no empadronar la població. No empadronar és tapar-se els ulls sobre la gent que viu entre nosaltres. I, en part, el que vostès han de deliberar va connectat a que fem complir a tothom, a que donem una expressió real, en el padró, de la gent que viu en la nostra societat. I d'aquí vindran connectats altres drets com els que vostès poden tractar en la seva discussió.

O el tema dels menors. En l'informe del 2016, recentment entrat en aquest Parlament i que es discuteix en comissió d'aquí a pocs dies, i aviat en ple, del síndic, veuran que una de les recomanacions que mantenim és garantir l'obtenció de la targeta sanitària que acrediti aquest dret a tot infant o adolescent que ho sol·liciti; garantir que la informació que s'ofereix als centres del sistema sanitari integral sigui clara, amb un dret d'atenció sanitària primària i especialitzada, independentment de la documentació que aportin; promoure una campanya informativa adreçada a la població en general respecte a aquesta garantia; establir un sistema de control i penalització respecte a l'incompliment d'aquestes garanties; clarificar i promoure l'efectivitat d'aquest dret. O sigui, tenen en els nostres informes –i els cito una peça del darrer– instruments per encara millorar el que pugui ser aquesta llei.

I permetin-me que, en aquest sentit, acabi amb una reflexió molt senzilla. Si hi ha turisme sanitari, també és perquè tenim un molt bon sistema públic de salut, en el qual hi han excel·lents professionals, reconeguts a nivell internacional, amb una gran dedicació al sistema públic de salut. Ningú pot posar en dubte que avui la millor forma de tractar qualsevol problema real de salut, a Catalunya, està en el sistema públic. I que l'haurien de mimar. Per això els hi demano dedicació i el màxim respecte a aquest sistema. I que tenen tots els materials i totes les activitats del síndic a la seva plena disposició. Sabedor que hi ha una comissió específica com a síndic, però que en les seves tasques, quan vulguin; avui per aquesta compareixença pel projecte de llei, altres dies per altres matèries al respecte, però *in itinere* també, amb el que està penjat al web i tramès immediatament al Parlament, estem a la seva plena disposició.

#### **La presidenta**

Moltíssimes gràcies, síndic. No sé si els grups volen afegir alguna consideració, pregunta, concreció de cara al síndic. (*Pausa.*) No? Doncs, així acabaríem aquesta compareixença. Moltíssimes gràcies per venir a la Comissió de Salut en una llei tan important.

## **El síndic de greuges**

Gràcies.

### **La presidenta**

Se suspèn un moment la sessió.

La sessió se suspèn a tres quarts d'onze del matí i un minut, i es reprèn a tres quarts d'onze i sis minuts.

### **La presidenta**

Es reprèn la sessió, doncs, de la Comissió de Salut ara amb el segon punt de l'ordre del dia, que és la compareixença del senyor Jaume Tort i Bardolet, director de l'Organització Catalana de Trasplantaments, amb relació també al mateix Projecte de Llei d'universalització de l'assistència sanitària.

### **Compareixença de Jaume Tort i Bardolet, director de l'Organització Catalana de Trasplantaments, amb relació al Projecte de Llei d'universalització de l'assistència sanitària**

357-00391/11

Sense més... Veig que porta també una presentació, que tothom podem veure aquí. Doncs, li passo la paraula al senyor Jaume Tort.

### **El director de l'Organització Catalana de Trasplantaments (Jaume Tort i Bardolet)**

Molt bé. Bon dia a tothom. Senyores i senyors diputats, primer de tot, moltes gràcies per permetre'ns estar avui aquí. Per nosaltres és molt important sempre, per poder parlar del món de la donació i el trasplantament, i avui també que puguem concretar una mica sobre l'abast i l'impacte sobre la donació i el trasplantament pel que fa a l'Avantprojecte de Llei sobre universalització de l'assistència sanitària.

*(L'exposició de l'orador és acompanyada d'una projecció de xarts, els quals poden ésser consultats a l'expedient de la comissió.)*

Tot el món de la donació i el trasplantament és un àmbit de la medicina, un àmbit de la salut que té una connotació molt especial perquè té, en el fons, a més dels valors tradicionals i l'ètica de la medicina, un conjunt de valors i elements ètics addicionals, perquè, com saben molt bé, és l'únic tractament que requereix la participació d'un tercer, d'una altra persona, per a una donació altruista, quan parlem d'òrgans, bàsicament, i teixits, però bàsicament òrgans, i de donant cadàver, que ara ho explicarem. Inclús, la normativa de tots els països avançats, en aquest àmbit, doncs, aquests principis ètics, que, bàsicament, la voluntarietat, l'altruisme, la confidencialitat, l'equitat en l'accés, gratuïtat, absència de lucre, estan en totes les normatives de referència, diguem-ne, als països més avançats. I aquests valors ètics, com deia fa un moment, són bàsics en el moment en què és imprescindible poder tenir un donant per poder fer la majoria dels trasplantaments. És el que diem: sense donacions no hi ha trasplantaments.

A Catalunya, l'any 2016, doncs, van ser 462 donants, que aquí, doncs, hem de dir que 315 eren els donants cadàver, gent que va morir, i que els seus familiars van transmetre aquesta voluntat i van poder donar els seus òrgans, i 147 donants vius, que també ho comentarem un moment. Però per poder fer aquests 1.015 trasplantaments, rècord de nou històric, altra vegada, doncs, es necessitava el concurs, sí o sí, d'aquests donants; sense ells tot això no hauria set possible.

Catalunya, fins fa tres anys, estava en un procés –ho veuen una mica en la línia de dalt– de descens progressiu de la donació de cadàver. Fins a l'any 2014 Catalunya anava baixant i érem els últims a l'Estat espanyol en donació cadàver –fins al 2014. En tres anys hem aconseguit recuperar la tendència, com veuen en la línia de dalt. Per què? Per molts elements. Bàsicament, el sistema, de nou, doncs, ha fet un esforç increïble. La donació i l'altruisme han seguit sent-hi, i perquè tenim un nou model de donant, que és el donant a cor parat –que és la ratlla groga que veuen a baix–, que tant aquí com a fora, doncs, és un nou tipus de donant que ens ha permès, a Catalunya, a Espanya i a tots els països avançats, millorar les nostres taxes de donació.

El que té molt valor en el camp de la donació és que el donant aquest tradicional de mort encefàlica, que ens baixava, també l'hem aconseguit recuperar, bàsicament perquè els equips, els coordinadors de trasplantaments també detecten donants fora de les UCI, que era el camp habitual –les unitats de crítics, gent que està al final de la vida–, sinó que també es detecten donants a urgències o a sales de neurocirurgia o de neurologia.

En definitiva, hem aconseguit recuperar la donació a Catalunya, i això ens ha situat, a finals del 2016, pràcticament en la mitjana espanyola. Però tinguem present que aquí no competim, no anem a competir. I tinguem present que les dades de l'Estat espanyol i de Catalunya són extraordinàriament altes, perquè al nostre entorn... –als Estats Units, 28 donants per milió d'habitants–, les hem tancat a 42, pràcticament, i l'Estat espanyol a 43, i la mitjana europea està a 20 donants per milió d'habitants. Al nostre entorn proper, doncs, França està a 28, Itàlia a 22, Croàcia està a 40, és un alumne avantatjat de l'Estat espanyol. Inclús nosaltres fins a l'any passat estàvem en un projecte europeu treballant amb els croats. A Anglaterra, al 20; a Alemanya, a un 10. La situació a Alemanya és crítica pel que fa a la donació i als trasplantaments. Imagineu-vos, a l'Estat espanyol tenim quatre vegades més donants que a Alemanya. Alemanya té 80 milions d'habitants, i unes llistes d'espera enormes.

Això ens ha permès, doncs, poder arribar a aquesta xifra, l'any 2016, dels 1.015 trasplantaments. Com sempre, dues tercers parts és el trasplantament de ronyó. I, en trasplantaments, sí que Catalunya estaríem en el rànquing mundial a dalt de tot perquè, com que a més hem recuperat la donació de cadàver, doncs, la donació de viu, el donant viu a Catalunya representa el 40 per cent de la donació i trasplantament de viu de tot l'Estat. En això som líders destacats de fa molts anys, i això fa que la nostra taxa final de persones trasplantades per milió d'habitants superi qualsevol altre país del món. Ens seguiria la mitjana espanyola i la dels Estats Units en trasplantament.

Però aquest..., aquí tenen una mica la distribució en funció del lloc de residència de les persones. A dalt, els trasplantaments per demarcacions: Balears, resta d'Espanya, altres països. I a baix, la llista d'espera.

Però, de fet, el nostre gran objectiu és aquest: 1.301 persones. O sigui, trasplantant més que ningú, tenint més donants que mai, tenim 1.300 persones en llista d'espera, que és una llista d'espera que no depèn dels diners, una llista d'espera que depèn de la solidaritat. Tot i haver fet set-cents trasplantaments de ronyó, que és una xifra altíssima, seguim tenint més de mil persones en llista d'espera de trasplantament renal, que aquests, per sort, tenen la diàlisi com a sistema, diguem-ne, alternatiu. Són persones que en qualitat de vida, doncs..., no gaire bona, però tenen una possibilitat d'anar vivint. Però seguim tenint unes mil persones. Hem de tenir present que la insuficiència renal crònica va vinculada a l'envelliment, i, per tant, tot fa pensar que una societat envellida com la nostra seguirà tenint molta indicació de trasplantament renal. O sigui, tot i que en fem cada any més, la llista no ens baixa; la contenim, però no ens baixa.

El que ens preocupen són els altres –fetge, cor i pulmó–, perquè aquestes persones sí que tenen un compte enrere i que depenen de la donació. Aquí sí que no hi han ni màquines ni dispositius si no aconseguim un donant. Per això he posat a dalt la mortalitat oficial en llista d'espera, perquè hi han persones que es moren a la llista d'espera, esperant un òrgan. Hi ha una mortalitat, aquesta..., dels malalts que estaven actius a la llista i que es moren, però les xifres reals serien més altes, perquè els mateixos professionals..., hi han malalts que empitjoren i que els treuen de la llista, perquè si aquest trasplantament no ha d'anar bé, no el poden fer. Rebre un òrgan és un bé molt preuat, i la seva obligació és fer que aquest trasplantament funcioni i que la persona que el rebi visqui. Per tant, si un malalt ha empitjorat molt i per desgràcia no té alternativa, a vegades el treuen de la llista, i no es reflecteix en aquestes dades de mortalitat.

I el que ens preocupa més sempre són els..., la llista d'espera pediàtrica. En fi, dius, són només vint-i-un nens, però penseu que en tot l'any 2016 només vam tenir cinc donants infantils. És una bona notícia: no es moren nens. Per sort. És un país que tenim un magnífic sistema sanitari i no es moren nens. Per tant, els pocs que hi han a la llista, la seva probabilitat de tenir un donant és molt baixa, eh? –és molt baixa.

Com funciona l'accés a la llista de trasplantament? Als pacients els inclouen a la llista d'espera els professionals dels diferents equips dels hospitals. Normalment és l'es-

pecialista, que veu que aquesta persona l'únic recurs terapèutic que li queda és un trasplantament, i el deriva als equips de trasplantament dels diferents hospitals. S'inclou, evidentment, a partir d'uns criteris clínics, i l'equip de l'hospital, doncs, inclou aquesta persona a la llista d'espera. Nosaltres validem que aquesta persona, doncs, té targeta sanitària, és resident, que també hem de mirar ara si té..., si cotitza o no cotitza a la seguretat social, i es dona d'alta a la llista d'espera.

Hem de dir que tots aquests processos –l'alta en llista d'espera, l'assignació de l'òrgan–, tot això està totalment protocolitzat. Aquí no hi ha cap marge a interpretacions. Què vull dir? Que el criteri és de distribució, i la gestió de la llista d'espera sempre obeeix a criteris clínics. Aquests criteris es consensuen i es revisen cada any, per a tots els equips. Sempre s'ha de buscar, evidentment, la millor adequació. No perdem de vista que tu busques un receptor per a aquell donant. Aquell donant té unes característiques. No va al primer de la llista, va al primer de la llista que reuneix les característiques del donant, perquè aquest trasplantament funcioni, i amb poca immunosupressió aquesta persona pugui viure molts anys.

Com deia abans, la probabilitat d'èxit del trasplantament és una variable important. Sempre hem de poder explicar i ser totalment transparents de com hem assignat un receptor. Per tant, tot això està registrat a les històries clíniques i als nostres registres. Inclús l'ordre dels pacients a la llista d'espera obeeix a uns criteris, normalment internacionals, consensuats. Cada òrgan té les seves característiques, i, doncs, en el cas del fetge és el sistema MELD, en el cas del pulmó el sistema LAS, que són sistemes clínics que ens permeten bàsicament ordenar els pacients en funció de la seva gravetat.

I, després, a l'hora de distribuir els òrgans, sempre hi ha un criteri, que aquest és més conegut, que és la urgència zero, que són aquells casos, realment, de vida o mort, que el pacient, el receptor està en una situació crítica, i quan un equip hospitalari posa un pacient en situació d'emergència zero, el primer òrgan que aparegui compatible, estigui on estigui de l'Estat espanyol, va per a aquest receptor.

