



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2001

VII Legislatura

Núm. 207

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. FELICIANO BLÁZQUEZ SÁNCHEZ

Sesión núm. 11



celebrada el miércoles, 4 de abril de 2001

ORDEN DEL DÍA:

Proposiciones no de ley:

- | | |
|--|------|
| — Sobre la adopción de medidas para acelerar, facilitar e impulsar las líneas de investigación tendentes a la utilización terapéutica de los cannabinoides. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/000337)..... | 6238 |
| — Sobre la Fundación Hospital de Calahorra. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/000339) | 6241 |

Página

	Página
— Relativa a la necesidad de establecer controles sanitarios sobre la actividad de tatuaje y del «piercing». Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/000369)	6245
— Relativa a los brotes de «legionela». Presentada por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida. (Número de expediente 161/000385)	6249
— Sobre la inclusión de las bombas de infusión continua de insulina en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Presentada por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió). (Número de expediente 161/000412)	6249
— Relativa a los derechos internacionales de propiedad intelectual sobre medicamentos contra el sida y otras enfermedades. Presentada por el Grupo Parlamentario Mixto. (Número de expediente 161/000570)	6253
— Sobre la integración de la sanidad penitenciaria en el sistema público de salud. Presentada por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida. (Número de expediente 161/000579)	6259

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

PROPOSICIONES NO DE LEY:

— SOBRE LA ADOPCIÓN DE MEDIDAS PARA ACELERAR, FACILITAR E IMPULSAR LAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN TENDENTES A LA UTILIZACIÓN TERAPÉUTICA DE LOS CANNABINOIDES. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/000337)

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, damos comienzo a la sesión de la Comisión de Sanidad y Consumo con el orden del día que todos conocen.

Quiero anunciar a SS.SS. que las votaciones, si no hay ningún inconveniente, las acumularíamos al final de los debates y, en cualquier caso, intuyo que no serían antes de las doce y media.

En primer lugar, sometemos a debate la proposición no de ley sobre la adopción de medidas para acelerar, facilitar e impulsar las líneas de investigación tendentes a la utilización terapéutica de los cannabinoides, que ha sido presentada por el Grupo Parlamentario Socialista, y para su defensa tiene la palabra el señor Fidalgo.

El señor **FIDALGO FRANCISCO**: Señor presidente, señorías, vamos a comenzar la sesión de hoy debatiendo una proposición no de ley presentada ante la Cámara en el mes de noviembre. Este retraso condiciona algunas cuestiones, como a continuación vamos a ver.

Quiero introducir mi intervención de alegato a favor de la utilización terapéutica de los cannabinoides con una cita de un editorial reciente del *New England Journal*, que dice lo siguiente: Una política federal que

prohíbe a los médicos aliviar el sufrimiento de los pacientes más graves prescribiendo marihuana es engañosa, dura e inhumana. También es hipócrita prohibir a los médicos recetarla mientras se les permite usar morfina y meperidina para aliviar el dolor extremo y la disnea.

Quiero, además, recordar aquí que, tras muchos siglos de utilización de los opioides por diferentes culturas, es solamente a finales del siglo XIX e inicios del siglo XX cuando la prescripción de la morfina como analgésico se hace común terapéuticamente. Sin embargo, en nuestra sociedad varios condicionantes de tipo administrativo, moral, religioso, etcétera, impiden que, por ejemplo, en nuestro país se aproveche el efecto beneficioso de los mórficos de manera generalizada hasta hace muy poco tiempo. Incluso los médicos, por nuestra formación y cultura social, hasta ayer mismo éramos reacios a utilizar en nuestro país derivados de los opioides. Por ejemplo, solamente hasta hace diez años en Inglaterra se utilizaban los opioides treinta veces más que en nuestro país. Hoy, por el contrario, se han superado los condicionantes adversos y miles de españoles se benefician de los efectos terapéuticos de los derivados opioides. Digo esto como argumento y comparación de lo siguiente.

El cannabis también ha estado presente en infinidad de culturas, ya sea en su forma textil en la antigüedad, ya sea como remedio, o incluso como elemento lúdico desde los escitas, los griegos, los romanos, el Islam, la China, India, etcétera, diferentes culturas, como he dicho, incluso se llega a citar en la Biblia. En Europa se introduce como droga —utilizando la acepción amplia y terapéutica de droga— durante el siglo XIX, a través de Francia, con los ejércitos de Napoleón, que habían tenido contacto con este producto en sus campañas de Egipto. En Francia e Inglaterra se utiliza durante el siglo XIX para aliviar dolores, espasmos musculares, convulsiones, epilepsias, etcétera, e incluso de su uso no eran ajenos los propios reyes ingleses, por ejemplo

la reina Victoria de Inglaterra que lo utilizaba para aliviar sus problemas menstruales.

A finales del siglo XIX la droga se encuentra presente ya en todas las farmacopeas occidentales y es ampliamente utilizada en todos los círculos médicos, pero a principios del siglo XX el avance de la técnica y la química hace que su uso decaiga por la aparición de alternativas sintéticas para algunas de sus aplicaciones empíricas. Pero es la marihuana *taxa act* de 1937, promovida por el Congreso USA tras una histórica campaña desinformativa, puesto que se atribuía a la marihuana el efecto de “conducir de manera inmediata e irrevocable a la locura homicida”, entre comillas, la que definitivamente ilegaliza de facto el cannabis en un contexto represor en otros ámbitos sociales, como lo demuestra, por ejemplo, que al mismo tiempo se desencadenara la caza de brujas por el senador Mac Carthy en el cine.

El mimetismo anglosajón y occidental hacia Estados Unidos ha hecho que en el resto de Europa la controversia sanitaria se base en los últimos 50 años más en la retórica y el apasionamiento que en datos científicos objetivos. El debate se ha planteado a partir de valores, creencias y convicciones políticas y morales. Sin embargo, durante la última década, múltiples estudios científicos han venido a demostrar la utilidad terapéutica de los derivados cannabinoides, sobre todo el tetrahidrocannabinol. Así, en USA, la FDA ha autorizado su dispensación para combatir los efectos emetizantes de las terapias anticancerígenas; lo mismo ha ocurrido en Canadá y Suiza. Por su parte, los estados de Arizona y California han autorizado el uso del cáñamo por razones terapéuticas para enfermos de sida, cáncer y enfermedades neurodegenerativas.

En la Unión Europea, la Sociedad de Esclerosis Múltiple británica recomienda someter el cannabis a estudios farmacológicos y biológicos como cualquier otra droga, sin ningún otro tipo de prejuicio; el príncipe Carlos de Inglaterra se mostró a favor. En nuestro medio aledaño, en Holanda, los farmacéuticos luchan por su dispensación libre en farmacias, y en Inglaterra la policía pide su despenalización para fines terapéuticos.

En nuestro país, el cruce y la confusión entre el estudio de los efectos terapéuticos en el ámbito científico-médico y la legalización en el ámbito cultural y moral está frenando el abordaje desde una óptica objetiva. No obstante, la aparición de nuevas líneas de investigación lideradas por científicos españoles (por ejemplo, los bioquímicos de la Universidad Complutense de Madrid, corroboradas por el Instituto de Neurociencia de San Diego) centradas en la acción de los cannabinoides sobre los mecanismos bioquímicos del dolor y la inhibición del crecimiento, e incluso la destrucción, de células tumorales cultivadas de determinados tumores neurológicos, ha vuelto a poner de actualidad la necesidad de afrontar de manera inmediata el estudio

exhaustivo de los posibles efectos terapéuticos de los derivados cannabinoides.

Las expectativas ciudadanas han aumentado por las múltiples informaciones que aparecen en los medios de comunicación, entre ellos un conocido programa de investigación de Televisión Española, que se emite los domingos, en el que la opinión de los ciudadanos y la de múltiples científicos se mostraba clarísimamente a favor de la legalización o del estudio en profundidad de las condiciones terapéuticas de estas drogas.

Por otra parte, el cannabis contiene más de 400 principios activos diferentes, por lo que se ha comprobado que sus efectos terapéuticos son más amplios y beneficiosos que los del tetrahidrocannabinol aislado, y está aceptada científicamente su utilidad como antiemético para paliar las reacciones adversas de la terapia antitumoral y como reductor de la presión intraocular en el glaucoma, son conocidos sus efectos anticonvulsivos y antiepilépticos, así como su efecto antiasmático, analgésico, estimulante del apetito, contra el insomnio y como tratamiento de la hipertensión y la ansiedad; todos ellos combinados en el conjunto del producto.

La divulgación de esos conocimientos hizo concebir esperanzas fundadas a miles de enfermos que están esperando conclusiones definitivas que puedan facilitar los tratamientos farmacológicos derivados. Hablamos de enfermos no terminales, pero sí en una situación clínica muy preocupante y, sobre todo, muy desesperante. Estas conclusiones dependen de la puesta en marcha de los ensayos clínicos que determinen exactamente la farmacología de los principios activos, por lo que la administración sanitaria debe implicarse activamente.

Mientras tanto, la sociedad avanza y, en base a las evidencias científicas y clínicas aparecidas sobre las posibilidades médicas del cannabis, los grupos parlamentarios catalanes se sienten impulsados a promover por unanimidad para su debate en el Parlamento de Cataluña una proposición no de ley que insta al Consell a realizar las gestiones necesarias ante las diferentes administraciones para que se autorice el uso terapéutico del cannabis. Es, por tanto, algo asumido socialmente.

El sufrimiento otorga al hombre el derecho, al menos, a la esperanza. Decía Tucídides que fue tal la desesperación en Atenas ante la peste que asolaba la ciudad, que sus habitantes que contraían la enfermedad se daban por perdidos, se abandonaban y morían donde fuera, ya que habían llegado a un grado de desesperanza tal que ni dioses, ni leyes ni convicciones humanas les importaban.

El Congreso debe llevar hoy esta esperanza a los que sufren. Por eso instamos al Gobierno a que tome las medidas necesarias para impulsar, facilitar y acelerar las líneas de investigación tendentes a la utilización terapéutica de los cannabinoides. Añadiríamos, en base a la proposición no de ley del Parlamento catalán, que autorizase, previo informe de la Agencia de Evaluación

del Medicamento, la utilización terapéutica del cannabis.

Muchos ojos están puestos en nosotros hoy, démosles satisfacción.

El señor **PRESIDENTE**: A esta proposición no de ley ha sido presentada una enmienda por el Grupo Parlamentario Popular, para cuya defensa tiene la palabra la señora Rodríguez López.

La señora **RODRÍGUEZ LÓPEZ**: Intervengo en nombre de mi grupo para fijar posición respecto a la proposición no de ley que presenta el Grupo Socialista.

El cannabis ha sido utilizado como remedio herbal durante años por determinadas culturas. Desde hace varias décadas, vienen apareciendo en la literatura científica diferentes estudios sobre potenciales usos terapéuticos de los metabolitos del cannabis, especialmente del tetrahidrocannabinol y de distintos derivados sintéticos, como el dronabinol y la annabinona.

Las líneas de investigación en los cannabinoides se han dirigido tanto a un mejor conocimiento de los mecanismos fisiológicos de acción, como a sus efectos farmacológicos y clínicos, existiendo abundante literatura sobre estos efectos en enfermedades tan diversas como el glaucoma, la espasticidad en la esclerosis múltiple, corea de Huntington, enfermedad de Alzheimer, etcétera.

La literatura médica y paramédica está llena de estudios y de observaciones puntuales sobre sus propiedades como antiemético en el tratamiento de las náuseas asociadas a la quimioterapia antineoplásica y en el síndrome de caquexia asociada al sida. En algunos países se usan determinados derivados sintéticos del cannabis con este fin.

Existen revisiones serias y exhaustivas publicadas en las revistas científicas, tanto a nivel internacional —como los comentarios aparecidos en *The New England Journal of Medicine*— como nacional, y ahí está la excelente revisión publicada recientemente, la monografía Cannabis, apadrinada por el Plan Nacional sobre Drogas, en la que se pone de manifiesto que, en el momento actual, no existen estudios controlados que demuestren rotundamente que el tratamiento con cannabinoides tenga lugar en el arsenal terapéutico. Igualmente se constata que puede ser necesario continuar los estudios experimentales que puedan conducir a un mejor conocimiento de sus acciones a nivel del crecimiento celular, de la función en las membranas, etcétera.

Algo que hay que tener en cuenta y que en ocasiones no es considerado, son los efectos secundarios que tienen los cannabinoides en los humanos; tales como alteraciones mentales en personas predispuestas, disminución de la espermatogénesis, inmunosupresión de los macrófagos en el pulmón etcétera, sin olvidar además que está aceptado que el organismo llega a producir

tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia cuando se dejan de consumir.

En general, podría considerarse que existen dos planteamientos sobre el valor de su uso terapéutico: por un lado, el de los que consideran que su valor es irrelevante y que su utilización sólo estaría relacionada con sus efectos sobre el estado psicológico de los pacientes y como terapia paliativa. Por otra parte, están los que consideran que son productos con efectividad demostrada y que no se utilizan por sus connotaciones sociales.

La realidad es que las específicas connotaciones sociales de la marihuana y los cannabinoides desbordan el debate sobre dichos productos y entorpecen la visión de la evidencia existente sobre el valor de los mismos. Es preciso, asimismo, mencionar que el efecto de los cannabinoides para el tratamiento de los síntomas referidos anteriormente es modesto y que existen terapias alternativas mucho más efectivas. Sin embargo, la combinación de efectos que pueden tener permite suponer que podrían ser útiles en situaciones de vómitos inducidos por citostáticos o en casos terminales de sida. Lo que parece plenamente establecido en estos momentos es que si existe algún efecto está relacionado con los derivados sintéticos y no con el uso de marihuana directamente. No obstante, parece necesario continuar las investigaciones que permitan conocer con mayor profundidad sus efectos, así como sus funciones, puesto que parece que diversos cannabinoides pueden tener efectos diferentes.

La investigación terapéutica del cannabis es interesante, pero constituye una entre las muchas líneas de investigación con sustancias susceptibles de ser medicamentos que tienden a aliviar el dolor y, por tanto, el sufrimiento. La Agencia Española del Medicamento, con criterios exclusivamente científicos, sigue ésta y otras líneas de investigación que concurren en el momento actual. El único grupo que conocemos que existe en España que trabaje sobre el tema de cannabinoides y el cáncer es el de la Universidad Complutense de Madrid, grupo que, por invitación del Centro Nacional de Investigación en cáncer, presentó sus resultados en un seminario celebrado el 31 de octubre, tras el cual se llegó a un acuerdo para mantener una estrecha línea de comunicación y colaboración.

Con relación a la financiación de proyectos de investigación, el Instituto de Salud Carlos III, a través del Fondo de Investigación Sanitaria, el FIS, financia actividades de investigación, becas de formación, proyectos de investigación, contratos de investigadores, infraestructuras, actividades de difusión, etcétera, a través de convocatorias públicas en régimen de concurrencia competitiva. Las prioridades de esta convocatoria corresponden a las del Plan nacional de I+D+I 2000-2003, vigente en la actualidad, en sus áreas de biomedicina y sociosanitaria, además de la acción estratégica

de telemedicina, de la que el Instituto de Salud Carlos III es organismo gestor.

Respecto a la línea de investigación señalada en esta proposición no de ley, es necesario recalcar que estaría incluida entre los objetivos del área de biomedicina antes mencionada. Concretamente se cita como prioridad la investigación farmacéutica, nuevos desarrollos terapéuticos y la investigación clínica y fisiopatológica de las enfermedades neoplásicas. Por todo ello, esta línea es financiable si se presentan proyectos de investigación a las convocatorias anuales del Instituto de Salud Carlos III, a través del FIS, y se supera el proceso de evaluación por las partes correspondientes.

Nuestro grupo considera que lo solicitado en la presente proposición no de ley constituye una realidad, dado que existen estudios y métodos de investigación concretos de esta sustancia junto con líneas de financiación a proyectos concretos de investigación. Por todo esto proponemos el siguiente texto alternativo: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a que, a través del Instituto Carlos III, se intensifiquen los estudios con relación al uso terapéutico del cannabis.

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

Por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), tiene la palabra la señora Riera.

La señora **RIERA I BEN**: Con brevedad, porque mi grupo considera que el portavoz del Grupo Socialista, en la exposición de motivos para justificar la presentación de esta proposición no de ley, ha dado abundantes, consistentes y argumentados criterios por los cuales nosotros valoramos favorablemente esta iniciativa. Además, lo ha explicado también el portavoz socialista, esta iniciativa es de obligado cumplimiento y apoyo, dado que el Parlamento de Cataluña ha sido de los primeros en legislar sobre este asunto con el apoyo de todos los grupos sin excepción.

Nuestro grupo está profundamente convencido de que en este momento las evidencias científicas a favor del uso terapéutico de los cannabinoides son muy superiores, por sus efectos beneficiosos, que otras cuestiones que podrían plantear dudas sobre si responden o no a determinadas terapias, sobre todo en enfermos de cáncer, de sida. No olvidemos que muchos de estos enfermos están siendo tratados, por prescripción facultativa, en muchos hospitales, y se les está recomendando que utilicen los efectos terapéuticos de los cannabinoides para paliar efectos no deseados de la quimioterapia, de falta de apetito como consecuencia de la quimioterapia o de la enfermedad del sida, porque no sólo les alivia el dolor sino que, al favorecer el apetito, les ayuda de manera considerable a recuperarse y a aumentar de peso.

En este momento hay muchos estudios que avalan la conveniencia de que determinadas enfermedades sean

tratadas de manera terapéutica con el uso de los cannabinoides. No se puede sostener la postura de no estar a favor de esta propuesta porque la avalan los comités científicos y la praxis médica. Por todo esto, mi grupo acepta esta proposición y anuncia su voto a favor. Si el Grupo Socialista no acepta la enmienda que propone el Grupo Popular, apoyaríamos la propuesta socialista sin más.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Fidalgo, a los efectos de aceptación o rechazo de la enmienda presentada por el Grupo Parlamentario Popular.

El señor **FIDALGO FRANCISCO**: Durante la tramitación de esta proposición no de ley ha habido novedades importantes, no sólo a nivel de la opinión pública, sino incluso a nivel de iniciativas parlamentarias que, como se ha recalcado varias veces, son iniciativas aprobadas por unanimidad, incluido el Grupo Popular en el Parlamento catalán.

Lo que dicen es así de taxativo: Autorizar la utilización terapéutica del cannabis. Nada más. Creo que en este momento hay que ser mucho más ambiciosos. La enmienda que plantea el Grupo Popular nos parece dilatoria y más de lo mismo. Por tanto, con rotundidad mantengo nuestra proposición no de ley tal como está. Agradezco a CiU el apoyo a esta proposición, que debería haberse aprobado por unanimidad porque es la misma que se aprobó también por unanimidad en el Parlamento catalán.

— SOBRE LA FUNDACIÓN HOSPITAL DE CALAHORRA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/000339)

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la exposición y debate de la segunda proposición no de ley, sobre la Fundación Hospital de Calahorra. Ha sido presentada por el Grupo Parlamentario Socialista y para su defensa tiene la palabra el señor Martínez Sanjuán.

