



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2002

VII Legislatura

Núm. 431

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. FELICIANO BLÁZQUEZ SÁNCHEZ

Sesión núm. 22

celebrada el miércoles, 20 de febrero de 2002

ORDEN DEL DÍA:

Proposiciones no de ley:

	<u>Página</u>
— Sobre la utilización del uso terapéutico de los cannabinoides. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/000797.)	13922
— Sobre autorización del consumo de cannabis para uso terapéutico. Presentada por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió). (Número de expediente 161/000840.)	13922
— Sobre realización entre las mujeres embarazadas de una campaña de sensibilización y concienciación para donar sangre del cordón umbilical. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/000694.)	13927

	Página
— Por la que se insta al Gobierno a modificar el Real Decreto 411/1996, de 1 de marzo, en su artículo 7.2, con el fin de que aclare convenientemente que los progenitores hematopoyéticos procedentes de la sangre del cordón umbilical pueden ser donados sin que exista relación genética entre donante y receptor. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/001169.)	13927
— Relativa a la situación de los servicios sanitarios del Centro penitenciario de Fontcalent (Alicante). Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/000998.)	13931
— Sobre medidas en materia de salud pública. Presentada por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida. (Número de expediente 161/000845.)	13935

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

PROPOSICIONES NO DE LEY:

- **SOBRE LA AUTORIZACIÓN DEL USO TERAPÉUTICO DE LOS CANNABINOIDES. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/000797.)**
- **SOBRE AUTORIZACIÓN DEL CONSUMO DE CANNABIS PARA USO TERAPÉUTICO. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO CATALÁN (CONVERGÈNCIA I UNIÓ). (Número de expediente 161/000840.)**

El señor **PRESIDENTE:** Señorías, buenos días a todos y damos comienzo al orden del día de la Comisión de Sanidad y Consumo que todas sus SS.SS. conocen. A petición del Grupo Parlamentario Catalán de Convergència i Unió y de acuerdo con el Grupo Parlamentario Socialista alteramos el orden del día y pasamos a debatir en primer lugar los puntos tercero y cuarto que, como saben SS.SS., se han acumulado. Doy en primer lugar la palabra al señor Fidalgo para que exponga y defienda su proposición no de ley sobre la autorización del uso terapéutico de los cannabinoides. También advierto a los miembros de la Comisión que la votación, si el debate va en los términos normales, no será antes de la una menos cuarto. Alrededor de la una menos cuarto o una procederemos al debate de las distintas proposiciones no de ley.

Tiene la palabra el señor Fidalgo.

El señor **FIDALGO FRANCISCO:** Señorías, quiero iniciar mi intervención en el día de hoy con una protesta y es que traemos hoy aquí una iniciativa presentada en esta Cámara en abril del año pasado, es decir, práctica-

mente hace un año, consecuencia a su vez de otra debatida hace ahora también un año y que había sido registrada ya en noviembre del 2000. Evidentemente hay un retraso, y reafirmo doblemente esta protesta en nombre de todos aquellos que habían depositado en sus legítimos representantes sus lógicas esperanzas de ver aliviados sus males y sus sufrimientos; probablemente esperanzas subjetivas, pero esperanzas al fin y al cabo, y por lo tanto dignas de toda consideración. Personalmente me avergüenzo de no haber conseguido despertar la sensibilidad necesaria en SS.SS. para considerar con la debida atención esta propuesta, porque todos sabemos que los que esperan desesperan, y digo esto, porque hace un año, esta Comisión, ignorando precisamente esto, que los que esperan desesperan, rechazó una iniciativa socialista para agilizar la investigación dirigida a determinar y propiciar la utilidad terapéutica de los cannabinoides; y subrayo esto, rechazó una iniciativa socialista para agilizar la investigación dirigida a determinar y propiciar la utilidad terapéutica de los cannabinoides. No voy aquí a repetir los argumentos ya desgranados en aquella ocasión, quiero ser breve, pero desde entonces, oportunidades ha tenido ya la ciencia, en su discurrir zigzagueante, de discutir y pronunciarse sobre lo molecular y sobre lo fisiológico; espero simplemente que durante este tiempo SS.SS. hayan reflexionado a su vez sobre lo que significa el sufrimiento, la desesperación y la esperanza, y a esta reflexión apelo hoy, porque no podemos permitirnos repetir el debate de hace un año, no puede el Grupo Popular argumentar razones supuestamente científicas ocultando en el fondo un farisaico principio inmovilista, seguramente más propio del acervo atávico colectivo que del sentimiento humano de cada una de sus señorías.

Es cierto que estamos aquí en representación de ciudadanos que quieren proyectar a través de nosotros diferentes concepciones del mundo, pero no es menos cierto también que todo lo humano nos es común, a todos y a cada uno de nosotros y la enfermedad es buen exponente de ello. Sería una traición a esa condición humana el ignorar su dolor en base a unos valores y

prejuicios morales tan endeble como de los que estamos hablando, porque ¿a qué tipo de moral apeláramos, a la del economo, a la de los investigadores de las células madre embrionarias, a la moral que permite la venta libre de productos a base de cannabis en las tiendas de Madrid o a la moral del uso del alcohol como excipiente o de los mórficos en el tratamiento del dolor? Por no citar las consideraciones morales de todos los parlamentarios catalanes que han votado prácticamente hace un año de forma unánime, incluidos, por supuesto, los parlamentarios del Grupo Popular, la misma propuesta que hoy debatimos. Es duro para los que padecen escuchar de los demás sólo argumentos morales; si no somos desde aquí capaces de resolver sus problemas, no impidamos por lo menos que alberguen la esperanza y proporcionémosles ya una posibilidad de paliar sus males sacando adelante esta propuesta que no va en contra de nadie.

Mi grupo y yo creemos que la condición humana está por encima de todo, y todos nuestros esfuerzos serán pocos para que en cada individuo esa humanidad se manifieste hasta el final de sus días y por eso antepone la ayuda que podamos proporcionarle a cualquier otra consideración. Estoy seguro de que muchas de sus SS.SS. piensan lo mismo, y a ello apelo para que, abandonando catecismos preestablecidos, opten por el sentido común e incluso por la compasión y aprobemos ya por unanimidad esta proposición no de ley que hoy debatimos.

Por supuesto, mi grupo va a apoyar el mismo texto que presenta *Convergència i Unió*, y rechazamos, porque no puede ser de otra manera, la enmienda que nos acaba de presentar el Grupo Popular referente a continuar con la investigación; no queremos continuar investigando, queremos aplicar ya lo investigado.

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

La señora **RIERA I BEN**: Muchísimas gracias por la amabilidad de la presidencia y de todos los grupos que están en la Comisión por posibilitar este cambio del orden del día. Entramos ya en materia.

Señor presidente, lo comentaba ahora el señor Fidalgo en nombre del Grupo Socialista, el debate sobre el fondo de lo que hoy estamos tratando con estas dos proposiciones no de ley no es nuevo en la Cámara, se ha discutido en Comisión de Sanidad, se ha discutido sobre el tema en la Comisión Mixta Congreso Senado para el estudio y problemática de las drogas, y el Grupo Parlamentario de *Convergència i Unió* ha tenido mucho interés en sacar este debate del rifirrafe político, si me permite la expresión, para llevarlo allí donde pensamos que debe estar. Es un debate que pretende ser científico, riguroso, basado en la experiencia, basado en este caso en la Comisión de Sanidad en lo que es la praxis

desde hace muchos años de un sector numeroso de los profesionales de la medicina, y sobre todo es un debate que pretende ayudar a un colectivo de personas numeroso, importante, muchas de ellas mujeres, que sufren una enfermedad que hoy día, a pesar de que afortunadamente en la mayoría de los casos la medicina ha conseguido plantarle cara y los enfermos de cáncer sobreviven bien, en algunos casos, afortunadamente cada vez menos, no consiguen sobrellevar su enfermedad, y además, muchos de ellos sufren durante las terapias unos efectos colaterales al tratamiento que les hace muy duro y muy penoso soportar la enfermedad, añadiendo a la angustia que padecen hasta saber el desarrollo que va a tener, el encontrarse francamente mal y con un deterioro de la calidad de vida importante que en absoluto ayuda a mejorar su estado de salud.

Hoy, con estas proposiciones no de ley, las que discutimos en la Comisión, la que presenta el Grupo Socialista y la que presentamos *Convergència i Unió*, proposiciones no de ley que son prácticamente idénticas en el contenido y, por descontado, idénticas en la pretensión, trasladamos al Congreso de los Diputados un debate que el día 25 de abril del año 2001, o sea, hace casi un año, todos los grupos parlamentarios tuvieron en el Parlamento de Cataluña, y en el que todos los Grupos parlamentarios decidieron que, dada la importancia de lo que se estaba tratando, lo más sensato era presentar una proposición no de ley conjunta en la que se instaba al Gobierno de la Generalidad a que hiciera las gestiones oportunas para que el Gobierno del Estado impulsara las modificaciones normativas necesarias para que el consumo de cannabis pudiera ser un tratamiento terapéutico.

Aquel día, el 25 de abril del 2001, en el Parlamento de Cataluña hablaron los portavoces de todos los grupos, pero, a través de los portavoces de todos los grupos, insisto, de todos, habló la sociedad civil, hablaron los colectivos de personas y muy en especial el colectivo de mujeres Ágata que ha sido el que impulsó este tema en Cataluña de manera muy activa. A ese colectivo pertenecía una periodista que, con la capacidad que tenía de movilizar los medios, tuvo un papel que yo pienso que todas las mujeres y la sociedad en su conjunto le debemos agradecer porque cuando alguien está convencido de que lucha por algo justo, no para en el empeño, y este colectivo consiguió que todos los grupos parlamentarios de la Cámara hicieran suya esta propuesta y que, al margen de otros debates paralelos que a veces quieren confundir de lo que estamos hablando, hiciéramos piña en Cataluña para defender una propuesta y que esta propuesta se sacase adelante por unanimidad.