I després hi han criteris geogràfics, que bàsicament tenen a veure amb la proximitat, perquè hi ha una variable clínica molt important, que és el temps d'isquèmia freda, això vol dir que és el temps que l'òrgan pot estar fora del cos humà. Llavors, per exemple, per al cor o per al pulmó, estem parlant de temps de quatre a cinc hores; per tant, tenim el temps molt just per fer l'extracció i arribar a l'hospital on hi haurà el trasplantament i implantar aquest òrgan. Per tant, els criteris de distribució dels òrgans també han de tenir en compte la distància. I per això, si es troba un receptor a nivell local és local; si no, anem ampliant, i en alguns casos, com amb els nens, a vegades anem a buscar òrgans a l'altra punta d'Europa, ratllant una mica els límits dels temps d'isquèmia, però és que les oportunitats per als nens són molt poques.

I és important: aquests criteris es revisen sistemàticament a les comissions assessores de l'OCATT. L'OCATT té una comissió assessora per a cada trasplantament, que hi han els equips de tots els hospitals. I després, tot es valida, s'aprova a la Comisión Permanente de Trasplantes del *consejo interterritorial*, que és una comissió directa del *consejo*. Vol dir que el que aprova aquesta comissió el *consejo* ho dona per validat automàticament.

Una característica, perquè té un procés diferent: els donants vius. El donant viu és tot un procediment que no passa per aquest sistema. No hi ha donant cadàver, no hi ha un sistema d'assignació, és una feina que fan directament els serveis de nefrologia o de patologia dels hospitals, que busquen, normalment, entre els familiars. Normalment es tracta de malalts joves. I hi han dos elements importants, que per això volíem comentar-ho aquí. Un: cada un dels processos de trasplantament de donant viu l'ha d'aprovar el comitè d'ètica de l'hospital. I després, quan l'ha aprovat el comitè d'ètica, donant, receptor i els professionals han d'anar al jutjat, i davant del jutge han de signar tots conforme es compleixen els protocols, que no hi ha cap interès entre donant i receptor, perquè alguna vegada pot ser que sigui un amic, que no sigui un familiar directe, i tot això es firma davant del jutge. O sigui, hi ha un procés de control molt estricte amb el donant viu.

Ja anant més directament a l'àmbit que ens afecta i de l'avantprojecte de llei, en el camp de la donació, de trasplantament, hi ha una variable molt important, i és que a Europa l'any 2011... –desenvolupament dels tractats de Lisboa, lliure circulació–, Europa

elabora la directiva que en diu d'«atenció sanitària transfronterera»; és una directiva que permet..., amb uns determinats requisits administratius, però tu ara et pots anar a tractar en un altre país d'Europa. Si qui ha de pagar és el Servei Català de la Salut, doncs, el Servei Català de la Salut t'haurà d'autoritzar, però tot això està ja previst, hi han els reglaments, i la lliure circulació és possible. Però, quan Europa fa aquesta directiva, exclou els trasplantaments. O sigui, ho deixa molt clar, a l'article 3 diu: «Aquesta directiva no s'aplicarà a l'assignació d'òrgans i a l'accés a aquests amb finalitat de trasplantament.» I, en conseqüència, doncs, el reial decret de l'Estat espanyol que va transposar aquesta directiva, evidentment, també els exclou.

Clar, què passa aquí? Una mica ho han vist abans amb les xifres de donació dels altres països d'Europa. Europa quan fa aquesta norma era molt conscient del que no podien fer: és que països que han fet l'esforç de tenir un nivell de donació òptim..., doncs, d'aquest esforç se n'aprofita el país veí, que no fa aquest esforç de donació. En principi, també l'haurien de poder fer. Per què Alemanya té deu donants per milió i Espanya quaranta? Bé, doncs, potser els alemanys s'han de posar les piles en aquest tema. Per tant, Europa va ser molt conscient d'això, i diu: «Molt bé, lliure circulació, atenció sanitària transfronterera, però els trasplantaments en queden al marge.» És un element rellevant.

Clar, dit això, com regulen, països propers a nosaltres, l'accés dels estrangers a la llista d'espera? Doncs, de formes molt diverses. Però, per exemple, els britànics fan dos grups de ciutadans: els britànics i la gent que està a les forces armades britàniques, tot això, grup 1; i el grup 2, diu, els altres. I llavors diu, a l'hora d'assignar òrgans, primer el grup 1, i, diguem-ne, si en queden, el 2. Eh? Senzill. A Anglaterra. Itàlia: bé, a Itàlia, com a França, has de fer molts passos, i a Itàlia, al final, quan tens un domicili i una renda mínima de cobertura sanitària, llavors tens accés a la llista. O a França, ho ha de demanar l'hospital, ho ha de demanar el metge, l'ambaixada ha de dir que al seu país no ho fan, el pacient no pot estar registrat a cap altre país. Si tot és correcte, llavors algú s'ha de fer càrrec de pagar. I, quan tot això s'ha fet i algú es fa responsable de pagar, França ha establert un màxim, un percentatge de persones estrangeres en llista d'espera, que és un 8 per cent. Poca gent arriba a aquest 8 per cent perquè reunir tots aquests requisits és pràcticament..., si no impossible, extremadament difícil.

Per què, diguem-ne, ens preocupa tot això? Perquè tenim dos tipus de problemàtiques que valdria la pena diferenciar. Una seria el frau i el tràfic d'òrgans, que per desgràcia és una realitat al món, i l'altra seria el que en diem «turisme de trasplantaments». La paraula «turisme» no ens agrada, però és el concepte que es fa servir a nivell internacional.

Començo una mica pel frau. Això són titulars de l'últim any. Hi han hagut tres casos visibles als mitjans: un és el cas Renibus, a la Comunitat de Madrid, que eren ciutadans búlgars que han fet un frau a la seguretat social creant empreses falses i treballadors falsos que cotitzaven en aquestes empreses; tot això per accedir a la diàlisi i, un cop estàs a la diàlisi, doncs, entrar a la llista de trasplantaments. Això encara està actiu, encara està als jutjats, i és un tema gran perquè afectava molta gent, era un sistema molt organitzat.

I deuen recordar dos casos recents també, que serien de tràfic. Un es va jutjar fa pocs dies al jutjat de l'Hospitalet. Era una banda albanokosovar que van intentar enganyar un magrebí, un pobre magrebí de Vila-seca, per fer-li l'extracció d'un ronyó per al fill del *capo* de la banda. Vam tenir la fortuna que la policia, com que ja els seguia i els escoltava, va detectar aquesta problemàtica, i vam estar sobre avís tots els que ho havíem d'estar perquè aquest cas..., i al final els van detenir, i s'ha jutjat ja. I deuen recordar també un pacient libanès, d'un trasplantament de fetge. O sigui, aquests són casos de frau. Això és tràfic.

Però hi hauria tota l'altra situació del turisme de trasplantaments, que és un problema que ja ve d'anys enrere, que la comunitat internacional se n'ha preocupat molt. L'any 2008, en una reunió internacional a Istanbul ja es fa una primera declaració de tot el món mèdic, en el sentit de dir, comprometre..., sobretot els professionals sanitaris de tot el món que no s'avinguin a treballar en aquestes pràctiques; per tant, que no és ètic, diguem-ne, fer trasplantaments o col·laborar en processos de donació quan hi pugui haver a darrere tràfic de persones, diners i interessos. O sigui, comprometre els professionals. I l'altre element de la Declaració d'Istanbul és insistir novament en que els països han de treballar per ser autosuficients en la donació. La Declaració d'Istanbul és una decla-

ració professional. Com deia el síndic, hi han moltes declaracions d'aquestes, però poques tenen valor legal. La primera que té valor legal va ser la signatura del conveni del Consell d'Europa. Es va signar l'any passat, el 2015, a Santiago de Compostella i és el primer document legal que insta els països a treballar contra el tràfic d'òrgans o substàncies d'origen humà. Aquest ja té valor. Espanya és dels pocs països que té el tràfic d'òrgans al Codi penal, eh?

Però vol dir que aquesta és una preocupació. I, fruit d'aquests compromisos i d'aquesta situació, l'Organització Nacional de Trasplantaments, l'ONT, a l'abril del 2016 va fer una circular a tots els sistemes de trasplantaments de l'Estat establint uns requisits mínims per accedir a la llista d'espera. Bàsicament, són dos tipus de requisits. Un, residència a Espanya de manera estable –s'ha deixat molt indefinit, i aquest és un problema que tenim en aquests moments sobre la taula–, i cotització a la seguretat social.

Per què l'ONT, finalment, a Espanya, fa inclús una circular que afecta els sistemes, tot el procés de donació i trasplantament a Espanya? Perquè, lamentablement, des del 2008-2009, el nombre de persones que arriben a l'Estat espanyol, i arriben a Barcelona, i pràcticament, com qui diu, de l'aeroport, doncs, van als hospitals, ens està creixent. Això era un degoteig, però ens preocupa que aquesta situació creixi. Això no ens passa només a nosaltres, passa a les capitals sanitàries del país: Madrid, amb molt trasplantament infantil, a La Paz, amb pacients sud-americans, i Sevilla, que també tenen una pressió important de gent que els arriba des del sud, des del Marroc.

Nosaltres tenim una miscel·lània. Però, una mica perquè entenguin que és una problemàtica que ens preocupa, nosaltres en aquests moments tenim cinc pacients en aquesta situació. Dos nens, que el nen està totalment protegit. El nen, encara que acaba d'arribar, entra a la llista d'espera i està a la llista d'espera. Res a dir, pel que dèiem abans. Els que ja estaven a la llista, doncs, ja hi estaven i hi seguiran estant, i la probabilitat de tenir un donant és molt baixa. Però amb els nens..., els nens a la llista. I tenim tres adults en aquests moments, que l'hospital els va entrar a la llista, però com que no tenen els requisits, que fa setmanes o pocs mesos que són aquí, se'ls ha tret de la llista. Acaben d'arribar. Aquesta gent ha vingut aquí a trasplantar-se, eh?

Les darreres setmanes, un pacient d'aquests, l'hem inclòs a la llista, d'acord amb l'ONT, perquè l'hospital ens va indicar que entrava en una situació crítica i que, per tant, doncs, havíem de donar una solució i el vam posar a la llista. Què vull dir amb això? Que hi han dos elements clau. Un, evidentment, s'atén a tothom, es vigilen tots els casos, no es deixa ningú a l'estacada, només faltaria. La nostra obligació, com a professionals sanitaris, com a metges, és atendre la gent. Els nens –ja ho hem dit– entren a la llista, no hi ha cap mena de discussió ni es mira res. I, segon element: en aquests moments, com que és un fenomen creixent, hi ha una vigilància molt activa a la llista. Clar, es mira molt i molt la gent que arriba a la llista d'espera, els estrangers, per veure si és gent que fa molts anys que viu aquí –cap problema, ja són residents aquí–, però si és gent que moltes vegades acaba d'arribar, eh?

Ja acabo. Amb aquest context, doncs, en el moment en què el departament planteja la Llei d'universalització, el Consell Consultiu de Pacients de Catalunya, les associacions de pacients i la Societat Catalana de Trasplantaments, la societat mèdica, diguem-ne, tots s'han manifestat dient, una mica, l'alerta, que aquest tema ens preocupa, i al Comitè de Bioètica de Catalunya se li ha demanat un dictamen sobre això, dictamen que estem esperant.

Finalment, l'Avantprojecte de Llei d'universalització, de fet, el que fa és situar-nos quatre anys enrere, a la situació en què estàvem a Catalunya i a Espanya, doncs, a finals del 2012, i les condicions d'accés al trasplantament objectivament eren les mateixes que ara. Una mica el que ha canviat des de llavors fins ara..., i, per tant, seguim vigilant la llista, per estar a la llista has de ser resident, etcètera, però el que ha canviat fins ara és aquesta casuística creixent, aquest degoteig de pacients que ens van arribant i que ens van venint als hospitals i que acaben d'arribar al nostre país. Per tant, una mica la interpretació que es pugui fer d'aquesta llei, creiem que pot suposar una amenaça per al sistema de donació i trasplantament, en la mesura que pugui ser més fàcil, per a persones d'altres països, particularment no comunitaris –recordem que no estem parlant d'uropeus, que està, diguem-ne, protegit–, que viatgin a Catalunya per poder accedir a la llista d'espera. El que en diem l'«efecte crida». Aquesta situació s'està produint pun-

tualment els darrers anys, però pensem que corre el risc d'incrementar-se si no deixem el més clar possible, doncs, les condicions d'accés a la llista d'espera, sempre amb l'objectiu de no fer perdre oportunitats als ciutadans del nostre país que estan a la mateixa llista.

I ja per acabar, permetin-me un to més distès. El dia 19 de març fem la quarta edició de la Transplant Run, carrera solidària en pro de les associacions de trasplantaments. És un dia molt maco, els hi esperem a tots. La presidenta ja hi està apuntada. L'any passat vam ser tres mil persones, aquest any volem ser quatre mil. A les deu del matí, al Fòrum. I res més.

I moltes gràcies.

#### **La presidenta**

Moltíssimes gràcies per la seva aportació. Potser m'avanço, eh?, però la presentació...

#### **El director de l'Organització Catalana de Trasplantaments**

Sí, sí, per descomptat.

#### **La presidenta**

...ens la podran lliurar al Parlament de Catalunya i la posaran al dossier de la llei. No sé com en diu; dossier legislatiu, crec. Comencem, doncs, amb la intervenció dels grups parlamentaris. En primer lloc, el Grup Parlamentari de Ciutadans, amb el diputat Jorge Soler.

#### **Jorge Soler González**

Gràcies de nou, presidenta. Bé, doctor Tort, les meves més sinceres i efusives felicitacions, no? Jo crec que si d'alguna cosa podem estar orgullosos és d'aquesta organització, i si hem d'estar especialment, doncs, orgullosos, és del..., bé, de l'equip que forma aquesta comunitat i aquest gran treball; que vingueu i ens pugueu explicar que podem fer a Catalunya mil trasplantaments solament és motiu de felicitació, eh?, pels èxits i pels resultats.