El señor **MARTÍNEZ SANJUÁN**: Mi grupo parlamentario presentó esta proposición no de ley en el mes de noviembre del año pasado, después de un amplio debate social en el Parlamento de La Rioja, en un momento en el que todavía el nuevo hospital de Calahorra, llamado en la actualidad Fundación Hospital de Calahorra, no había abierto todavía sus puertas, estaba en un proceso de selección de personal, y nos pareció oportuno abrir en el Congreso de los Diputados un debate sobre el sistema de gestión del mismo. No sabíamos cuándo iba a empezar a funcionar dicho hospital de Calahorra. Por fin, ha abierto sus puertas y los ciudadanos pueden asistir al mismo. Por el mes de noviembre no teníamos claro cuándo se iba a producir esta apertura porque se había dicho que el hospital de

Calahorra, cumpliendo los plazos, abriría el primer trimestre del año 2000, posteriormente, después de la última campaña electoral, se decía que iniciaría su funcionamiento en el mes de julio y, al final, se dijo que abriría en los primeros días del mes de diciembre, como ha ocurrido. En estos momentos se encuentra en funcionamiento, aunque no a pleno rendimiento, cumpliendo una labor de gestión hospitalaria a un colectivo importantísimo de más de 62.000 personas de La Rioja baja y de las zonas de influencia, concretamente de la comunidad de Navarra.

Presentamos esta proposición no de ley para debatir el sistema de organización del mismo, toda vez que el Gobierno ya había decidido en su momento que el sistema de gestión de este hospital fuera el de una fundación pública sanitaria, a la luz de las creadas por el Real Decreto de enero del año 2000. Respecto al sistema de organización, a qué se llama fundación y a qué no, se han producido tantos ríos de tinta, tantos conflictos y tantas falsas interpretaciones, que el propio Insalud llama con el mismo nombre a dos cosas distintas, lo cual da idea de la poca claridad que existe con relación al concepto de la fundación pública sanitaria.

En la orden que se publica trasladando la resolución del Consejo de Ministros de 7 de abril creando la Fundación Hospital de Calahorra, en su artículo 1 se dice que es una organización sanitaria sin ánimo de lucro; es decir, una organización, un sistema de gestión, una norma de funcionamiento a la que el Insalud le proporciona unos medios, unas instalaciones, pero es una organización sanitaria. Sin embargo, la propia Fundación Hospital de Calahorra, en su página web, a la que tuve acceso ayer mismo por la tarde, dice que es un centro público. Esto es, ya no se sabe si es un centro público o es una organización sanitaria. Yo creo que es una organización sanitaria.

El Gobierno, el señor Romay y su equipo anterior, nos dijeron que esto era en aras de la modernización. Después de un amplio debate, de una aprobación importante de leyes, de reglamentos, de decretos, de contrarreglamentos, al final, después de la famosa Ley de acompañamiento del año 1999, se produce el Real Decreto 29/2000, de 14 de enero, para que, a la luz del artículo 40, se puedan crear una serie de fundaciones sanitarias y se hace para dar mayor capacidad organizativa a la sanidad pública y para responder mejor a las demandas de los usuarios y profesionales. Ya teníamos la experiencia (después de conocer esta forma de entender por parte del Gobierno en relación con las fundaciones sanitarias) del funcionamiento de dos fundaciones, de otro carácter pero similares: el hospital de Manacor y la Fundación Hospital de Alcorcón. Se decía que era para dar respuesta cumplida a los intereses de los usuarios y profesionales. Ahora, con un nivel de experiencia, podemos preguntarnos si los usuarios realmente lo pidieron, si se manifestaron en público, si organizaron manifestaciones pidiendo que los hospita-

les públicos y los que se iban a crear a partir de entonces se gestionaran por un sistema distinto del tradicional del Insalud, si pedían que se gestionaran por un sistema de fundaciones. La realidad parece que no ha sido así.

A la luz de la experiencia acumulada y de las críticas que ha habido han tomado más carta de naturaleza las plataformas de defensa de la sanidad pública, que no están contentas con este sistema de gestión, ya que la cosa no funciona como se había dicho que iba a funcionar; los profesionales tampoco lo habían pedido y no están satisfechos, las demandas no van en esta línea, sino que piden otras cosas. Se pide estabilidad por parte de los interinos, se pide más tiempo de consulta por parte de los médicos, se piden más medios; en definitiva, se pide otra forma de gestionar, muy distinta de esta por la que optó el Gobierno para el funcionamiento de los hospitales. Es decir, no parece que, en general, la experiencia haya funcionado bien ni que se hayan cumplido los objetivos previstos, porque la realidad es que los usuarios no están muy contentos, que hay reclamaciones por doquier y denuncias en varios hospitales, como el de Alcorcón o el de Manacor, que tienen ese sistema de gestión.

Es verdad que se ha mejorado, concretamente en el hospital de Calahorra —el nuevo hospital abierto—, la asistencia hotelera, pero a los ciudadanos no sólo les interesa la calidad hotelera, que es muy importante, sino la oferta de servicios, el aumento de especialidades, la atención, la rapidez, porque en Calahorra, para hotel de cinco estrellas, tenemos el parador nacional y la gente, si va a un establecimiento hotelero, prefiere que tenga piscina. Cuando uno está enfermo, lo que necesita es que los servicios sean amplios, que la oferta y la calidad de estos servicios sea suficiente. Es decir, que si bien es importante la calidad hotelera, no es suficiente para explicar que este sistema es la maravilla de las maravillas. A los ciudadanos les interesan los servicios, la participación en la toma de decisiones, y es verdad que, con este sistema de gestión hospitalaria creado a la luz del real decreto, los usuarios pueden participar en esa comisión de garantías, pero no decide, sólo se le informa por parte del patronato o de la dirección. En términos generales, los usuarios no están muy satisfechos, a la luz de la experiencia, con el funcionamiento de este sistema de gestión.

Los profesionales tampoco están satisfechos, porque esto ha supuesto y está suponiendo una ruptura del modelo entre personal estatutario y personal laboral; nadie ha explicado todavía cómo va a afectar al personal laboral y a los que están contratados el futuro estatuto marco de la sanidad pública; está habiendo una excesiva rotación de plantilla e inestabilidad en el empleo; no se participa por los profesionales en el patronato, aunque sí en el órgano de control de asistencia sanitaria y funcionamiento del centro. Por otra parte, el sueldo ha introducido unos criterios bastante

discrecionales en cuanto a lo que son retribuciones fijas y lo que son retribuciones variables en función de los objetivos. En conclusión, que ni los usuarios ni los profesionales están lo suficientemente satisfechos para que, con la experiencia, podamos decir que el sistema de gestión creado a la luz de los reales decretos sea suficiente.

¿Se ha mejorado económicamente la gestión de los centros? Parece que tampoco, porque Alcorcón tiene una desviación en el gasto de aproximadamente un 20 por ciento; la privatización de servicios como, por ejemplo, laboratorios, ha sido importante; el sistema de funcionamiento de algunos centros hospitalarios, como el de Manacor, a través de la firma de convenios con aseguradoras privadas puede establecer niveles de atención de primera y de segunda en función de por qué puerta pueda entrar un ciudadano, si va con la cartilla de la Seguridad Social exclusivamente o con otra cartilla sanitaria, es decir, tarjetas del Insalud de primera y de primera especial. Aparte de otros problemas, como es el encaje de estas fundaciones en la Lofage, en el sistema de control de las administraciones públicas en la medida en que se quiere funcionar por el régimen mercantil, pero estas fundaciones tienen un patronato público que funciona fundamentalmente con dinero de las arcas públicas a través del Insalud y, lógicamente, les afectaría la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, como dice la última ley aprobada y el futuro reglamento que tiene que ser aprobado. Luego, no parece que el sistema como tal intente dar muchas alas a nuevas formas de gestión. Es decir, no parece que era tan bueno este sistema que hasta la actual ministra, y el subsecretario en el Senado, anuncian la paralización o la suspensión de la generalización de este modelo de gestión de los hospitales públicos.

Pocos días antes de que tomara posesión el actual Gobierno y la actual ministra, el Gobierno publica en el Boletín Oficial del Estado, estando en funciones, el acuerdo de la constitución de la Fundación Hospital de Calahorra. Cuando sonaba la campana, cuando ya se iba a desechar un modelo, qué casualidad que al hospital de mi comunidad le toca el pato de ser el último que se va a gestionar, por lo menos con este Gobierno, con un sistema retirado, obsoleto casi antes de empezar y criticado por el actual Gobierno. No nos parece que pedir que se cambie el modelo sea una cosa tan extraña o, por lo menos, tan ridícula, cuando el propio Gobierno lo ha desechado.

Se ha roto un modelo y un consenso político y social con la implantación en el hospital de Calahorra de un nuevo sistema, del sistema de fundación, sistema distinto al tradicional. Además, en un momento en que se van a producir o, por lo menos, a discutir las transferencias a la comunidad autónoma. Está tan poco claro el encaje político, el encaje de gestión de este sistema de organización a través de las fundaciones en el sistema de gestión del Insalud y en las futuras transferen-

cias que hasta el actual secretario técnico de la Consejería de Sanidad del Gobierno de La Rioja, que es el encargado de abrir el proceso de transferencias por parte del Gobierno regional de mi comunidad autónoma, llega a decir que no se sabe si este hospital es un recurso de gestión y formará parte de la gestión que habrá de ser traspasada a la Comunidad Autónoma de La Rioja. Esto es, que el propio Gobierno de mi comunidad autónoma no sabe si este sistema de gestión, si este hospital puede ser transferido en los actuales términos.

Razones ideológicas, estructurales, de funcionamiento —ya tenemos experiencia de los primeros meses de la Fundación Hospital de Calahorra—, nos hacen pensar que teníamos razón en esta cuestión. ¿Por qué? Porque los servicios no están funcionando bien, porque hay una gran descoordinación, porque hay servicios que no se han puesto en marcha, porque la plantilla de la actual Fundación Hospital de Calahorra tiene ya, casi antes de empezar, un 30 por ciento de rotación en sus puestos, porque realmente no hay estabilidad y no hay condiciones de trabajo objetivas, interesantes e importantes. A los ciudadanos les importa la estabilidad, les preocupa y les interesa la seguridad, porque cuando estamos hablando de salud no hay nada más importante que la tranquilidad, la salud y el buen funcionamiento de un centro.

Termino ya. Definitivamente, la experiencia no es buena, como ustedes y la señora ministra saben, y lo que les pedimos realmente es que rectifiquen, que cambien un sistema de gestión que no está dando frutos positivos y que ustedes mismos han aparcado. Lo que no es bueno para otros sitios, tampoco es bueno para el último hospital de mi comunidad autónoma, el hospital de Calahorra. Cambien el modelo. Yo creo que no lo van a hacer, porque están empeñados en mantener una política que incluso han cambiado, pero en la que no quieren dar marcha atrás. Rectifiquen antes de que el desaguado provocado por este modelo de gestión sea lo suficientemente importante, para que cuando tengamos que cambiar a través de nuestras mayorías este sistema de gestión no nos encontremos con una situación irremediable.

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

Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Zambrano.

El señor **ZAMBRANO VÁZQUEZ**: Intervengo para fijar la posición del Grupo Popular ante esta proposición no de ley, mediante la que se pretende conseguir que el Gobierno deje sin efecto, y por tanto modifique, el sistema de gestión adoptado como fundación para el hospital de Calahorra, en La Rioja.

Lo que el proponente argumenta esencialmente para conseguirlo es que por las quejas de los usuarios y el

funcionamiento de los servicios, según su criterio, las fundaciones no son oportunas para la gestión hospitalaria. Asevera también, no sabemos por qué razón y sobre la base de qué información o interpretación, que el Gobierno, debido a esto, ha decidido no seguir adelante con este modelo de organización. También alega la proximidad de las transferencias sanitarias a las comunidades autónomas que todavía no las tienen, entre las que se encuentra La Rioja, diciendo que no se deben hipotecar futuras decisiones de modelos de gestión tomándose decisiones en estos momentos por quien tiene legal y legítimamente las competencias.

A nuestro juicio, las argumentaciones que exponen en esta proposición no de ley no tienen ninguna otra base sólida que el subjetivismo interesado en cuanto al funcionamiento y el desconocimiento de la regulación de estas nuevas formas de gestión en pleno uso y vigencia en todos los hospitales de nueva creación, puestos en marcha después de la aprobación de la normativa que las regula. Por tanto, no entendemos la aseveración de la marcha atrás del Gobierno, porque no es cierta, y mucho menos basada en los resultados de las fundaciones, que son, dicho sea de paso, lo contrario a lo argumentado en cuanto al funcionamiento de los servicios y a las quejas de los usuarios, que corresponden más a la transparencia y, como ha dicho el mismo ponente, a la participación ciudadana que llevan implícita estas formas de gestión.

La prudencia del Gobierno, priorizando sus acciones y decisiones en un momento próximo a las transferencias sanitarias, como cita S.S., y haciendo una pausa en la transformación, voluntaria por otra parte, de los centros con gestión tradicional en fundaciones públicas sanitarias, no supone de ninguna forma la duda en la plena vigencia de la aplicación de la ley en los centros de nueva creación —por cierto, que no va a ser el último—, mucho más cuando las administraciones con competencias están de acuerdo y conformes con la forma de gestión adoptada. Así, como recordarán SS.SS., el Real Decreto-ley 10/1996, de 17 de junio, y posteriormente la Ley 15/1997, de 25 de abril, habilitaban al Insalud y a todo el Sistema Nacional de Salud la utilización de estas nuevas formas de gestión.

Mediante una enmienda transaccional que se aprobó en este Congreso —entre los grupos que la aprobaron estaba incluido el proponente de esta proposición no de ley— se permitía la gestión de los hospitales públicos a través de cualesquiera entidades de titularidad pública admitidas en derecho. La ley continuaba diciendo que la disposición ampara la gestión a través de entes tales como empresas públicas, consorcios, fundaciones y otras entidades. Posteriormente, el Real Decreto 29/2000, de 14 de enero, define a las fundaciones —como ha dicho S.S.— como organizaciones sanitarias sin ánimo de lucro, que destinen y afecten su patrimonio a la realización de fines sanitarios de interés general, de forma que sus fines se adaptan de forma

clara a la misión de un hospital público o, si lo quiere mejor S.S., de una organización sanitaria pública. Además, debemos señalar que la norma es de aplicación supletoria para las comunidades autónomas, incluso las que tienen competencias transferidas, es decir que se trata de derecho estatal supletorio del derecho de las comunidades autónomas.

Con este recordatorio legal queda suficientemente explicitada la legalidad de la adopción de este modelo de gestión en el hospital de Calahorra que, como bien sabe y ha dicho S.S., inició su construcción en julio de 1997, mediante acuerdo del Insalud y la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de La Rioja. Después, el 7 de abril del año 2000, el Consejo de Ministros, de acuerdo con el Real Decreto 29/2000, autorizó al Insalud a constituir la Fundación Hospital de Calahorra, publicándose el 26 de abril del mismo año. Como es sabido, el 25 de junio del 2000 se constituyó el patronato de la fundación con las tres administraciones implicadas: el Insalud, la Comunidad Autónoma de La Rioja y la corporación local, que se han venido reuniendo desde entonces hasta en seis ocasiones, a plena satisfacción y entendimiento, para el seguimiento de la puesta en marcha del hospital. En ningún caso, ninguna de las tres administraciones inmersas en el acuerdo han cuestionado ni han demandado la modificación de la figura jurídica del hospital de Calahorra. ¿No le parece a S.S. suficiente acuerdo político y social de la sociedad riojana que el modelo de gestión haya sido acordado por los tres legítimos gobiernos elegidos por los ciudadanos a los que representan? Ya que usted ha recordado la tardanza en la apertura, quizás convenga recordar —porque además es de justicia— que este hospital se ha conseguido gracias y a consecuencia de una reivindicación histórica de Calahorra y su comarca, y que el Gobierno socialista, en su largo mandato de casi catorce años, la denegó una y otra vez, llegándose incluso a la propuesta, cuando gobernaban en la Comunidad Autónoma de La Rioja, de plantear su construcción con financiación exclusiva de la comunidad autónoma y sin incluir su funcionamiento en la red hospitalaria del Sistema Nacional de Salud, lo que dio como resultado final —como saben SS.SS.— el no conseguir nada de nada. Sin embargo, es cierto por evidente que el Partido Popular satisfizo plenamente y con rapidez esta reivindicación histórica nada más llegar al Gobierno, y ahí está la prueba del inicio de su construcción en el año 1997 y su puesta en marcha y su funcionamiento en la actualidad. Cuestionar ahora su puesta en funcionamiento con el argumento de futuras hipotecas responde más a una pataleta excusatoria, por no haber sido capaces de conseguir el hospital en su período de Gobierno, que recuerda a la fábula de la zorra y las uvas —que no hace falta recitar en estos momentos— que a la verdad que demandaban los ciudadanos de Calahorra y, por extensión, de toda La Rioja, que era contar con un hospital en su tierra que

les diera una asistencia de calidad, que es lo que ha garantizado con la Fundación Hospital de Calahorra el Gobierno del Partido Popular.

A modo de conclusión le resumo nuestra posición diciendo: primero, que la Fundación Hospital de Calahorra se ha constituido sobre la base de la normativa vigente. Segundo, que la fórmula de gestión adoptada es un instrumento para gestionar de forma adecuada este centro hospitalario, permitiendo así la provisión suficiente de los servicios sanitarios. Tercero, que las administraciones competentes están de acuerdo con la decisión tomada, formando parte del patronato de dicha fundación. Por eso creemos que demandar ahora su paralización en base a futuras hipotecas, cuando están de acuerdo los tres niveles de la Administración con competencia y, además, integradas en el patronato de la fundación con una normativa legal de aplicación, aprobada por unanimidad por todos los grupos políticos, es como negar, si me lo permite S.S., la esencia misma del funcionamiento en el sistema democrático. Lo que se pretende aquí es que unas administraciones legítima y democráticamente elegidas por ciudadanos no puedan tomar decisiones con arreglo a la legislación vigente porque pudieran hipotecar a futuros gobiernos que pudieran ser elegidos y no estar de acuerdo con esta forma de gestión o entendieran, en su caso, que son mejores otras. Sencillamente, y sin necesidad ninguna de importunarle, creemos que esto es un disparate fuera de lugar y de tono y por eso el partido Popular votará en contra de esta proposición no de ley. **(El señor Martínez Sanjuán pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señor Martínez Sanjuán, ¿para qué me solicita la palabra?

El señor **MARTÍNEZ SANJUÁN**: Para un breve turno de réplica en base a las alusiones.

El señor **PRESIDENTE**: Su señoría sabe que no es habitual.

El señor **MARTÍNEZ SANJUÁN**: Si, señor presidente, pero también sabe que no es habitual que yo participe en esta Comisión.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra por dos minutos, señor Martínez Sanjuán.