Yo, hoy, podría hacer referencia a partes concretas de las intervenciones de todos los grupos, todas son muy similares, pero tengo especial interés en hacer referencia a la intervención de la diputada Monserrat I Cullere, que era quien hablaba en nombre del Grupo Popular, y es evidente que tengo intención de referirme

a la señora Cullere más que a nadie, más que incluso a la portavoz de mi grupo parlamentario, porque hoy aquí en el Congreso, a pesar de lo que digamos el resto de grupos parlamentarios de la Cámara, socialistas, convergentes, el Grupo Mixto o Izquierda Unida, estamos ante una realidad objetiva y es que el Grupo Popular tiene mayoría en la Cámara y, por tanto, la voluntad del Grupo Popular es definitiva y decisoria para que cualquier propuesta pueda avanzar, y por eso tengo interés en señalar lo que dijo la diputada Popular en el Parlamento de Cataluña. La diputada Popular, después de alabar y de reconocer el trabajo de las mujeres del grupo Agata, dijo que el 25 de abril era un gran día en Cataluña (estamos hablando de casi hace un año) porque se había dado un pequeño gran paso en favor de las personas que sufren, y que se había dado un pequeño gran paso para que, a través de los medios que tenemos, facilitáramos y ayudáramos a llevar bien enfermedades que hoy por hoy aún son muy terribles y diéramos esperanza y mejor calidad de vida a personas que a lo largo de su enfermedad muchas veces la pierden, quedando muy deterioradas. Además, dijo otra cosa la diputada del Grupo Popular, dijo que era importante que fuéramos capaces de discernir el debate del cannabis como uso terapéutico de otro debate que donde compete y cuando compete puede también llevarse a cabo, y es hasta qué punto el tema de consumo de cannabis es un tema que está bien enfocado o, muchas veces, se pone en el mismo cajón de sastre, por decirlo de alguna manera, que el consumo de todo tipo de drogas. Quiero dejar bien claro en nombre de mi grupo parlamentario que estamos circunscritos al debate del tratamiento terapéutico con el cannabis; hoy sólo debatimos este tema, y además lo quiero dejar bien claro y tengo especial interés porque algunas de sus SS.SS. podrían decir que con la actividad que tengo constante y permanente en contra del tabaco, sería bastante incongruente que en esta cruzada casi personal que tengo organizada diese por supuesto que el tabaco no (el presidente me mira con cara de entenderme, porque sufre la persecución antitabaco) y el porro sí. No estamos hablando aquí de fumar, es otro debate, estamos hablando de que se ha demostrado a nivel científico, se ha demostrado insisto, que el consumo de cannabis ayuda a enfermos que lo están pasando mal.

Señorías, si hoy prosperan estas proposiciones no de ley que presentamos el Grupo Socialista y el Grupo Catalán, habremos hecho algo más que posibilitar la salida de una iniciativa parlamentaria que todos los grupos aprobaron en el Parlamento de Cataluña por unanimidad, habremos hecho esto y algo más, habremos dado luz y esperanza a muchas personas que en este momento están solicitando que el Parlamento legisle sobre este tema, y además habremos dado categoría de normal, de razonable y adecuado a una práctica que profesionales de la medicina están ya en muchos casos sugiriendo o indicando, por lo que muchos pacientes,

que ya tienen bastantes problemas, tienen que seguir un circuito paralegal que parece más bien de una película con un guión virtual o de una novela de Kafka.

Señorías, nosotros no podemos en el siglo XXI seguir legislando al margen de la realidad; esto es hacer trampa. No puede ser que la sociedad, a nivel médico o a nivel científico, esté dando por buenas unas terapias, que se considere que en un porcentaje altísimo de personas que necesitan estos tratamientos (esto no es para todos, es para las personas que lo necesitan) estas prácticas son buenas y que el Parlamento, al margen de una realidad, insisto, que se está dando desde hace muchos años, siga investigando, como propone la enmienda que nos ofrece el Grupo Popular, a través de los organismos competentes. ¿Hasta cuándo señorías? Hasta cuándo vamos a diluir un tema que es importante y hasta cuándo vamos a permitirnos seguir mareando la perdiz y que mientras tanto muchas personas, cientos, estén padeciendo la incapacidad de algunos de los que tienen responsabilidades para dar solución a un problema que es grave.

Yo le pido al Grupo Popular, y se lo pido con respeto pero también con convicción, que sean consecuentes con lo que ya votaron en el Parlamento de Cataluña, que no cierren una puerta a la esperanza y que aprovechen la oportunidad que tienen aquí en exclusiva de abrir la esperanza para todos, no sólo para los ciudadanos de Cataluña, sino para todos. Este es mi deseo, y espero que reconsideren la postura que han manifestado hasta ahora.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Martín Soledad para presentar y defender la enmienda que propone al resto de los grupos.

El señor **MARTÍN SOLEDAD**: Señorías, intervengo en nombre del Grupo Parlamentario Popular para fijar la posición de mi grupo en relación a las dos proposiciones no de ley presentadas por los grupos parlamentarios Socialista y Catalán de Convergència i Unió, por las que se demanda la autorización del uso de cannabis y sus derivados con fines terapéuticos.

Quiero en primer lugar centrar el debate. No estamos hablando de un tema de progresismo o no progresismo, estamos hablando de un tema científico, de si vale la pena o no seguir los protocolos estandarizados de autorización de nuevos productos farmacéuticos, y aquí sí que me gustaría centrar bien el tema de mi intervención. En diferentes ocasiones hemos asistido al mismo debate, pues distintas han sido las iniciativas presentadas tanto en el Congreso como en el Senado, así como en varias comunidades autónomas; todas ellas han servido para reflejar en sede parlamentaria un debate que es de actualidad no sólo en la comunidad científica, sino en el seno mismo de la sociedad y que, por qué no decirlo, tiene el mismo grado de controversia que la suscitada en todos y cada uno de los debates producidos.

Permítame que sea breve a la hora de hacer un pequeño resumen del conocimiento actual del tema, sin hacer referencias históricas, para no extenderme. Nadie duda de que hay determinados efectos de los derivados cannábicos, fundamentalmente del tetrahidro cannabino, sobre determinadas patologías y en cualquiera de sus formas de administración. De hecho existen ya dos países que tienen comercializados productos que a nivel del Estado español pueden ser utilizados mediante la utilización del servicio de medicamentos extranjeros en protocolos bien estandarizados. Se encuentran actualmente en estudio su importancia sobre los vómitos en el tratamiento de determinados trastornos oncológicos con poliquimioterapia, el efecto antianorexígeno que se da fundamentalmente en la caquexia que acompaña a determinados procesos terminales, efectos miorrelajantes y antiespásticos en patologías desmielinizantes como la fibrosis quística, como hipotensor en la presión ocular en el glaucoma, y en algunas patologías neurodegenerativas como el Alzheimer. También son conocidos sus efectos sobre el sistema nervioso central, así como sus efectos secundarios e indeseables.

Distintos han sido los estudios realizados y distintas también han sido las conclusiones a que han llegado diversos colectivos científicos. Se ha argumentado a favor y en contra de la prescripción de dichos derivados. Hay países que han aprobado y hay países que han rechazado legislar sobre el tema de los derivados del cannabis, y todo ello no muestra nada más que el gran debate social que existe actualmente con relación a preparados que entrarían dentro de la categoría de drogas, de utilización más o menos generalizada; de todas formas sigo insistiendo en que no asistimos a un tema sobre la conciencia social o la problemática social que plantean las drogas, dado que actualmente en el mercado farmacéutico, disponible por todos los médicos españoles, existen derivados opiáceos, existen anfetaminas y existen otros preparados con efectos sobre el sistema nervioso central. Mi grupo entiende que estos debates sociales no deben hacernos perder la perspectiva científica en la que debe basarse la autorización o no de nuevos productos farmacéuticos. De hecho, consideramos que debe de ser únicamente la metodología científica protocolizada y estandarizada la única indicada para la toma de decisiones sobre autorización o no de nuevos preparados medicamentosos, tengan o no las connotaciones sociales que pueda tener el caso que nos ocupa.

Con relación a esto, me gustaría dar un pequeño repaso a la actualidad científica más reciente de que se dispone. Basta darnos un paseo navegando por Internet para ver la cantidad de artículos tanto favorables como contrarios al tema de si presentan o no efecto terapéutico relevante los derivados cannábicos en las patologías indicadas. Los hallazgos, al margen del grupo de trabajo de la Universidad Complutense de Madrid, que diversos investigadores han publicado recientemente, más concretamente me voy a referir al tema de Cataluña dado

que a los pocos días de aprobarse la proposición no de ley a que hizo referencia la señora Riera, el doctor Germá, jefe de oncología clínica del Instituto Catalán de Oncología y el doctor Joan Carulla, jefe de servicio de cuidados paliativos del Hospital General de Valle Ebrón, en Barcelona, descartan los tratamientos con derivados del cannabis como recomendación clínica poco seria ante la falta de evidencia en la literatura médica mundial de sus efectos. También en su monografía sobre el cannabis realizada por los doctores Julio Bobes y Amador Calafat, concluyen que la evidencia científica sobre los efectos terapéuticos de los derivados del cannabis son más bien escasos y precisan de más estudios.

Pero también quiero fundamentar nuestra posición no ya sólo sobre las revisiones realizadas sobre el tema, sino que los principios de precaución y prudencia obligan a preguntarnos si las teóricas indicaciones de dichos derivados exigirían la adopción de medidas extraordinarias para su aprobación al no existir tratamientos específicos alternativos. Y aquí tampoco se justifica el prescindir de los protocolos establecidos al existir principios activos tanto o más efectivos que los aquí propuestos.

A modo de resumen permitan que repase de forma rápida algunas alternativas. En el caso de las náuseas asociadas con la quimioterapia oncológica hay que señalar que los estudios revisados comparan los efectos de los cannabinoides, la mayor parte de tetrahidro cannabino, con antagonistas de la dopamina, butirofenonas o fenotiazinas. Doce elementos fundamentales a señalar respecto a los estudios analizados en las revisiones sistemáticas. Ninguno comparaba los cannabinoides con los antagonistas de los receptores tres de la serotonina, los 5-HT₃ que en estos momentos ya están autorizados para su utilización, como el dolacetron, ondacetron o granicetron. La efectividad y seguridad de estos últimos fármacos como antieméticos está perfectamente demostrada; de hecho los antagonistas de la 5-HT₃ son los medicamentos con mayor valor terapéutico como antieméticos en la actualidad. Y segundo, en ocasiones se comparaba el efecto antiemético de los cannabinoides con un placebo; hoy en día esta metodología de estudio prácticamente se considera inaceptable.

Con respecto a resultados concretos, los cannabinoides han mostrado sus mejores resultados aparentes en el caso de síntomas intermedios, se ha podido observar que dosis de tetrahidrocannabinol de 5 a 15 miligramos por metro cuadrado de superficie corporal son efectivas en el tratamiento de las náuseas asociadas con la quimioterapia oncológica cada tres a seis horas, y durante veinticuatro horas. Otro factor, por último, a señalar es el de los efectos tóxicos, como la inestabilidad, disforia, depresión, trastornos psicóticos inducidos directamente por el tetrahidrocannabinol o hipotensión que se producen por estos tratamientos; en ocasiones estos efectos secundarios han sido tan intensos que obligaron a suspender el tratamiento. Como efecto analgésico en el caso del dolor oncológico o post-quirúrgico, su efi-

caxia en el control del dolor no es mejor que los resultados que puedan obtenerse con antiinflamatorios no o sí esteroideos. En estos casos no habría ninguna indicación para los cannabinoides. Por otra parte los efectos secundarios de los cannabinoides, especialmente como depresores del sistema nervioso central, a veces desaconsejan su utilización. En el caso del dolor crónico no oncológico, el papel antiinflamatorio de los cannabinoides podría tener algún efecto, aunque probablemente no vaya a superar al de los antiinflamatorios convencionales.