Sí que és cert que m'ha sorprès, no?, aquest punt on destacàveu, doncs, aquesta generositat, que entenc que és compartida, interterritorial, i entenc que especialment sanitàriament és bo. Jo havia llegit ja sobre el tema, no?, que, a vegades, doncs..., en català no sé com és, en castellà, *los debe y los haber*, no?; bé, aquest balanç entre donacions interterritorials.

Entenc que, a més a més, el tema de la proximitat té un valor extraordinari, no? Jo recordo algun dels companys que fan trasplantament de cor i que m'expliquen com puguen en aquestos avions i van a Galícia, i baixen, i, bé, m'explicaven aquesta història, no? Realment, els que estíem la professió, doncs, no deixem de felicitar-nos que hi hagi gent que faci aquest tipus d'esforç. Evidentment, els donants, i ara estava pensant, evidentment, en els professionals que fan aquestos vols nocturns i aquestes odissees. Per tant, crec que és bo també assenyalar que aquesta generositat compartida entre els territoris és un dels punts que alguns argumentàvem, no?, que és més bo, doncs, estar units que estar separats. I, bé, vostè avui ho deixa clar.

També la meua sorpresa en el tema europeu, eh? Ho he dit abans amb el síndic de greuges, i, bé, novament hi reflexiono, a collació de les seves apreciades paraules. És cert que aquest tipus de solidaritat, que destaquem que funciona tan bé amb altres comunitats, pel que es veu no funciona en aquesta proporció amb Europa. I, per tant, doncs, sí que és cert que aquí hi ha un punt claríssim, no?, de millora que caldria que traslladéssim també als nostres representants arreu, en aquest cas del Parlament Europeu.

També destacar la importància que heu destacat, que els nens queden protegits. Però, si ho he entès, aquest punt, doncs..., anava a dir, no sé si d'incertesa, o potser d'incomoditat, no? Bé, normalment, quan els metges transferim un tema o una qüestió al Comitè de Bioètica, habitualment és perquè tenim opinió, però necessitem fonamentar-la, no?

Vostè diu, doncs..., n'ha dit «l'efecte crida», d'aquest problema que hi ha. Suposo que, quan vostè apellava a que Europa va legislar així, justament és perquè el que volia, doncs, era protegir els seus esforços sanitaris, i vostè ho explicava molt bé en aquest sentit. Catalunya, Espanya, en aquest sentit és pionera, ho ha fet molt bé, i per això el motiu de felicitacions, i cal que aquest tipus d'universalització ho reflexioni. Segura-



ment, ho farem al llarg d'aquestes compareixences i d'aquestes ponències. Així que, en resum, gràcies; gràcies per la vostra bona feina i bé, desitjar-li..., les meves felicitacions en nom del meu grup i especialment de la meva persona.

Moltes gràcies.

#### **La presidenta**

Moltes gràcies, senyor diputat. Doncs, ara, pel Grup Parlamentari Socialista, té la paraula el diputat Raúl Moreno.

#### **Raúl Moreno Montaña**

Gràcies, presidenta. Agrair la compareixença del doctor Tort. I a mi, com no milloraré amb la meva intervenció la seva, perquè ha estat molt bona, molt il·lustrativa, i jo crec que hem après tots molt, ens hem posat al dia de com està la situació des del punt de vista dels trasplantaments, sí que m'agradaria fer-li algunes preguntes amb relació a algunes de les dades que ha donat i que jo en tinc algun dubte que segur que vostè em pot solucionar.

Vostè parlava de que va pujant, va augmentant la donació cadàver. I a mi m'agradaria saber per què. És a dir, és per una qüestió de que s'ha fet una campanya especial sobre donacions en aquest àmbit? És perquè hi ha alguna estratègia que s'ha seguit, algun tipus d'avenç mèdic? És a dir, per què ha pujat això, quan anys enrere era de les que estava més, diguem-ne, a la baixa, no?

Ens ha dit també que hem estat capaços, l'any 2015, de fer més de mil trasplantaments, però que tenim una llista d'espera de 1.301. I jo el que volia saber és si la llista d'espera d'altres països és superior a la nostra o inferior. És a dir, estem parlant que l'índex de trasplantament a Alemanya, o a d'altres països, que des del punt de vista poblacional poden ser iguals o superiors al nostre..., tenen un índex de trasplantament més baix, però voldria saber si nosaltres tenim més llista d'espera perquè som líders en trasplantaments i, per tant, la gent tria el nostre país, o quina és una mica la situació des del punt de vista de la llista d'espera en altres països europeus.

Parlava també dels criteris de distribució d'òrgans i els protocols. Entenc que aquests òrgans i aquests protocols són només d'àmbit estatal. O aquests protocols també s'apliquen a altres països europeus?

I, finalment, pel que té a veure amb la llei, vostè deia: «Necessitem...» Vostè ha dit també..., llegint el document número 13 que ens han fet arribar, tant des del president d'Ader com del coordinador mèdic del Programa català de trasplantament i el senyor Antoni Roman, el president de la Societat Catalana del Trasplantament, tots dos, en el document que contribueix a que els diputats ens formem una opinió sobre les nostres futures esmenes a la llei, tots parlen de la necessitat de regular el que anomenem «turisme sanitari».

Si no ho he entès malament, els criteris actuals són tenir residència estable i tenir cotització a la seguretat social. I vostè ens ha dit: «Caldria deixar més clares quines són les condicions per accedir als trasplantaments a Espanya.» Voldria saber quina és la seva opinió. Des del seu punt de vista, quins haurien de ser aquests criteris, com es podrien aclarir més, si posaria algun criteri més, si en trauria alguns o..., diguem-ne, la seva opinió respecte a aquest tema.

I acabar només felicitant-lo per la tasca que fa vostè, que fa la seva entitat, i, per tant, encoratjar-los a que continuïn fent aquesta tasca que permet salvar moltes vides al nostre país i ser líders, a Espanya i a Europa, en aquest tipus de tractaments.

Moltes gràcies.

#### **La presidenta**

Moltes gràcies, diputat. Doncs, ara, pel Grup Parlamentari de Catalunya Sí que es Pot, té la paraula la diputada Maria Àngels Martínez Castells.

#### **Àngels Martínez Castells**

Sí; jo començo per on ha acabat, felicitant-lo per la tasca, per l'exposició que ha fet. M'ha semblat molt, molt interessant.

I també em limitaré a fer-li tres preguntes. I, a més a més, li demanaria que fos especialment clar en les respostes. Perquè, clar, quan vostè parla de la residència i la cotització a la seguretat social, jo voldria saber si és «i» o «o». Perquè, clar, i l'hi diré, des d'un

punt de vista del gènere, des d'un biaix de gènere hi han moltes dones que sí que han participat en el mercat de treball, però que, en canvi, per les seves condicions específiques, pels treballs que han fet, han estat en els mercats negres de treball i no han cotitzat a la seguretat social. Llavors, seria lamentable que això no es tingués present. I, pel fet que hi hagin aquestes irregularitats i aquestes foscuries en el mercat de treball, aquestes dones, o també joves –també passa amb joves–, doncs, no poguessin... Per tant, li demanaria que això ho expliqués més bé, i si són conscients d'aquestes irregularitats en els mercats de treball pel que fa a joves i pel que fa a dones.

La segona qüestió és obrir..., li demano que en la resposta obrim una mica el focus. És a dir, vostè em diu..., bé, a la Unió Europea hi han uns passos que s'estan fent i s'està regulant, etcètera. Vol dir que sobretot, això que..., jo és que odio aquesta paraula, però, en fi, que en diem «turisme sanitari», no? Doncs, és, se suposa, bàsicament, en persones que necessiten trasplantament en d'altres països. Hi han acords paral·lels, s'han pres seriosament mesures diplomàtiques, d'estat a estat, de regions a regions, per afrontar això des del punt de vista de..., en fi, de la diplomàcia, del dret internacional, etcètera? Perquè a mi em sembla que si s'avancés en aquest camí, molts dels problemes que es plantegen des de l'àmbit de la salut, o de la sanitat, estarien ja resolts per, en fi, el que han de ser convencions i convenis internacionals.

I, finalment, pels casos que vostè ha explicat, els exemples breus que ha explicat, el que m'ha semblat és que, de fet, vostès han detectat màfies en el trasplantament, en el mercat, per desgràcia –també, quina altra paraula, no?–, d'òrgans. I llavors, voldria saber fins a quin punt hi ha una persecució especial i molt concreta, perquè això ja és el màxim de la mercantilització de la sanitat i dels mateixos cossos de les persones, no? I sabem que això existeix; vostè ha donat casos d'això. Però seria també en aquest sentit –i amb això acabo– d'obrir molt més l'angle per aconseguir una llei que només s'hagués de preocupar dels aspectes sanitaris i que els aspectes polítics, policials i de combat a les màfies, doncs, quedessin en les mans que pertoqueuen.

Moltes gràcies.

#### **La presidenta**

Moltes gràcies, diputada. Doncs, ara, pel Grup Parlamentari Popular, té la paraula la diputada Marisa Xandri.

#### **Marisa Xandri Pujol**

Gràcies, presidenta. Sí, jo, en primer lloc, també vull agrair l'exposició que ens ha fet el doctor Tort i sobretot, doncs, celebrar tota la tasca que estan duent a terme per part de l'organització catalana de trasplantaments.

I, a veure, jo aniré al gra. Vostè, quan fa referència a la Unió Europea, a tota aquesta qüestió dels trasplantaments, que és una qüestió marcada per la Unió Europea, que a dia d'avui no permet, doncs, fer donacions transfrontereres..., clar, quan tenim això al davant, entenc que aquest projecte de llei que tenim damunt la taula en cap cas pot tenir algun tipus de repercussió pel que fa als trasplantaments. Perquè, si ja tenim una directiva europea o tenim unes normes europees que això no ho permeten, per molt que aquí aprovem certes lleis o certes qüestions, al final això no quedarà en res. L'hi pregunto, eh? Vostè creu que des d'un punt de vista legal aquest projecte de llei té viabilitat tenint en compte el que li he dit?

I vostè també ho ha deixat molt clar: si aquestes donacions no es permeten, bàsicament és perquè hi ha un frau, perquè hi han fraus..., no sempre, evidentment, no?, però s'han detectat fraus i tràfic d'òrgans. Una qüestió, evidentment, doncs, que ens posa els pèls de punta, no? I, a banda, el «turisme», entre cometes, de trasplantaments, que també és una qüestió que preocupa, i també crec que vostè ha fet referència, doncs, que cada vegada hi ha més persones que s'acosten a Espanya per fer-se algun tipus de trasplantament, no?

Vostè també ha fet esment de que hi ha una preocupació respecte a aquest projecte de llei i que estan pendents de que el Comitè de Bioètica es pronuncii, no?, doncs, que faci un dictamen, i que estan a l'espera d'aquest dictamen. I crec que és fonamental saber què en pensa aquest comitè per tal de poder, doncs, posar..., bé, que al final quedi un text, un text en aquest Parlament, que sigui del grat o que estigui en consonància amb el Comitè de Bioètica.

I, finalment, i m'ha agradat molt, m'ha agradat especialment el que vostè ha dit, no?, que és que no es deixa ningú a l'estacada. I ha posat l'exemple d'aquests cinc pacients que tenen, que els nens reben perfectament cobertura, que tots entren directament, i ha parlat d'una persona que, en situació crítica, doncs, està en llista d'espera. Per tant, aquí no es deixa ningú a l'estacada. Ho dic perquè..., m'ha agradat perquè hi ha persones aquí, o hi ha grups parlamentaris, doncs, que ens poden acusar a vegades de que això es posa en dubte.

Res més, i moltes gràcies. Tornar-li a agrair la tasca que des de l'organització s'està duent a terme. «Merci».

#### **La presidenta**

Moltes gràcies, diputada. Doncs, ara, pel Grup Parlamentari de la CUP - Crida Constituent, té la paraula la diputada Eulàlia Reguant.

#### **Eulàlia Reguant i Cura**

Bé, doncs, moltes gràcies per l'exposició, i jo crec, també, una mica per la franquesa amb què moltes de les coses les ha anat exposant.

Jo intentaré no repetir-me en coses que ja s'han dit, o preguntes que se li han fet, però sí que volia posar en relleu o posar l'èmfasi en un tema que, com a mínim, ens genera molts dubtes, no? Com deia la diputada de Catalunya Sí que es Pot, a vegades parlem de «turisme sanitari», però sembla més que, sobretot en temes de donacions i trasplantacions d'òrgans, parlem de màfies, no? I, per tant, com el que acabem fent és, per evitar màfies..., potser hem de restringir més una cosa, diguem-ne, la universalització de l'accés a la salut, en lloc d'atacar-ho pel lloc on correspondria, que és la persecució de les màfies, tenint en compte que és ja quelcom il·legal, i que, a més a més, té a veure amb la mercantilització, com deia la diputada, d'un dret universal.

I, per tant, com realment, a partir d'aquest projecte de llei, el que podem fer és garantir la universalització sense anar o facilitar la mercantilització d'aquest dret, però, com deia, no?, garantint que és universal. I, per tant, si és només via aquesta llei, el tema de restringir o procurar lluitar contra això, i quines són les altres vies que existeixen i que ja entenc que estan sobre la taula per combatre això. Per tal que no barregem temes o que sembli que barregem temes i que el que acabem fent és pitjor.