El señor **MARTÍNEZ SANJUÁN**: Muchas gracias. Sabía de su benevolencia y de su buen talante, señor presidente.

Voy a intervenir solamente a efectos del «Diario de Sesiones» por la falta de argumentos por parte del portavoz del Grupo Popular a todo mi discurso sobre el funcionamiento. No se trata de hacer un juicio crítico de la historia, que la misma pondrá a cada uno en su sitio, ni de la historia sanitaria de mi comunidad autónoma y de los retrasos que se van acumulando en deter-

minadas políticas, pero el argumento que ha utilizado, que le están soplando a la oreja al señor portavoz del Grupo Popular, nos indica que no sabe ni conoce el funcionamiento, la sensibilidad, no sólo de los gobiernos, sino de la sociedad riojana, la propia experiencia del actual Gobierno y la ausencia de credibilidad que tiene el propio Gobierno en el funcionamiento de un sistema sanitario que no está dando los frutos, ni está funcionando como se había previsto. No me sirve, y termino, señor presidente, ese argumento de las hipotecas de un gobierno en relación a otro, porque ese ha sido el argumento por parte del actual Gobierno del Partido Popular para no poner en marcha un sistema de acuerdos con los funcionarios públicos y que luego fue recurrido. En mi comunidad autónoma hay un jota que tiene fama, la voy a dulcificar, que dice: Calahorra no es Calahorra que es un nuevo Washington.

El señor **PRESIDENTE**: Creí que la iba a cantar. **(Risas.)**

El señor **MARTÍNEZ SANJUÁN**: No. Tengo mala voz. Ahora se canta de otra forma: Calahorra no es Calahorra es un nuevo Washington, tiene un obispo y toda la historia y hospital con fundación.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Zambrano.

El señor **ZAMBRARO VÁZQUEZ**: Es aventurado achacar el desconocimiento del funcionamiento del hospital cuando está empezando. Creo que se referirá al funcionamiento de otras fundaciones. Yo el conocimiento que tengo es que funciona a plena satisfacción.

Por otra parte, desconozco ese descontento que parece ser que conoce él de los ciudadanos de La Rioja, ya que me soplaban mi compañero de La Rioja que están encantados con esta Fundación Hospital de Calahorra.

— **RELATIVA A LA NECESIDAD DE ESTABLECER CONTROLES SANITARIOS SOBRE LA ACTIVIDAD DEL TATUAJE Y DEL PIERCING. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/000369)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al punto 3 del orden del día. Proposición no de ley relativa a la necesidad de establecer controles sanitarios sobre la actividad del tatuaje y del *piercing*, que ha sido presentada por el Grupo Parlamentario Socialista.

Para su defensa, tiene la palabra la señora Cortajarena.

La señora **CORTAJARENA ITURRIOZ**: Intervengo en nombre del Grupo Parlamentario Socialista en esta iniciativa parlamentaria que tiene sus antecedentes en la VI Legislatura y en concreto en una interpelación que se produjo en el Senado, al entonces

ministro de Sanidad, con motivo de establecer controles sanitarios sobre la actividad del tatuaje, del *piercing* y de la micropigmentación.

Creo que el llamado arte corporal, que incluye estos tres elementos, es una práctica muy antigua que se ha desarrollado a lo largo de la historia, que ha cobrado un gran auge en los jóvenes actuales y, sobre todo, son las formas que tiene la juventud de reinventar el propio cuerpo y de identificarse con elementos diferenciadores. Se trata de técnicas que son de origen oriental. Los maoríes eran unos auténticos maestros en tatuaje e inventaron una forma de surcar la cara con una concha y una especie de tinta, y en el siglo XVIII se puso de moda también en Japón también el tatuaje gracias a la popularidad de un cuento, que era un cuento chino. En el mundo occidental se inventó una máquina de producir tatuajes en el año 1890 y desde entonces se exportó a Europa y a América esta forma de decoración corporal.

El *piercing* tampoco puede presumir de ninguna modernidad, señorías, porque unas cerámicas andinas demuestran que hace 2000 años los aztecas, los incas y otras civilizaciones de Asia y del Mediterráneo perforaban sus cuerpos para demostrar el final de la adolescencia o los cambios de status dentro de una sociedad. En la actualidad son especialmente las personas entre 15 y 35 años las que eligen esta forma de decoración corporal y es algo que debe preocupar a las administraciones, no para controlar esta actividad, que allá cada cual cómo se quiera decorar su propio cuerpo, sino porque influyen una serie de situaciones sanitarias que suponen una serie de riesgos y deben ser tenidas en cuenta a la hora de que el Ministerio de Sanidad, como salud pública, garantice que se efectúan con las debidas condiciones higiénico-sanitarias.

La micropigmentación, señorías, está siendo utilizada mayoritariamente hoy en día por el público femenino con el objeto de embellecer rasgos faciales, perfilar labios, cejas, ojos. Este ejercicio está proliferando en todos los establecimientos destinados a la estética y a la belleza corporal. Sin embargo, somos conscientes desde el Grupo Parlamentario Socialista de que estas prácticas se efectúan sin ninguna formación o con muy poca formación previa y sin ningún control sanitario. La realidad es muy diferente y nos encontramos que el auge de estas prácticas ha crecido y el número de establecimientos aparecen por doquier, que hay profesionales que se dedican al ejercicio de estas prácticas y que, además, lo hacen en verano, en trastiendas de determinados comercios sin ninguna garantía de profesionalidad y hay un intrusismo profesional evidente y cada vez más mayoritario.

Por estas razones estimamos, siguiendo la moción que ya se aprobó en el año 1999, que sería necesario aplicar una serie de medidas para evitar factores de riesgo higiénico-sanitarios y la necesidad de reconocer la actividad del arte corporal como una actividad artís-

tica que vaya acompañada de una formación básica que también generaría, por qué no decirlo, bastante empleo entre los jóvenes que quieran dedicarse a estas prácticas.

Como conocíamos ya el mandato que tenía el Gobierno del Partido Popular, que lleva gobernando cinco años por si nadie lo recuerda, hicimos una pregunta escrita al Gobierno para que nos trasladara cuáles habían sido las actuaciones que habían acometido en relación a la moción y cuáles eran los compromisos asumidos y en qué situación nos encontrábamos. Pues bien, la respuesta dada por el Gobierno el 26 de diciembre del año 2000 —no muchas más cosas se han podido hacer— dice que el Instituto Nacional de Cualificaciones, en cumplimiento de la moción del Senado, está elaborando el estudio sobre la incidencia del sector del arte corporal en el mercado laboral español y que sus trabajos están muy avanzados, pero todavía no tenemos constancia de que estén finalizados.

Con independencia de ello, ya el Grupo Parlamentario Socialista y el Gobierno socialista en el año 1995, a través de un real decreto, estableció un título de grado medio que se llamaba técnico de caracterización, cuya formación era de 2000 horas lectivas. La competencia profesional que alcanzan estos alumnos al término del ciclo formativo permite que puedan transformar el aspecto físico de un sujeto en un personaje previamente definido, fabricando con elementos técnicos necesarios el proceso, garantizando en su ejecución una condición de calidad, de seguridad e higiene óptimas y administran, gestionan y comercializan empresas dedicadas a esta actividad de caracterización. La verdad es que se trata de técnicos de caracterización que prioritariamente se dedican a las artes escénicas, a la música, a la comedia, a la tragedia o a la danza. En principio, fue una respuesta anticipada del Gobierno socialista, aparte de las cuestiones que se han planteado desde 1999 constantemente al Gobierno del Partido Popular; sin embargo, no vemos que haya una toma en consideración real y efectiva por su parte, dado que la respuesta es que el Instituto Nacional de Cualificaciones todavía está estudiando la formación para la actividad del *piercing*, el tatuaje y la micropigmentación, por lo que todavía cabe esperar un tiempo, aunque no sabemos cuánto.

También hay que hablar del tipo de publicidad que se está haciendo sobre el arte corporal. Es necesario que a través de la escuela, de la educación y de la formación y también a través de campañas y de los medios de comunicación social se informe a la juventud del tipo de riesgos que pueden correr cuando llevan a cabo estas prácticas. Como dato complementario solamente quiero señalar que la Comisión Nacional de Hemoterapia, con representación en las 17 comunidades autónomas, decidió incluir en la legislación española la recomendación del Consejo de la Unión Europea sobre la idoneidad de los donantes de sangre y plasma. Así, la

orden de 2 de julio de 1999 recoge la exclusión temporal, durante el período preventivo de un año, de donantes potenciales que se hayan sometido a prácticas que supongan perforación de la piel o mucosas, como es el caso del *piercing* y del tatuaje. Los medios de comunicación social, señorías, están permanentemente lanzando mensajes y alarmando a la ciudadanía. En concreto, dicen que es una moda que cada vez tiene más adeptos y que puede ser peligrosa para la salud. El agujereado y la colocación de bisutería en labios, nariz, párpados, ombligos, pezones o genitales está generando una enorme variedad de lesiones e infecciones, algunas muy graves. En la literatura médica hay documentos de casos de desgarros, inflamaciones, lesiones en los pezones y en la uretra, amputaciones de orejas por infección y algún que otro caso muy raro. Es decir, estamos ante un problema de salud pública y por lo tanto creemos que el Ministerio de Sanidad tiene que tomar una serie de medidas en relación con este tipo de actividades que acarrearán problemas y riesgos a la población, sobre todo a la población joven.

Nosotros vamos a seguir insistiendo en el tema. De hecho, con motivo de nuestra proposición no de ley, hacemos cuatro propuestas al Gobierno. En primer lugar, hablamos de un plazo de seis meses. Sabemos que el Gobierno actual es muy poco dado a establecer plazos y que siempre dice en el plazo de tiempo más breve posible, cuando sea oportuno o cuando se considere conveniente, pero es que hay demandas que datan del año 1999, con una moción del Senado, señorías, y ya casi han transcurrido dos años, período de tiempo en el que se han podido acordar los requisitos técnicos de la habilitación profesional y la garantía sanitaria, así como cualesquiera otros que puedan reunir los profesionales y los centros donde se impartan las técnicas del arte corporal. En segundo lugar, que en los centros educativos, a la hora de impartir los programas de educación para la salud, se informe de los riesgos que estas prácticas conllevan si no se realizan en las debidas condiciones higiénico-sanitarias. En tercer lugar, que el Ministerio de Sanidad y Consumo contrate campañas publicitarias de información sobre los requisitos de carácter higiénico-sanitario que deben cumplir los establecimientos que practican el tatuaje, el *piercing* y la micropigmentación. Y en cuarto lugar, que a partir de las conclusiones del estudio encomendado por el Senado al Instituto Nacional de Cualificaciones sobre la incidencia del sector del arte corporal en el mercado español, el Gobierno, en el ámbito de sus competencias, adopte las medidas necesarias para desarrollar el ciclo formativo de esta profesión. Esta es la propuesta que hace el Grupo Parlamentario Socialista ante la Comisión de Sanidad y que eleva al Gobierno del Partido Popular y al Ministerio de Sanidad y Consumo. Esperamos a que por parte del Grupo Popular se defiendan la enmienda que han presentado, tras lo cual manifestaré cuál va a ser el sentido de nuestro voto.

El señor **PRESIDENTE**: A esta proposición no de ley ha sido presentada una enmienda por el Grupo Parlamentario Popular. Para su defensa y presentación, tiene la palabra el señor Bustillo.

El señor **BUSTILLO GUTIÉRREZ**: Señorías, quisiera comenzar mi intervención manifestando que desde el Grupo Parlamentario Popular compartimos la preocupación, el interés, la sensibilidad y en definitiva la filosofía global que la portavoz del Grupo Parlamentario Socialista nos acaba de transmitir en relación con la proposición no de ley relativa al establecimiento de controles sanitarios sobre la actividad del tatuaje y del *piercing*. Nuestro grupo también comparte la necesidad de regular y controlar sanitariamente estas actividades así como de la correcta aplicación de las medidas preventivas básicas. Somos conscientes de que una actividad como la decoración corporal con tatuajes, *piercing* y micropigmentación, tan extendida en este momento, debe realizarse con la necesaria profesionalidad y en establecimientos que reúnan las debidas condiciones higiénico-sanitarias.

Dicho esto, señorías, lo que nuestro grupo no comparte en absoluto con la portavoz del Grupo Parlamentario Socialista es que el Gobierno no esté actuando para conseguir estos objetivos. Señorías, hace aproximadamente 15 meses el Pleno del Senado aprobó una moción con el mismo contenido que la proposición no de ley que ahora estamos debatiendo. Con motivo de dicha moción, consecuencia de una interpelación del Grupo Socialista, modificada por los grupos parlamentarios Popular en el Senado, Socialista, Senadores Nacionalistas Vascos y Mixto, se acordó en aquel momento instar al Gobierno para que en el seno del Consejo interterritorial, en el marco de las competencias del Estado y de las comunidades autónomas, se consensuaran los requisitos técnicos de habilitación profesional, de garantía sanitaria y de otro tipo que deben reunir los profesionales y los centros donde se realizan estas técnicas de tatuaje, *piercing* y micropigmentación. Pues bien, como consecuencia de la citada moción, el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Dirección General de Salud Pública y Consumo, elaboró un borrador de acuerdo que remitió a distintas unidades del Ministerio, entre ellas al Centro Nacional de Epidemiología y al Plan Nacional del Sida, con el fin de que se hiciesen las observaciones pertinentes. En estos momentos, valoradas las consideraciones recibidas, se ha concluido un anteproyecto de acuerdo por el que se establecen medidas higiénico-sanitarias básicas de aplicación en los servicios no sanitarios de atención personal para el control de infecciones de transmisión sanguínea, como ya ha manifestado la portavoz socialista, y próximamente se va a trasladar el mismo a la Comisión de Salud Pública para su estudio y remisión al pleno del Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud para su aprobación, una vez que la Comi-

sión lo considere adecuado. Esto, señorías, por lo que se refiere a las actuaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo. Al Grupo Parlamentario Popular le consta que el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte no es ajeno a la preocupación social por el auge de estas prácticas. En este sentido, dicho Ministerio está llevando a cabo diversas acciones para facilitar la integración de la educación para la salud en los centros tanto a nivel de formación del profesorado como de convenios con otros organismos y publicaciones que fomenten estilos de vida saludables. También tiene prevista este Ministerio la elaboración de folletos informativos, la difusión a través de Internet, seminarios, grupos de trabajo, etcétera.

En definitiva, señorías, nuestro grupo parlamentario es consciente de que el Gobierno, tanto a través del Ministerio de Sanidad y Consumo como del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, está trabajando en el cumplimiento de una moción que, repito, tiene el mismo contenido que la proposición no de ley que nos ocupa. No obstante, como ya he dicho anteriormente, compartimos los objetivos fundamentales de iniciativa, por lo que en aras al consenso nuestro grupo presenta un texto alternativo que a nuestro juicio ampliará y mejorará el texto aprobado en el Senado. El texto que se propone queda redactado de la siguiente forma: El Congreso de los Diputados entiende necesario que el Gobierno y las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias, elaboren en el plazo más breve posible la normativa por la que se regulen las condiciones que deben reunir el instrumental utilizado en las técnicas de tatuaje, *piercing* y micropigmentación, así como las sustancias que se utilicen en esta última.

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

Por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), tiene la palabra la señora Riera.

La señora **RIERA I BEN**: Intentaré ser breve y concisa en la exposición. De entrada, mi grupo valora favorablemente la proposición del Grupo Socialista y lo hace así porque como he comentado antes con motivo de la primera iniciativa, este es un tema sobre el que el Gobierno de Cataluña ya ha elaborado la oportuna legislación, que ha sido aprobada por el Parlamento catalán. El Real Decreto 28/2001, del 23 de enero, regula, yo diría que de manera amplia y exhaustiva, las condiciones que deben reunir los establecimientos que realizan las prácticas de tatuaje y/o *piercing*, así como las condiciones higiénico-sanitarias que deben cumplir los profesionales que las llevan a cabo; igualmente, se establecen las recomendaciones y los requisitos indispensables que deben cumplir las personas que se someten a esta moda.

Nos sorprende la exposición del portavoz del Grupo Popular porque nos parece que se está complicando

mucho un tema bastante simple. Estamos hablando de una cuestión de salud pública, en la que las comunidades autónomas tienen competencias, y que se esté dando como excusa de que este tema no esté solucionado la conveniencia de hacerlo pasar por el Consejo interterritorial de Salud, cuando temas que realmente son muy importantes pasan muy de tarde en tarde o simplemente no pasan por dicho Consejo, nos parece casi anecdótico, por decirlo de una manera suave. La moda existe desde hace tiempo; los que están motivados y han decidido seguirla hace tiempo que están utilizando estas prácticas. Creo que podemos estar en un momento en que los que querían tatuarse o hacerse un *piercing* ya lo han hecho y los que no ya no están interesados en la materia. Puede suceder que cuando el Gobierno haya decidido regular la cuestión la moda haya dejado de serlo y esté de moda quitarse los tatuajes. Señorías, con toda sinceridad, nos parece que este debate está fuera de tiempo y, además, lo estamos complicando innecesariamente. Con ánimo positivo y constructivo, en representación del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), me he permitido traer copia del Diario Oficial de Cataluña, en castellano para que su lectura sea más fácil, y también copia de los folletos que el Departament de Sanitat del Gobierno de Cataluña ha repartido en todos los centros de salud y en los centros de juventud —los voy a traducir porque están en catalán—, en los que se dice: Si estás por este rollo, hazlo con garantías, hazlo bien. De estos folletos se ha hecho amplia difusión en centros escolares, en institutos, etcétera, y en ellos se mencionan las garantías que se deben exigir si uno quiere tatuarse o hacerse un *piercing*. El decreto deja claro —y esto es muy importante— que tienen que ser las corporaciones locales las que controlen el cumplimiento de las normas higiénicas y sanitarias que establece el citado decreto.

Pensamos que la iniciativa del Grupo Socialista es oportuna y si alguna crítica cabe hacer es que ya vamos con excesivo retraso. Discrepamos totalmente de la postura del Grupo Popular acerca de que hay que seguir estudiándolo porque, insistimos, si nos entretenemos mucho en los estudios, el daño que pueda ocasionar la práctica ya estará hecho, además sin remedio. Por tanto, damos nuestro apoyo a la iniciativa, que, como la primera que hemos debatido, ha contado en Cataluña con el apoyo de todos los grupos parlamentarios, incluido el Grupo Popular.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Cortajarena, a los efectos de aceptación o no de la enmienda transaccional.

La señora **CORTAJARENA ITURRIOZ**: Señor presidente, solicito su benevolencia, pues todavía seguimos negociando la enmienda transaccional y puede que la aceptemos. Le ruego que me conceda unos minutos más.