Una posibilidad todavía a explorar y que precisa de más estudios, tendría que ser el dolor neuropático con componente espástico. Como estimulante del apetito, la indicación fundamentada en la caquexia asociada a determinadas enfermedades terminales, existe una evidencia derivada de ciertos ensayos clínicos con asignación aleatoria con controles con placebos sobre la eficacia de estos productos como estimulantes del apetito en pacientes con cáncer avanzado o sida. Se tolera bien a bajas dosis, aunque se desconocen dosis apropiadas y qué tipos de pacientes son los que pueden beneficiarse de este tratamiento. Esta caquexia ocurre en la mayoría de pacientes de cáncer antes de la muerte. Es el resultado de los importantes cambios metabólicos producidos por las sustancias tumorales liberadas, así como por las citoquinas y péptidos endógenos. La manifestación clínica más significativa es la anorexia profunda y la nutrición parenteral agresiva no ha podido aumentar la supervivencia del paciente o producir cualquier mejoría sintomática que fuera significativa.

De todas formas no se ha podido establecer cuál de los tratamientos actuales es el más indicado; hablamos de progestágenos, hablamos de estrógenos y hablamos de derivados cannábicos en los cuales no existe evidencia rigurosa de cuál es el tratamiento más indicado para estos pacientes.

En el caso del glaucoma, efectivamente, los derivados cannábicos tienen un efecto hipotensor sobre la presión ocular; el problema es que, a parte de los efectos secundarios, para que se consiga la reducción de esa tensión ocular se tiene que administrar de manera continuada y cada tres a cuatro horas. En el caso de la esclerosis múltiple existen indicios sobre los buenos resultados que podrían tener estos productos; en estos momentos, en Inglaterra se está haciendo un estudio sobre el efecto de cannabinoides sobre esta enfermedad, y me parece recordar que anteaer salía la noticia publicada en un medio de comunicación de que se había autorizado el estudio al que hago mención. Se piensa coger un grupo control de seiscientas personas para constatar la eficacia clínica de derivados del tetrahidrocannabinol.

Existen una serie de programas de investigación a plantear en el futuro y que podrían dar respuesta o mejorar la comprensión sobre la farmacodinámica y

farmacocinética de estos preparados, identificar con más claridad...

El señor **PRESIDENTE**: Señor Martín, le ruego vaya concluyendo.

El señor **MARTÍN SOLEDAD**: Enseguida acabo, señor presidente.

Identificar los mecanismos relacionados con las náuseas y vómitos y caracterizar los efectos sobre la sintomatología de los diferentes medicamentos disponibles.

En resumen, existen actualmente alternativas superiores comprobadas y sin presencia de efectos secundarios. Por lo tanto, no estamos dejando a pacientes en una situación de desamparo, porque eso, en concreto yo como médico, no podría aceptarlo. Sin embargo, como es función nuestra buscar respuesta que mejore las condiciones de vida de estos pacientes, les propongo una enmienda transaccional que consideramos que puede ser aceptada si todos tenemos interés. Ya en su momento se negaron a aprobar que se canalizara la investigación a través del Instituto Carlos III, ahora les propongo nuevamente que busquemos una vía y que se pueda profundizar en el conocimiento de los efectos del tetrahidrocannabinol.

El señor **PRESIDENTE**: A los efectos de aceptar o rechazar la enmienda propuesta por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Fidalgo.

El señor **FIDALGO FRANCISCO**: Precisamente sólo a esos efectos que usted acaba de mencionar, quiero leer la proposición no de ley debatida y rechazada hace un año. Decía la proposición no de ley del Grupo Socialista: Sobre la adopción de medidas para acelerar, facilitar e impulsar las líneas de investigación tendentes a la utilización terapéutica de cannabinoides. Fue rechazada por el Partido Popular hace un año, y ahora en una enmienda que se nos presenta se dice: A través de los organismos competentes nacionales se intensifiquen los programas de investigación, participación y permita conocer más en profundidad los efectos de los cannabinoides y su mecanismo de acción. Esto, si hubiera sido aprobado hace un año, para muchos pacientes hubiera significado el haber ganado un año de su vida. Por lo tanto la rechazamos.

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

La señora **RIERA I BEN**: Mi grupo tampoco puede aceptar la enmienda transaccional que presenta el Grupo Popular, entre otras cosas porque aceptar esta enmienda sería negar el mandato que he recibido como grupo parlamentario, y que recibieron ustedes también en representación de su grupo parlamentario, del Parlamento de Cataluña; por lo tanto, por pura coherencia, no la podemos aceptar.

- **SOBRE REALIZACIÓN ENTRE LAS MUJERES EMBARAZADAS DE UNA CAMPAÑA DE SENSIBILIZACIÓN Y CONCIENCIACIÓN PARA DONAR SANGRE DEL CORDÓN UMBILICAL. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/000694.)**
- **POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO A MODIFICAR EL REAL DECRETO 411/1996, DE 1 DE MARZO, EN SU ARTÍCULO 7.2, CON EL FIN DE QUE ACLARE CONVENIENTEMENTE QUE LOS PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS PROCEDENTES DE LA SANGRE DEL CORDÓN UMBILICAL PUEDEN SER DONADOS SIN QUE EXISTA RELACIÓN GENÉTICA ENTRE DONANTE Y RECEPTOR. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/001169.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a debatir las proposiciones no de ley presentadas por el Grupo Parlamentario Socialista que figuran en primer y segundo lugar en el orden del día. Para su presentación y defensa tiene la palabra la señora Varela Vázquez.

La señora **VARELA VÁZQUEZ**: Señorías, la primera proposición no de ley trata de un tema importante que, a mi modo de ver, puede ayudar a salvar numerosas vidas humanas. Estamos en la medicina del siglo XXI, se está desarrollando una nueva medicina celular y una nueva medicina molecular, y estamos viendo cómo esta nueva medicina sirve para curar enfermedades que hasta hace poco parecían incurables. Conviene por tanto comenzar explicando que la hemopoyesis es un sistema dinámico de maduración celular, en el cual una cantidad de entre uno y diez millones de células inmaduras, células madre, es capaz de producir y mantener un billón de elementos maduros, hematíes, leucocitos y plaquetas, funcionalmente diferenciados, adaptando esta cantidad a las diferentes situaciones fisiológicas del organismo. Esto se consigue por la capacidad de autorregeneración de una parte de las células madre y de la ampliación del número de células sanguíneas mediante la diferenciación y la maduración del resto. Las células primarias constituyen la población más primitiva de células, de las cuales derivan todas las células sanguíneas circulantes. Dichas células primarias tienen capacidad, como he dicho antes, para autorrenovarse y para diferenciarse, primero, en células progenitoras y, luego, en células precursoras de las células de la sangre. Tanto las células primarias como las progenitoras que en el adulto se localizan en la médula ósea, en el embrión y luego en el feto, se hallan sucesivamente en el saco vitelino, hígado, bazo, y finalmente en la médula ósea. Durante este período de la vida se las halla en

la circulación, de la cual desaparecen poco después del nacimiento. La presencia de estas células en la circulación fetal, y por tanto en el cordón umbilical y la placenta, hizo concebir a principios de los años 80 a investigadores de la Universidad de Indiana la esperanza de que podrían utilizarse para trasplante en los mismos casos en que se venía utilizando la médula ósea. La médula ósea utilizada en los trasplantes, como SS.SS. saben, debe ser de un familiar histocompatible, habitualmente un hermano o, en su defecto, de un donante altruista no emparentado pero también compatible. Aún teniendo en cuenta el gran número de donantes registrados en diversos países, que son más de tres millones en todo el mundo, sólo en un 50 ó 60 por ciento de los pacientes que lo requieran se haya un donante adecuado en el tiempo requerido; por tanto la posibilidad de disponer de una fuente alternativa de progenitores hemopoyéticos hacía muy sugestiva la idea de los investigadores de Indiana, pero era necesario primero probar que el número y propiedades de los progenitores recolectados de la sangre del cordón umbilical eran adecuados para instaurar un sistema hemopoyético suficiente. Así, pues, una serie de estudios biológicos realizados entre 1985 y 1992 demostraron, primero, que la proporción de progenitores hemopoyéticos presentes en la sangre del cordón umbilical era similar a la de la médula ósea del adulto, segundo, que mantenían su viabilidad durante dos o tres días a temperatura ambiente y después de sometidos a un proceso de criopreservación; tercero, que el número de progenitores hemopoyéticos primitivos o muy inmaduros y con mayor capacidad para formar colonias era superior en la sangre del cordón umbilical, y cuarto, que probablemente la cantidad de dichos progenitores contenidos en una sola donación era suficiente para realizar con éxito un trasplante.

A partir de los citados estudios, el primer trasplante con sangre de cordón umbilical se llevó a cabo con éxito en el año 1988 en un niño afectado de anemia de Fanconi, y hay que decir que dicho paciente sigue actualmente vivo y gozando de buena salud. En los cuatro años siguientes, otros cuatro niños reciben un trasplante. En 1992 se fundó el primer banco de sangre de cordón umbilical de donantes voluntarios no emparentados. En 1995 se fundó el grupo Eurocord con sede en París y con la finalidad de crear un registro de trasplantes de sangre de cordón umbilical con un seguimiento de los pacientes y un foro para el desarrollo de estudios cooperativos. Paralelamente se creó el grupo Netcord, formado por un grupo de bancos de sangre de cordón umbilical, con idea de establecer normas de buena práctica y cooperación entre los bancos y los centros de trasplante, tema, como comprenderán, importante. Conviene señalar que el número de trasplantes con cordón umbilical a principios del año 2000 ya se situaba en aproximadamente el millar de pacientes. Así pues, la demostración de que la sangre del cor-

dón umbilical, considerada hasta hace poco como producto de deshecho, era una fuente potencial de células progenitoras para un trasplante dio lugar al desarrollo de diferentes métodos de obtención y a la creación de programas de trasplante con sangre de cordón de donantes no emparentados, como alternativa a los de médula ósea. Los bancos de sangre de cordón son por supuesto una herramienta importante en estos programas, ya que son los encargados de recibir, analizar, procesar, almacenar, controlar la calidad y suministrar las unidades de sangre de cordón para el trasplante.

En el trasplante de médula ósea de donante no emparentado, cuando se localiza un donante voluntario compatible, saben ustedes que se le ha de consultar si todavía está dispuesto a realizar la donación; sin embargo, las unidades de sangre de cordón están disponibles en los bancos de sangre de cordón criopreservadas y tipadas en los antígenos, hecho que por supuesto agiliza muchísimo el trasplante. Además, la médula ósea requiere de múltiples punciones en crestas ilíacas y en el esternón del donante bajo anestesia general o epidural, con los inconvenientes del dolor, del riesgo de infección local o de ingreso hospitalario, mientras que la obtención de sangre de cordón es sencilla e inofensiva, y además es sabido que sólo el 30 por ciento de los enfermos con algún tipo de cáncer hematológico tiene un familiar inmunológico compatible con el suyo para poder llevar a cabo un trasplante de médula.