I, després, vostè plantejava, amb el tema del turisme sanitari, que crec que, bé, a vegades és un terme, no?, que ja denota moltes coses..., és: si no venen de la Unió Europea, de quins països venen, i si podem analitzar, en aquests casos que ja s'han detectat, quin tipus de persones són, perquè també això ens ha de facilitar combatre segons quines pràctiques. És a dir, en funció de països, però també de tipus de persones, de classes de les que provenen, etcètera, és del que podem veure com lluitar contra certes pràctiques, sense acabar utilitzant o un biaix de gènere o un biaix de classe per a gent que ja està aquí, residents, alguns amb cotització a la seguretat social, però la gran majoria sense.

Com he dit al principi, moltes gràcies. I esperem que amb les respostes, però, si no, també amb treball posterior, puguem treballar aquestes coses més en profunditat.

#### **La presidenta**

Moltes gràcies, diputada. Doncs, ara, pel Grup Parlamentari de Junts pel Sí, té la paraula la diputada Montserrat Candini.

#### **Montserrat Candini i Puig**

Gràcies, presidenta. Moltíssimes gràcies, doctor Tort, per la seva presència. I gràcies també per l'organisme que representa i la feina que fa.

És de les intervencions que..., la sensació que tinc és agredolça. M'explico. Per una part, vostè ha donat tot un seguit de dades que ens fan sentir orgullosos com a país, tenint en compte que vostè ha comentat que per milió de persones, 42, crec recordar, a Catalunya, envers un país tan fort, tan important com pugui ser Alemanya, 10, o 23, doncs, Itàlia. Però, d'altra banda, és veritat, vostè ha donat una xifra que fa mal: 1.031 –1.031. Que és evident que el que ens cal –i ara no parlo estrictament només des d'un punt de vista de la Llei de la universalització, sinó des d'un punt de vista global–, és evident que cal, possiblement, major conscienciació en el conjunt del país, de la necessitat, doncs, que hi hagin més trasplantaments. I 21, pel que parlava, doncs, de trasplantaments pediàtrics.

Aquestes quantitats fan mal, i realment penses fins a quin punt i com ho podem fer el millor possible perquè, més enllà de la conscienciació, aquesta llei que ara estem, doncs, diguem-ne, en camí de debatre entre tots plegats..., tinguem major capacitat de resposta.

Vostè ha explicat unes coses..., que jo crec que ha situat molt bé la diferència, és a dir, el tema del frau i el tema del que és el turisme sanitari, que a mi és un concepte també que em grinyola profundament; «turisme sanitari» a mi em grinyola profundament, no? Però vostè ha explicat també tot el tema de la lluita contra el frau. I també li volia preguntar aquí quins són els mecanismes que vostè creu que, més enllà de la Llei d'universalització..., què podríem fer per combatre d'una manera molt més clara aquest frau. És a dir, si... La paraula «frau» jo crec que ho diu tot. Fer fraus sobre la salut, fer mercantilisme, com es feia referència abans, sobre quelcom tan sensible com això, jo crec que respon a una certa decadència de societat, que és evident que hem de ser capaços de generar els mecanismes necessaris per poder lluitar contra això.

Crec que vostè també parlava, en la seva intervenció, que, arran, doncs, de la importància del que representen els trasplantaments, arran, diguem-ne, de les normes internacionals i de les normes internes que tenim, es va fer una declaració d'Istanbul. La Declaració d'Istanbul he entès jo que era la que marcava una miqueta el codi ètic i que marcava una miqueta de quina manera, doncs, s'havien de cenyir, estrictament, lògicament, per part de tots els professionals. És suficient, això? Cal major suport per part dels governs perquè s'entengui que aquesta escomesa, des d'un punt de vista d'encàrrec directe als professionals..., amb aquesta Declaració d'Istanbul, doncs, caldria fer quelcom més?

I entenc també que hi ha una reflexió seva, com a professional, com a científic, com a persona compromesa i, en tot cas, com a representant de la seva organització, en la qual, al final de tot de la seva intervenció, diu..., i és lògic, perquè, al cap i a la fi, els que tenim responsabilitats polítiques de diferents àmbits sabem perfectament que una cosa és el que diu la llei i una altra cosa és la lletra menuda, i una altra cosa és la interpretació sobre la lletra menuda de la mateixa llei, no? I vostè ha fet una reflexió, sí, una expressió, i en el fons una miqueta de *quejío*, en el sentit de dir: «Tant de bo que això no passés», no? I he sabut interpretar-ho d'aquesta manera, és a dir, que... Quina interpretació es pot fer, si pot suposar una amenaça, depèn de qui ho pugui interpretar, aquest tipus, doncs, aquesta Llei d'universalització pel que fa al trasplantament, atès que depèn de quina manera es pogués interpretar podria donar la sensació que s'obre una miqueta la veda, i que no pot, diguem-ne..., que no pot ser, doncs, d'alguna manera o altra, respectat allò que sempre s'ha fet, que són els camins que ja estan marcats, i que lògicament les llistes d'espera en base als indicadors i en base a les instruccions són el que s'ha de respectar.

En tot cas, de quina manera podem –si vostè, doctor Tort, ens pot ajudar en aquest sentit–, diguem-ne, blindar aquest aspecte perquè ningú faci una interpretació ni egoista ni una interpretació que no respondria, una miqueta, doncs, a l'esperit de la mateixa llei, que és, lògicament, d'interès general, però amb els indicadors i amb les premisses que marca.

Gràcies.

#### **La presidenta**

Moltes gràcies. Doncs, ara que han acabat les intervencions dels grups parlamentaris, és el torn per poder, doncs, contestar les qüestions que li han plantejat. I li adreço la paraula al senyor Jaume Tort.

#### **El director de l'Organització Catalana de Trasplantaments**

Molt bé, gràcies. Intentaré anar contestant. Primer, gràcies pels agraïments, però sempre ens agrada dir dues coses. Una, els donants, primer els donants i les famílies, perquè sense ells aquí no hi ha res a fer. I, segona, que és un treball col·lectiu, perquè aquesta nit, per exemple, hi han hagut tres trasplantaments, i jo diria que aquesta nit s'han mobilitzat, tranquil·lament, cent cinquanta persones, a part dels que hi havien de guàrdia als hospitals. Perquè han viatjat, perquè òrgans han anat, òrgans han tornat... I nosaltres estem al mig, però nosaltres som la part petita de tot això. O sigui, que hi ha molta feina a banda i banda, en el treball amb els donants i amb els trasplantaments que fan que sí que sigui un èxit, però és un èxit, sobretot, extraordinàriament col·lectiu.

Sobre el tema, la pregunta sobre el balanç interterritorial, hem de comentar..., a veure, a Espanya, des d'aquest punt de vista..., l'Estat espanyol té dos pols d'atracció mè-

dica, que són Madrid i Barcelona, que són la ciutat de Barcelona i la ciutat de Madrid. I a Madrid i a Barcelona hi portem òrgans de tot l'Estat. Ho dic perquè aquest és un treball... L'èxit del model espanyol, entre altres variables, és perquè participem d'una comunitat de 50 milions d'habitants amb un índex de donació altíssim. I això ens permet, doncs, fer aquestes xifres de trasplantaments tan altes. Però el dia a dia d'aquesta feina és que els hospitals de Madrid i els hospitals de Barcelona portem òrgans de la resta de l'Estat.

Per què? Perquè hi han els centres d'excel·lència, perquè hi han els equips més experts, perquè hi han determinats trasplantaments que només es fan en aquests dos llocs, eh? Per tant, això forçosament és així. Per tant, hi han alguns òrgans que es mouen, però els òrgans es mouen per la compatibilitat. Un dels òrgans d'aquesta nit l'ha vingut a buscar un equip de La Paz. El donant era nostre. Bé, això és el dia a dia..., perquè no teníem un receptor, no hi era, a Catalunya, i era a Madrid. I un altre dia, doncs, hi haurà un receptor..., nosaltres tenim un donant per al qual no hi ha receptor en tot l'Estat espanyol, i això sí, des de Barcelona –sempre la relació amb Europa s'ha fet des de Barcelona–, l'oferim primer –que això em penso que ho va comentar algú– a Itàlia, França i Portugal, pel temps, pel temps d'isquèmia, per la proximitat i perquè tenim una aliança amb ells, diguem-ne. I quan a aquests tres països no hi ha receptor, que alguna vegada pot passar, d'un receptor molt atípic, llavors l'oferim a la resta d'organitzacions europees, i a l'inrevés, eh? Això passa menys vegades, però també passa.

Per què ha pujat la donació de cadàver? Els dos elements, els he dit molt de pressa, però els dos elements bàsics..., n'hi hauria un tercer, que sí que crec que hem fet més soroll mediàtic, i és molt difícil posar evidència científica sobre fins a quin punt el soroll mediàtic ajuda. Creiem que sí, però encara no hi ha gaire literatura que t'expliqui que sí. A nosaltres ens ho diuen l'equip del Banc de Teixits –que algun dia hauríem de parlar de la donació de teixits–: «El mes que els de l'OCATT aneu a la tele, tenim més donants de teixits.» O sigui, probablement l'impacte hi és, i potser estem fent més soroll. Però hi han dos elements objectius. Un, això que deia que les donacions, pràcticament totes, sorgien dels malalts a les UCI. En aquests moments –i hi han programes per a això–, els coordinadors de trasplantaments també detecten donants a urgències, que és el malalt que arriba amb una embòlia massiva que no hi ha res a fer. Però algú s'ha de fer la pregunta a urgències: «I podria ser donant?» Clar, per això necessitem sensibilitzar els professionals d'urgències, de medicina, perquè aquella persona que està al final de la seva vida i que ja mèdicament no se li pot fer re potser pot ser donant, i en aquests casos, se'ls ingressa..., se'ls intuba, se'ls ingressa, van a l'UCI per poder fer la donació.

Aquest enfocament de dir «no només mirem els de l'UCI, sinó que mirem a urgències, mirem a altres llocs» és una de les coses que explica que ens pugui la mort encefàlica, que anava baixant. I el gran increment és el donant a cor parat, l'assistència tipus 3 que en diem, el donant a cor parat, que és el malalt que està al final de la vida a les UCI –o sigui, aquest sí que és un malalt d'UCI–, que els professionals ja retiren esforç terapèutic, que ja no cal posar més mesures ni més maquinària que..., d'esperar que es mori. I en aquests casos és la mateixa reflexió: però hi ha algun òrgan que està en bones condicions, i llavors, quan es para, ja que has d'esperar que hi hagi parada cardíaca, llavors es fa la... I aquest és el donant que ens fa créixer.

Hi ha un altre donant amb assistència molt menys freqüent, que és l'assistència no controlada; és el malalt que fa una parada cardíaca al carrer, una aturada cardíaca llarga, que el servei d'emergències el porta a l'hospital, diguem-ne, mantenint aquell cor funcionant de manera artificial, amb compressors, eh?, que un cop s'arriba a l'hospital, si efectivament no hi ha res a fer, es certifica la mort, però si hi ha algun òrgan... És una donació molt més sofisticada, eh? Això explica l'increment de la donació.

Els protocols són de cada país, però és de cada país el model d'assignació –com distribuïm els òrgans–; s'assemblen, al final, molt tots. S'assemblen molt tots i ens copiem, diguem-ne, en el bon sentit. Els protocols científics, els criteris de prioritització a la llista, els processos quirúrgics, això es mou molt en l'àmbit científic. Són les societats científiques. I a aquests comitès assessors els hem canviat ara el protocol d'extracció cardíaca, hem canviat els líquids, hem canviat les neveres, però això ho han decidit els equips de cirurgia cardíaca. Reunits a la comissió de l'OCATT, hi estaven tots d'acord; hem vali-

dat aquest protocol, l'hem comunicat a Madrid, i endavant. O sigui, això és un..., aquest punt de vista és molt..., és un món molt clínic.

Hi han hagut moltes consideracions sobre el concepte de residència i el tema de seguretat social. Evidentment, la circular que ha fet l'ONT, i que ho va fer perquè, davant aquest degoteig que tenim, que va creixent, de persones que arriben i que van directament als hospitals..., la circular de l'ONT és forçosament ambigua. I per això ens movem en un àmbit en què, com han dit alguns de vostès, la lletra petita serà important, i per això, com han vist, en alguns països, doncs, ho han regulat. França, Itàlia, això ho han regulat, amb, diguem-ne, més o menys fortuna, però al final... Una altra cosa és que aquesta regulació detallada hagi d'estar en un reglament o..., i la llei només en faci esment. Això és una cosa que queda més en el marc jurídic i normatiu. Però, al final, clar, els països ho estan regulant; ho estan regulant perquè, diguem-ne, sobretot cada nit, quan estiguis en una situació d'aquestes, sàpigues..., o quan un equip ha de posar un malalt en llista d'espera, doncs, tinguin els criteris clars, perquè no podem tenir dubtes en aquestes coses.

No hi han acords diplomàtics quant a la donació. Sí que treballem conjuntament amb les organitzacions europees en aquestes situacions: que tinc un donant per al qual no tinc receptor i l'ofereixo a fora, i al revés. Però no són acords internacionals, són acords entre les organitzacions públiques que gestionem aquests temes, però no són acords diplomàtics.