— **RELATIVA A LOS BROTES DE “LEGIONE-LLA”. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO FEDERAL DE IZQUIERDA UNIDA. (Número de expediente 161/000385)**

El señor **PRESIDENTE**: La cuarta proposición no de ley, relativa a los brotes de *legionella*, del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida, ha sido retirada, por manifestación verbal al portavoz del Grupo Parlamentario Popular.

— **SOBRE LA INCLUSIÓN DE LAS BOMBAS DE INFUSIÓN CONTINUA DE INSULINA EN EL CATÁLOGO DE PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO CATALÁN (CONVERGÈNCIA I UNIÓ). (Número de expediente 161/000412)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al debate de la quinta proposición no de ley sobre la inclusión de las bombas de infusión continua de insulina en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Ha sido presentada por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) y para su defensa tiene la palabra el señor Martí i Galbis.

El señor **MARTÍ I GALBIS**: Señorías, en nombre de mi grupo parlamentario, paso a presentar y defender esta proposición no de ley mediante la cual se persigue la inclusión de las bombas de infusión continua de insulina en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud. En primer lugar, en nombre del Grupo Catalán, quisiera expresar en este momento mi solidaridad personal y la de los miembros del Grupo Parlamentario Catalán en esta Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso con todas las personas diabéticas del Estado español, especialmente con aquellas que en estos momentos son usuarias de las bombas de infusión continua de insulina y también con aquellas que todavía no han podido acceder a ellas por cuestiones relacionadas con su capacidad adquisitiva, a las que luego me referiré. Quisiera recordar que son muchas las personas y las familias afectadas en todo el Estado que están pendientes de la actitud y del compromiso de todos y cada uno de los diputados y diputadas presentes en esta Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados. Creo que todos los miembros de esta Comisión hemos recibido llamadas, cartas y diferentes mensajes de muchas y diversas entidades de diabéticos de todo el Estado español pidiendo nuestro apoyo a esta iniciativa parlamentaria. El portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, cuando defendía la proposición no de ley relativa a la utilización terapéutica de los cannabinoides, hacía también referencia a que había muchas personas hoy en día afectadas por diversas enfermedades a las que se ha referido, que estaban

esperando un gesto de esta Comisión, la luz verde que les permitiera una mejora en su calidad de vida. Las personas afectadas por otro tipo de enfermedad, en este caso la diabetes, también están esperando de nosotros algún apoyo para que este tema vea la luz verde definitivamente. Por eso, en su nombre, pido ya a todos los diputados y diputadas de esta Comisión el voto favorable a la proposición no de ley que ahora presentamos.

No es mi intención reproducir, aunque sea con otras palabras, la exposición de motivos de la proposición, presentada por mi grupo el pasado mes de diciembre y que ahora estamos tratando. No lo voy a hacer porque nos alargaremos y ya lo hemos hecho, creo que innecesariamente, en el debate de las anteriores proposiciones no de ley y, además, porque sabemos que todas las señorías de esta Comisión conocen desde hace años la problemática asociada a esta enfermedad. En los últimos años, la tecnología médica ha perfeccionado la utilización de este mecanismo, con el que se abren importantes esperanzas para un porcentaje de diabéticos que, aunque es pequeño en relación al total de personas afectadas por esta enfermedad, les convierte en potenciales usuarios y beneficiarios del mismo. Las pruebas de estos avances tecnológicos médicos las encontramos en muchos puntos del Estado, en el territorio Insalud y en territorio de las comunidades autónomas a las que han sido traspasadas las competencias sanitarias; en concreto, en algunas de éstas, los servicios de Salud llevan experimentando desde hace algunos años diferentes pruebas piloto con resultados más que satisfactorios. Solamente tenemos que ver las informaciones periodísticas que han salido estos últimos meses en la prensa especializada en las que se da cumplida cuenta de ello. Creo que está plenamente demostrado que las bombas de infusión continua de insulina aportan claras ventajas a sus usuarios facilitando un mejor control de la diabetes, una mayor calidad de vida y un menor riesgo de complicaciones.

Parece lógico, pues, que una vez realizadas las diferentes pruebas piloto a las que antes me he referido y evaluada su idoneidad por parte de diversos organismos —en este caso permítame que haga propaganda de uno que forma parte del Gobierno de la Generalitat, que es la Agencia de Evaluación de Tecnología Médica de Cataluña, que en el mes de enero de 2001 ya presentó un informe relativo a los beneficios de esas bombas de insulina—, acreditados sus beneficios por parte de instituciones científicas, entre las que voy a citar, porque es de las últimas que ha manifestado su opinión favorable, la Sociedad Andaluza de Endocrinología y Nutrición, y atendiendo a las peticiones de las diferentes asociaciones estatales de diabéticos, dicha prestación sea incluida en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud asumiendo su financiación, tal y como lo hace con otras prestaciones. No obstante, somos conscientes de que es aquí donde puede radicar el problema y donde podría encontrar dificultades en el

orden político a consecuencia de las innegables repercusiones económicas que tal medida puede conllevar para el Sistema Nacional de Salud. Evidentemente el éxito de esta proposición no de ley dependerá en gran medida de las cifras que barajemos de personas afectadas, posibles beneficiarias de este mecanismo, y también, cómo no, del precio por unidad de cada una de las bombas de insulina.

Los datos de los que dispone mi grupo parlamentario al respecto son, en concreto, que en Cataluña el colectivo de potenciales usuarios de este mecanismo se situaría entre 500 y 1.000 personas, por lo que, por una traslación de esas cifras a nivel de todo el Estado, creemos que el conjunto de este colectivo podría situarse en torno a las 10.000 personas como mucho. Asimismo el coste de los diferentes modelos de bombas de insulina que están en el mercado en estos momentos —que decía anteriormente que podría suponer un serio obstáculo desde el punto de vista económico-financiero— oscila entre las 300.000 y 500.000 pesetas por unidad, en función de las diversas marcas comerciales. Sin embargo, debe de tenerse en cuenta que existen diferentes posibilidades de negociación por las que las empresas proveedoras pueden llegar a ofertar a la Administración sanitaria distintas fórmulas, que pasan por la cesión, no por la venta, el recambio continuado y el mantenimiento de la bomba por una determinada cantidad mensual y por otras condiciones con las que el Sistema Nacional de Salud puede llegar a ahorrarse una cantidad de recursos importante. En ese sentido quiero hacer referencia a una decisión importante que se tomó hace pocas fechas por parte del Departamento de Sanidad de la Generalitat de Catalunya, hará unas tres semanas, decisión que se basa en la financiación pública de las bombas de insulina a cargo de dicho Departamento por un valor calculado en unos 200 millones de pesetas en los próximos cinco años. Creemos que esta medida puede ser ejemplarizante de cara a la asunción por parte del Sistema Nacional de Salud y del Ministerio de Sanidad de la incorporación de estos mecanismos a su catálogo de prestaciones. Insisto en que este tratamiento en ningún caso, y es muy importante subrayarlo porque si no perderemos de vista algo esencial, sería extensible a la totalidad de los diabéticos y sólo sería indicado en aquellos pacientes que presenten un perfil médico que así lo requiera. Por tanto, no estamos en estimaciones a nivel del Estado, como en algún medio se ha recogido, de 100 ó 150.000 personas, sino que nos podemos estar moviendo alrededor de una cifra de 10.000 personas afectadas, posibles usuarias potenciales de esta técnica de bombas de insulina.

Llegados a este punto creemos que es ineludible hacer referencia a una de las conclusiones más importantes que recogió el acuerdo alcanzado en la subcomisión de consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud, votado por esta Cámara o en todo caso por algunos grupos parlamentarios, no por todos,

pero es un acuerdo firme que se aprobó en el mes de septiembre del año 1997. Seguro que algunos de mis compañeros presentes en esta Comisión lo vivieron muy directamente y fueron protagonistas de primera línea —no es mi caso, que soy un diputado nuevo de esta legislatura—. Creo que es muy importante recordarlo porque dicho acuerdo, en el capítulo I, apartado 2, dice textualmente: En todo caso, la incorporación de nuevas prestaciones se vinculará a fondos específicos como garantía futura de suficiencia financiera —como no podía ser de otra manera—. Acogiéndonos a este principio creemos que es obligación del Estado y de su Administración sanitaria prever y proveer los recursos económicos necesarios y no hacer recaer esa carga en las comunidades autónomas con competencias sanitarias —las que las tienen actualmente, más las diez que al final de la legislatura las van a tener que asumir, según la previsión política del Gobierno—, de forma que estas no tengan que añadir recursos propios para financiar esta nueva prestación, porque creemos que es una problemática que afecta de manera horizontal, transversal y homogénea a todo el territorio del Estado y a todas las comunidades por igual.

Para terminar, quisiera volver al principio de mi intervención. No le gustaría a mi grupo que las necesidades y las esperanzas de centenares de enfermos de diabetes en todo el Estado se vieran frustradas por planteamientos meramente economicistas o por obstáculos de naturaleza administrativa o burocrática. Detrás de cada diabética o diabético potencial usuario de una bomba de infusión continua de insulina se encuentra una esperanza y una posibilidad real de mejora de su calidad de vida. Les pido, pues, señorías, su voto favorable a esta proposición no de ley en nombre del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), pero especialmente en nombre de todos los afectados, la inmensa mayoría de los cuales recuerdo, como decía al principio de mi intervención, que no son capaces de costear con medios propios el valor de esas bombas de insulina que creemos necesarias para que esas personas puedan ver mejorada su calidad de vida.

El señor **PRESIDENTE**: A dicha proposición no de ley ha sido presentada una enmienda por el Grupo Parlamentario Popular, para cuya defensa tiene la palabra la señora Montseny.

La señora **MONTSENY MASIP**: Quería anunciar que la enmienda que ha sido presentada va a ser a su vez ligeramente modificada *in voce*, por las razones que luego apuntaré, para ver si los demás grupos la quisieran aceptar. Dicho esto voy a empezar mi intervención diciéndole al señor Martí, como portavoz del Grupo Parlamentario de Convergència i Unió, que el Grupo Parlamentario Popular no sólo comprende sino que comparte la sensibilidad por las personas que sufren una enfermedad tan importante como es la dia-

betes. Creo que toda persona que se ve afectada por una dolencia a lo largo de su vida debe ser especialmente atendida y tenido en cuenta su estado, ya no sólo porque tenga menos salud, sino también desde el punto de vista humano y psíquico.

Yo soy una gran optimista en cuanto a los avances científicos. Ayer oía en uno de los servicios informativos que por parte de una empresa de investigación en la lucha contra el cáncer se solicitaba que los usuarios de Internet cedieran las horas que no lo utilizaran para que se pudieran cruzar todas esas investigaciones en el campo mundial, como ya se viene haciendo en otros terrenos, y decían que eso podría acelerar muchos descubrimientos o cruzar muchas investigaciones para que pudieran salir a la luz avances médicos que prolongarían la vida de muchísimos enfermos. Yo leo todas las informaciones sobre avances científicos y he sabido que la diabetes en cinco, siete u ocho años será una enfermedad que ya no existirá, porque seguramente la ciencia habrá avanzado tanto como para poder paliar el problema que tienen esas personas, que desde luego deben ser tenidas en cuenta.

Me gustaría decir que hoy la legislación está relativamente completada en España. El Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, ordena las prestaciones sanitarias de todo el Sistema Nacional de Salud, como muy bien sabemos en esta Comisión. Dicho decreto recoge las prestaciones complementarias ortoprotésicas, que a su vez se regulan por la orden de enero de 1996. Si nos ceñimos al problema concreto de las bombas de infusión, sabemos que existen dos tipos, unas que deben ser implantadas de forma quirúrgica en el interior del organismo de las personas aquejadas de diabetes y otras que pueden ser aplicadas en régimen ambulatorio y que no requieren una intervención quirúrgica. Entendemos que la proposición no de ley se refiere a las primeras, puesto que las otras no plantean problema. Las que requieren implantación quirúrgica, aparte del aspecto económico, deben tener un seguimiento mucho más pormenorizado por su complejidad y, de no conocer con exactitud el número de personas afectadas —usted ha dado unas cifras—, podría presentarse el problema de que no tuviéramos el número de especialista necesarios para la implantación y para seguir con rigor el funcionamiento de esas bombas de infusión.

El Ministerio de Sanidad encargó un estudio a la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III. Ese informe, que debe ser elaborado por personas que conocen este problema muy a fondo, está pendiente de resolución. Podríamos estar adelantándonos con una excesiva precipitación si aprobáramos hoy la proposición no de ley en los términos que señala el Grupo Parlamentario de Convergència i Unió. El Grupo Parlamentario Popular plantea una enmienda con el espíritu de que el problema pueda ser estudiado en un tiempo breve y de que el Ministerio vele por que el informe se realice dentro de un plazo no

muy largo para que podamos estudiar a fondo la viabilidad de que el reglamento que regula las prestaciones ortoprotésicas pudiera incluir entre éstas esa bomba de infusión y su implantación en aquellos usuarios susceptibles de someterse a la intervención quirúrgica correspondiente. En la enmienda presentada habría una pequeña modificación, porque no es el Ministerio el que hace el informe, sino que se debe requerir a la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto Carlos III para que finalice dicho informe. En concreto, los términos de la enmienda transaccional que el Grupo Parlamentario Popular propone son los siguientes: El Congreso de los Diputados solicita al Gobierno que inste a la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III a que finalice lo antes posible los estudios que viene llevando a cabo en relación con la inclusión o no dentro del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud de las llamadas bombas de infusión continua de insulina.

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

Por el Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV) tiene la palabra la señora Uría.

La señora **URÍA ETXEBARRÍA**: Intervengo en nombre del Grupo Vasco para adherirme al contenido de la proposición no de ley que presenta el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió). Suele decirse que es de hombría de bien desear para los demás las bondades de las que uno ya disfruta o tiene derecho a disfrutar, y en el ámbito del Servicio vasco de Salud —Osakidetza— se cuenta ya con esta prestación con el carácter que el Grupo Catalán propone y no con el esporádico que parecen sugerir el texto o los antecedentes de la proposición no de ley. Desde hace cinco años, y por supuesto cuando está individualmente indicado, se facilita esta prestación.

Discrepamos de lo manifestado por la portavoz del Grupo Popular en cuanto a los avances en la investigación de este tipo de tratamientos. Las bombas o perfusores de infusión continua de insulina se podrían considerar experimentales o no insuficientemente contrastadas desde el punto de vista médico hace algunos años, pero veintitantos años después de su aparición puede ya decirse —por lo menos la literatura científica así lo avala— que retrasan o evitan complicaciones crónicas en este tipo de enfermos y, sobre todo, mejoran la evolución de sus patologías, en los supuestos en que está individualmente indicado, y ahí está la práctica médica.

Como ha manifestado el portavoz de Convergència i Unió, todos hemos recibido cartas de distintos colectivos instándonos a apoyar la iniciativa que nos presenta el Grupo Catalán, desde la Liga Europea de Diabéticos o la Federación de Asociaciones de Diabéticos de Andalucía hasta la más cercana a los proponentes, la

Asociación de Diabéticos de Cataluña. Mi grupo quiere ser sensible a esta llamada y va a votar favorablemente la iniciativa del Grupo Catalán, no sin antes manifestar que nos parece adecuada la llamada que hacen a que sea previamente discutida y acordada en el seno del Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud, con la posterior modificación del catálogo de prestaciones. He manifestado que en el ámbito vasco se presta. Es que este catálogo, además de básico, tiene el carácter de mínimo y no hay impedimento alguno para que, en determinados ámbitos, se decida ampliar, como ocurre en la Comunidad Autónoma vasca con la salud bucodental infantil. De todos modos, insisto en que nos parece adecuada la llamada que se hace al procedimiento correcto de inclusión de nuevas prestaciones, que es su paso por el Consejo interterritorial, no vaya a ocurrir como en tiempos pretéritos con el catálogo de prestaciones ortoprotésicas, que se incluyeron en ley de acompañamiento y por sorpresa para las comunidades autónomas llamadas a ejecutar luego la prestación. Repito, y no entretendré más el tiempo de SS.SS., nos parece adecuada la llamada que se incluye, nos parece que es el momento oportuno, aunque en otros ámbitos se viene haciendo desde antes, y desde luego la propuesta del Grupo Catalán tendrá el beneplácito del Grupo Vasco.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora López i Chamosa.

La señora **LÓPEZ I CHAMOSA**: Paso a fijar la posición de mi grupo parlamentario, que, evidentemente, es de apoyo a la iniciativa, que creemos que es muy oportuna. Esta portavoz se ha llevado una gran sorpresa al hablar con los colectivos afectados y al meterse en el problema. En ese momento uno toma conciencia de cuál es la situación de los diabéticos en nuestro país. Hay más de dos millones de personas afectadas por esta patología y hablamos de incluir un sistema que mejorará la calidad de vida de unas 125.000 ó 130.000 personas; se trata, pues, de una iniciativa muy positiva. **(La señora vicepresidenta, Fernández de Capel Baños, ocupa la Presidencia.)** Por otra parte, hablando con el proponente esta mañana de la enmienda que presentaba el Grupo Popular le decía: aceptarla la tienes que aceptar porque los votos están como están y antes de perderlo todo, salvas los muebles. Ahora bien, yo tengo verdaderas dificultades cuando hablo con ciudadanos y compañeros para explicarles lo que hacemos aquí. Es un dicho muy conocido en el mundo empresarial y en el sindical, ambiente del que provengo, que cuando uno no quiere que algo avance nombra una comisión, y para entretener el tiempo, se pide un estudio. Así, nosotros, en vez de afrontar los problemas, estamos en una situación tal que no hacemos más que solicitar estudios y, en este caso, sin límite de tiempo y sin saber cuándo lo

vamos a tener. Cuando hablamos de dos millones largos de personas afectadas, cuando vemos que un 38 por ciento de las personas que están en diálisis es por causa de la diabetes y que a estas personas ni siquiera se les pone en lista de espera para un trasplante porque dan el caso por perdido, cuando vemos que mueren más de 8.900 personas al año por esta enfermedad, que es la segunda causa de ceguera en nuestro país y de las primeras causas de amputación de miembros, realmente se ponen los pelos de punta ante la situación.

Hablamos de hacer un estudio cuando está demostrado que en las personas que han llevado este tratamiento entre uno y cinco años mejora en un 50 por ciento la retinopatía y en un 60 por ciento la nefropatía y nos preguntamos cómo es posible que no tomemos la decisión de incluirlos ya. Estamos hablando de 125.000 personas y de que este sistema de bomba de infusión continua es lo que más se acerca al funcionamiento de nuestro páncreas. Creo que deberíamos hacer realmente un esfuerzo por recogerlo, sobre todo cuando ya hay comunidades autónomas con competencias transferidas que han anunciado que lo van a incluir en el sistema, como el caso de Cataluña, y otras que ya lo están haciendo, como es el caso de Andalucía. Señorías, ¿qué sucede? Que con nuestro voto estamos impidiendo que todos los ciudadanos de este país tengan acceso a las prestaciones en igualdad de condiciones. Esto nos tendría que hacer reflexionar. Es cierto que es un sistema caro, sin duda alguna, pero también es cierto que acaba de aparecer un nuevo fabricante coreano, que ya tiene todos los permisos a nivel europeo para poder entrar en nuestro mercado, que está ofreciendo este mismo servicio y estas bombas por un precio que es el 30 por ciento del coste actual. ¿Por qué? Porque hasta ahora sólo había un fabricante y se aprovechaba; ahora hay dos y la cosa ha cambiado.