En el tema que estamos tratando se considera posible donante a todos los recién nacidos sanos. Las familias, por supuesto, no han de ser portadoras de enfermedades genéticas, ni han de tener en la historia clínica evidencia de factores de riesgo de enfermedades transmisibles por la sangre del cordón. La donación ha de ser voluntaria, ha de ir acompañada, por supuesto, del consentimiento firmado, obtenido o antes o hasta tres días después del parto, y de una muestra de sangre de la madre para analítica, siendo criterios por supuesto de exclusión para esa recogida de sangre del cordón umbilical, por ejemplo, la duración de la gestación inferior a 32 semanas, una rotura de membrana más de doce horas antes del parto, que la madre presente fiebre superior a 38, que haya anemia materna importante o padecimientos fetal, etcétera. La sangre del cordón, por tanto, se considera un tejido que puede ser transplantado a otra persona y su donación ha de ir acompañada del consentimiento firmado. Como en este caso el donante es siempre un menor, el consentimiento, en la práctica habitual, se le pide a la madre, y este consentimiento ha de ir precedido de la explicación a la madre de aspectos de la donación, como son que no supone ningún riesgo para el recién nacido ni para la madre, que el cordón umbilical y la sangre hasta hace poco no se aprovechaba, que esta sangre su hijo no la necesita y que puede curar a otros niños enfermos de leucemias y otras enfermedades congénitas de la médula ósea; esta información ha de tener lugar antes de iniciarse el

parto. En la hoja de consentimiento ha de constar que la información sobre la madre y el niño será confidencial, que se determinará la serología para los virus de la hepatitis B y C, sida y sífilis, que cualquier resultado patológico detectado en esa analítica le será comunicado, que en caso de que la donación no sea adecuada para el banco del cordón de sangre se podrá utilizar para pruebas especiales y que la donación es altruista y por lo tanto no derivará ninguna compensación de ella.

El Grupo Parlamentario Socialista entiende que los bancos de sangre de cordón han de dirigir sus esfuerzos a tener unidades recolectadas, procesadas y almacenadas bajo estrictos controles de calidad. Entiende también el Grupo Socialista que uno de los objetivos primordiales para los bancos de cordón es que las unidades tengan un gran número de células, ya que esta es la variable que más condiciona el éxito del trasplante. Nosotros entendemos que aunque nuestro país ya ha pasado de las 867 unidades de sangre de cordón a las 8.400 actuales, uno de los retos principales sigue siendo conseguir el mayor número de donantes. Por ello es por lo que se ha presentado esta proposición no de ley, porque entendemos que es necesario recordar a las madres que ni ellas ni los niños sufren peligro alguno por la donación, porque entendemos que es necesario sensibilizar a las madres y convencerlas sobre las vidas que pueden salvar mediante la donación de la sangre del cordón, y porque entendemos que es necesario eliminar la reticencia que pueda existir en muchas mujeres a este tipo de donación. Por tanto, y en el ánimo de informar para poder salvar vidas, esperamos la aprobación por todos los grupos parlamentarios de esta iniciativa, porque señorías, estamos convencidos de que no sólo es legítimo aceptar la donación de la sangre del cordón umbilical, sino que es necesario promover y desarrollar una pedagogía adecuada en el contexto hospitalario para que los posibles sujetos de dicha donación, a saber, las madres gestantes, estén debidamente informadas de ello y puedan decidir libre y responsablemente lo que quieren hacer a la luz de sus valores personales.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la señora Rodríguez.

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

Efectivamente, la sangre del cordón umbilical humano representa una particular fuente de células hemato-poyéticas progenitoras que poseen la propiedad de autorrenovarse y dividirse en todas las células sanguíneas circulantes, localizándose principalmente en la médula ósea y también en pequeña proporción en sangre periférica, y desde hace unos años se vio que también se localiza en la sangre del cordón umbilical. Desde finales de los años ochenta, se viene postulando

el uso de estas células como alternativa al trasplante de médula ósea que se aplica para tratar diversas enfermedades hematológicas malignas, en especial algunos tipos de leucemia y de enfermedades biodisplásicas. Potencialmente, el uso de la sangre del cordón umbilical tiene la ventaja de que posee un gran número de las células madre progenitoras presentes en la circulación al nacer un niño, y con la ventaja de la calidad que le confiere la relativa inmadurez inmunológica de las células inmunes del recién nacido. Una de las limitaciones para la generalización de su uso lo constituye el reducido volumen de sangre que se puede extraer del cordón umbilical. Esta técnica se ha empleado para restablecer la función de la médula ósea con resultados alentadores, independientemente del parentesco entre receptores y donantes. Parece ser que los riesgos de la enfermedad de injerto contra el huésped tanto aguda como crónica, bastante frecuente en los trasplantes de médula ósea, son menores e incluso en los practicados entre personas con una mayor disparidad del antígeno leucocitario humano. Por todo ello, hoy día se conoce que los trasplantes de sangre de cordón umbilical constituyen una alternativa válida para aquellos pacientes, sobre todo niños, que necesitan un trasplante de células progenitoras hematopoyéticas y que carecen de un donante de médula ósea compatible. Otra ventaja que ofrece la sangre del cordón umbilical frente a la médula ósea o la sangre periférica es que puede ser almacenada en un banco, por lo que se puede disponer en el momento de su tipaje HLA, lo que permite ahorrar tiempo en la búsqueda de un donante compatible, evita la extracción de médula ósea en el donante y puede ser empleada en el momento en que se necesite.

La sangre del cordón se recoge desde el nacimiento del niño y después de la cesión del cordón umbilical. Para ello se realiza una simple punción en el cordón mientras la placenta se encuentra todavía en el útero; la recogida de la sangre no comporta ningún peligro ni para la madre ni para el niño, por lo que prácticamente no existen negativas de la madre embarazada a la hora de aceptar la donación de la sangre del cordón umbilical.

Actualmente España dispone de ocho bancos de sangre de cordón umbilical: dos en Barcelona, dos en Madrid, uno en Valencia, uno en Santiago de Compostela, uno en Málaga y uno en Tenerife, y el 31 de diciembre del 2001 disponía no de 8.400 unidades como decía la portavoz del Grupo Socialista, sino de 11.155 unidades de sangre de cordón umbilical, donada de forma altruista y voluntaria por donantes españolas. Esto nos coloca como el primer país europeo en unidades de sangre de cordón umbilical disponibles y el segundo país en el mundo tras Estados Unidos.

Todos estos bancos de sangre de cordón disponen de una serie de maternidades asociadas donde se informa a las madres embarazadas de todo el proceso. Se les realiza la historia clínica y la analítica necesaria para descartar patologías infecciosas susceptibles de ser transmiti-

das al receptor, un consentimiento informado, la recogida de sangre en el momento del parto y el seguimiento de la madre y del niño después del parto. Tras la recogida de la sangre del cordón, se envía al banco para su procesamiento y criopreservación. Cuando un paciente necesita un trasplante de células progenitoras hematopoyéticas y no dispone de familiar compatible se inicia, a través del Redmo, que es el Registro español de donantes de médula ósea, una búsqueda de un donante a nivel internacional. Hoy en día, y para la mayoría de los pacientes, se realiza la búsqueda simultánea tanto de médula ósea o sangre periférica como de sangre de cordón. En primer lugar, la búsqueda de donante de médula ósea o sangre periférica: el Redmo, el Registro español de donantes, además de buscar entre nuestros propios donantes, se pone en contacto con todos los registros de donantes existentes en el mundo. Actualmente cualquier paciente tiene a su disposición más de siete millones de donantes de médula ósea. Una vez localizado un donante compatible lo que se hace es acudir al país donde se encuentra el donante, se extrae la médula ósea o sangre periférica y se traslada a España para ser transplantada. En segundo lugar, la búsqueda de unidades de sangre de cordón umbilical: cuando un paciente necesita una búsqueda de sangre de cordón, lo que el Redmo hace es ponerse en contacto con todos los bancos de sangre de cordón existentes en el mundo. Actualmente existen disponibles cerca de 76.000 unidades almacenadas. El procedimiento es el mismo a nivel internacional; de hecho unidades de sangre de cordón umbilical españolas han sido utilizadas ya para transplantar pacientes en Estados Unidos, Europa y Australia. También hay donantes de médula ósea españoles que han donado para pacientes extranjeros y viceversa.

Con relación a la proposición no de ley 1169, de modificación del artículo 7.2 del Real Decreto 411 de 1996, el objetivo del legislador en el momento de la redacción de este Real Decreto fue la de fomentar las donaciones de tejidos humanos y por tanto también la sangre de cordón umbilical. La intención de la redacción del artículo 7.2, era la de proteger a los menores de edad, limitando las donaciones de células progenitoras de médula ósea o de sangre periférica movilizadas, mientras que pueda existir algún riesgo para el menor por el hecho de la donación, a situaciones de urgencia vital en las que existe un receptor genéticamente emparentado con el donante y en las que un trasplante a partir de un donante genéticamente emparentado es la mejor de las opciones, sino la única posible, ya que la situación del enfermo no permite esperar el tiempo suficiente para localizar un donante no emparentado por medio de una búsqueda. En ningún caso esto se refiere a la donación de sangre de cordón umbilical, en la que, como se ha dicho, no existe ningún riesgo ni para la madre ni para el hijo y que, por tanto, no tiene ningún sentido el limitarla a las situaciones de relación genética entre donante y receptor. La actual redacción

del artículo 7.2 del Real Decreto no ha impedido en ningún caso las donaciones de sangre de cordón umbilical. Como ya hemos dicho somos el segundo país en el mundo y el primero en Europa en donantes de sangre. Las modificaciones de la normativa hay que realizarlas cuando se precisa su actualización o cuando su redactado supone algún tipo de problema, situación que no se está presentando en este caso, y es por lo que mi grupo no apoyará la proposición no de ley número 1169. Con respecto a la número 694 consideramos, señorías, que en relación con la donación de sangre de cordón umbilical en España se sigue un sistema coordinado y consensuado de ordenación de actividades y adecuación de recursos, ocupando en esta actividad un lugar prominente a nivel internacional. Aceptarla, señorías, sería negar lo que se está haciendo, y la verdad es que no es así. No obstante, mi grupo presenta el siguiente texto alternativo: Se insta al Gobierno a que intensifique, a través de las instituciones pertinentes, tanto la creación de nuevos bancos de sangre de cordón umbilical como campañas para la sensibilización y concienciación de donantes de este tipo de sangre.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Varela había acuerdo de Mesa y Portavoces de que se unificaban las dos proposiciones no de ley; como parece que usted no ha intervenido en la segunda proposición no de ley, le doy cinco minutos para que haga la exposición, porque vamos muy bien de tiempo.

La señora **VARELA VÁZQUEZ**: Entendía que eran dos temas totalmente diferenciados uno del otro: uno es la campaña de sensibilización y otro es la modificación legislativa con sus argumentos. En mi exposición no uní los dos argumentos; fue mi error, disculpe, y agradezco por supuesto la buena voluntad de la Presidencia.

El señor **PRESIDENTE**: Disculpe usted. Fue un acuerdo de Mesa y Portavoces, porque se pensó que eran muy similares, pero puede hacer uso de la palabra, si quiere.

La señora **VARELA VÁZQUEZ**: De acuerdo, voy a ser muy breve. Además ésta es la exposición más corta porque ya ha quedado claro que el trasplante de sangre del cordón umbilical es una alternativa al ya clásico trasplante de médula ósea de donante no emparentado, y ya hemos expuesto en la anterior proposición que esto es debido a que en la sangre del cordón umbilical se hallan cantidades importantes de células progenitoras de la sangre, que es lo que en realidad se trasplanta en el tratamiento de la leucemia y en la corrección de algunas enfermedades genéticas.