I un altre element, que no ho he comentat, però..., m'ha interessat molt separar el que era el frau i el tràfic del que seria el turisme de trasplantament. Sobre el frau i el tràfic, hi ha una unitat específica de la Guàrdia Civil –sobre el tema, eh? Perquè, com que aquí hi havien màfies i és un àmbit que té molta relació amb la Interpol... La Interpol té un comissari dedicat a això, que precisament és espanyol. És una policia espanyola, una inspectora espanyola, precisament. Aquí sí que hi ha vigilància activa, diguem-ne, dels cossos policials sobre aquesta part. Clar, la part del turisme, la gent que s'espavila per arribar aquí, aquesta part de vigilància que hi ha és la que fem les organitzacions públiques que ens dediquem a gestionar la llista d'espera i gestionar l'accés, que hem de mirar a veure aquesta persona si té els papers. Per tant, des d'aquest punt de vista, no hi ha gaire més a dir.

Evidentment, el tema de la seguretat social: nosaltres mirem..., l'intentem mirar el menys possible, i creiem que en qualsevol cas no ens correspon a nosaltres; és un tema d'accés al sistema sanitari, no del món dels trasplantaments. Però sí que –és això que deia la diputada Candini– haurem..., o en un reglament o on sigui, però haurem de mirar de precisar, perquè l'Organització Nacional de Trasplantaments diu «residència estable a l'Estat espanyol». El tema estable: estable, què són? Dos anys? Són tres? Són mesos? La cotització? La cotització: hi han números de seguretat social que són actius i números que no són actius. Llavors, clar, no podem deixar aquestes responsabilitats administratives i de cotització a responsabilitat dels professionals dels hospitals quan tenen un malalt allà i que té una indicació de trasplantament, eh? Per això és una mica el nostre interès, que això s'hauria de regular.

En tot cas, potser com a curiositat: aquests cinc malalts que preguntaven, doncs, els països són Cuba, Romania, Armènia, Veneçuela i Ucraïna. Clar, pensem que els europeus..., no es dona el cas. Clar, per tant, són els extracomunitaris els que van venint, eh? Madrid és bàsicament Sud-amèrica, i Andalusia és bàsicament Marroc, Tunísia.

I la procedència social: hi ha de tot –hi ha de tot. Clar, hem de tenir present que en molts d'aquests països, malauradament, la gent no arriba a la possibilitat de tenir un trasplantament. Els nivells sanitaris són molt baixos. Però també tinguem present..., anem a l'altre extrem: els Estats Units. Als Estats Units, els programes federals, que són els que donen cobertura a la gent sense recursos –el Medicare, el Medicaid–, només financen el trasplantament de ronyó. No financen ni el cardíac ni el pulmonar ni l'hepàtic. O sigui, els Estats Units també és un país enormement desigual. Sí que hi ha l'elit de la ciència i tenen taxes de trasplantament molt altes, però o t'ho pots pagar o no hi tens accés, eh? Només al trasplantament de ronyó, que és cost eficient. Per tant, bé, és un món molt complex, i que per això creiem que val la pena, doncs, fer-ne els debats que calguin.

I potser l'última qüestió. Clar, com més suport tinguem de les institucions i dels governs, millor. Aquest és un àmbit rellevant, en el nostre cas, d'excel·lència. Ho ha dit

molt bé el síndic. Per què la gent ve aquí? Tenim el millor índex de donació del món, però tenim els millors professionals del món. Tenim un sistema d'una excel·lència extraordinària. I, a més, això és evident, això ho pots comprovar, perquè els professionals, diguem-ne, des d'un punt de vista acadèmic i científic..., això es demostra en les publicacions, i en les publicacions hi han revisors i quan surten són publicacions que hi pots pujar de peus. Tot això es publica. Tota la informació de l'OCATT, tots els registres estan a la nostra web, i hi ha les supervivències. Hi és tot. Per tant, aquest món..., això ens fa..., podem dir allò, amb la cara ben alta, que som un país d'èxit i, per tant, el fa molt més llaminer perquè la gent vulgui venir aquí, que és on tindrà més garanties de poder tenir un trasplantament i que aquest trasplantament surti bé.

Gràcies.

#### **La presidenta**

Moltes, moltes gràcies. No sé si els grups volen afegir alguna cosa. *(Pausa.)* Em sembla que no, ningú aixeca la mà. Per tant, li agraeixo altre cop que hagi vingut a comparèixer aquí, a la Comissió de Salut, per la Llei d'universalització i que ens hagi donat el punt de vista d'una cosa tan complexa com són els trasplantaments.

Suspenem la sessió uns minuts també, només perquè el puguem acomiadar, i continuem amb l'ordre del dia.

La sessió se suspèn a tres quarts de dotze del migdia i sis minuts i es reprèn a les dotze.

#### **La presidenta**

D'acord, doncs, reprenem la sessió de la Comissió de Salut amb el punt número 3: Proposta de resolució sobre les proves complementàries sol·licitades per l'Institut Català d'Avaluacions Mèdiques per a malalts de síndromes de sensibilització central, presentada pel Grup Parlamentari de Ciutadans.

#### **Proposta de resolució sobre les proves complementàries sol·licitades per l'Institut Català d'Avaluacions Mèdiques per a malalts de síndromes de sensibilització central**

250-00503/11

I, doncs, li adreço la paraula al diputat Martín Eusebio Barra.

#### **Martín Eusebio Barra López**

Sí; gracias, presidenta. Hace ya ocho meses que una persona afectada de fibromialgia pidió una cita con nuestro grupo para plantear diversas cuestiones, entre ellas la que debatimos con esta propuesta de resolución. No ha podido acudir hoy, pero quisiera igualmente enviarle un saludo, ya que, imagino, verá este debate por el Canal Parlament.

Cuando me planteó el tema que nos ocupa, sinceramente, yo me sorprendí muchísimo. Los sanitarios que también somos profesores universitarios hace ya muchos años que en nuestras clases a las nuevas generaciones de profesionales de la salud los machacamos con el concepto de medicina basada en la evidencia, es decir, el uso racional, explícito, juicioso y actualizado de la mejor evidencia científica, incorporando la experiencia clínica y, muy importante, las perspectivas del paciente.

Y, sin embargo, en las valoraciones del ICAM a pacientes afectados de síndromes de sensibilización central se les están realizando pruebas que no tienen la menor evidencia a favor de su uso en estos pacientes y que, para más inri, pueden incrementar su clínica y su patología.

He de reconocer –y creo que es importantísimo hacerlo– que la tarea de los profesionales del ICAM en el contexto de estas patologías es complicadísima. Son unas patologías para las que no existe ningún marcador biológico, prueba de imagen, de laboratorio, etcétera, alguna prueba específica, y deben utilizar únicamente sus criterios clínicos. Pero utilizar pruebas que tampoco les dan una solución científicamente válida, y máxime cuando pueden resultar perjudiciales para el paciente, no tiene sentido. Que no existe evidencia a favor de estas pruebas no solo es que lo haya comprobado yo mismo; también he consultado con otros profesionales expertos en este campo, y además también hay que decir que me lo confiesa el propio Departament de Salut.

Al tiempo que presentaba esta PR, también hice preguntas por escrito, que ya me contestaron. Y precisamente una de ellas era para que me aportaran la justificación clínica o científica de estas pruebas. En la respuesta no se menciona ninguna justificación científica. Así, aunque solo sea de forma implícita, el *departament* está reconociendo que no existen. No me cabe duda de que, si existieran, lo habrían incluido en la respuesta.

Pero además querría ir a los aspectos clínicos en los que me contestaron, y cito textualmente. Respecto a la fibromialgia: «Esta patología se caracteriza clínicamente por dolor generalizado, que se agrava, entre otros factores, por la actividad física.» Y respecto a la prueba en concreto: «Es una evaluación que se lleva a cabo de forma dinámica, a diferencia de muchas otras pruebas que evalúan el estado del aparato locomotor de forma estática.» Al margen de que la respuesta se centra únicamente en la evaluación del aparato locomotor, lo cual incluso sería discutible, yo..., combinando las dos frases, resulta que el dolor se agrava por la actividad física, y les ponemos a hacer pruebas dinámicas, lo que equivale a decir físicamente activas, cuando existen muchas otras pruebas que evalúan el estado del aparato locomotor de forma estática.

Muchas veces los sanitarios hacemos pruebas de provocación, es decir, pruebas que pueden resultar molestas para el paciente. Claro que sí. Pero estas solo tienen sentido si el resultado puede ser útil para el diagnóstico o para aclarar el estado en el que se encuentra en ese momento el paciente. Tampoco es una cuestión de coste económico. Otra de las preguntas que yo hacía hacía referencia a la cantidad de pruebas y al coste de estas, y en el año y pico que abarcaban mis preguntas, el coste sería entre veintidós mil y veintitrés mil euros. No es una cuestión..., aunque el dinero público siempre debe manejarse con especial cuidado, pero no es esa la cuestión.

Cualquier sanitario comprendemos perfectamente la complejidad que tiene el diagnóstico, la valoración de un paciente que padezca una de estas patologías. La complejidad para los profesionales del ICAM es incluso mayor. Pero no vemos ningún sentido a realizar una prueba que provoca molestias y cuyo resultado no ofrece una utilidad validada en el contexto de esta patología.

Se han presentado enmiendas por parte de Junts pel Sí. Hemos podido transaccionar en dos de los puntos. En el otro no ha sido posible. Luego lo explicaré, en el segundo turno.

Muchas gracias.

#### **La presidenta**

Moltes gràcies a vostè. Doncs, ara, pel grup parlamentari que ha presentat esmenes, que és el de Junts pel Sí, té la paraula la diputada Anna Caula.

#### **Anna Caula i Paretas**

Gràcies, presidenta. En principi, doncs, agrair aquesta voluntat. Com a mínim, de converses n'hi han hagut, doncs, d'intentar trobar aquest punt de consens en els tres punts. Realment, sí que només l'hem trobat en els dos primers. Agrair –i crec que també queda evident–, doncs, la voluntat i la implicació del Govern, constatada amb aquest nou pla operatiu, del qual teniu el nom, que és molt llarg –per tant, no el llegiré– i que ha estat consensuat, crec, amb totes les associacions per oferir i treballar per un abordatge integral de totes aquestes patologies.

De cara al punt 2, penso que també, doncs, amb l'esmena acotàvem una mica més, realment, la funció de l'ICAM, no? Al final, aquesta entitat el que ha de fer és valorar la capacitat laboral de l'individu. Realment, parlàvem a vegades de diagnòstic o d'altres paraules que realment, doncs, no atenyen aquest organisme. Aquest organisme no posa en cap moment a judici la valoració d'un diagnòstic, sinó que la seva tasca és valorar la capacitat laboral d'aquest individu.

Penso que hem intentat –com a mínim amb l'esmena del punt 3 ho proposàvem–..., perquè jo crec que en el contingut tots estem d'acord d'intentar trobar, doncs, la millor manera per atendre o per valorar aquesta gent que pateix unes patologies a vegades ja complicades, perquè estem parlant de dolor, estem parlant, probablement, de mesures molt subjectives, i tots... Jo penso que el punt de consens és com valorem o com objectivem una cosa que probablement no és fàcilment objectivable. Per tant, els hi proposàvem que en aquests processos de valoració dels pacients afectats dels síndromes de sensibilització central només se sol·licitin aquelles proves en les quals estigui demostrada la



seva utilitat per valorar la capacitat laboral de l'individu. I realment aquí és on hi ha el matís, de vegades, de discrepància, no?

Sí que es diu que d'alguna manera s'ha de poder objectivar. Sé que hi ha un «consens», entre cometes, que probablement ara no valoraríem si és la millor, la pitjor, la més adequada, però sí la que ara permet posar aquest punt d'objectivable per valorar aquesta tornada, doncs, o valoració de si es pot tornar al món laboral. Dins del programa operatiu que comentàvem abans, hi trobem un comitè assessor del departament, que té molt clar l'objectiu, que és la recerca orientada cap a la persona, que és el que ens comentava, doncs, el diputat. I que això implica tenir totes les persones i les associacions de pacients com a socis actius en la presa de decisions, focalitzar la recerca en les prioritats identificades per ells i millorar els resultats en salut i satisfacció d'aquestes persones.

Nosaltres dèiem: «No estem tancats.» Probablement, aquest comitè és qui ha de valorar, amb tota la referència científica darrere, quina, al final, és aquesta prova més objectiva i contrastada, que és el que nosaltres intentàvem posar a l'esmena. Ser tan explícits amb una de concreta, doncs, realment, entenc que és el punt on no hem coincidit, i ens sap greu.

Gràcies.

#### **La presidenta**

Moltes gràcies, diputada. Doncs, ara, pel Grup Parlamentari Socialista, té la paraula el diputat Raúl Moreno.

#### **Raúl Moreno Montaña**

Gràcies, presidenta. Bé, pel que fa a l'ICAM, ja fa molt de temps que en parlem, dels criteris economicistes de les valoracions diferents d'altres professionals especialistes, que sempre van a la baixa, sempre sembla que van una mica en detriment dels afectats, o dels pacients en un procés d'incapacitat. I això és quelcom que hem vist quan ens hem entrevistat amb diferents entitats i associacions de pacients, afectats directament per uns criteris de l'ICAM que moltes vegades no s'entenen o com a mínim no s'ajusten a allò que les persones consideren que tenen.

I no és que passi en tres o quatre casos, sinó que s'ha convertit en un dels grans problemes, fins al punt que el departament n'és conscient, sap que és així i, per tant, ens ha presentat en aquesta Comissió de Salut els canvis de direcció adients que volien introduir per tal de fer o de canviar aquests criteris amb els quals actualment l'ICAM està fent aquestes resolucions, no?