Señorías, sé que es muy difícil en el Congreso cambiar el voto, porque aquí todo viene decidido de antemano, pero debíamos hacer un examen individual sobre qué queremos y, con la mano en el corazón, pensar cómo somos capaces de negar con nuestro voto este tratamiento a 125.000 personas por cuestiones de dinero. Cuando decimos que España va bien y que el crecimiento económico es evidente les negamos a 125.000 ó 130.000 personas —aunque sólo fueran cuatro— una calidad de vida de la que nosotros disfrutamos, de cuyo valor no somos conscientes porque como la tenemos desde siempre, no la valoramos adecuadamente. Deberíamos reflexionar y estudiar no sólo estas medidas sino otras, sobre todo aquellas que van a mejorar la calidad de vida de personas que tienen una enfermedad para toda la vida. Lo único que intentamos es que tengan calidad de vida y que se acerquen lo máximo posible a las expectativas de vida que nosotros tenemos.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Fernández de Capel Baños): A efectos de comunicar la aceptación o no de la enmienda, tiene la palabra el señor Martí.

El señor **MARTÍ I GALBIS**: En primer lugar, quiero agradecer el apoyo recibido de los grupos parlamentarios que han expresado su opinión con relación a esta proposición no de ley y especialmente la última intervención. Si la mayoría de los miembros de esta Comisión fuesen diabéticos, potenciales usuarios o no de este mecanismo, me gustaría saber qué estaríamos votando. Dicho esto, mi grupo parlamentario, muy de acuerdo con los colectivos afectados, entiende que el tenor de esta enmienda, en su sentido estricto o con otras palabras que signifiquen lo mismo, diluye mucho la propuesta inicial. Hubiéramos preferido un mayor compromiso del Grupo Parlamentario Popular en el sentido de fijar un plazo asumible y determinado, tres meses, seis meses, lo que fuera, pero somos conscientes de que no ha podido hacerlo, y nosotros, en beneficio de los afectados, de los potenciales usuarios de bombas de insulina, vamos a aceptar esta enmienda, pero pedimos al Grupo Parlamentario Popular y directamente al Gobierno que este estudio que se han comprometido a presentar se lleve a término lo antes posible en beneficio de esas personas y sus familias.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Fernández de Capel Baños): Consideramos que la enmienda ha sido aceptada.

El señor **MARTÍ I GALBIS**: Sí, señora presidenta.

— **RELATIVA A LOS DERECHOS INTERNACIONALES DE PROPIEDAD INTELECTUAL SOBRE MEDICAMENTOS CONTRA EL SIDA Y OTRAS ENFERMEDADES. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO MIXTO. (Número de expediente 161/000570)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Fernández de Capel Baños): Punto 6 del orden del día: proposición no de ley relativa a los derechos internacionales de propiedad intelectual sobre medicamentos contra el sida y otras enfermedades. Para su defensa, tiene la palabra el señor Aymerich.

El señor **AYMERICH CANO**: Hace 28 años, en la conferencia de la Organización Mundial de la Salud que tuvo lugar en Alma-Atá, se invitó a la comunidad internacional a convertir en su principal objetivo que todos los pueblos del mundo alcanzaran en el año 2000 —que ya pasó— un nivel de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva. En estos 28 años, a pesar de que las ciencias biomédicas experimentaron un espectacular avance y de que aparecieron nuevas vacunas y nuevos tratamientos para

dolencias antes mortales, la apropiación privada de estos avances, incluso cuando en un porcentaje importante obedecen a investigaciones financiadas con dinero público, el progresivo afianzamiento a nivel planetario de un sistema económico y comercial injusto y la desigualdad entre las personas y los pueblos del mundo provocaron que en estos mismos años la situación de la salud a nivel mundial no sólo no haya mejorado, sino que incluso haya retrocedido, de modo que el objetivo marcado en 1963 parece hoy aún más lejano.

Esta proposición no de ley tiene por objetivo ayudar a eliminar una de las causas de este fracaso, cuyas consecuencias, no por sabidas, pueden ser obviadas. La esperanza de vida en los países llamados en desarrollo es, como media, trece años menor que en los desarrollados. En África subsahariana sólo uno de cada cinco niños muere antes de llegar a los cinco años de edad; enfermedades claramente tratables, en especial enfermedades infecciosas, provocan los dos tercios de las muertes en estos países: tuberculosis, otras infecciones respiratorias, enfermedad del sueño, malaria, etcétera y, en el caso concreto del sida, el 95 por ciento de los 34 millones de afectados en el mundo no tienen acceso a ningún tipo de tratamiento. Tampoco se debe obviar que las desigualdades en el acceso a la salud se incrementan incluso en los llamados Estados desarrollados, en el llamado cuarto mundo, el mundo de los marginados y de los excluidos dentro de los Estados centrales del sistema. La degradación de las condiciones de vida de parte de la población de estos países —luego hablaremos de la sanidad penitenciaria—, a las que no son ajenas la desregulación de las condiciones de trabajo y la reducción del gasto público sanitario, como en la legislatura pasada hizo el Gobierno del Partido Popular, es decir, el desmantelamiento progresivo del Estado del bienestar está provocando la resurrección de dolencias que antes se tenían prácticamente por erradicadas, como la tuberculosis, y el agravamiento de una forma socialmente regresiva de la gravedad de otras como el sida. Es cierto que esta situación no se puede achacar en exclusiva al precio de los medicamentos, prohibitivo para la mayor parte de la población mundial, ni al monopolio que las grandes transnacionales farmacéuticas ejercen sobre este mercado. Hay otras causas, como infraestructuras sanitarias y educativas deficientes, las políticas de ajuste regresivas aplicadas o la situación de la mujer en muchos de estos países, pero, desde luego, lograr un acceso universal a los medicamentos beneficiaría al conjunto de la humanidad y sería un paso adelante. Este es el objetivo que el Bloque Nacionalista Galego persigue con esta iniciativa.

Algunos Estados, como Brasil, Cuba, Argentina, India, Egipto, Tailandia, han venido desarrollando en los últimos años una industria propia de producción de medicamentos genéricos, eficaces y baratos para el tratamiento de enfermedades como el sida; medicamentos entre tres y quince veces más baratos que los equiva-

lentes comercializados por las multinacionales farmacéuticas y que permitieron, como ustedes conocen, importantes éxitos en el tratamiento y en el control de estas enfermedades. Sin embargo, para impedir este tipo de prácticas y las mejoras sanitarias a ellas ligadas, las multinacionales farmacéuticas fueron capaces de imponer, en el seno de la Organización Mundial del Comercio y con la colaboración abierta de la representación norteamericana y en su momento con la de la Unión Europea, un acuerdo sobre derechos de propiedad intelectual relacionado con el comercio claramente favorable a esos intereses y claramente lesivo para el acceso universal a los medicamentos. Antes de este acuerdo, que se convertirá en obligatorio para todos los países miembros de la OMC en el año 2005, pero que tiene un efecto retroactivo para las patentes registradas desde 1995, más de 50 países en desarrollo, incluso varios de los llamados países desarrollados, excluían los medicamentos del sistema de patentes o bien sólo concedían patentes para el proceso de producción pero no para el producto final.

El acuerdo, como ustedes saben, tiene por finalidad aumentar la protección y el ámbito de las patentes sobre medicamentos, otorgando al titular de la patente derechos exclusivos de comercialización por un período mínimo de 20 años, durante el cual los competidores tienen prohibido producir y comercializar equivalentes baratos de estos productos, por cierto, muchos de ellos patentados a través de prácticas que constituyen verdaderos actos de biopiratería y sin consentimiento de los pueblos que durante generaciones utilizaron estos compuestos en su medicina tradicional. Debe señalarse también que lo mismo que ahora van a incumplir unilateralmente el acuerdo de Kioto, los Estados Unidos no tienen intención alguna de ratificar el Convenio sobre biodiversidad, en vigor desde 1993. Se puede decir, y es cierto, que este acuerdo sobre derechos de propiedad intelectual contempla cláusulas de salvaguardia, como las llamadas autorizaciones obligatorias para la producción, que permiten a los gobiernos, en caso de emergencia sanitaria, autorizar la explotación de una patente sin consentimiento de su titular. Sin embargo, tal y como esta cláusula se viene interpretando, los productos alternativos deben ser producidos en el propio Estado que declara la emergencia sanitaria y no importados de un tercer Estado. Lógicamente, no todos los países subdesarrollados cuentan con una industria capaz de producir estos medicamentos.

Se podrá decir que este acuerdo no prohíbe las importaciones paralelas, es decir, la importación de un producto patentado desde otro país en el que se vende a un precio más bajo, pero debe notarse que curiosamente, o no tanto, muchos de estos productos son vendidos por las multinacionales más caros en los países en vías de desarrollo que en los desarrollados; también debe reconocerse que los Estados Unidos, alentados por el *lobby* formado por las multinacionales farmacéuticas,

están presionando a los Estados para que esta práctica se prohíba en su legislación, bajo la amenaza de sanciones unilaterales al amparo de una ley extraterritorial y, por tanto, contraria a las propias normas de la Organización Mundial del Comercio, la conocida como Sección 301. En los últimos tiempos, la administración americana está actuando unilateralmente contra Estados que como India, Argentina, Vietnam, Tailandia, Suráfrica o la República Dominicana no hicieron más que hacer uso de las cláusulas de salvaguardia incluidas en el propio acuerdo de la Organización Mundial del Comercio.

¿Qué consecuencias tendrá la entrada en vigor de este acuerdo? La principal será un aumento espectacular de los precios que los países y las familias tendrán que pagar para acceder a medicamentos esenciales. Al desaparecer la producción de genéricos, se consolidará el monopolio de estas multinacionales en el mercado mundial y desaparecerá la única presión para que bajen los precios de esos productos. Es decir, al primar la propiedad privada y la ganancia de unos pocos sobre el interés general de la humanidad, nos alejaremos aún más del objetivo fijado por la Organización Mundial de la Salud hace 28 años; habrá aumentos espectaculares de precios que la filantropía empresarial o actuaciones humanitarias de estas empresas cara a la galería no compensan en absoluto. Incluso, a pesar de las rebajas de precios anunciadas por varias empresas, los productos siguen siendo mucho más caros que sus equivalentes genéricos y aún inasequibles para la inmensa mayoría de la población de los países subdesarrollados.

¿Cuáles son las alternativas que presenta el Bloque Nacionalista Galego y que vienen proponiendo muchas entidades ciudadanas? En primer lugar, reformar este acuerdo. Las disposiciones de este acuerdo deben ser modificadas para que el objetivo de garantizar el acceso universal a los medicamentos esenciales se sitúe por encima del interés empresarial de las multinacionales farmacéuticas. También debe ser modificado este acuerdo para acabar con la biopiratería introduciendo algunas de las disposiciones recogidas en el Convenio sobre biodiversidad de 1993, como la exigencia de consentimiento informado o la distribución justa y equitativa de los avances científicos, y, obviamente en el sentido de garantizar a todos los Estados el derecho a producir, importar y comercializar medicinas eficaces y a precios asequibles. Desde luego, para el Bloque Nacionalista Galego, el Estado español y la Unión Europea deben reaccionar con firmeza frente a leyes extraterritoriales que, como la ya citada Sección 309 de la legislación norteamericana, suponen un claro freno para el comercio internacional y una violación clara de las reglas de la propia Organización Mundial del Comercio. Recientemente, el Parlamento Europeo acaba de pronunciarse en este sentido y de reclamar una revisión del acuerdo TRIP, con el fin de garantizar el derecho de todos los países en vías de desarrollo a

obtener medicamentos básicos lo más baratos posibles, ya sean patentados o genéricos. Para nosotros, el Parlamento español no debe desaprovechar esta oportunidad y no debe quedarse atrás.

En segundo lugar, sería necesario avanzar en el financiamiento público internacional de la investigación biomédica. Una de las razones que se alegan usualmente en defensa del actual sistema de patentes es que cualquier limitación del mismo tendría una incidencia negativa sobre la investigación y el desarrollo de nuevas sustancias, que —se dice— ayudarían incluso a luchar contra las enfermedades que sufren los ciudadanos de los países en vías de desarrollo. Si embargo, este es un argumento falaz por varios motivos, el primero, porque ya antes de la entrada en vigor del acuerdo, las industrias farmacéuticas poseen uno de los márgenes de beneficio más altos de la industria —alrededor de un 25 por ciento—, pero, y esto debe notarse, sólo una pequeña parte de estos beneficios se destina a investigación, desde luego un porcentaje mucho menor del que se dedica a realizar prácticas de *lobby* y de comercialización de estos productos; el segundo, porque la investigación guiada en exclusiva por consideraciones de beneficio privado colisiona con el interés general de la humanidad, en especial con el de nuestros congéneres más pobres. Sólo se investiga en aquellos proyectos susceptibles de ser rentables en términos económicos, razón por la cual apenas hay investigación sobre enfermedades mortales y que constituyen verdaderas epidemias en países subdesarrollados y tampoco la hay, curiosamente y cada vez menos, en vacunas. Un solo ejemplo sirve para ilustrar lo que acabo de afirmar: de 1.223 medicamentos registrados entre 1975 y 1997 sólo 13 respondían al tratamiento de enfermedades tropicales infecciosas y en su mayor parte eran derivados bien de preparados veterinarios, bien —paradójicamente— de investigaciones desarrolladas por el ejército de los Estados Unidos para proteger a las tropas que actúan en estas latitudes.

Ni el Bloque Nacionalista Galego ni las demás entidades que reclaman el acceso universal a los medicamentos se oponen a una retribución justa para los titulares de las patentes; ahora bien, no podemos amparar que las patentes sean utilizadas para encubrir ganancias de monopolio en perjuicio de la mayoría de la humanidad o que sean obtenidas o prorrogadas a través de prácticas claramente irregulares, cuando no abiertamente criminales.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Fernández de Capel Baños): Señor Aymerich, vaya terminando.

El señor **AYMERICH CANO**: Por eso se viene reclamando que la investigación biomédica, como en parte sucedió con el proyecto del genoma humano, se financie con fondos públicos y sea dirigida con criterios sanitarios y no sólo economicistas. Sólo de este

modo se podrá colmar la brecha que existe en investigación entre los distintos países y se podrá avanzar en la investigación y tratamiento de enfermedades que actualmente parecen no interesar a las multinacionales farmacéuticas.

En conclusión, esto se puede ver como un problema de justicia y de democracia, porque, desde luego, obliga a una honda reflexión sobre el funcionamiento y la falta de control ciudadano de instituciones como la Organización Mundial del Comercio, o se puede ver como una cuestión de gobernabilidad, es decir, una cuestión de precavernos frente a crisis sanitarias que nos puedan llegar desde los países en vías de desarrollo. El Bloque Nacionalista Galego prefiere verlo del primer modo, pero lo que es indiscutible es que el Estado español se debe definir y decidir de qué parte está, si de parte de la mayoría de la humanidad o si de parte de los Estados Unidos y de unas pocas multinacionales que están provocando una crisis sanitaria sin precedentes en todo el mundo. Nosotros lo tenemos claro y pensamos que esta Comisión también debería tenerlo. **(Aplausos.)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Fernández de Capel Baños): A esta proposición no de ley se ha presentado una enmienda. Para su defensa, tiene la palabra la señora Rodríguez López, del Grupo Popular.

La señora **RODRÍGUEZ LÓPEZ**: El sida es primera causa de muerte en África y cuarta a nivel mundial. África y más concretamente la región subsahariana representan el 71 por ciento de las personas seropositivas del mundo, aunque en esa región sólo habita el 11 por ciento de la población mundial. Suráfrica tiene prácticamente el mismo número de habitantes que España y, sin embargo, en nuestro país, que tiene la más alta incidencia de la Unión Europea, hay unos 120.000 casos de infección VIH, sida, y en Suráfrica hay más de cuatro millones de afectados. Pero no es sólo África; es obligatorio recordar la alta incidencia existente en América Latina, Caribe y Asia.

El sida, desde hace años, no es un mal incurable. Existen combinaciones de fármacos que detienen la progresión de la enfermedad, pero estos tratamientos son enormemente costosos, sin posibilidad de alcance para los países más desfavorecidos. Tengo que decir que ciertamente el sida se ha extendido mucho más en África que en Europa y que ello se debe a una política de formación, información, prevención y aislamiento, que naturalmente resulta más sencilla en los países desarrollados. **(El señor presidente ocupa la Presidencia.)**

Respecto al sida, como cualquier enfermedad transmissible, es necesario poner el máximo énfasis en la prevención. Cuando el representante del Bloque Nacionalista Galego dice que en algunos países —y pone el ejemplo de Tailandia— la epidemia se ha controlado

con la introducción de genéricos, hace una afirmación incompleta, ya que el programa implementado en Tailandia se ha basado fundamentalmente en la información y prevención. Es pertinente recordar aquí que el presidente del Gobierno de Suráfrica, antes y después de que tuviese lugar la conferencia internacional sobre el sida, que se celebró en Durban en el año 2000 y que reunió al mayor número de especialistas, afirmó que el sida no existía, que era un invento de diferentes intereses. Insisto, al mismo tiempo que otro tipo de ayudas, como la que hoy se plantea, un gran esfuerzo que hay que hacer en estos países para combatir la pandemia es la práctica de intensas y eficaces campañas de divulgación y prevención.

En África, Asia y América Latina la lucha contra el sida no sólo depende de que las medicinas sean mucho más baratas, aunque también. La organización ONU-sida nos advierte: No es inevitable que la epidemia de sida siga extendiéndose, pero si no se incrementa la ayuda internacional el daño será mucho mayor que el que hasta ahora se ha originado. La única esperanza reside en la solidaridad internacional. África y América Latina necesitan unos compromisos activos y permanentes para luchar contra la pandemia. Entre estos, además de importantísimas ayudas en programas de educación y prevención, se plantea el grave problema del precio de los medicamentos y el uso de las patentes. El marco internacional regulador de las patentes sobre medicamentos lo constituye el acuerdo sobre los derechos de propiedad internacional relacionados con el comercio, el Adpic. España, todos los Estados de la Unión Europea y la propia Unión Europea son miembros de dicho acuerdo, así como todos los miembros de la OMC. Este acuerdo obliga a todos los Estados a proteger las patentes, incluidas las de medicamentos. El titular de las patentes tiene derecho exclusivo a fabricar, importar y comercializar el objeto de las patentes, incluidas las de medicamentos, mientras dure la vida legal de éstas. Por lo que se refiere a las excepciones a estos principios, el Adpic contempla varios supuestos, pero la regulación es extremadamente ambigua y cauta y deja siempre a salvo los intereses y la adecuada remuneración del titular de la patente. El artículo 31 del Adpic afecta directamente al tema que nos ocupa hoy. Según dicho precepto, los Estados miembros pueden prever excepciones limitadas a los derechos exclusivos conferidos por una patente con diversas condiciones. En definitiva, este tipo de medidas son los instrumentos legales compatibles con los tratados internacionales de que disponen los Estados para adoptar medidas en relación con dichos medicamentos.