El trasplante de progenitores hematopoyéticos es prácticamente el único trasplante cuya donación tiene lugar en vida, caracterizándose por ser voluntario, confidencial y desinteresado, y conviene señalar que el fin último para el que se obtienen este tipo de células es su

posterior utilización en los pacientes que, por cuestiones médicas, lo precisen y deben ser por tanto exclusivamente los criterios de esta compatibilidad los que muevan el quehacer diario de los profesionales de la medicina. Ahora bien, la única regulación legal existente en la actualidad en materia de trasplantes de progenitores hematopoyéticos procedentes del cordón umbilical está contenida en el Real Decreto 411/1996, de 1 de marzo, y en la disposición final única de este Real Decreto se determina qué órganos y tejidos quedan excluidos de su ámbito de aplicación y, en a lo que a nosotros se refiere, el apartado f) establece que el cordón umbilical y los progenitores hematopoyéticos obtenidos a su través no se consideran a estos efectos productos de deshecho.

En el reciente Real Decreto 2070/1999, de 30 de diciembre, sobre el trasplante de órganos, se establece una referencia idéntica en su disposición final primera a). El Real Decreto de 1 de marzo de 1996 no contiene ninguna otra alusión concreta específica y exclusiva que regule la obtención y utilización de los progenitores hematopoyéticos extraídos de la sangre del cordón umbilical, salvo las relativas al funcionamiento de los bancos de cordón. Pues bien, la necesidad de obtener nuevas fuentes de progenitores hematopoyéticos y los últimos avances científicos que posibilitan la satisfacción de esta necesidad convierten al Real Decreto de 1 de marzo 1996 en una disposición jurídica parcialmente inadecuada para regular una materia con características tan particulares como es la obtención de progenitores hematopoyéticos a partir de la sangre contenida en el cordón umbilical. Por tanto, en el Grupo Parlamentario Socialista consideramos que resultaría muy conveniente, cuando no necesario, el plantear algunos retoques legislativos, porque la pregunta que nos planteamos es la siguiente, ¿a quién pertenece jurídicamente hablando la sangre del cordón umbilical? La respuesta la hemos buscado en la ciencia médica, y la ciencia médica ha podido establecer que la sangre que se obtiene del cordón es sangre fetal, es decir, se trata de sangre del hijo y no de la madre. Este dato científico plantea dos importantísimas cuestiones prácticas: primero, quién es la persona a quien corresponde otorgar la autorización para permitir que la sangre obtenida en el cordón umbilical sea extraída y conservada para un posterior trasplante y, segundo, las posibles limitaciones en su uso. Respecto a la primera cuestión, resulta esencial recordar que el artículo 7.2 del Real Decreto de 1 de marzo de 1996 establece, y cito tal cual viene en el texto, que los menores de edad pueden ser donantes de residuos quirúrgicos de progenitores hematopoyéticos o de médula ósea; en estos dos últimos casos, exclusivamente para las situaciones en que exista relación genética entre donante y receptor y siempre con previa autorización de sus padres o tutores. Comprenderán SS.SS. que una interpretación exclusivamente literal o gramatical del Real Decreto unida al conocimiento científico de que la sangre que contiene el cordón umbilical es sangre fetal

llevará obligatoriamente a la conclusión de que solamente podría extraerse la sangre del cordón umbilical cuando existiera relación genética entre donante, es decir feto, y receptor. Por tanto su obtención con fines altruistas para trasplante a personas no emparentadas chocaría con la lectura de la limitación a los genéticamente emparentados que impone la actual redacción del artículo 7.2 del Real Decreto. Del estudio global del Real Decreto parece desprenderse que no era intención del legislador establecer límites en el concreto caso de la sangre del cordón umbilical, pero sí en los demás casos de donación por un menor de edad de tejidos regenerables, pues mientras en estos últimos el menor de edad sufrirá un daño físico o al menos un dolor perceptible, en el supuesto de la sangre del cordón umbilical no sucede esto, de tal manera que carece de justificación médica, ética y jurídica establecer una limitación en la donación de sangre del cordón umbilical sólo a favor de personas genéticamente emparentadas.

Señoría las leyes deben interpretarse de manera racional, de tal modo que no conduzcan a conclusiones absurdas contrarias a la realidad social, como es el caso que nos ocupa, y tal como establece el artículo 3.1 del Código Civil. Por ello debe estimarse que la donación de sangre del cordón umbilical a favor de no emparentados es una posibilidad legítima, si bien a juicio del Grupo Parlamentario Socialista resultaría muy importante que el Real Decreto aclarara convenientemente este punto para evitar dudas y problemas a la comunidad médica.

Por todo lo expuesto es por lo que el Grupo Socialista ha planteado esta iniciativa con el convencimiento de que, en principio, la donación a favor exclusivamente de uno mismo o de un familiar genéticamente emparentado parece chocar con los principios de altruismo y solidaridad que caracterizan la política en materia de trasplantes. Por tanto, entendemos, y ya termino, que debe potenciarse la donación con carácter altruista y en favor de cualquier persona que en el futuro, e incluso en el momento presente, la pueda precisar, máxime la sangre del cordón umbilical, y esperamos que esta iniciativa solicitando una modificación puntual legislativa sea apoyada por todos los grupos parlamentarios.

— **RELATIVA A LA SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS DEL CENTRO PENITENCIARIO DE FONTCALENT (ALICANTE). PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/000998.)**

El señor **PRESIDENTE:** Pasamos a debatir el punto 6. A petición de la señora Castro, que tiene que intervenir en otra Comisión, se pospone el debate del punto 5.º para el final de la sesión. El punto número 6 es proposición no de ley relativa a la situación de los servicios sanitarios del centro penitenciario de Foncalent en Alicante. El Grupo Parlamentario proponente es el Grupo

Socialista y para su presentación y de defensa tiene la palabra el señor González Serna.

El señor **GONZÁLEZ SERNA:** El Grupo Parlamentario Socialista trae ante la Comisión de Sanidad esta proposición no de ley relativa a la situación de los servicios sanitarios del centro penitenciario de Foncalent, dadas las condiciones extremas en que se encuentran. La situación general del centro penitenciario en sí, si me permiten, simplemente es inhumana. En apenas seis o siete metros cuadrados tienen que convivir tres personas en una litera y su correspondiente letrina. Esto hay que verlo, porque por mucho tiempo que tuviera sería incapaz de explicarlo detenidamente y menos de pormenorizar exactamente la crueldad de la situación. Pero hoy vamos a tratar de la situación de los servicios sanitarios de Fontcalent, y para la salud, señorías, de acuerdo con nuestras normas, no debe haber distinción entre personas con privación de libertad y sin ella. Ello viene avalado tanto por nuestra Constitución como por el desarrollo de la Ley General de Sanidad. Señorías, nos encontramos que en muchas enfermerías de los centros penitenciarios no se da un mínimo de calidad sanitaria que se corresponda con un país desarrollado; de hecho, el propio Ministerio del Interior reconoce no ser capaz de prestar un servicio mínimamente aceptable a la población reclusa y ha decidido solicitar la intervención de Sanidad. En julio de 2001 se decía textualmente en el diario El Mundo: Interior no puede sostener la sanidad penitenciaria, o al menos eso es lo que le hizo saber al Ministerio de Sanidad en un informe que enumera las limitaciones del actual sistema sanitario de prisiones. El coste anual del servicio, trece mil millones, la falta de personal cualificado, un médico por cada 112 internos y el alto índice de enfermos de los penales españoles ha obligado al Ministerio del Interior a reconocer su incapacidad para dar una atención sanitaria de calidad a los reclusos.

El Gobierno ha demostrado su clara falta de voluntad en solucionar los problemas, y especialmente los de Fontcalent, entre otros. Por un lado, porque no tienen la voluntad clara de cumplir con la Ley General de Sanidad, que regula la integración de todos los servicios sanitarios dentro del mismo marco, y por otro, debemos recordar que las normas penitenciarias también hacen un llamamiento a esa integración. No está de más recordar el Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, recuerden febrero de 1996. En su preámbulo el reglamento penitenciario reconoce que la administración penitenciaria no puede hacer frente por sí sola a las múltiples prestaciones que una concepción integral de la salud implica. Por otro lado, el Gobierno ha debido llevar a cabo lo que en distintas ocasiones este Parlamento le ha mandado, le ha instado, con el fin de normalizar la situación en las enfermerías de las instituciones penitenciarias. El punto séptimo de la moción que se debatió y aprobó el día 18 de junio de 1996 instaba

al Gobierno a la integración de los funcionarios facultativos y ATS en la red pública sanitaria, es decir, dentro del marco del Sistema Nacional de Salud; posteriormente, en diciembre de 1999, otra proposición no de ley ante esta misma Comisión de Sanidad también instaba al Gobierno a integrar la sanidad penitenciaria en el marco del Sistema Nacional de Salud; en esta legislatura también se ha tratado el tema de la integración de los servicios sanitarios penitenciarios dentro del marco sanitario general, pero la mayoría absoluta del Grupo Popular en el Parlamento buscó una redacción para que esa integración pudiera ser prácticamente eterna. De lo que estamos seguros, señorías, es de que el Gobierno hoy también nos va a decir que el Gobierno está trabajando para la integración de la sanidad penitenciaria en el Sistema Nacional de Salud, sobre la base de alguna comisión de estudio que seguramente estará constituida en el Consejo Interterritorial, y casi con seguridad, también nos dirá que los responsables son los gobiernos anteriores a 1996, algo a lo que ya estamos acostumbrados. Pero, señorías, seis años llevamos perdidos, y especialmente los reclusos y los profesionales. Si el Gobierno hubiera cumplido con sus obligaciones hoy no haría falta que el Grupo Socialista solicitara su apoyo para esta iniciativa de la enfermería de Fontcalent. En respuesta a este diputado, a preguntas que le hemos hecho sobre la voluntad de la normalización de la sanidad en las instituciones penitenciarias dentro del marco del Sistema Nacional de Salud, el Gobierno repetidas veces, y digo repetidas veces, porque en distintas preguntas de este diputado siempre aparece este párrafo, contesta: Desde el año 1986 en que se publica la Ley General de Sanidad, el Gobierno por entonces responsable del desarrollo legislativo no tuvo en cuenta lo preceptuado en la disposición final tercera de la citada ley. Tan sólo en el año 1996 se presentó una moción en la que se instó al Gobierno a la integración en el sistema sanitario de salud de los cuerpos facultativos y ATS.

Señorías, con esto de alguna forma pueden percibir la falta de voluntad manifiesta y los seis años que han perdido los reclusos, y muy especialmente los profesionales sanitarios que tienen que desempeñar su labor en las enfermerías de las instituciones penitenciarias.

En fin, les decía que al no tener fecha cerrada la proposición no de ley que se aprobó en esta legislatura y no ser un tema de interés para el Gobierno, porque seguramente no podrá hacer ninguna campaña de publicidad, puede ser que perdamos otra legislatura.