Si al mal funcionament de l'ICAM, de les seves negatives constants, com dèiem, per criteris economicistes, si no sanitaris, que porten a haver de recórrer als tribunals de justícia molts pacients –i que això és així i també ho hem vist–, doncs, si a més a més hi posem malalties que a vegades són difícils de diagnosticar i que encara no tenen un reconeixement professional clar, com són, per exemple, la síndrome de sensibilitat central, que encara en aquest tema ens queda molt per fer, imagini's si la mala praxi està servida.

I és evident que s'ha de complir la resolució del Parlament de la legislatura anterior, que això és una cosa que cada vegada que la posem en una proposta de resolució és un fracàs col·lectiu, d'aquest Parlament i també del Govern que l'ha de complir. O sigui, que el Parlament insti el Govern a complir allò que ja el va instar a complir fa un any o dos o tres, doncs, és per fer-nos-ho mirar, no?

I, a més a més de complir les propostes de resolució, i que si s'han de realitzar proves en els centres privats, si s'han de realitzar aquest tipus de proves que només generen perjudici als malalts i malaltes, i a més a més no hi ha evidència científica que aportin res, al contrari, no?, doncs, jo crec que en aquest sentit, pel que fa al punt 3, hem de buscar altres alternatives. I estic segur de quina és la manera d'objectivar-les millor, però el que està clar és que el sistema actual no les objectiva, i, per tant, el que fa és, diguem-ne, d'embut de situacions que finalment són declarades injustes o que són així rebudes per part dels malalts.

Per tant, nosaltres celebrem que hagin arribat a aquestes transaccions. Mantindrem el vot favorable al punt 3 de la proposta de resolució original. I poca cosa més.

Gràcies.

### **La presidenta**

Moltes gràcies. Doncs, ara, pel Grup Parlamentari de Catalunya Sí que es Pot, té la paraula la diputada Àngels Martínez.

### **Àngels Martínez Castells**

Sí, gràcies. Miri, quan es parla de mètode científic o proves científiques, o científicament demostrables, amb aquestes malalties, es fa, com sempre, un abús de la polisèmia de la paraula «científic», perquè científic científic segurament són les ciències exactes, ja menys la física i la química, perquè..., gens l'economia, i les ciències de la salut tampoc. És a dir, intentar establir criteris objectius, doncs, sí, d'acord, però no crec que passin precisament per aquestes proves biomecàniques, a més a més, externalitzades, a més a més sistemàticament, doncs, enviades a fer a la gent que té aquests problemes, quan, si parlem seriosament, sabem que el problema és un altre.

És que estem vivint una petita epidèmia de malalties invalidants, i l'ICAM està buscant les maneres que té a mà, doncs, per anar retardant afrontar un problema que potser s'haurà d'afrontar d'una altra manera: flexibilitzant les condicions de treball, és a dir, acceptant que aquestes persones hi ha dies que poden treballar i dies que no. I, evidentment, això no es mesura amb proves biomecàniques en un moment determinat. Com sempre, jo intento obrir l'angle perquè em sembla que reduir-lo el que fa és ser profundament injust amb les persones que pateixen aquestes malalties, que, com dic, són cada vegada més nombroses.

Amb relació a les esmenes que vostès han transaccionat, he vist que en el punt 1 ha sortit de sobte a la transacció un nou pla operatiu d'atenció a les persones afectades per síndromes de sensibilització central, fibromiàlgia, etcètera –no ho rellegeixo–, que jo tindria molt d'interès..., i a més a més ho sap el senyor Comín, que tinc molt d'interès en seguir, però que en aquests moments ni sé com està i rebo *inputs* contradictoris per part de la gent afectada, i fins i tot de metges especialitzats en aquestes malalties. Per tant, en fi, la part que queda més clara és que evidentment estarem en contra de que s'apliquin aquestes proves, i amb això, doncs, saludem la proposta de Ciutadans.

Moltes gràcies.

### **La presidenta**

Moltes gràcies, diputada. Pel Grup Parlamentari Popular, té la paraula la diputada Marisa Xandri.

### **Marisa Xandri Pujol**

Gràcies, presidenta. Bé, l'ICAM és un òrgan adscrit al Departament de Salut que té per objectiu l'avaluació mèdica, la inspecció i la gestió i el control dels processos mèdics relacionats amb la incapacitat laboral. Entenem i estem plenament convençuts que compta amb equips de professionals que fan molt bé la seva feina. I en aquest sentit nosaltres volem que s'aprovi, que tiri endavant aquest primer punt que ens presenten avui Ciutadans i que agraïm que hagi pogut ser transaccionat amb Junts pel Sí, perquè crec que enriqueix el text.

També, quant al segon punt, nosaltres hi votarem a favor. Però, quant al tercer punt, que al cap i a la fi crec que és el punt polèmic d'aquesta proposta, nosaltres, doncs, no hi donarem suport, i no hi donarem suport perquè, a veure, no veiem que Ciutadans hi doni tampoc una solució, al tema, d'acord? I, per tant, en aquests moments tenim el que tenim. L'esmena presentada per Junts pel Sí anava encaminada, doncs, a buscar quina és la fórmula per fer valoracions més objectives i contrastades. Per tant, a nosaltres ens agradava aquesta esmena, i, per tant, doncs, com he dit, votarem en contra d'aquest tercer punt.

Gràcies.

### **La presidenta**

Moltes gràcies. Doncs, ara, per la CUP - Crida Constituent, té la paraula la diputada Eulàlia Reguant.

### **Eulàlia Reguant i Cura**

Bé, moltes gràcies. Com ja s'ha dit, el tema de l'ICAM comença a ser de manera preocupant recurrent. Per tant, vol dir que cal abordar-lo de manera urgent i també de manera integral, i a vegades acabem sectorialitzant-lo o fent-ho parcialment, però molt

probablement el que cal és que l'abordatge sigui molt més integral, on els diferents aspectes que estan sorgint darrerament els puguem abordar tots a l'una i tinguem la panoràmica global.

En aquest sentit, és sabut..., i de fet ja fa mesos vam estar discutint o parlant-ho alguns grups parlamentaris, la possibilitat de presentar una proposta de resolució impulsada per la Plataforma d'Affectedes per l'ICAM. Una proposta de resolució que ha estat aprovada en més de trenta municipis, de moment, al Principat, i que, per tant, posa sobre la taula alguns elements que van més enllà d'aquesta resolució que avui tenim aquí, però que finalment no vam fer, també perquè la mateixa gent de la plataforma ens va demanar que ens esperéssim una mica més.

Avui tenim això aquí, i, per tant, és interessant poder començar a fer el debat a la Comissió de Salut. Malgrat això, en el punt 1 a nosaltres sí que, de la mateixa manera que a la diputada de Catalunya Sí que es Pot, ens genera certs dubtes, no?, perquè, com ella mateixa, hem rebut *inputs* diferents o valoracions diferents. I, per tant, en aquest punt ens abstindrem, i a la resta hi donarem suport, amb aquesta idea de que cal que anem més enllà del que hi ha aquí. Perquè, de fet, hauríem de plantejar-nos que qualsevol prova complementària que s'està demanant actualment, mirem a on les fan fer, o a on es poden fer, perquè els problemes en aquests casos també s'agregen encara més quan demanem proves complementàries que acaben sent o fent-se en centres privats, en gent ja amb problemes de salut, que deriven en problemes també econòmics, amb unes situacions personals molt complicades i que, per tant, es dificulta molt més també aquest accés a proves complementàries. Però, malgrat això, nosaltres sí que el punt 3 el compartim i, per tant, també hi donarem suport.

#### **La presidenta**

Moltes gràcies. Doncs, ara torno el torn a Ciutadans per posicionar-se sobre les esmenes, que més o menys ja ho ha dit, però és igual. El diputat Martín Barra.

#### **Martín Eusebio Barra López**

Sí, pero puedo aportar alguna información adicional. Gracias, presidenta. Estoy totalmente de acuerdo con los comentarios que has hecho, que desde luego el ICAM genera muchas controversias, muchas dudas, y habría que enfocarlo desde otro punto de vista. Pero, bueno, aquí nos centrábamos en un caso concreto, y yo creo que está también bien arreglar pequeñas cosas, que siempre pueden ayudar, y poner sobre la mesa ya el debate, aunque sea por un tema concreto.

Respecto a las enmiendas, en particular, en cuanto al punto 1, comentar que yo tenía el acuerdo anterior, el acuerdo este me lo facilitaron ayer. Es muy reciente, realmente es muy reciente. Yo lo pude estar comprobando ayer. Lógicamente, puede provocar discrepancias o *inputs* contradictorios, pero sí comprobé, antes de aceptar la inclusión aquí de este punto, que no mencionaba para nada el tema de si las pruebas en centros públicos o privados, etcétera, no mencionaba las pruebas biomecánicas, es decir, no contradecía en nada y, por tanto, no pusimos ningún inconveniente a incluirlo. Espero no haberme equivocado al comprobarlo ayer.

También mencionar que, en este caso, por parte de Junts pel Sí hubo muy buena intención en esta transacción, porque su primera propuesta era incorporar una frase que daba pie a que se pudieran derivar a centros privados, y luego tuvieron la amabilidad de retirarla; o sea, que en este sentido creo que hubo buena colaboración en el primer punto.

El punto 2 se centra en la capacidad laboral, y lo enmarcamos en el contexto de la patología. Poco que decir.

Y en el punto 3 yo discrepo de lo que me ha comentado la portavoz del Grupo Popular. Claro que hemos dicho la solución, lo he dicho yo antes, es que lo dice la consejería: existen muchas otras pruebas que no implican..., me lo dice la consejería, la respuesta del *departament*, lo he manifestado yo antes. Claro que ponemos la solución. ¿Qué prueba tienen que utilizar específicamente? Yo si quiere le puedo dar mi opinión personal, claro. Pero, bueno, eso creo que correspondería a los profesionales del ICAM, el decidir dentro de las muchas otras pruebas que hay, que lo garantizo, profesionalmente lo garantizo..., pues elegir la que consideren más adecuada. Sí, sí ponemos las soluciones. Están, está ahí, en mi intervención anterior.

Gracias.

### La presidenta

Doncs, moltes gràcies, diputat. Si no ho he entès malament, votariem els tres punts separatament.

Per tant, si no hi ha res més, comença la votació del punt número 1, que és amb la transacció amb Junts pel Sí.

Vots a favor?

Disset. Disset vots a favor, de Junts pel Sí, PSC, Ciutadans i PP.

Vots en contra?

Abstencions?

De Catalunya Sí que es Pot i la CUP - Crida Constituent.

Punt número 2, que és també una transacció amb Junts pel Sí.

Vots a favor?

Unanimitat en el punt número 2.

Punt número 3, que s'ha quedat original, tal com estava en la proposta de resolució.

Vots a favor?

Vots a favor de Ciutadans, de Catalunya Sí que es Pot, de la CUP i del PSC. *(Veus de fons.)* Sis a favor.

Vots en contra?

Vots en contra de Junts pel Sí i el Partit Popular.

Abstencions?

No n'hi ha.

*(Veus de fons.)*

Vuit a favor, diu.

*(Veus de fons.)*

Sí, 8 vots a favor –disculpeu–, 11 en contra.

Per tant, queda rebutjat el punt número 3 d'aquesta proposta de resolució.

### Proposta de resolució sobre el millorament del diagnòstic precoç del càncer

250-00521/11

Passem, doncs, al punt número 4 de l'ordre del dia, que és la Proposta de resolució sobre el millorament del diagnòstic precoç del càncer, presentada pel Grup Parlamentari de Ciutadans. I té la paraula el diputat David Mejía.

#### David Mejía Ayra

Gràcies, presidenta. Bé, aquesta proposta segueix una mica la línia del que ja vam presentar en el passat Ple, en el sentit que persegueix millorar la coordinació entre els diferents professionals sanitaris i també entre els diferents nivells assistencials per intentar fer més eficient el nostre sistema de salut i també per intentar fer-lo sostenible.

En aquest sentit, el que mostra la moció, la proposta, és l'efectivitat de les diferents campanyes i programes desenvolupats per les farmàcies comunitàries per detectar, per exemple, possibles malalties greus, com poden ser, per exemple, el càncer de còlon o el càncer de pell. A mode d'exemple, també podem trobar l'estudi publicat per l'*International Journal of Pharmacy Practice*, on es veuen plasmats, precisament, aquesta efectivitat i els beneficis d'utilitzar les farmàcies com un nou punt o un element més de detecció d'aquestes malalties.

El que demana bàsicament aquesta proposta són tres punts. Per un costat, desenvolupar actuacions per millorar la col·laboració i la coordinació entre els diferents agents sanitaris. També donar facilitats i incentivar perquè es realitzin noves campanyes per poder prevenir el càncer o les malalties greus des de les mateixes farmàcies. I també potenciar la farmàcia assistencial i aprofitar, doncs, les capacitats que tenen i la capillaritat que ens ofereixen les nostres oficines de farmàcia.

I aprofitaria, en tot cas, aquest torn –per no utilitzar l'altre– per posicionar-me sobre les esmenes. En el cas de les esmenes de Junts pel Sí, hem transaccionat l'esmena número 1 del punt 1, i la del punt 3 l'acceptariem. I en el cas de l'esmena del Partit Socialista,

no l'acceptaríem perquè, tot i que podem estar d'acord amb el que diu l'esmena, no creiem que tingui res a veure amb el contingut de la moció.

Gràcies.

#### **La presidenta**

Moltes gràcies, diputat. Doncs, ara, el primer grup que ha presentat esmenes és el Grup Socialista, i té la paraula el diputat Raúl Moreno.