El reciente conflicto entre determinados países, que han adoptado medidas para permitir la importación de fármacos genéricos sin el consentimiento de los titulares de las patentes, y la industria farmacéutica, que ha denunciado estos hechos ante la OMC por incumplimiento de las reglas relativas a la protección de los

aspectos de la propiedad intelectual relacionados con el comercio, que es el acuerdo Adpic, ha puesto de manifiesto una vez más la necesidad de arbitrar mecanismos de cooperación que permitan a los países menos desarrollados el acceso a los fármacos que son esenciales para garantizar la salud pública y combatir enfermedades de especial incidencia en estos países, no solamente el sida, sino además la malaria y la tuberculosis.

Con el fin de buscar la compatibilidad entre los derechos de la protección de la salud y el acceso a los medicamentos, respetando asimismo los derechos de la propiedad intelectual, se está trabajando intensamente en la búsqueda de soluciones que permitan un abaratamiento de determinados medicamentos, respaldado entre otros por la Comisión Europea y la OMS, y España ha participado activamente en la gestación del programa de acción de la Comisión para combatir el sida, malaria y tuberculosis. Los principales elementos del plan incluyen diversas iniciativas prioritarias, que van desde el establecimiento de programas de ayuda en áreas financieras a la asistencia para el establecimiento en estos países en desarrollo de políticas farmacéuticas mejor adaptadas a sus necesidades y fomento de la inversión en el desarrollo de la capacidad de producción local, el apoyo a favor de políticas diferenciales de precios para estos países y el compromiso de la Comisión de lanzar un debate en la OMC sobre cómo reconciliar los acuerdos Adpic con los objetivos de la protección de la salud en los países en desarrollo. Es obvio que España debe apoyar las iniciativas tendentes a garantizar la salud de la población por parte de los gobiernos de estos países y el acceso de sus ciudadanos a los medicamentos y tratamientos eficaces, como también lo es que la posición de España en los distintos foros internacionales, como la OMC, la OMPI o la OMS, ha de coordinarse con la de sus socios comunitarios en el marco negociado de la Unión Europea, apoyando en este sentido las iniciativas comunitarias y participando activamente en la elaboración de las mismas.

Por ello, hemos presentado un texto alternativo al del Bloque Nacionalista Galego. Mantenemos la primera y la segunda modificación. La segunda suya coincide prácticamente con la tercera nuestra, pero creemos que la redacción es más completa.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos que desean fijar posición? Por el Grupo Parlamentario de Coalición Canaria, tiene la palabra la señora Julios.

La señora **JULIOS REYES**: En primer lugar, quiero manifestar la postura de Coalición Canaria de apoyo a la iniciativa planteada por el Grupo Mixto.

Justamente hace unos instantes estábamos hablando de una iniciativa, con la cual también estamos de acuerdo, presentada por el Grupo Catalán, sobre la necesidad de dar acceso a la población diabética en España a las bombas de infusión continua de insulina. Comento

esto porque consideramos un problema —y así es— la impotencia de estas personas, en este caso en España, para acceder a prestaciones que mejoran su calidad de vida. Ahora, nos situamos en el problema de la impotencia de millones de personas no para mejorar su calidad de vida, sino para tener la posibilidad de no estar condenados a una muerte segura. Hoy por hoy, es una responsabilidad moral y ética de todos, sobre todo de los países desarrollados como el nuestro, no permanecer insensibles ante la situación que se está produciendo en países como África. Como bien exponía el portavoz del Grupo Mixto, en el África subsahariana, las cifras actuales de incidencia y prevalencia de sida y la proyección de futuro de éstas, de continuar la pandemia como continúa, nos llevarían a hablar si no de exterminio, sí de algo parecido en dicho continente. La impotencia de socializar el acceso a medicamentos nuevos que son capaces de disminuir las tasas de mortalidad ante el sida en general, y en estos países en concreto, es responsabilidad de todos. La portavoz del Partido Popular ha puesto énfasis en la importancia de la prevención. Por supuesto, nosotros estamos de acuerdo con eso, pero no es necesario recordar que la prevención evitará que aparezcan nuevos casos. Son millones las personas que ya están enfermas o son portadoras de la infección, y desgraciadamente las medidas de prevención no pueden evitar que mueran, como están muriendo, todos los días. Desde este punto de vista —y es lo que plantea la proposición—, nuestro Gobierno debe adoptar una posición en los foros internacionales, como la ONU, la Organización Mundial del Comercio, etcétera, que favorezca el acceso a los medicamentos por parte de estos países. Tampoco es lícito que los gobiernos de los países que sufren esta situación —siendo lógicamente suya la responsabilidad de luchar contra esta enfermedad con los escasos medios que a veces tienen a su alcance— se vean en situaciones de conflictos internacionales, judiciales o de otro tipo, que puedan alterar su escasa economía. Es responsabilidad de nuestro Gobierno hacer todas las aportaciones posibles, desde el punto de vista de la cooperación internacional, para favorecer el acceso a esos medicamentos, y hacerlas —como se dice en la proposición— en los foros internacionales.

Aunque estamos de acuerdo en la importancia del valor añadido del desarrollo y de la investigación por parte de la industria farmacéutica para el desarrollo de nuevas moléculas, entendemos que es responsabilidad de los gobiernos hacer ver que los beneficios y las amortizaciones de las inversiones en I+D deben de ser valoradas de una forma especial ante estos países, y que los beneficios y las amortizaciones no se vean tan a corto plazo ante situaciones como éstas que no debiéramos permitir en el siglo en que vivimos.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario de Convergència i Unió, tiene la palabra la señora Riera.

La señora **RIERA I BEN**: El Grupo Catalán de Convergència i Unió apoya la iniciativa del Bloque Nacionalista Galego y anuncia su voto favorable a la misma. Ahora bien, me veo en la necesidad de hacer unas observaciones a algunas de las explicaciones que ha dado el señor Aymerich en su exposición de motivos.

Señor Aymerich, como seres humanos, más que como personas que nos dedicamos a la política, que ya es bastante, tenemos que estar preocupados y tenemos la obligación, como políticos que somos, de actuar, más allá de hacer discursos solidarios con los países del tercer mundo, donde se mueren personas diariamente a causa de enfermedades que en otros países más favorecidos, como es el nuestro, en este momento ya tienen tratamiento. En esto estamos totalmente de acuerdo. Porque, si no, la hipocresía llega a límites insostenibles. Llega un momento en que es incompatible estar reconociendo en el discurso que se están muriendo millones de personas al año en estos países llamados del tercer mundo y, al mismo tiempo, contentarnos con el bla, bla, bla. Estamos hablando de seres humanos que no pueden aguantar más.

Discrepo con rotundidad de su exposición en que no me parece lógico responsabilizar directa o indirectamente a la industria farmacéutica de esta situación. La industria farmacéutica está compuesta por empresas que hacen medicamentos y los que tienen la obligación de reconducir decisiones o actitudes de la industria farmacéutica que sólo favorecen sus intereses son los gobiernos. Es muy comprensible que la industria farmacéutica intente hacer respetar unos convenios que le dan unas patentes. Los que deben actuar son los gobiernos para modificar estos convenios. Porque cuando entran en colisión, como en estos casos, los derechos de la industria con los derechos a la salud, con los derechos a poder seguir con vida, cuando se está muriendo gente a diario, los gobiernos tienen que actuar para modificar los convenios. Lo que no podemos esperar es que la industria farmacéutica actúe como una ONG o como una hermanita de la caridad, porque este no es su papel. El papel es de los gobiernos. Y los gobiernos cuando quieren, y nosotros tenemos muy a menudo constancia en este sentido, presionan, actúan y consiguen lo que quieren de la industria. Por tanto, todos los gobiernos de los países del primer mundo deben actuar con contundencia para conseguir que sean compatibles los legítimos intereses de la industria farmacéutica y los derechos inexcusables que tienen todos los seres humanos de gozar de medicamentos que les alivien en su dolor y que eviten una muerte que para ellos es ineludible.

Ha dicho también la portavoz de Coalición Canaria que no mezclamos los conceptos. Es evidente que en estos países hace falta prevención y educación. Pero la gente que ya tiene contraída la enfermedad, con prevención y educación no vamos a evitar que se mueran. Por tanto, prevención y educación, sí; medicamentos, también.

Mi Grupo quiere ser claro y contundente en este tema porque el Gobierno de la Generalitat ha sido ya claro y contundente en su posicionamiento. La Consejería de Sanidad, a través del departamento de drogodependencias y sida, ha mandado un escrito al plan nacional sobre sida del Ministerio de Sanidad y Consumo y otro al Ministerio de Sanidad pidiéndole que el Gobierno tome partido en este sentido, que actúe y presione, mostrando su colaboración y predisposición para que sean modificadas cuantas leyes sean necesarias para que esta contradicción deje de existir. Insisto, la responsabilidad es de los gobiernos y lo que no podemos es seguir quedándonos tan tranquilos convirtiendo en campañas colectivas de solidaridad aquello que cada día, mediante las leyes que están vigentes, hacemos insolidario. Le reitero, señor Aymerich, que damos nuestro apoyo a su iniciativa, pero que quede claro que cada uno tiene que cumplir con sus responsabilidades.

El señor **PRESIDENTE**: Por el grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra el señor Fidalgo.

El señor **FIDALGO FRANCISCO**: Quiero intervenir para entrar en un debate que se está planteando en esta Cámara de enorme trascendencia, porque yo creo que con la últimas aportaciones hemos centrado la situación en un debate político, no exclusivamente económico. Es importante porque estamos hablando de una catástrofe de tal magnitud que requiere actuaciones inmediatas. Estamos de acuerdo en que las actuaciones inmediatas las deben acometer los poderes públicos. Todo lo demás es mercado y está claro que la regulación del mismo muchas veces no atiende a contingencias de este tipo. Se trata de contraponer situaciones en donde se confrontan dividendos con cuestiones como la supervivencia. En este momento, conceptual e incluso ideológicamente, creemos que un mundo confortable puede permitirse, y no sólo permitirse, sino que tiene la obligación solidaria con el resto del mundo que no está en las mismas condiciones. El papel de los Estados es fundamental y clave. Son los gobiernos los que tienen que movilizar, no sólo a la opinión pública, sino también la toma de decisiones en aquellos organismos internacionales que son capaces de modificar situaciones que, llevadas única y exclusivamente por el mercado, no son capaces de solucionar y que muchas veces agravan.

El papel del Gobierno español debe ser en este aspecto ambicioso e incluso contundente. Debe sumarse a aquellos países que de alguna manera abanderan la

solidaridad con el tercer mundo. Lo que no es de recibo, y el Partido Socialista rechaza plenamente, son las declaraciones de la ministra de Sanidad diciendo que éste es un problema de Estado. Es un problema de Estado para los Estados que no son capaces de afrontarlo adecuadamente. Es un problema de Estado que se transfiere de alguna manera a las propias necesidades y recursos que cada país necesitado tiene. Evidentemente esos países tienen una renta per cápita muy inferior a la nuestra, son rentas per cápita de supervivencia, y esa política de Estado que se les demanda sería imposible ejercitarla si no es por aquellas vías que consideran más convenientes e incluso aquéllas que parecen a nivel mundial más revolucionarias. ¿Cómo un país como Kenia, que tiene un cuarto de la población seropositivo, o el 50 por ciento de los adolescentes afectados por el VIH, puede afrontar con una política de Estado, de prevención de infraestructuras, etcétera, toda esa catástrofe? Seamos realistas. Hagamos que los gobiernos de nuestros países —insisto en que estamos en una situación confortable— promuevan los cambios necesarios a nivel internacional, como medidas de abaratamiento de fármacos y otras de investigación, etcétera, para que esos países puedan afrontar de verdad la resolución del problema que en este momento tienen encima de la mesa. El Gobierno español y el Ministerio de Sanidad y Consumo deberían imitar a otros gobiernos de nuestro entorno como el alemán y el francés, que se han pronunciado rotundamente en esta línea.

El Grupo Socialista está de acuerdo con la proposición no de ley del Grupo Mixto. En otra proposición que hemos presentado ante la Comisión de Cooperación se desarrollan todos los puntos que contienen las medidas que se pueden poner en marcha: medidas para modificar las reglas internacionales de comercio; medidas que reduzcan el coste de las medicinas vitales; medidas para establecer un fondo internacional bajo los auspicios de la OMS para apoyar una red mundial de instituciones públicas de investigación dedicadas a crear nuevas medicinas y a desarrollar nuevas vacunas contra las enfermedades que tienen una especial incidencia en los países en vías de desarrollo; medidas para que los precios de las medicinas claves en los países en vías de desarrollo se determinen como parte de un sistema internacional y transparente de precios equitativos desarrollado conjuntamente con la OMS y que incluya en la próxima revisión del TRIP una evaluación global de sus efectos sobre la asequibilidad y disponibilidad de las mismas. Asimismo, solicitamos que se establezca un fondo internacional para medicinas y que se estudie la posibilidad de nuevos incentivos fiscales para promover la investigación y donación de las mismas. Insisto en que esta proposición no de ley, que será debatida en su momento, refleja cuál es nuestra posición en relación con este tema. Mientras tanto, nos gustaría que el Gobierno español adoptara una actitud más progresista y decidida en este campo. Las personas que

están sufriendo esta enfermedad en la zona subsahariana, por ejemplo, así como en otras partes del mundo no pueden esperar a que se hagan más estudios ni más actitudes dilatorias.

Para finalizar, quiero mencionar una frase utilizada por una organización no gubernamental de médicos en una carta que ha dirigido a todos sus socios para solicitar que todos los gobiernos, incluso los socios individualmente, pidan la paralización de la demanda que 39 compañías farmacéuticas han interpuesto contra el Gobierno de Suráfrica por el tema de las patentes. La carta acaba con una frase que yo hago mía: La protección de las vidas humanas debería estar por encima de la protección de las patentes.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Aymerich a los efectos de aceptar o rechazar la enmienda presentada por el Grupo Parlamentario Popular.

El señor **AYMERICH CANO**: Rechazo la enmienda presentada por el Grupo Parlamentario Popular porque vacía de cualquier contenido nuestra proposición no de ley.

Quiero hacer constar que al inicio de la sesión de esta Comisión he propuesto una enmienda transaccional al Grupo Parlamentario Popular, enmienda que al principio ha aceptado, pero parece ser que acontecimientos posteriores le han movido a rechazarla. Pues bien, solicito que la votación se haga sobre esta enmienda transaccional, de la cual se ha repartido una copia a los grupos. Por si alguien no la tiene en su poder —luego se la entregaré a la Presidencia—, la voy a leer. Consta de tres puntos. El primero dice: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a impulsar, en el seno de la Organización Mundial del Comercio, una revisión del acuerdo de derechos de la propiedad intelectual relacionados con el comercio con el fin de garantizar a todos los países el derecho de producir, importar y comercializar medicamentos eficaces y a un precio asequible para hacer frente a sus necesidades sanitarias. El segundo punto dice: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a impulsar, dentro del programa de actuación de la Unión Europea y en coordinación con los programas de la Organización de las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales como la OMS, el establecimiento de mecanismos de apoyo para financiar y facilitar mediante fondos internacionales la investigación y el desarrollo de fármacos para el tratamiento de enfermedades de especial incidencia en los países en vías de desarrollo. Y el tercer punto dice: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a impulsar, en el seno de la Unión Europea y de la Organización Mundial del Comercio, una respuesta firme frente a leyes extraterritoriales que, como la sección 301 norteamericana, suponen un freno para un desarrollo justo del comercio internacional y violan

las propias normas de la Organización Mundial del Comercio.

Estos son los términos de la proposición no de ley, términos en los que la someto a votación.

El señor **PRESIDENTE**: Si le he entendido bien, quiere usted que se someta a votación la transaccional que acaba de leer. **(Asentimiento.)**

— **SOBRE LA INTEGRACIÓN DE LA SANIDAD PENITENCIARIA EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO FEDERAL DE IZQUIERDA UNIDA. (Número de expediente 161/000579)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al debate de la siguiente proposición no de ley, sobre la integración de la sanidad penitenciaria en el sistema público de salud. Dicha proposición no de ley ha sido presentada por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida, para cuya defensa tiene la palabra la señora Castro.

La señora **CASTRO FONSECA**: En primer lugar, quisiera pedir disculpas a todos los ponentes del resto de las proposiciones por haber estado ausente durante el debate. Otras actividades parlamentarias me han impedido compartir las preocupaciones de sus señorías.

Curiosamente, hace unos momentos estábamos hablando del sida y ahora vamos a hablar del hecho de que un buen número de enfermos de sida de nuestro país desgraciadamente se encuentran en las cárceles españolas. La red sanitaria penitenciaria, una red independiente y que nosotros entendemos paralela al Sistema Nacional de Salud, no está en condiciones de garantizar a la población reclusa el mismo derecho a la asistencia sanitaria que tiene el resto de los ciudadanos. Por ello, Izquierda Unida considera conveniente, necesaria y urgente la integración de esta red en los sistemas de salud nacionales o autonómicos. Desde nuestro punto de vista, señorías, una red sanitaria penitenciaria independiente y paralela al Sistema Nacional de Salud no sólo es un anacronismo caro, sino que además es incapaz de garantizar a los pacientes penitenciarios una asistencia sanitaria en condiciones de igualdad, tal y como mandata la Carta Magna. Los informes presentados por la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria han denunciado que los incumplimientos de la Ley General de Sanidad de 1985 y del Decreto de 1996, por el que se aprobó el reglamento penitenciario, están perpetuando en las prisiones españolas un gueto en forma de red sanitaria paralela al margen de las redes públicas, que condiciona tanto una clara discriminación para el desarrollo profesional y la posibilidad de formación del personal sanitario penitenciario como una clara vulneración del derecho a la igualdad efectiva de los derechos sanitarios de los reclusos con respecto a los derechos del resto de la población. No hace falta que yo

diga aquí que en las cárceles hay hacinamiento y que los enfermos de sida se mueren sin ser atendidos por especialistas. Están padeciendo una situación que francamente yo me atrevería a tildar como de violación de los derechos humanos. En un Estado de derecho, a un recluso o a una reclusa que esté cumpliendo una condena relacionada con el delito que haya cometido no puede añadirse ningún plus de sufrimiento más que no tenga que ver con el de la condena que la justicia le ha impuesto.

Señorías, no existen recomendaciones técnicas que justifiquen la situación actual; sin embargo, existen informes técnicos favorables para la integración de esta sanidad penitenciaria en los sistemas de salud de todos los ámbitos posibles, incluidos de los ministerios del Interior y de Sanidad. Sólo la inercia, la falta de interés institucional y político y una cierta oposición sin argumentos de determinados sectores profesionales, basada únicamente en tratar de eludir las complicaciones iniciales que un proceso de este tipo pudiera originar, están evitando esta necesaria y urgente integración.