Señorías, hasta el año 2004 será inaguantable la situación de la enfermería en el centro penitenciario de Fontcalent. Quiero comentarles un estudio presentado, firmado y avalado por el colectivo médico que presta sus servicios en la enfermería de esta institución penitenciaria. Empezaremos hablando de la estructura física de las instalaciones. En relación con la estructura, este diputado también hizo alguna pregunta al Gobier-

no sobre las últimas inversiones dentro del marco sanitario en el centro penitenciario de Fontcalent y cuál fue su sorpresa al recibir la contestación que les voy a leer, porque no tiene desperdicio. Después de hacer una serie de consideraciones, habla de la sustitución del vallado metálico perimetral, instalación de elementos antisalto tipo concertina, construcción de garita en módulo 3, mejora de liberación perimetral, en fin, no voy a aburrirles pero ninguna tiene nada que ver con inversión para mejorar la estructura sanitaria del centro penitenciario, que pueden verla reflejada perfectamente en el documento que avalan, que firman y que han desarrollado los médicos de Fontcalent. Yo no sé cómo calificar esta respuesta, diría que de impresentable, o tal vez sea una ofensa para este diputado que pregunta de buena fe cuáles son las últimas inversiones en materia sanitaria en el centro de Fontcalent.

Señorías, una vez más, de este Gobierno no podemos esperar otra cosa que contestaciones de este tipo, lamentablemente, pero lo importante de hoy y lo que yo quiero resaltar es que SS. SS. conozcan cuál es la situación de la enfermería del centro penitenciario de Fontcalent. Quiero que sepan SS. SS. que los profesionales, tanto médicos como de enfermería, tienen que pasar veinticuatro horas seguidas dentro de ese centro sanitario desarrollando su trabajo y no tienen un sitio donde tomar un café o donde poder comer tranquilamente; es decir, en cada guardia deben alimentarse con bocadillos traídos de casa, porque no existe cafetería, pero tampoco pueden salir fuera porque no se lo permiten las normas del centro. Quiero que sepan SS. SS. que el personal de guardia, masculino y femenino, tienen que compartir un minúsculo aseo y los vestuarios. Quiero que sepan ustedes que no hay aire acondicionado en la zona de dormitorios (excuso decirles, no se sabe qué es peor si el invierno o el verano) y quiero que sepan, sobre todo y entre otras cosas, que en toda la zona de enfermería (y entendemos por zona de enfermería donde están ingresados los reclusos que necesitan atenciones durante las veinticuatro horas) no disponen de agua caliente en todo el recinto, en ninguna habitación y en ninguna consulta. Les preguntaba a los facultativos cómo podían extraer tapones de cerumen, algo tan sencillo que únicamente necesita de una jeringuilla adecuada y de agua tibia, y me explicaban que tenían que ir a otro recinto del centro penitenciario con una jarra y pasar por todo el patio con la jarra de agua tibia para poder extraer unos simples tapones de cerumen a los reclusos.

Señorías, la situación de los recursos humanos es patética, la cantidad de médicos, de enfermeras, de auxiliares es mínima teniendo en cuenta que tienen que atender 365 días al año y veinticuatro horas al día, y quiero que sepan por ejemplo que los farmacéuticos no existen, que existe una farmacia que no es atendida por nadie, por difícil que sea esto de entender, y quiero que sepan que el absentismo laboral se dispara precisamente por todas las condiciones que les estoy comentando,

pero sobre todo permítanme que les lea textualmente algún dato sobre...

El señor **PRESIDENTE**: Señor González le ruego vaya concluyendo.

El señor **GONZÁLEZ SERNA**: Voy concluyendo señor presidente. Permítame que brevemente, con el fin de no alargarme mucho, describa algunos de los puntos en los que los profesionales sanitarios, especialmente los médicos, hacen hincapié ante la situación que están viviendo. Los reclusos de la enfermería de Fontcalent tienen dos hospitales de referencia, uno San Juan y otro Alicante: en uno los ven en las consultas externas y en el otro se les interviene; en uno se les hacen las pruebas diagnósticas y en el otro los ve el cirujano, algo que no tiene ningún sentido y lo único que está produciendo es una disfunción en una atención sanitaria y sobre todo en la coordinación de los servicios de la enfermería de Fontcalent. Existen tres laboratorios de referencia, que no tienen razón técnica ninguna y según el tipo de pruebas se les manda a uno o a otro laboratorio, lo que produce un número de errores importantísimo, un número importantísimo de pérdida de muestras, lo que da en definitiva una calidad pésima, especialmente para los reclusos pero que también lo sufren, evidentemente, los profesionales. Quiero que sepan SS. SS., y lo pone en este documento que aportan los profesionales sanitarios, que la exigua existencia de fuerzas de custodia dentro del recinto de Fontcalent hace que muchos programas sanitarios no se puedan llevar a cabo, por ejemplo, el de control de la tuberculosis a través de radiografía de tórax. El hecho de no haber fuerzas de custodia, hace que muchos reclusos no puedan ser trasladados para hacerles las correspondientes pruebas. Quiero que sepan SS. SS. que no existe asistencia odontológica, y únicamente cada dos o tres meses el Ministerio del Interior contrata, a través de una clínica, un odontólogo para que asista dos o tres sesiones al centro penitenciario.

Señorías, podría alargarme, pero sobre todo quiero resaltar la situación del departamento de enfermería y voy a leer textualmente lo que pone en el informe: son las principales dependencias sanitarias donde están los enfermos ingresados, los despachos principales, los archivos de historias y la sala de estaciones de cura y de odontología; globalmente es pequeña, con espacio insuficiente para los diversos profesionales, que además de tener que compartir los despachos tienen que sortear las mesas. Sus principales defectos son: ausencia de agua caliente en todos los grifos de la enfermería, sala de curas, servicios; inexistencia de servicios adecuados, los que existen no tienen el mínimo material necesario, no existe separación por sexos y el único que tiene secamanos eléctrico tiene un espejo de doble visión que le hace perder su principal uso debido a la falta de intimidad; masificación en los despachos de

los profesionales, no existen muebles auxiliares donde puedan dejar documentos, papeles, etcétera; tampoco hay librerías para poder dejar el material; la sala de reuniones que se usa también como sala de reparto, de metadona...

El señor **PRESIDENTE**: Le ruego concluya, señor González.

El señor **GÓNZALEZ SERNA**: Termino enseñada. Escuela y taller ocupacional, y así como despacho por otras instancias del centro.

Señorías, la farmacia es pequeña y además no existe farmacéutico y entre todos se tienen que encargar del personal de enfermería. Y por último, un detalle que hay que destacar, el material de lencería, las sábanas y toallas, así como las batas del personal funcionario y de guardia, médicos y de enfermería, se lo tienen que llevar a su casa a lavar.

Señorías, quiero terminar solicitando el apoyo de todos los grupos para la normalización de la situación de la enfermería en centros penitenciarios, y quiero hacerlo porque creo que, aunque la solución definitiva al problema sea la integración de las enfermerías dentro del marco del Sistema Nacional de Salud, en esta legislatura se debería normalizar al menos alguna enfermería de las instituciones penitenciarias.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Popular tiene la palabra la señora Rodríguez.

La señora **RODRÍGUEZ LÓPEZ**: Quiero comenzar mi intervención, al igual que el señor González, haciendo la distinción entre lo que es la sanidad penitenciaria y la situación en la prisión de Fontcalent, porque él ha distinguido en dos aspectos y yo voy a hacer lo mismo.

Señor presidente, todos conocemos, y es de justicia reconocerlo, el enorme esfuerzo que desde hace años viene haciendo en materia de sanidad penitenciaria el Ministerio del Interior, a través de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Estos esfuerzos no sólo se han realizado en la atención a enfermedades comunes, sino que han tenido que adaptarse a las nuevas patologías, infección VHI y sida, tuberculosis, hepatitis C, enfermedades mentales, muchas veces ligadas a la drogadicción, etcétera, con el altísimo coste que ello ha supuesto, incluyendo los tratamientos antirretrovirales, programas de metadona, intercambio de jeringuillas, tratamiento de la tuberculosis activa, así como el tratamiento de la infección tuberculosa latente, etcétera. Además se han propiciado los cursos de formación a los profesionales según han ido demandando ellos mismos. Todo ello, señorías, apoyándose en la capacidad y celo profesional del personal sanitario, como no podía ser de otro manera.

Pero aún hay más reconocimientos. Los resultados en el control de la infección VIH o del sida o de la

tuberculosis con respecto a la detección, ofertas de servicios y pruebas complementarias a los tratamientos y el cumplimiento y adherencia a los mismos que ofrecen las prisiones españolas se encuentra a mayor nivel o por lo menos al mismo que cualquiera de los países de nuestro entorno. Esto es así y se reconoce como tal. La asistencia sanitaria en las instituciones penitenciarias integra tanto el factor de prevención de enfermedades como los de protección y promoción de la salud, a la que todo ciudadano tiene derecho, según establece el artículo 43 de nuestra Constitución. Y el objetivo, por tanto, de la sanidad penitenciaria es equiparar la calidad asistencial a la población penitenciaria con la de la población general, optimizando los recursos humanos y materiales. Para ello se cuenta con la asistencia en atención primaria de los equipos médicos, diplomados en enfermería y auxiliares dependientes de la administración penitenciaria; y la atención especializada, dada la elevada tecnificación alcanzada, se cubre a través de convenios y contratación de servicios de salud dependientes de otras administraciones públicas y en algún caso con proveedores privados.

La progresiva transferencia de las competencias sanitarias a las comunidades autónomas, con la consiguiente aparición de sus planes de salud y desarrollo de nuevas fórmulas de gestión y financiación de los recursos, induce a un alejamiento de la sanidad penitenciaria del Sistema Nacional de Salud y origina más limitaciones. Se ha planteado por ello la oportunidad de la integración de la sanidad pública y sus funcionarios en el Sistema Nacional de Salud en numerosas ocasiones, habiendo sido aprobado en esta misma Cámara. El pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud acordó el 30 de junio del 2001 que las comunidades autónomas inicien con los ministerios de Interior y de Administraciones Públicas los estudios que permitan evaluar la conveniencia de asumir las competencias en materia de sanidad penitenciaria, que en la actualidad sólo ha sido transferida a Cataluña. Animo a todas SS. SS. a que animen a su vez a los presidentes de sus respectivas comunidades autónomas para que vayan negociando este tema que considero que es importante.

Y si vamos a hablar de la prisión de Foncalent, diré que Foncalent es una prisión de algo más de veinte años, por lo que efectivamente no cuenta con las instalaciones modernas que se adaptan a las nuevas necesidades que se van creando, como puede ocurrir en otras más adecuadas, por ejemplo la de Villena, que va a ser puesta en funcionamiento a mitad de año y que debe contribuir a mitigar las carencias de la zona en materia de sanidad penitenciaria.

En el informe médico que usted comentaba se plantean problemas a diferentes niveles. En el ámbito profesional, en Foncalent el equipo sanitario está constituido por ocho médicos y un coordinador. No existe la figura de subdirector médico, porque ellos no han querido, existe un coordinador que también es médico.