#### **Raúl Moreno Montaña**

Gràcies, presidenta. Bé, ho deia el diputat: el càncer és la segona causa de mortalitat; la primera són les malalties cardiovasculars. I, per tant, és important que en aquesta comissió, doncs, puguem parlar de quina és la millor manera per tal de fer campanyes de prevenció sobre el càncer.

Un dels elements clau quan parlem de salut és la prevenció. La definició de salut és l'absència de malaltia, i tot el que puguem fer per generar bons hàbits saludables des dels diferents agents de salut, doncs, és fer, justament, una aposta per una millor qualitat de vida. També, tot el que pot conduir a la detecció precoç de la malaltia. I en el cas d'aquesta proposta de resolució, doncs, el càncer té una influència bàsica en el tractament i en el cas de..., millor abordatge. Ho estem veient, tal com s'indica en la detecció precoç del càncer de còlon o amb el programa de *screening* del càncer de mama.

Tenim un aspecte molt important, per tant, la prevenció i la detecció precoç, i, per l'altra, un agent de salut molt important també, com és la farmàcia comunitària, que està tenint un paper molt important en la detecció del càncer de còlon. I la farmàcia comunitària té una gran capillaritat en la seva xarxa en tot el territori, tal com expressàvem justament en l'anterior Ple en aquest Parlament, davant dues mocions, tant de la CUP com del Partit Popular. I parlàvem de la necessitat i la importància de la farmàcia en aquesta capillaritat territorial.

I per això la nostra esmena anava en aquesta línia potser. I entenem que no és exactament el contingut de la proposta de resolució, però sí la necessitat de millorar el model retributiu de les oficines de farmàcia, justament per potenciar aquest paper que tenen en la detecció precoç.

Nosaltres donarem recolzament a aquesta proposta de resolució, tant a l'esmena transaccionada com als punts originals de la proposta de resolució.

Gràcies.

#### **La presidenta**

Moltes gràcies, diputat. Doncs, ara, l'altre grup que ha presentat esmenes, que és el Grup de Junts pel Sí. Té la paraula la diputada Violant Cervera.

#### **Violant Cervera i Gòdia**

Moltes gràcies, presidenta. Doncs, agrair al Grup de Ciutadans la presentació d'aquesta proposta de resolució.

És evident que el càncer és una de les malalties que preocupen i que ocupen, doncs, el Govern de la Generalitat i el Departament de Salut. Preocupen especialment perquè afecta una part molt important, doncs, de la nostra població, que ho comentàvem abans. És la segona causa de mortalitat, i, a més a més, produeix molta atenció i molt pànic social. Per tant, és important que continuem treballant sobre aquest tema i que continuem debatent sobre les possibilitats de millora en els afers públics per poder arribar, si és que és el cas, a minvar en la majoria de les..., del possible, doncs, aquesta greu malaltia.

Nosaltres estem bàsicament d'acord amb la proposta de resolució que presenta Ciutadans. Les nostres esmenes anaven en la línia d'intentar reforçar, doncs, la tasca que no només aquest Govern sinó tots els governs de la Generalitat han estat fent durant molt de temps per treballar per intentar erradicar aquesta malaltia, que, com diem, no és una malaltia fàcil.

Ho comentaven també en la seva exposició, i en les exposicions dels diputats que m'han precedit: important la prevenció; la prevenció i sobretot la detecció precoç de la malaltia per poder-la abordar, doncs, amb les màximes garanties. I, de fet, des de fa ja temps, el Departament de Salut està treballant en la detecció precoç i el cribratge en càncers com el càncer de mama, el càncer d'úter o bé el càncer de còlon, que donen resultats importants i satisfactoris quan aquests càncers estan detectats d'una manera embrionària.

El Departament de Salut també intenta continuar avançant en aquest aspecte en projectes comunitaris, per també, a través de la salut comunitària, intentar detectar al més ràpidament possible, doncs, aquests inicis dels brots o la possibilitat que hi pugui haver inicis dels brots. I també, com ens comentaven, la farmàcia comunitària és un dels agents bàsics a l'hora de col·laborar en aquest cercle entre els diferents agents per combatre aquesta malaltia. Ja des de l'any 2010 es va subscriure un conveni sobre, justament, l'aprovació, la implantació i la gestió de la cartera de serveis a les oficines de farmàcia. Aquest conveni fixa un marc d'actuació comú per a definir el disseny, la implantació i la gestió d'una cartera de serveis concertats. I en virtut d'aquests algunes de les actuacions realitzades són, per exemple, la participació en les proves de cribratge per a la detecció del VIH.

Per tant, agrair-los, doncs, la presentació d'aquesta proposta de resolució. Agrair, doncs, que puguem arribar a transaccionar i a l'acord per a aquesta aprovació, amb el benentès que tots volem lluitar contra aquesta malaltia, i reconeixent també la feina que el Departament de Salut ha estat fent des de sempre per intentar, si és possible, minimitzar els efectes d'aquesta greu malaltia.

Moltíssimes gràcies.

#### **La presidenta**

Moltes gràcies, diputada. Doncs, ara és el torn de Catalunya Sí que es Pot. Té la paraula la diputada Maria Àngels Martínez.

#### **Àngels Martínez Castells**

Sí; bon dia. És que jo em trobo profundament incòmoda amb propostes que són petites peces de puzzle, que no saps si lliguen amb les altres peces del puzzle. Perquè, clar, les deteccions de malalties greus, i entre elles el càncer, doncs, també es tenen per estudis epidemiològics. Per exemple, la referència que es fa a les farmàcies de Galles amb relació als mariners, de càncers de pell..., doncs, està claríssimament demostrat que té molta vinculació amb problemes de salut laboral. I també hi han deteccions possibles a les escoles, i sobretot a l'atenció primària. És a dir, la vinculació de l'atenció primària amb la farmàcia comunitària a mi em sembla que és fonamental. I no se'n fa ni una sola menció en aquesta proposta de resolució.

Llavors, a mi em dona la impressió que sempre estem una mica com això..., dirà: «Doncs, mira, ara he trobat aquesta peceta», que sí, que està molt bé, i que sembla que lliga amb..., però anem realment a fer una visió completa del que ha de ser la prevenció, que és la gran assignatura pendent de la sanitat, en el fons, a Catalunya; és dedicar-nos a fer un pla integral de prevenció, no només del càncer, sinó d'altres malalties, entre elles les malalties d'origen laboral.

Llavors, a veure, abstenir-nos? No. Ai, estar-hi en contra? No, no hi podem estar en contra. Està molt bé. Però diem: com sempre, ens dona la impressió que és una manera d'anar donant voltes i no agafar un problema real, molt real, que és la prevenció, les mesures preventives que s'han d'implementar. En conjunt, amb tota una sèrie d'agents, i entre ells també la farmàcia comunitària. Però moltes més –però moltes més–, molts més agents. I –amb això acabo– això, al marge de l'atenció primària, tampoc serveix.

Moltes gràcies.

#### **El vicepresident**

Gracias; gracias, señora Martínez. Ahora tiene la palabra, por parte del Grupo del Partido Popular, la diputada Xandri.

#### **Marisa Xandri Pujol**

Gràcies, president. Sí, és cert, diputada, doncs, que aquesta qüestió crec que es meix una visió molt més global, no? Però, evidentment, tenim aquesta proposta damunt de la taula, i crec que s'ha de donar suport, doncs, a tot allò que serveixi per millorar, no?, el diagnòstic precoç del càncer.

Aquesta proposta, doncs, consta de dues parts. Per un costat, el primer punt, que fa referència a tots els agents implicats, no? Doncs, tots els agents sanitaris, els metges, les infermeres, la farmàcia. I el segon i tercer punt..., i l'esmena del Partit Socialista, doncs, que es dirigeix especialment al tema de la farmàcia comunitària, la farmàcia assistencial, quin ha de ser el seu paper, que jo crec, doncs, que aquest ha de ser un agent impor-

tantíssim i que se li ha de donar molt més protagonisme, no? I, evidentment, sempre en consonància amb la resta d'agents professionals, de la resta de professionals sanitaris. En aquest sentit, nosaltres donarem suport a la proposta que..., bé, que al final ha quedat, com ha quedat, amb les esmenes incorporades de Junts pel Sí i del Partit Socialista. Gràcies.

#### **La presidenta**

Moltes gràcies. Doncs, ara té la paraula el Grup Parlamentari de la CUP - Crida Constituent, la diputada Eulàlia Reguant.

#### **Eulàlia Reguant i Cura**

Bé, moltes gràcies. És evident que jo crec que totes les que estem aquí, i les que no també, estem d'acord, o sigui, amb que cal millorar el diagnòstic del càncer per millorar les condicions de vida de les persones. Vull dir, això és innegable, i dubto que algú pugui dir que no hi està d'acord. Per tant, en això no hi entrarem més. El que passa, que aquí es genera un debat que ja el vam generar la setmana passada en el Ple, i el diputat ho ha dit: «Això va amb relació ja al debat iniciat la setmana passada al Ple», no? I, per tant, a partir d'aquí, els dubtes es posen sobre la taula.

Malgrat això, és una proposta de resolució que és molt més àmplia en moltes coses –o àmplia o ambigua–, perquè potenciar i desenvolupar actuacions per tal d'ampliar el rol de la farmàcia comunitària en la prestació de serveis es pot fer de moltes maneres. Es pot fer en una lògica de potenciar un model de farmàcia o en una lògica de potenciar-ne un altre, en una lògica d'abordar la integralitat o no. O també, en el primer element de desenvolupar actuacions per avançar i millorar la col·laboració entre diferents agents sanitaris, podem fer-ho millorant l'atenció primària, o no.

Llavors, malgrat els dubtes que això ens genera i pel que deia al principi, com que algunes coses veiem que són ambigües, doncs, hi acabarem donant suport, però amb aquest avís, no?, de que l'ambigüïtat a vegades facilita que s'aprovin les coses, però que llavors les deixem a l'aire i potser el remei és pitjor, i que, per tant, anem alerta. Però, evidentment, en la lògica de que totes estem d'acord amb que cal millorar el diagnòstic del càncer com a eina de millora de les condicions de vida i que molt probablement on no ens posaríem d'acord és en el com ho fem, doncs, hi acabarem votant a favor.

Moltes gràcies.

#### **La presidenta**

Moltes gràcies. Doncs, si no ho he entès malament, Ciutadans no farà servir el torn perquè ja s'ha posicionat de les esmenes, i queda el punt 1 transaccionat amb Junts pel Sí, el punt 2 original i el punt 3 amb l'esmena de Junts pel Sí. Es pot votar tot conjuntament? *(Pausa.)* Sí?

Doncs, votem.

Vots a favor de la proposta de resolució?

Unanimitat.

Molt bé.

Ara hem de passar a l'últim punt de l'ordre del dia, però demano la suspensió uns minuts de la comissió.

La sessió se suspèn a dos quarts d'una del migdia i sis minuts i es reprèn a tres quarts d'una i quatre minuts.

#### **La presidenta**

Reprenem la Comissió de Salut.

### **Propostes d'audiència acumulades relatives al Projecte de llei d'universalització de l'assistència sanitària**

352-01296/11, 352-01297/11, 352-01298/11 i 352-01299/11

Us proposo una ampliació de l'ordre del dia, molt ràpida –molt ràpida–, per incloure quatre noves audiències en ponència per al Projecte de llei d'universalització de l'assistència sanitària, que crec que ja s'ha parlat amb tots els portaveus.

Es pot acordar l'ampliació..., per ordre del dia? *(Pausa.)*

Votem.

Vots a favor?

Unanimitat.

Per tant, ara hauríem de votar aquestes quatre audiències. La primera és el senyor Josep Maria Martínez, president de l'Associació de Trasplantats Hepàtics de Catalunya; la segona, el Consell Consultiu de Pacients de Catalunya; la tercera, l'Associació de Malalts de Ronyó de Catalunya, i la quarta, la Societat Catalana de Trasplantaments.

Es poden votar conjuntament? (*Pausa.*) Entenc que sí.

Vots a favor?

Molt bé. Doncs, queda aprovada la incorporació d'aquestes quatre audiències en ponència, no en comissió, per al Projecte de llei d'universalització de l'assistència sanitària.

### **Proposta de resolució sobre l'alletament matern**

250-00527/11

Ara sí, passem al punt número 5 de l'ordre del dia, que és la Proposta de resolució sobre l'alletament matern, que està presentada, si no vaig errada, per tots els grups. I, per tant, li passo la paraula, en primer lloc, a la diputada de Junts pel Sí, la senyora Maria Rosell.

#### **Maria Rosell i Medall**

Moltes gràcies, presidenta. Bé, la llet materna és l'aliment natural per al nadó, i no només l'ajuda a créixer, sinó que el protegeix. El primer any de vida és el període de creixement i desenvolupament més ràpid en la vida de les persones. Les demandes nutricionals són les més grans, i la llet materna té els components adequats i no produeix ni intoleràncies ni al·lèrgies. L'alletament matern implica avantatges per al nadó i la mare, tant en els aspectes immunitaris, nutritius o psicològics. L'alletament s'ha d'iniciar al més aviat possible i, si pot ser, abans de la primera hora de vida. La composició de la llet va variant durant la presa; per això la importància de buidar bé el pit i donar l'alletament a demanda.

Per a una bona salut maternofamiliar és molt important aquesta PR. I l'últim punt, en què instem el Govern a modificar la legislació laboral per tal d'ampliar la baixa maternal a vint-i-quatre setmanes, o sigui, els sis mesos de vida..., és el temps que els professionals aconsellen amb alimentació materna exclusiva. Fins i tot a Portugal ja ho tenen regulat i tenen aquests sis mesos de baixa laboral a les mares per poder alletar.