Hay una carencia de medios y una acumulación de ilegalidades e irregularidades que los sanitarios de las prisiones se ven obligados a realizar cada día para desempeñar su labor. La dispensación de medicinas en la mayoría de las cárceles españolas se está haciendo de forma ilegal, y subrayo lo de ilegal, ya que se lleva a cabo a través de personal sanitario no farmacéutico, en contra de lo que exige la Ley del Medicamento. Ésta no es una queja que haga Izquierda Unida, sino que ha venido siendo hecha en diferentes momentos por los propios médicos de las instituciones penitenciarias. Los equipos de atención primaria de las prisiones prescriben y dispensan medicamentos catalogados por el propio Ministerio de Sanidad como de uso exclusivamente hospitalario. Dada la absoluta carencia de equipos especializados, los médicos de prisiones se ven obligados a realizar estas funciones asistenciales, como la atención a enfermos de sida o el control de enfermos psiquiátricos.

La atención sanitaria a los trabajadores presos también es ilegal y sus bajas médicas y accidentes laborales son atendidos y firmados por los sanitarios y no por personal del Sistema Nacional de Salud. Las condiciones laborales de los trabajadores en estos centros son extremadamente malas, existiendo una ínfima dotación material y un gran déficit de personal. La posibilidad de suprimir todas las irregularidades podría originar un caos organizativo y asistencial de imprevisibles consecuencias. De hecho, estas consecuencias son ya hoy gravísimas para la población reclusa. Esta diputada visita cárceles con frecuencia y ha tenido la oportunidad de comprobar en el territorio de la Comunidad Autónoma de Madrid cómo no hay médico de veinticuatro horas en las cárceles, cómo los enfermos que están en la enfermería, independientemente de la gravedad de sus afecciones, no pueden recurrir al médico

en cualquier momento del día; es decir, no hay médico de veinticuatro horas. Francamente, esto es tercermundista, hay que resolverlo con carácter de urgencia.

En los centros penitenciarios españoles se debe dar una asistencia primaria como en un centro de salud cualquiera. Además de las especialidades de odontología, psiquiatría, ginecología y oftalmología, durante el año 1999 se atendió en nuestras cárceles un total de 827.624 consultas, bien programadas bien a demanda. Asimismo, se han tratado 138.638 urgencias de todo tipo y se produjo un total de 3.505 ingresos de pacientes que han necesitado una hospitalización médica. La causa más frecuente de las mismas ha sido infecciones por VIH y enfermedades asociadas a la misma, las llamadas enfermedades oportunistas. La media ha sido de unos diez días de ingreso en las 37 unidades dispuestas en los hospitales españoles dedicadas a encamados dependientes de prisión. Esto da una idea de la absoluta necesidad de resolver esta situación.

Por tanto, Izquierda Unida plantea en esta proposición no de ley que se garanticen los derechos constitucionales de los reclusos y los derechos de los sanitarios, por tanto que se proceda de modo inmediato a remediar esta situación integrando la red sanitaria penitenciaria en el sistema público de salud; petición que, por cierto, no es la primera vez que viene a esta Cámara y que ya fue aprobada por todos los grupos en el año 1999 en unos términos que casi siempre conducen a la desesperanza, pues al cabo de dos años vemos que no se ha puesto en marcha ninguna medida —al menos esta diputada no tiene conocimiento de que se haya puesto en marcha ninguna medida— para remediar esta situación.

Por tanto, pediría, sobre todo al Partido Popular porque al final es el que con su mayoría va a poder decidir sobre la cuestión, que no se lo sigan fiando tan largo a los presos y presas de este país, pues son seres humanos y no pueden ser violados sus derechos, y que respeten también las condiciones de los trabajadores sanitarios, que se ven obligados a suplir, con su buena voluntad, con su solidaridad personal y con un esfuerzo que no hay por qué exigir a ningún profesional, todas las carencias de la Administración, aunque, a pesar de sus buenas intenciones, evidentemente no pueden lograr ese objetivo. La sanidad penitenciaria, señorías, atiende a una extensísima población española que, aunque no tenga derecho a votar, no tiene por qué estar privada de los derechos fundamentales.

El señor **PRESIDENTE:** A esta proposición no de ley ha sido presentada una enmienda por el Grupo Parlamentario Popular, para cuya presentación y defensa tiene la palabra el señor Zambrano.

El señor **ZAMBRANO VÁZQUEZ:** La proposición no de ley que presenta el Grupo Parlamentario de Izquierda Unida, como saben SS. SS., insta al Gobier-

no a que garantice los derechos sanitarios de los reclusos procediendo, en el plazo de tiempo más breve posible, a la integración de la sanidad penitenciaria en el sistema público de salud.

De entrada, aunque estamos de acuerdo con lo que pretende conseguir, tenemos que decir que estamos en absoluto desacuerdo en que la integración de la sanidad penitenciaria en el Sistema Nacional de Salud sea necesaria para garantizar los derechos sanitarios de los reclusos porque afirmamos que están ya plenamente garantizados y regulados, por lo que malamente podemos instar al Gobierno a que garantice lo que ya está garantizado. Además, nos parece poco afortunado que la proponente fundamente sus argumentos en una exposición de motivos sesgada, que no se adapta a la total realidad de la sanidad penitenciaria. Volvemos a repetir que no estamos en desacuerdo con el fondo de la proposición no de ley porque, como S. S. sabe y ha expuesto, existen antecedentes parlamentarios suficientes que demuestran que el Grupo Popular se ha manifestado ya claramente y ha votado, dos veces al menos, a favor de la integración que se solicita. Por tanto, repetimos otra vez que estamos en absoluto desacuerdo a que se presente basándola sólo en la apreciación expuesta de unas condiciones que no se ajustan a la realidad, tratando de desconocer, o desconociendo —de buena fe, con esa buena fe que siempre caracteriza a la ponente— que los derechos sanitarios de los reclusos están plenamente garantizados y regulados y desconociendo también que el Gobierno ya ha emprendido acciones a través de los ministerios de Interior y Sanidad y Consumo, que desde que recibieron el mandato parlamentario están estudiando el desarrollo de una resolución que permita una fórmula capaz de conseguir una integración razonable y deseada que dé cumplimiento a lo recogido en la Ley general de sanidad, en cuya disposición final tercera se establece que el Gobierno, mediante real decreto, a propuesta conjunta de los ministerios interesados, dispondrá la participación en el Sistema Nacional de Salud del Instituto Nacional de Toxicología, medicina forense, servicios médicos de registro civil y sanidad penitenciaria.

Convendría recordar que es curioso que, desde la publicación de la citada Ley el 25 de abril de 1986, no ha aparecido ninguna iniciativa en este sentido, que no fueran preguntas del Grupo Popular, hasta el año 1996, precisamente cuando entró a gobernar el Partido Popular, y no hace falta recordar quién había estado gobernando hasta entonces. Dicho esto, ya que en su exposición de motivos S. S. sólo ha resaltado lo más negativo de la asistencia sanitaria que reciben los reclusos, creemos necesario dar una explicación sucinta de cómo está regulada la asistencia sanitaria penitenciaria.

Como sabe S. S., el régimen de los penados en instituciones penitenciarias está encuadrado como uno de los regímenes especiales de la Seguridad Social, recogido en el artículo 10 de la Ley de Seguridad Social,

que abarca todas las contingencias, no sólo las enfermedades comunes, como ha dicho su señoría. Como sucede en el caso de otros colectivos encuadrados en estos regímenes especiales, tales como los trabajadores del mar, la asistencia sanitaria prestada a los internos en instituciones penitenciarias se realiza por entidades diferentes al Insalud o a los servicios de salud de las comunidades autónomas, pero con el mismo alcance y garantías. Conviene recordar a S. S. que los medios con que cuenta la Administración penitenciaria para la atención primaria a los ciudadanos presos es asimilable a cualquiera de los centros de salud comunitarios y que la atención especializada no depende directamente de la institución penitenciaria, está cubierta por el Sistema Nacional de Salud en su red hospitalaria pública mediante el establecimiento de convenios de ésta con la Administración penitenciaria, y que muchos de estos hospitales ya cuentan con unidades de custodia para dar cobertura sanitaria al colectivo, al mismo tiempo que se garantizan las medidas de seguridad necesarias.

La relación profesional, ciudadano preso está en torno al 1 por 110, siendo muy inferior a la registrada en la población general. La dificultad de regulación de algunos servicios, como el de farmacia, depende fundamentalmente de la capacidad de la Administración y del propio mercado laboral para proveerse de los profesionales necesarios. No obstante, habría que señalar que si bien hay centros penitenciarios con población superior a mil internos y una capacidad de almacenamiento de medicamentos suficiente para dar respuesta a las necesidades, otros por debajo de quinientos internos podrían servirse de las unidades de farmacia de otros centros.

La adquisición de medicamentos se realiza de dos modos diferentes, según sean medicamentos de uso común, que se hace a través de los depósitos de farmacia, o de adquisición centralizada, que se realiza por concurso público a través del servicio de farmacia de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Tanto en un caso como en otro se cuenta con la participación de la Intervención de Hacienda.

La custodia de los medicamentos en los botiquines de los centros penitenciarios se efectúa por los médicos asignados para ello, si bien, en atención al cumplimiento de las normas que regulan la ordenación farmacéutica, se está contratando a farmacéuticos de forma paulatina con la aceptación implícita de las comunidades autónomas, hasta que se produzca una incorporación suficiente de profesionales de farmacia.

La atención a determinadas patologías de especial prevalencia en la población penitenciaria (patología mental, drogodependencia, infección VIH, tuberculosis, etcétera) hace que los médicos y enfermeros deban realizar el seguimiento de alguna de estas patologías en los intervalos que se producen entre las revisiones efectuadas por los especialistas de la red pública. En otros casos, como en la patología mental y drogodependen-

cia, se ha seguido el criterio de intervención desde el primer nivel de asistencia, criterio éste acorde con la optimización de recursos y el conocimiento estrecho que de los usuarios tiene el personal sanitario de los centros penitenciarios.

Para la adecuación de los conocimientos de los profesionales sanitarios a su actividad, la Administración penitenciaria programa actividades de formación en colaboración con otras instituciones, tales como Ministerio de Sanidad, comunidades autónomas, etcétera. Como ejemplo sirva que durante los años 1998, 1999 y 2000 se han desarrollado actividades formativas en drogodependencia, con especial hincapié en los programas de mantenimiento con metadona, tuberculosis, sistemas de registro y educación para la salud, a las que han asistido en torno a unos 1.100 profesionales del sistema penitenciario. Asimismo, en colaboración con los hospitales de referencia, se programa la formación continuada de los médicos con el paso regular por los servicios de urgencia, traumatología, psiquiatría, infecciosos, etcétera.

Las condiciones en las que los profesionales sanitarios desarrollan su trabajo no pueden ser calificadas como poco dignas, dado que todos los centros tienen espacios específicos para la actividad de consulta y atención, bien sea en los módulos o en la enfermería. El aparataje con el que se cuenta en los centros cubre las necesidades existentes para un dispositivo asistencial de primer nivel (caja de curas para suturas de urgencia, instrumental diagnóstico básico, instrumental e instalaciones de odontología, etcétera), considerando que existe la posibilidad de derivación a los servicios de urgencias hospitalarios cuando el caso lo requiere.

Las plantillas de los centros penitenciarios están dimensionadas en función de la población a atender y se realizan guardias de presencia física de veinticuatro horas; éstas se realizan en el centro con un número de internos entre quinientos y seiscientos. Hay que decir también que el elevado absentismo laboral quiebra las previsiones de cobertura de las relaciones de puestos de trabajo en los centros, pudiendo darse la circunstancia de que de un total de nueve enfermeros en un centro sólo se pueda contar con tres efectivos reales. La cobertura de bajas y vacaciones hasta el momento se ha hecho a través de una empresa de servicios, y la incorporación de un sistema de contratación de interinos creemos que permitirá cubrir la mayoría de las necesidades.

Dicho esto, vuelvo a recordarles que la voluntad del Gobierno es inequívoca y reiteramos que los Ministerios de Sanidad y Consumo e Interior están trabajando en este sentido, como ya adelantó la ministra de Sanidad y Consumo en el Senado el pasado 7 de marzo, refiriéndose a las conversaciones que conjuntamente están celebrando Interior y Sanidad y Consumo para conseguir la integración de la sanidad penitenciaria en el Sistema Nacional de Salud.

Al mismo tiempo hay que señalar que esta integración no es fácil, como debe de reconocer S.S., dada la complejidad de las distintas competencias y los problemas de estructura de personal y de financiación que llevan implícito un importante número de escollos y de consideraciones a salvar, entre las que podemos enumerar las siguientes: primero, el Insalud sólo actúa o gestiona en las comunidades autónomas no transferidas, por lo que no sería lógico que el cambio de personal dependiente de la Administración de justicia sólo afectase a determinadas comunidades autónomas; estaríamos así ante una iniciativa parlamentaria que sólo vincularía al Insalud, cosa que lógicamente no pretende ni el grupo parlamentario proponente ni los involucrados en el proceso. Segundo, que existen tres ministerios implicados en el proceso, Interior, Justicia y Sanidad y Consumo. Tercero, que tampoco podemos olvidar las importantes dificultades e incluso inconvenientes que la integración puede suponer si se hace mal, ya que no sólo crearía un problema en las instituciones sanitarias del Insalud, sino también en el Ministerio de Justicia, ya que dismantalaría la actual red sanitaria de Instituciones Penitenciarias. Y, cuarto, el coste de la integración supondría una necesidad de financiación adicional para el Sistema Nacional de Salud que podría cuantificarse en unos 15.000 millones de pesetas.

Para terminar todo lo expuesto, quiero llegar a las siguientes conclusiones: primera, que aunque la asistencia sanitaria de los reclusos está garantizada, los ministerios implicados en las mismas han emprendido ya las acciones pertinentes para encontrar la fórmula que regule la integración de la sanidad penitenciaria en el Sistema Nacional de Salud, tal y como se recoge en la Ley general de sanidad. Segunda, que la integración de los funcionarios ha de entenderse como una tendencia progresiva hacia la homologación en las condiciones de trabajo con el resto del personal sanitario del Sistema Nacional de Salud, partiendo siempre como eje central de todo el proceso de una política de colaboración en materia de formación de personal. Y, tercera, que los acuerdos de la integración deben estar impulsados desde el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a fin de elaborar unos principios básicos que inspiren las líneas de actuación de la Administración estatal y los distintos servicios de salud de las comunidades autónomas.

Como creemos que estas conclusiones son perfectamente compatibles con el objetivo y, en definitiva, con el fin perseguido por la proposición no de ley presentada, hemos ofrecido a su ponente llegar a un acuerdo mediante la presentación de una enmienda transaccional que ofrecemos al resto de los grupos para su aprobación, y que dice textualmente: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a que se intensifiquen los trabajos conducentes a estudiar con la mayor celeridad las medidas que posibiliten la integración de la sanidad penitenciaria en el Sistema Nacional de Salud.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos que desean fijar posición? Por el Grupo Mixto, tiene la palabra el señor Aymerich.

El señor **AYMERICH CANO**: Intervengo para mostrar el acuerdo total de mi grupo con la iniciativa presentada por la señora Castro, porque pensamos que es muy oportuna y desde luego necesaria.

Siento tener que contradecir, por las informaciones de que nosotros disponemos, afirmaciones que se acaban de hacer por el portavoz del Grupo Popular, en el sentido de que, por ejemplo, los medios con los que cuenta la sanidad penitenciaria son asimilables a los de cualquier otro centro de atención primaria, o que las prestaciones de que se pueden beneficiar los reclusos son equiparables a las que se dan en el marco de los demás servicios públicos de salud, porque la realidad es terca y contradice este tipo de afirmaciones. Quiero recordar que el Bloque Nacionalista Galego ha hecho varias preguntas por escrito relativas precisamente a hechos que acaecen dentro del sistema de sanidad penitenciaria y que ponen de manifiesto que ofrece una atención sanitaria de segunda o con muchísimas deficiencias.

Sólo quiero referirme a un caso: a través de una circular de 16 de enero de 2001, el subdirector general de Sanidad Penitenciaria comunica la interrupción del suministro de la presentación farmacéutica Combivir, una combinación efectiva en el tratamiento del virus de inmunodeficiencia humana. Es decir, que los reclusos que se venían tratando con este compuesto —la gran mayoría— deben sustituirlo ahora por otros menos avanzados; en cualquier caso, esto supondrá duplicar el número de pastillas que venían ingiriendo a diario. Hay estudios por los que queda perfectamente demostrado que incrementar el número de pastillas diarias que consumen los afectados supone apostar por el incumplimiento del tratamiento; podemos citar el estudio Delpi, manuales editados por la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria, como el manual de adherencia al tratamiento retroviral dentro y fuera de las prisiones, e incluso documentos de la Administración penitenciaria, como el Programa de prevención y control de la infección por VIH en el medio penitenciario. Todos coinciden en que el número de pastillas que hay que tomar es la segunda causa de incumplimiento o abandono del tratamiento, sólo precedida por los efectos secundarios del mismo que, como ustedes saben, son muy importantes. Si por razones económicas se sustituye el compuesto Combivir por otros más baratos pero que tienen estos efectos secundarios; si por razones exclusivamente económicas se condena a los ciudadanos internos en un centro penitenciario a no recibir prestaciones que se pueden recibir en el marco de los demás servicios públicos de salud, es que algo grave está pasando en la sanidad penitenciaria. Los mandatos contenidos en la Ley general penitenciaria y en el

reglamento penitenciario, en virtud de los cuales la asistencia sanitaria se extenderá a toda la población española y el acceso a las prestaciones sanitarias se realizará en condiciones de igualdad efectiva, están quebrando.

En la proposición no de ley que he defendido con anterioridad, he tenido ya ocasión de decir que las dificultades para el acceso a medicamentos esenciales no se producían sólo en el tercer mundo, sino también en el llamado cuarto mundo: el de los excluidos y marginados dentro de Estados como el español. Hechos como el que acabo de relatar y situaciones como la de la sanidad penitenciaria corroboran esta afirmación. Urge, desde nuestro punto de vista, que el sistema de sanidad penitenciaria se integre en los distintos sistemas públicos de salud de las comunidades autónomas y en el sistema estatal de salud.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV), tiene la palabra la señora Uría.

La señora **URÍA ETXEBARRÍA**: Uso la palabra para coincidir con la señora Castro en su propuesta a esta Comisión y para coincidir, una vez más, como en la iniciativa debatida anteriormente, con lo expuesto por el señor Aymerich, que ha hecho de nuevo una brillante exposición de la situación.