Ocho diplomados en enfermería, seis de ellos funcionarios y dos interinos, por lo tanto componen ocho equipos de guardia como corresponde a los centros en los que hay un número de internos superior a los quinientos, en los que se cuenta con una guardia de presencia física que da cobertura a los enfermos las veinticuatro horas del día, y el resto de profesionales sanitarios ejecutan sus actividades de acuerdo a los programas de salud establecidos. La ratio de personal sanitario, en general, por mil internos es de 29, lo que en el ámbito de distribución médico-interno supone una relación de unos 110, y de unos 110 ó 130 por sanitario, encontrándose como vemos Foncalent dentro de este rango. Sí existe actualmente un reducido número de auxiliares de enfermería, pues sólo cuenta con tres personas, problema que debe ser resuelto inmediatamente. Hasta hace unos meses disponían de dos hospitales de referencia, lo que originaba confusión. Esta situación era provocada por una obra en uno de los centros hospitalarios y ha quedado resuelta, siendo en la actualidad el hospital general de Alicante el centro de referencia y sólo en algunos casos los enfermos se han remitido al hospital de San Juan.

Denuncia asimismo el informe la existencia de tres laboratorios de referencia. Esta es una decisión que adoptan los servicios de salud de cada administración y que no depende de Instituciones Penitenciarias. No nos parece que sea nada raro ni extraordinario porque eso se hace habitualmente en el Sistema Nacional de Salud.

En cuanto a la antigüedad y escasez de material existe un programa anual de adquisición de medios en los que cada equipo médico puede solicitar la sustitución de aquellos elementos que consideren según sus propias necesidades. En este sentido sí quiero recalcar que no existen espacios en la prisión de Fontcalent que puedan ser habilitados para la instalación de una sala de rayos, con las medidas de seguridad y aislamiento que se requieren para ello, pero dentro del mismo complejo penitenciario, en el hospital psiquiátrico que creo que está al lado, sí existe un equipo de radiología que está perfectamente hábil y disponible para su uso. **(El señor GONZÁLEZ SERNA: Pero no se usa.)**

Otro punto es la responsabilidad directa en el control de los enfermos en riesgo de suicidio, que se señala en el informe. Existe efectivamente un programa, iniciado hace unos diez años y revisado por última vez hace cuatro, que se aplica en todas las prisiones y que es la inclusión de los pacientes en un programa, con un seguimiento diario, y si se observase algún nuevo dato se realiza una consulta al psiquiatra.

Se dispone de un grupo de especialistas básicos en psiquiatría, odontología, ginecología y pediatría, que son contratados directamente por Instituciones Penitenciarias y el resto de la asistencia especializada se ofrece a través del hospital de referencia. Los médicos de Instituciones Penitenciarias son facultativos que han efectuado una oposición para un puesto determinado

con unas funciones concretas y no han recibido formación específica para atender determinadas patologías que requieren elevada especialización, por lo que necesitan el apoyo de médicos especialistas en las diferentes materias. Esta interrelación, que debe ser siempre fluida y dinámica, resulta que en la práctica no siempre es así, y en este sentido es exigirle una amplia y correcta coordinación con los centros de especialidades. Del mismo modo es necesario y exigible la colaboración de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado para que nunca pueda ocurrir que un enfermo no acuda a la visita concertada en el centro de referencia.

Se ha contratado en la prisión de Fontcalent una mutua para caso de accidentes, con la intención de solucionar el problema que se planteaba al verse obligados los médicos a atender enfermos afiliados a la Seguridad Social y en ocasiones a firmar los partes de baja laboral de los mismos. Y en una referencia importante al predominio en determinadas ocasiones de las medidas regimentales, el ordenamiento penitenciario impone siempre el criterio médico sobre el criterio regimental, y si es necesario el cumplimiento será modificado por indicación médica.

En este punto, señorías, el informe señala dos temas que sinceramente esta diputada, autorizada profesionalmente, no puede estar de acuerdo de ninguna manera: uno es el caso de la prohibición del uso del Combivir, tengo que decir que esa posición, defendida tan intensamente como se viene haciendo en los últimos tiempos, manifiesta un gran desconocimiento de lo que es la infección VIH y su tratamiento. El Combivir no es ningún medicamento especial ni el mejor, es una patente de una multinacional y su única particularidad es que goza de dos principios activos, el AZT y el 3TC, facilitando la administración, pues la dosis de cuatro comprimidos cada veinticuatro horas se reduce a dos comprimidos cada veinticuatro horas; si tenemos en cuenta que supone un encarecimiento de cuatrocientos millones de pesetas al año, creo que, dada la seriedad del tema, deberíamos de emplear nuestras energías en discutir otra serie de temas. También tengo que añadir que en muchos hospitales del Sistema Nacional de Salud tampoco está disponible.

Nos plantea además el informe médico algunos problemas laborales, de guardias muy repetidas. La administración penitenciaria establece un mínimo efectivo de cinco equipos de guardia y, como hemos comentado anteriormente, en Fontcalent existen ocho equipos. Asimismo, alegan no disponer de un servicio para comidas o de limpieza de las ropas. En las instituciones penitenciarias a ningún funcionario se le ofrece ninguno de los dos servicios. En efecto, señorías, la zona de guardias se encuentra en mal estado, así como la sala de enfermería de mujeres, y está pendiente de una remodelación. No existe agua caliente en las consultas de los módulos, sí existe en el resto de las consultas. Hay dos farmacéuticos que van rotando por toda la comunidad, cubriendo el

servicio de todas las farmacias. El Reglamento penitenciario de 1996 era armónico con la ley, pero, posteriormente, la legislación ha ido cambiando en las comunidades autónomas y están en proceso de adaptación.

Yo no sé si alguno de ustedes habrá pasado por algún servicio de urgencias del Servicio Andaluz de Salud, de donde yo vengo, pero ni había celador, había dos médicos, durante todo el fin de semana nadie pasaba a limpiar por allí y nadie nos daba la comida ni nos daba la ropa. Por tanto no es una situación nueva. No digo que no sea mejorable, ni que se necesite mejorar, pero es así.

La condición de los médicos de prisiones o de sanitarios en general viene condicionada, en primer lugar, por su propio lugar de trabajo, y en muchísimas ocasiones se ven superados y sometidos los médicos y el personal sanitario en general a presiones que poco o nada tienen que ver con su función, al ser solicitados por los reclusos más para solucionar problemas personales que problemas médicos, llevándoles a trabajar muchísimas veces bajo una gran carga emocional. Y vuelvo a señalar, señorías, que su comportamiento profesional ha ofrecido unos resultados excelentes en cuanto a diagnósticos, seguimiento y control de tratamientos de pacientes con enfermedades especialmente significativas. Consideramos justo que se les oferte una situación laboral con todos los medios adecuados y en eso lleva años trabajando la sanidad penitenciaria. La prisión de Fontcalent es manifiestamente mejorable y está pendiente de modificaciones en general en todas las instalaciones sanitarias. Consideramos por tanto, señorías, que son proyectos en los que ya se trabaja por lo que no creemos necesario el apoyo de nuestro grupo a la proposición no de ley que hoy presenta el Grupo Socialista.

El señor **PRESIDENTE**: Señor González Serna.

El señor **GONZÁLEZ SERNA**: Creo que hay un punto que se debe aclarar que no corresponde a esta iniciativa ni a este debate, que es el nombrar el Servicio Andaluz de Sanidad o cosas de orden personal, porque hace poco, concretamente anteayer, señor presidente, en la Comunidad Valenciana, el Servicio Valenciano de Salud veía cómo fallecían enfermos en los pasillos por falta de asistencia. Yo tampoco lo he planteado aquí, creo que no corresponde. Por tanto, ese debate me gustaría que se apartara claramente, hoy y siempre.

— **SOBRE MEDIDAS EN MATERIA DE SALUD PÚBLICA, PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO FEDERAL DE IZQUIERDA UNIDA. (Número de expediente 161/000845.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al siguiente punto del orden del día. Proposición no de ley sobre medidas en materia de salud pública, que ha sido presentada por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida, y para cuya defensa tiene la palabra la señora Castro.

La señora **CASTRO FONSECA**: En primer lugar quiero pedir disculpas por no haber podido seguir con atención la interesantísima Comisión que hemos tenido hoy, donde estamos debatiendo problemas muy concretos que, aunque alguna gente de la Cámara no se entere, están en la sociedad y a los que hay que darles solución.

Lamento no haber podido intervenir en el debate del cannabis, ni en el planteado por el Grupo Socialista sobre la campaña para animar a las mujeres a donar sangre del cordón umbilical, pero quiero felicitar personalmente a todos los diputados por estas iniciativas, y especialmente al compañero Justo González, porque señorías, permítanme decirles que indicadores de calidad en cuanto a derechos humanos que tienen que ver con grupos marginados o escasamente protegidos en la sociedad como el colectivo de los presos, deberían ser objeto de interés preferente en esta Cámara. Por tanto, quiero felicitar al señor González, recordándole al Partido Popular que, ingenuamente, este portavoz transaccionó en su día una propuesta que se ocupaba de la sanidad penitenciaria y que ustedes señores del Partido Popular siguen estudiando, como la tuna, 60 años. Espero que se den más prisa en el futuro, porque creo que el déficit democrático que se produce en estos colectivos, cuya situación raya casi los derechos humanos, debería ser objeto de interés preferente de los señores del Gobierno, pero también de todas y todos los diputados. Establecer aquí guerras de cifras sobre lo que usted dice es mentira y lo que yo digo es verdad, no tiene sentido; yo creo que un diputado lo que tiene que hacer es conocer la realidad y tratar de acercarse a ella y tratar también de escuchar a la oposición, que de vez en cuando decimos cosas sensatas porque estamos en contacto con la realidad social, tal vez porque nos lo permite más nuestro estatus de oposición. En fin, ese sería el espíritu que me gustaría a mí que animara esta Comisión, pero lo digo por si cuela, nada más.

Voy a defender mi proposición no de ley porque, señorías, en esta Cámara nunca se habla de salud pública. Izquierda Unida, modestamente, pretende con esta iniciativa abrir un debate en el seno del Parlamento sobre la salud pública, porque es que se confunde la sanidad pública con la salud pública y también la confundimos aquí en el Parlamento y eso no puede ser.

Hecha esta primera aclaración, quería decirles que en materia de salud pública no hay los problemas que se plantean en la sanidad asistencial. Como no existen esos problemas tan acuciantes, no hay demanda, no hay listas de espera, no hay presión mediática ni tampoco ciudadana, evidentemente la relajación del equipo de Gobierno del Partido Popular no puede ser más ancha, es absoluta.

La salud pública es una disciplina que se dedica a la prevención de riesgos de salud en la población y a la promoción de la salud de los ciudadanos, y desde la Conferencia de Alma-Ata de 1978 para acá, todos los países desarrollados y algunos que no lo son han puesto en marcha medidas para promover y proteger la

salud pública, pero como no hay presión, como no hay demanda, como además, como decía, son poco tangibles estas cuestiones, no son vendibles. Por tanto, en Izquierda Unida tenemos claro que en un mundo globalizado, donde la globalización es imparable (pero para globalizar la feminización de la pobreza, para globalizar la exclusión social), no se avanza por el camino que nosotros entendemos que debe ser el camino de la globalización donde lo que impere no sea la economía de mercado cuando se refiere a la salud pública. Ya sabemos que este discurso tiene poco futuro, pero nosotros vamos a seguir luchando por esta cuestión sin ningún tipo de desánimo, aunque, señores y señoras del Partido Popular, ustedes ponen de manifiesto la falta de interés que tienen en el tema de la salud pública tanto desde el punto de vista presupuestario (y hay que decir en esta Cámara alto y claro que de todos los recursos que se dedican en este país a sanidad, menos del 0,1 por ciento se destina específicamente a la salud pública) como desde el punto de vista de la regularización de la salud pública en España como una disciplina dentro de lo que es la ciencia de la medicina, con unas especialidades médicas clínicas que tienen una importantísima demanda por parte de los ciudadanos, puesto que esto les permite resolver problemas que no causan un sufrimiento inmediato, porque si esto fuera así, la respuesta tendría que ser más allá de exigible, tendría que haber respuesta. Francamente, entendemos que esta relajación tiene mucho que ver con que hay un envolvente, hay una confusión y eso les permite a ustedes trabajar en la dirección fácil, en la de toda la vida.