Des del Servei de Salut Maternoinfantil es coordinen les actuacions del sistema sanitari català amb el protocol de seguiment de l'embaràs de Catalunya, protocol d'assistència al part i puerperi i atenció al nadó, la guia de l'embarassada, el curs d'educació maternal, preparació per al naixement, que inclou un capítol dedicat exclusivament a la lactància. Aquests cursos, que fa uns trenta anys que es van iniciar, ens demostren que fent prevenció, educació sanitària, augmentem la qualitat de vida i en aquests casos hem ajudat a prevenir la morbimortalitat maternoinfantil.

Així mateix, el departament també elabora diferent material, com són tríptics, cartells divulgatius, càpsules de vídeo, etcètera. També, des de l'agència pública de salut, mitjançant el programa de salut maternoinfantil, es treballa per potenciar la formació continuada de tots els professionals sanitaris. La formació continuada d'aquests professionals –tant es fa en l'àmbit sanitari com en el d'atenció continuada– està relacionada amb la salut de les mares i els nadons, i consisteix en diverses edicions dels cursos d'actualització a la lactància materna. Estan impartits per professionals de diferents disciplines, tots ells i elles experts en diferents àrees que faciliten l'abordatge integral per potenciar i donar suport a l'alletament matern.

L'ideal seria que tots els professionals tinguessin la formació adequada i que accedissin al lloc de treball o als serveis quan estiguessin acreditats. Aquests cursos s'adrecen tant a professionals sanitaris d'obstetrícia com de pediatria, i compten amb el suport científic de les següents institucions: la Societat Catalana de Pediatria, l'Associació Catalana d'Infermeria Pediàtrica, l'Associació Catalana de Llevadores, UNICEF, la Federació Catalana de Grups de Suport a la Lactància Materna i el Banc de Llet Materna.



També creiem que seria molt important que en els territoris, si hi ha més d'un CAP, d'un centre d'atenció primària, la pediatria i el servei d'obstetrícia o els Assir estiguessin dins del mateix centre, que no estiguessin en dos centres diferents, perquè d'aquesta manera, realment, promocionem la salut i ajudem a que els usuaris no s'hagin de desplaçar de centre en centre, sinó que estan ben coordinats tots els serveis, tant de pediatria com dels Assir, de llevadores i obstetres que estan allà.

En aquesta PR, al començament es parla també de l'enquesta de salut que es va fer l'any 2014. Aquí els hi dic l'enquesta del 2015 perquè s'ha millorat ja les persones que donen l'alletament matern, i l'enquesta de salut inclou dades des de l'inici de la durada de lactància materna, i permet el monitoratge anual. Així, les dades del 2015 mostren que un 85 per cent dels nadons inicien l'alletament matern al naixement –el 85,2 per cent dels nens i un 84,7 per cent de les nenes. Un 53,9 la mantenen més de sis mesos –un 56,8 dels nens i un 50,08 de les nenes–, i un 31,3 per cent durant un any o més –el 30 per cent dels nens i el 31 per cent de les nenes.

Aquestes dades, si voleu, són accessibles a la pàgina web del departament, i això ens està indicant que, si continuem treballant en la informació i l'educació en la salut de les persones, millorarem, i és el que estem fent en tots els aspectes sanitaris quan realment hi ha la prevenció i l'educació.

Per tots aquests motius, i perquè esperem que continuem treballant en aquestes línies i augmentant la qualitat de vida de totes les persones i sobretot dels nostres infants, proposem acceptar aquesta PR de tots els partits.

Moltes gràcies, presidenta.

#### **La presidenta**

Moltes gràcies, diputada. Doncs, ara, pel Grup Parlamentari de Ciutadans, té la paraula el diputat Jorge Soler.

#### **Jorge Soler González**

Gràcies, presidenta. Com saben, nosaltres també subscriuim aquesta proposta i, com no pot ser d'altra manera, les paraules de la diputada que acaba d'intervenir. I, per tant, doncs, el nostre, evidentment, vot favorable.

Senzillament, un comentari al punt 2. Intentaré ser breu. En primer lloc, és perquè, bé, jo soc un dels que va signar, però ara m'he adonat que parla de baixa, i jo crec que hauríem d'intentar acostumar-nos a parlar sempre de permís. Com saben vostès, la baixa és una qüestió, doncs, de malaltia, que dona un metge i que, per tant, el tancament el fa sempre un metge. El permís..., doncs, també el permís de maternitat el fa un metge, però, quan acaba el permís, no necessita cap professional sanitari que doni cap tipus de paper, perquè, senzillament, la persona que està amb un permís de maternitat no està malalt, està en una altra situació i, per tant, és important aquest matís.

I també vam subscriure això quan saben vostès que al nostre programa nosaltres parlem d'un permís de maternitat, d'un permís de vint-i-sis setmanes, i, per tant, no en la línia que està escrit. Però, bé, entenem que, en tot cas, això són accions que de conjunt sempre són bones, i per això nosaltres l'hem subscrit. Com saben, des del gener també hem augmentat el permís, en aquest cas, de paternitat, perquè també a nosaltres la corresponsabilitat, doncs, de les cures del nadó ens sembla important. I totes aquelles polítiques que siguin vinculades a reduir la discriminació, doncs, de la dona al mercat laboral, polítiques de conciliació laboral, les entenem molt importants. Per tant, hem subscrit aquest punt, encara que, si hagués estat nostre, com saben, nosaltres tenim polítiques encara més a l'alça en aquest sentit, i les hauríem fet, com ja estem fent, com saben vostès, a Madrid.

Moltes gràcies.

#### **La presidenta**

Moltes gràcies, diputat. Doncs, pel Grup Parlamentari Socialista, té la paraula el diputat Raúl Moreno.

#### **Raúl Moreno Montaña**

Gràcies, presidenta. Molt breument, perquè jo crec que s'ha explicat molt bé el contingut de la PR, i l'hem signat tots i totes, i, per tant, hi coincidim plenament, no?

Hi coincidim, en els beneficis de l'alletament; són evidents. Confiem també en que pugui ser quelcom normalitzat i que pugui ser, a més a més, recomanat pel conjunt de professionals del nostre sistema. Però també jo crec que al final aquí hem de fer una reflexió, i és dir: si hi ha alletament matern o no, serà una decisió de la mare, per tant, en la seva llibertat podrà decidir si li dona o no aquest alletament. I, per altra banda, anar una mica amb cura amb aquelles dones que per motius..., perquè no volen o per motius també sanitaris, doncs, perquè han tingut una mastitis o algun tipus de problema, no ho poden fer, tot i que voldrien. Per tant, molt bé, l'alletament matern, molt bé, però intentem no estigmatitzar amb aquest enfortiment les dones que han pres altres decisions, bé per iniciativa pròpia o per condicions, diguem-ne, que no els hi permeten fer-ho. Res més.

Gràcies.

#### **La presidenta**

Moltes gràcies. Ara, pel Grup Parlamentari de Catalunya Sí que es Pot, té la paraula la diputada Àngels Martínez.

#### **Àngels Martínez Castells**

Sí, molt breument, i seguint en la línia de l'estigmatització, tant en un sentit com un altre. En un determinat moment s'estigmatitzava la mare que no alletava, i en un altre moment també s'estigmatitzava..., no era ben bé la paraula, però es considerava com passada de moda, no?, la dona que, sobretot, prolongava l'alletament fins al... Llavors, això vol dir que hi han d'haver campanyes de sensibilització de la societat; igual com es va fer durant un temps, les imatges de les dones embarassades ensenyant les panxes, i no passava re, al contrari, va treure molta pols de la ment de moltes persones, doncs, crec que també s'ha de fer el mateix amb l'alletament i, per tant, demostrar que no passa res.

Jo encara recordo, fa poc, haver llegit, doncs, d'una dona que havia tingut problemes amb la justícia per haver donat alletament en un lloc públic, però, evidentment, suficientment «recatada» com per no fer exhibicionisme de re. A més a més, estava alletant. Doncs, això per una banda. I, per l'altra banda, que si hi han moltes mares que voldrien alletar i no poden, no és per qüestions, diguem-ne, de que no tinguin llet o que no hi ha..., sinó per qüestions laborals. I en aquest sentit, doncs, també, més enllà del temps de permís, que hi hagin les flexibilitats suficients perquè es pugui mantenir aquest alletament.

Moltes gràcies.

#### **La presidenta**

Moltes gràcies. Doncs, ara, pel Grup Parlamentari Popular, té la paraula la diputada Marisa Xandri.

#### **Marisa Xandri Pujol**

Gràcies, presidenta. Doncs, bàsicament, afegir-me a l'excel·lent exposició que ha fet la diputada Rosell, de Junts pel Sí. Nosaltres també vam formar part d'aquesta PR, que subscriuim al cent per cent. I, per tant, tot el nostre suport.

Gràcies.

#### **La presidenta**

Moltes gràcies. Pel Grup Parlamentari de la CUP - Crida Constituent, té la paraula la diputada Eulàlia Reguant.

#### **Eulàlia Reguant i Cura**

Moltes gràcies. Evidentment, vam firmar aquesta proposta de resolució, a la qual donem suport. Però sí que volíem afegir alguns incisos, alguns dels quals ja han anat sortint una mica. Però és evident, en la lògica de parlar de permís de maternitat, que en un altre espai haurem d'abordar el permís de paternitat per també assimilar drets, però alhora poder veure diferents maneres de viure la maternitat i la paternitat. Entendre que la lactància materna forma part, com s'ha comentat..., o sigui, que forma part de cursos, però que, per tant, vol dir que forma part del cicle sexual i reproductiu, i que parlem de lactància materna, però que també hauríem..., i estar bé abordar l'embaràs, el part, l'anticoncepció, tenir en compte tot el que envolta el cicle sexual i reproductiu de les dones.

I, finalment, no?, un incís també en aquest sentit, quan parlem del permís de maternitat, i amb el que deia la diputada de Catalunya Sí que es Pot, que tampoc és aquí l'espai, però que aquesta proposta de resolució ens hauria de portar en altres espais a parlar de l'accés al món laboral, de les diferències entre homes i dones en l'accés al món laboral, i de les conseqüències que pateixen moltes dones pel fet de quedar-se embarassades i, per tant, pel fet, després, de voler incrementar el període de lactància. I que, per tant, vol dir que això forma part d'un procés molt més ampli, que és necessari treballar en pro d'aquesta proposta de resolució i que, per tant, per això hi donem suport, però que no ens ha de fer despistar i que hem d'abordar també tots aquests altres aspectes i pensar on els hem d'abordar i posar-nos-hi des del precís moment en què aprovem això avui.

Moltes gràcies.

**La presidenta**

Moltes gràcies. Em demanen la paraula des del Grup de Junts pel Sí, la diputada Maria Rosell. Per quin motiu?

**Maria Rosell i Medall**

Sí, per clarificar un punt només.

**La presidenta**

D'acord.

**Maria Rosell i Medall**

Moltes gràcies, presidenta. Només clarificar que jo m'he centrat en l'alletament matern perquè és la PR que estàvem presentant avui, però dir-vos que precisament en els cursos de preparació al part, d'educació maternal i tot això, es parla globalment de tothom, precisament perquè ningú se senti malament. Es parla d'alletament matern, però també es parla d'alletament artificial i s'explica de la mateixa manera i s'intenta parlar-ne amb tota naturalitat i neutralitat, precisament perquè ningú se senti malament. Inclús també es comenta que a vegades és millor donar un biberó ben donat que un pit angoixat, no? O sigui, que això també vull que quedi clar, que no perquè fem la PR d'alletament matern es vulgui ser només estrictament per l'alletament matern, sinó que, evidentment, per la qualitat de vida i la salut de vida de tothom; la salut és molt àmplia i variada i es té respecte amb tot. Només volia aclarir això, eh?

Gràcies.

**La presidenta**

Moltes gràcies, diputada. Volia saludar, molt especialment, l'Agnès Russiñol, que va ser diputada la passada legislatura en aquest Parlament i que va ser la persona que va treballar, ella com a diputada i amb entitats, per aquesta proposta de resolució, que ens va enganxar al final de la passada legislatura i que vam intentar recuperar i passar-la per tots els grups i que fos una cosa unitària del Parlament. I saludar també la Gemma Falguera i el Lluís Ruiz, que l'acompanyen, que són la presidenta de l'Associació Catalana de Llevadores i... (*Se sent un soroll de fons.*) Ai, perdó. (*Rialles.*) Perdó. I el Lluís Ruiz, que forma part del comitè d'UNICEF i formava part del Comitè de Lactància Materna en el passat, doncs, per la seva implicació també en aquesta proposta de resolució.

I informar-vos també d'una esmena tècnica en un punt que vam incorporar també a últim moment, que és a l'apartat número 2, que ens ha proposat també la mateixa lletrada de la comissió, que és que el Parlament de Catalunya, en lloc d'instar el Govern a modificar el tema del permís de maternitat, doncs, insta el Govern de l'Estat –perquè el Govern de l'Estat no pot modificar directament una llei– a que presenti un projecte de llei per a la modificació de tot el tema del permís de maternitat. (*Veus de fons.*) Sí. Traient la paraula «baixa» i posant «permís», perquè en realitat no és una baixa, sinó que és un permís.

Em sembla que ho teniu tots els grups i que tothom hi està d'acord. Per tant, a la votació es votarà amb aquesta esmena tècnica. Entenc que ho podem votar tot conjuntament.

Per tant, vots a favor?

Unanimitat.

Moltes gràcies.

I s'aixeca la sessió.

La sessió s'aixeca a la una del migdia i sis minuts.