Quisiera dejar claro que nuestra postura a favor de la iniciativa de la señora Castro o que suscribamos la intervención del señor Aymerich no suponen en modo alguno crítica a los profesionales de la sanidad penitenciaria, sino al sistema en el que prestan servicio. Ellos mismos reivindican su paso al sistema público de salud —todos hemos tenido acceso a la documentación que nos han facilitado—, tal como ha acordado el Congreso de los Diputados en dos ocasiones. No sólo en 1999; también en 1996 se acordó por unanimidad instar al Gobierno de la nación para que se produjese este proceso.

No hace ni siquiera un mes que esta misma diputada suscitó el mismo debate en la Comisión de Justicia e Interior con ocasión de una comparecencia del señor Yuste, al que se le pedían explicaciones sobre distintos sucesos acaecidos en la prisión de Nanclares. Dos de ellos eran de índole médica y se referían a la deficiencia de la prestación sanitaria en ese ámbito. Hablábamos de un contagio de sida en un accidente deportivo —sé que es muy difícil que se produzca, pero está médicamente documentado que ocurrió así— en el que la sanidad penitenciaria no dio la respuesta adecuada. Aludíamos igualmente a un suicidio en celda de aislamiento de una mujer con patología depresiva, a la que no se le había prestado más tratamiento —aparte de la torpeza de ponerla en una celda de aislamiento por una discusión con otra reclusa— que determinada medicación; ninguno de los demás tratamientos indicados para estos padecimientos. Las dolencias psíquicas constitu-

yen uno de los apartados en que se hacen fuertes los profesionales de la sanidad penitenciaria para decir que les resulta imposible atender a la población reclusa en estas circunstancias. En aquel ámbito, reconociéndome los dos sucesos —creo, señor Zambrana, que está poco informado de lo que pasa dentro de las prisiones; pocas prisiones visita—, se me decía que la reivindicación de integración en el sistema penitenciario era más bien un problema funcional. **(Rumores.)** Como problema funcional, y puesto que estamos hablando de la Función pública sanitaria, parece que sería adecuado debatirlo en esta Comisión. Por eso he querido sumarme a la iniciativa de Izquierda Unida.

No puedo obviar la otra faceta. Será problema de organización funcional o de organización de la sanidad en un determinado ámbito, pero, desde luego, lo es también de derecho de la población reclusa a una prestación sanitaria en condiciones correctas. Derecho que, si hacemos caso de lo que una y otra vez dice el Tribunal Constitucional, debe ser especialmente respetado. Se habla —por el Tribunal Constitucional, no por esta diputada; lo digo por los murmullos que han salido de los bancos de la representación del Partido Popular tras alguna otra afirmación mía— de la especial vulnerabilidad de la población reclusa. Estando ya privadas de libertad, hay que ser especialmente exquisito en el respeto de los demás derechos de estas personas. Creemos que la asistencia sanitaria no se está prestando en las debidas condiciones.

Me ha parecido entender alguna pequeña confusión en la intervención del señor Zambrana, puesto que introducía al Ministerio de Justicia en la cuestión. Desde que gobierna el Partido Popular, las prisiones se vinculan al departamento de Interior de la Administración española, que yo sepa. Es, por tanto, Interior, y no Justicia, quien tiene que ver con cómo se presta este servicio.

Aludía también al posible daño que se haría a las comunidades autónomas, puesto que en algunos casos estábamos hablando de competencias asumidas, como la sanidad. Las comunidades que reivindican competencias no tienen ningún inconveniente; no nos importaría tener las competencias del personal sanitario ni tampoco las de instituciones penitenciarias si en algún momento se decidiera poner en marcha las comisiones correspondientes para su estudio.

De las dos partes de que consta la proposición no de ley, tengo dudas de cuál es la que no gusta a la representación del Partido Popular, puesto que en la segunda parte se dice: procediendo en el plazo más breve posible a la integración de la sanidad penitenciaria en el Sistema Nacional de Salud —y esto lo han votado ya dos veces, en 1996 y en 1999—, y la primera parte simplemente insta al Gobierno a garantizar los derechos sanitarios de los reclusos. Votar que no a esto resulta francamente feo.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra el señor Blanco.

El señor **BLANCO GARCÍA**: El voto de mi grupo va a ser a favor de la proposición no de ley presentada por el Grupo de Izquierda Unida.

Tengo que hacer míos, como no puede ser de otra manera, los argumentos que ya se expusieron hace dos años en esta Comisión, cuando se aprobó por unanimidad la siguiente resolución: el Congreso de los Diputados insta al Gobierno a que proceda a la integración de los cuerpos facultativos y de ATS de instituciones penitenciarias en la red pública sanitaria a través del estatuto marco de profesionales del Sistema Nacional de Salud, previo informe favorable del Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Como esto ya ha sido aprobado en el Congreso de los Diputados, la pregunta que me asalta es: ¿por qué vuelve esta cuestión aquí al cabo de dos años? La respuesta no puede ser otra que una recomendación al Grupo Popular: déjense de una vez por todas de latiguiños del tipo de: esto nos lo encontramos así, o: hasta que no llegamos nosotros no se hizo nada, etcétera, que hemos venido soportando a lo largo de esta mañana y en otras sesiones de esta Comisión.

Señoras y señores del Grupo Popular, ustedes y el Gobierno no han hecho los deberes. Tiene una resolución de este Congreso desde hace dos años y no han hecho nada en absoluto a este respecto. Esto demuestra, en segundo lugar, que el Gobierno tiene más bien poco respeto a las resoluciones del Congreso de los Diputados. Además, tengo que decirles que la enmienda que presentan como transacción es realmente vergonzosa. Se lo digo con pena porque, donde hemos aprobado ya que se inste al Gobierno a que proceda a la integración de los cuerpos facultativos, etcétera, tal como he leído antes, ahora nos presentan ustedes algo absolutamente paniaguado y devaluado, dice que se intensifiquen los trabajos conducentes a estudiar con la mayor celeridad la posibilidad de integración. Es decir, no admiten sólo que se integre, sino que hablan de la posibilidad de integración. Retiren esta enmienda porque no tiene argumentación ni sustento posibles si de verdad respetan lo acordado por el Congreso de los Diputados hace dos años, por esta Comisión. Señorías, déjense de palabrerías. La asistencia sanitaria penitenciaria es un clamor que está, por decirlo de una manera suave, en condiciones no equiparables a las que podemos disfrutar aquellos que no somos reclusos y estamos en libertad. Reitero que nuestro voto va a ser favorable a esta proposición no de ley, como no podía ser de otra manera.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Castro, tiene la palabra a los efectos de aceptar o rechazar la enmienda.

La señora **CASTRO FONSECA**: En primer lugar, agradezco a todos los ponentes de los grupos el apoyo a esta iniciativa.

Quería decirle al señor Zambrano que la defensa de la proposición la he hecho basándome en tres cuestiones fundamentalmente. La primera de ellas es que las redes paralelas duplican el gasto y los recursos sin mejorar los niveles de eficacia, cuestión demostradísima en este país; nosotros hemos apostado siempre por la reunificación de todas las redes paralelas en una única red sanitaria pública. Las otras dos razones en las que yo basaba la defensa de la proposición tenían que ver con la dignidad —repito— de los sanitarios de la sanidad penitenciaria y de los reclusos. No es bueno ni es de recibo que estemos aquí constantemente en una dinámica en la que parece que unos nos inventamos una realidad y los otros se empeñan en contarnos que no nos enteramos de la realidad y estamos en la luna. Ustedes saben que la sanidad penitenciaria está degradada a niveles intolerables. Negar esto aquí, sinceramente, me hace levantarme para coger una botella de agua. **(Risas.)** No puedo entender cómo se niega eso aquí; no es serio, ni riguroso, ni respetuoso, ni honesto, ni valiente, así de claro. La sanidad penitenciaria está degradada, señor Zambrano.

Yo propongo al presidente de la Comisión que esta Comisión visite las cárceles del territorio de Madrid y que conozca in situ cuál es la infraestructura sanitaria que tienen los reclusos de este territorio. **(El señor Castillo Jaén: Y de Granada.)** También, por qué no; estoy hablando de los reclusos en general y defiendo a todos, más allá de quien gobierne o deje de gobernar, pero es que aquí gobiernan ustedes; a ver si asumen de una vez que gobiernan, que es otra cosa que tienen que asumir y, por tanto, son los que tienen que resolver los problemas. No es serio decir esto aquí y lo manifiesto con cierto enfado. Repito, conozco la realidad de las prisiones personalmente porque hago voluntariado social, porque trabajo con los reclusos y sé que no hay infraestructura. Pero es más grave que usted pase esto por alto, señor Zambrano (a pesar de tener la buena voluntad que usted dice que me caracteriza, no puedo evitar lo inevitable, que es contar la verdad), que se está violando la Ley del medicamento, que se están administrando fármacos que sólo son de uso hospitalario por profesionales que no están autorizados para ello, con las consecuencias pertinentes para la salud de los enfermos. Porque quién nos garantiza que las pautas y los protocolos de actuación son los adecuados, aparte de ser una ilegalidad. Yo no quiero hacer daño a nadie, pero esta situación viola los derechos humanos de los reclusos.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Castro, le rogaría que se ciñera a la aceptación o denegación de la enmienda, no reabra el debate.

La señora **CASTRO FONSECA**: Termino, pero le rogaría, señor presidente, que, con la flexibilidad que le caracteriza, no hable cincuenta minutos más el representante del Grupo Popular que el ponente. ¿Nos entendemos? Porque la práctica parlamentaria se pervierte cada día más si no acotamos estas cuestiones. Gracias, señor presidente.

Señor Zambrano, ustedes negaban la mayor, como la niegan en todo. Hace cuatro días decían que en las cárceles no había heroína, y el otro día aprobaron en esta Comisión que se repartan jeringuillas; a ver si se ponen de acuerdo entre ustedes. ¿Por qué? Porque hay heroína en las cárceles. ¿Quiénes son los responsables de que haya heroína en las cárceles? Los que gobiernan, ustedes. Nosotros no les estamos acusando de eso porque sabemos que es un tema complejo pero, igual que hemos tenido que reconocer todos, ustedes y nosotros, que esta es una realidad, que hay jeringuillas en las cárceles y hemos tenido que decir: reparto de jeringuillas, no me niegue la mayor y no me diga que los reclusos están en un hotel de lujo en cuanto a atención sanitaria se refiere. Además de que me cabrea su enmienda —y perdone la expresión— me parece una tomadura de pelo. Ya sé que ustedes son personas acostumbradas a estudiar muchos años, pero les he dicho muchas veces que se van a convertir en los tunos que tienen 50 años y siguen estudiando. Más allá de que la tuna me haga cierta gracia, francamente me parece que no es de recibo, sobre todo porque no creo que los padres estén dispuestos a mantener un hijo en la carrera 50 años. Lo mismo les digo yo a ustedes: por favor, tomen las medidas oportunas para resolver este problema. Voy a aceptar su enmienda porque soy buena persona **(Risas.)**, porque creo que no van a tener más remedio que resolver este problema de modo inmediato y, sobre todo, señor Zambrano, porque lo hago por los presos y las presas de este país, que no tienen por qué soportar —lo digo una vez más— ningún plus de sufrimiento. Por esta razón voy a aceptar su transaccional, pero al mismo tiempo le digo que voy a hacer un seguimiento riguroso de esta cuestión. Voy a estar pendiente de que ustedes no se dediquen a estudiar otros 50 años este tema.

Señor presidente, agradezco su flexibilidad una vez más y reitero mi solicitud a la Mesa para que esta Comisión se vincule a la realidad de los problemas que tratamos aquí y visite una cárcel, no me importa cuál, pero que no sea la maternidad de mujeres porque es la estrella, sino una cárcel normalita, para que veamos cómo se funciona allí en cuanto al cuidado sanitario, que es una obligación del Estado, que es quien tutela a los reclusos. **(El señor Zambrano Vázquez pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señor Zambrano, ¿para qué solicita la palabra?

El señor **ZAMBRANO VÁZQUEZ**: Simplemente para decir que no se ha entendido bien mi exposición porque ellos dan por sentado una cosa y yo otra. Se ha iniciado ya lo que se aprobó en la anterior demanda parlamentaria. No considero en absoluto nada vergonzante ni una tomadura de pelo mi transaccional, porque se ha dejado claro que aunque la sanidad penitenciaria no es todo lo buena que deseamos, sí está regulada y garantizada. Por eso queremos que se sigan intensificando los trabajos tendentes a conseguir lo que ha planteado la ponente, a la que agradezco mucho su intervención, pero le pido que la próxima vez no haga tanta demagogia. **(La señora Castro Fonseca: No sé por qué artículo, pero pido la palabra.— Risas.)**

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra la señora Castro por un minuto.

La señora **CASTRO FONSECA**: Señor Zambrano, me parece vergonzoso que usted me acuse de demagogia cuando he sido absolutamente rigurosa en mi intervención. Usted tiene que ir al diccionario para saber lo que es demagogia, mirarse en el espejo, y mañana venir a pedirme disculpas, porque aquí el único demagogo esta mañana ha sido usted. **(El señor Blanco García pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señor Blanco.

El señor **BLANCO GARCÍA**: Deseo fijar la posición de mi grupo en cuanto a la votación, puesto que la aceptación de la enmienda por parte de la ponente representante de Izquierda Unida modifica nuestra posición de voto.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra, señor Blanco.

El señor **BLANCO GARCÍA**: Había dicho en mi intervención anterior que apoyábamos, como no podía ser de otra manera, la proposición no de ley del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida porque iba en perfecta conexión con lo aprobado por esta Cámara a instancias del Grupo Socialista hace dos años. A la vista de mis manifestaciones acerca de la enmienda, y puesto que la ponente la ha aceptado, aunque consideramos que devalúa totalmente lo ya aprobado por esta Cámara, nuestro grupo no puede por más que emitir un voto en contra ya que lo que dice la enmienda es no decir nada.

El señor **PRESIDENTE**: Terminados los debates, procedemos a la votación. **(La señora Cortajarena Iturrioz pide la palabra.)**

Señora Cortajarena.

La señora **CORTAJARENA ITURRIOZ**: Señor presidente, queda que el Grupo Parlamentario Socialis-

ta, que ha sido el que ha presentado la proposición no de ley referida al arte corporal, el tatuaje, la micropigmentación y el *piercing*, lea la enmienda transaccional pactada entre el Grupo Popular y el Grupo Socialista, que era el proponente de la iniciativa. Antes de proceder a la votación, es necesario que leamos el texto transaccionado.

El señor **PRESIDENTE**: Proceda a la lectura de la enmienda transaccional.

La señora **CORTAJARENA ITURRIOZ**: La enmienda dice lo siguiente. El Congreso de los Diputados insta a que el Gobierno y las comunidades autónomas en el ámbito de sus competencias elaboren en el plazo más breve posible la normativa por la que se regulen las condiciones que debe reunir el instrumental utilizado en las técnicas de tatuaje, *piercing* y micropigmentación, así como las sustancias que se utilicen en la última. Asimismo, se establecerá la formación necesaria para ejercer la actividad del arte corporal en las tres facetas (tatuaje, *piercing* y micropigmentación), instando al Instituto Nacional de Cualificaciones a finalizar el trabajo que permita su definición. El Ministerio de Sanidad y Consumo, junto con las comunidades autónomas, establecerá las campañas de comunicación y publicidad que estime más adecuadas para favorecer las condiciones higiénico-sanitarias y de idoneidad profesional a los ciudadanos que practican el arte corporal.

Nosotros, el grupo proponente, vamos a aceptar esta enmienda transaccional, pero queremos avanzar al Grupo Popular y al Gobierno que estaremos expectantes, vigilantes, que las preguntas parlamentarias por escrito van a ser efectuadas rapidísimamente y, si no se acometen las actuaciones que aquí vamos a aprobar, volveremos a presentar la misma iniciativa en el plazo de un año. **(El señor Aymerich Cano pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señor Aymerich.

El señor **AYMERICH CANO**: Quiero anunciar también que hemos llegado a una transaccional con el Grupo Popular que se corresponde con los dos primeros puntos de la enmienda que ya facilité a los miembros de la Mesa. Si quieren, le leo, pero es simplemente el texto de esa enmienda eliminando el tercer punto.

El señor **PRESIDENTE**: ¿La conocen todos? **(Asentimiento.)**

Entonces, procedemos a las votaciones.

Votamos la proposición no de ley sobre la adopción de medidas para acelerar, facilitar e impulsar las líneas de investigación tendentes a la utilización terapéutica de los cannabinoides. No ha sido aceptada la enmienda alternativa propuesta por el Grupo Popular, por lo cual se vota en los términos de la presentación de la proposición no de ley.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 17; en contra, 21; abstenciones, una.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

Procedemos a la votación de la segunda proposición no de ley, sobre la Fundación Hospital de Calahorra. Se vota el texto original porque no ha habido ninguna enmienda.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 15; en contra, 21; abstenciones, tres.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

Sometemos a votación la proposición no de ley relativa a la necesidad de establecer controles sanitarios sobre la actividad del tatuaje y del *piercing*, con la incorporación de la enmienda transaccional que ha sido aceptada por el grupo proponente.

Efectuada la votación, dijo

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

Como saben SS.SS., la proposición no de ley número 4, relativa a los brotes de legionella, ha sido retirada por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida.

Votamos la proposición no de ley sobre la inclusión de las bombas de infusión continua de insulina en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, con la incorporación de la enmienda aceptada.

Efectuada la votación, dijo

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

Procedemos a la votación relativa a la proposición no de ley sobre los derechos internacionales de propiedad intelectual sobre medicamentos contra el sida y

otras enfermedades, también con la incorporación de la enmienda transaccional aceptada por todos los grupos.

Efectuada la votación, dijo

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

Por último, votamos la proposición no de ley sobre la integración de la sanidad penitenciaria en el sistema público de salud. Ha sido aceptada por el grupo proponente la enmienda transaccional del Grupo Popular.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 27; en contra, 12.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Antes de levantar la sesión, les diré que, como saben todos los miembros de la Comisión, en este momento se está trabajando en la ponencia encargada de informar del proyecto de ley por el que se crea la agencia española de seguridad alimentaria. Por acuerdo de los ponentes, y si no hay impedimento por parte de la Mesa de la Cámara, a la cual se ha solicitado autorización, se procederá a celebrar una sesión de la Comisión el día 18 de abril, miércoles, a las 10 de la mañana. Como es lógico, recibirán la comunicación, pero les aviso, puesto que la semana que viene no hay Pleno, de que, en principio, se celebrará el 18, miércoles, el debate y votación de las enmiendas al proyecto de ley. Los ponentes se reunirán ahora en esta sala.

Sin más, se levanta la sesión.

Era la una y veinte minutos de la tarde.

Edita: **Congreso de los Diputados**

Calle Floridablanca, s/n. 28071 Madrid

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

Imprime y distribuye: **Imprenta Nacional BOE**

Avenida de Manoteras, 54. 28050 Madrid

Teléf.: 91 384 15 00. Fax: 91 384 18 24

Depósito legal: **M. 12.580 - 1961**