En relación a la salud pública hay muchos problemas de los que podíamos hablar en esta Comisión. Para que un profesional pueda desempeñar tareas de salud pública en España nunca se ha exigido ni se ha desarrollado por parte del Gobierno una especialización reglada que respondiera a las necesidades del país. Estamos hablando de la especialidad de medicina preventiva y salud pública, que respondía sólo a necesidades hospitalarias hasta que ustedes llegaron al poder en el año 1996. Siguen sin definirse las funciones ni los conocimientos necesarios para poder trabajar en este ámbito. En la situación actual de homogeneización de titulaciones no se ha considerado la situación ni las características de la salud pública, no se admite en este proceso a un importante colectivo de profesionales de salud pública; de hecho, después de este proceso, seguirán quedando una buena parte importante de los profesionales de salud pública con titulaciones diversas. Consecuencia de esto es que la salud pública quedará como una disciplina en la que no se podrá exigir ninguna formación reglada. El propio Ministerio de Sanidad ha manifestado que esto no es un problema, que no es importante, del mismo modo que tampoco parece considerar importante el fondo de la cuestión, que es la salud pública en sí misma. Son muchos los problemas existentes en relación a la sanidad pública; podríamos

hablar, por ejemplo, de la interrupción voluntaria del embarazo, cuya legislación actual no resuelve los problemas y que ustedes se empeñan en no modificar, manteniendo actitudes que nosotros entendemos que no se corresponden con los aires por donde va la sociedad española e impidiendo de hecho, con su mayoría parlamentaria, una legislación progresista, reiteradamente solicitada por el movimiento feminista, por el conjunto de los grupos políticos de la izquierda de la Cámara e incluso por algunos que no son tan de izquierdas.

Cada vez con más frecuencia, señorías, irrumpen en nuestra sociedad situaciones repentinas de riesgo y alarma en relación con la salud, que no tienen nada que ver con las antiguas epidemias. Estamos hablando del problema de las vacas locas, pasando por la contaminación de alimentos por dioxina, la exposición de uranio empobrecido en la guerra de los Balcanes, la irrupción en el mercado de alimentos transgénicos, la alarma ciudadana producida por la colocación masiva de antenas de telefonía móvil, etcétera. Estos y otros muchos problemas, señorías, han tenido respuesta parlamentaria en lo que tiene que ver con el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida, respuesta rápida que hemos tratado que sea permeable a las inquietudes que genera en el conjunto de la sociedad, respuesta que siempre hemos intentado consensuar en sus soluciones, pero tengo que lamentar que haya sido con escaso éxito por la falta de voluntad política del grupo mayoritario de la Cámara.

Otros muchos problemas han tenido consideración parlamentaria por nuestro grupo y voy a cifrarlos telegráficamente: las posiciones ministeriales sobre el aceite de orujo de oliva, los brotes de legionella, el control de la seguridad de los medicamentos y productos sanitarios, el tema de la hemodiálisis, por ejemplo, escandaloso. Todos ellos, a nuestro entender, han demostrado que hay una clara irresponsabilidad para abordarlos o para solucionarlos. Lo único que se ha conseguido por parte del Gobierno es crear alarma social, y a veces nos preguntamos, y permítanme que me lo pregunte de nuevo, si esto tiene que ver con un despiste o si lo que realmente ustedes pretenden es poner la sanidad pública a los pies de los caballos. Voy a centrarme un poquito más en la proposición no de ley en la que nosotros lo que planteamos básicamente son algunas medidas que entendemos que son necesarias y, por supuesto, mejorables y ampliables. Lo que planteamos es que la orientación prioritaria que ha de darse al Sistema Nacional de Salud establecido en España y regulado por la Ley General de Sanidad es la que dice la Ley, y estaba y está dirigida a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades. Se trata, pues, de ofrecer a los ciudadanos no sólo asistencia sanitaria, sino una atención integrada a las personas y al medio, basándose para ello, señorías, en el trabajo de equipos multidisciplinares con profesionales sanitarios y no sanitarios.

En la década de los 80 las comunidades autónomas y las administraciones locales, señorías, incluso los cen-

tros nacionales de referencia en materia de salud pública, empezaron a desarrollar programas de vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades, promoción de la salud, control del medio ambiente, dando un empuje a este nuevo modelo sanitario que surgía de la Conferencia de Alma-Ata que se está implantando en el país. También, en las últimas décadas, la salud pública experimentó un crecimiento constante en cuanto a sensibilización por parte de los ciudadanos y se consolidó como un servicio cada vez más necesario para el conjunto de la ciudadanía. Por lo tanto, en los últimos años hemos podido constatar todos como han ido apareciendo problemas de salud pública a lo largo y ancho de la geografía española, incluso de carácter internacional, no solamente europeo, que han suscitado inquietud, alarma en la población, pero también en la comunidad científica y en todas las instituciones sanitarias internacionales, y lo que se está pensando y es por donde van los vientos hoy en el mundo, es en generar demanda de mejoras que aseguren el adecuado control del medio y la protección de las personas. Por esto mismo, señorías, nuestro grupo parlamentario plantea en esta proposición no de ley que se establezcan mecanismos eficaces de coordinación con las comunidades autónomas en materia de salud pública; que se dote los centros de salud pública de referencia nacional de un papel efectivo en la investigación de problemas de salud pública y en las medidas de control; establecer medidas necesarias para potenciar la investigación en salud pública, tanto en el ámbito autonómico como en el nacional; mejorar la dotación de recursos humanos y materiales de los programas de salud pública; definir las funciones de los profesionales de la misma; potenciar la formación continuada de los trabajadores de la salud pública, y homologar a estos profesionales españoles de salud pública con los profesionales europeos, amén de asegurar sistemas de alerta que garanticen la detección inmediata de problemas de salud pública. **(El señor vicepresidente, Blanco García, ocupa la Presidencia.)**

Señorías, esto no sólo es una obligación de la Cámara porque sea una necesidad de los ciudadanos, que al fin y al cabo para todos los que estamos aquí deben de ser el objetivo preferente y lo que esté instalado en nuestra lente de modo permanente, sino que esto supone un ahorro para el Sistema Nacional de Salud. Todo lo que se invierta en promoción y en prevención de la salud (no lo digo yo que no soy experta en cuantificar económicamente estas cosas), todos los sistemas que promueven la salud adecuadamente, que inviertan dinero en los programas de salud pública, todos los sistemas, a medio plazo y a largo plazo más que a corto plazo, consiguen un ahorro importantísimo en lo que es la asistencia sanitaria. Por tanto, señorías, como decía, sin más pretensiones que iniciar este debate, esperamos que éste no se acabe aquí, que suscite al menos el interés de los grupos parlamentarios de la Cámara, y con esa intención y con toda humildad, el Grupo Parlamentario Federal de

Izquierda Unida ha traído a la Cámara esta proposición no de ley para la que les pido el voto afirmativo.

El señor **VICEPRESIDENTE (Blanco García):** Para fijar posiciones, tiene la palabra el diputado señor Arola.

El señor **AROLA BLANQUET:** Creo que en la intervención que ha hecho la diputada Castro, cuya iniciativa saludamos (intentaré decir después alguna razón), habría que matizar diciendo que en esta Cámara sí se ha hablado de salud pública, al menos en esta legislatura, y estoy convencido que en las anteriores. Cuando uno recuerda sus propias actuaciones, y no soy exhaustivo, recuerda el debate del estado de la nación, la discusión de presupuestos, tanto en el año 2000 como en el 2001, donde presentamos enmiendas al respecto. Incluso hablamos de salud pública en algunos casos concretos que se han citado, como los de legionella, etcétera, y más que vamos a hablar, y no me refiero sólo a este grupo, porque la nueva realidad político-administrativa, el desarrollo de las comunidades autónomas, la transferencia de la gestión de la asistencia sanitaria tienen que redundar, entre otras cosas, en un nuevo planteamiento de cuál puede ser (no es una afirmación, pero sí que es un deseo) el funcionamiento de esta Comisión. Hoy nos encontramos con un Ministerio de Sanidad y Consumo en el que el desarrollo de las políticas de salud pública, de prevención, promoción, educación para la salud, etcétera, tendrá que tener una nueva importancia puesto que la gestión, el problema diario, tiene que permitir aparecer a los conceptos a los que ha hecho referencia la diputada señora Castro.

Creo que habrá que retomar viejas ideas, ciudades saludables, salud para todos en el año 2000, nuevos programas que se puedan plantear desde la OMS, que se puedan plantear desde instancias europeas, que obviamente nos van a hacer trabajar, pensar y reflexionar sobre la actualización de la ya citada Conferencia de Alma-Ata que planteaba el sistema universal integrado, planificado, etcétera, no voy a aburrir a sus señorías. Para fijar la posición diré que vamos a apoyar esta proposición no de ley más fundamentalmente por la idea que por el desarrollo textual que la propia proposición no de ley plantea, puesto que hay algunos elementos que nosotros creemos que podrían estar en relación con el viejo ámbito competencial del año 1983, cuando se producían las transferencias de competencias llamadas de sanidad e higiene, en que algunos elementos como los sistemas de alerta funcionaron, en algunas comunidades yo diría que bien, y creo que en general están funcionando en el ámbito del territorio del Estado nacional. Por lo tanto aunque algunas de las referencias que hace la proposición no de ley nos plantearía dudas sobre los ámbitos competenciales, vamos a apoyar esta proposición no de ley por el futuro de esta propia Comisión y por la presencia necesaria de los debates sobre salud

pública. Estoy convencido de que seguiremos hablando de ello no sólo por las iniciativas de los grupos sino porque la llamada ley de cooperación o de coordinación o como finalmente se pueda llamar será una invitación a que sigamos discutiendo y profundizando en la materia que hoy plantea el Grupo Federal de Izquierda Unida. Reitero que, más allá del texto, que es lo que finalmente uno apoya, lo que vamos a apoyar fundamentalmente es una idea, es una concepción del sistema sanitario y de las políticas sanitarias que obviamente compartimos.

El señor **VICEPRESIDENTE (Blanco García):** Tiene la palabra por el Grupo Popular la señora González del Valle.

La señora **GONZÁLEZ DEL VALLE Y GARCÍA DE LA PEÑA:** El Grupo Popular comprende la preocupación del Grupo Federal de Izquierda Unida por la salud pública y la compartimos, pero tengo que decir que el Gobierno de la nación, y en concreto el Ministerio de Sanidad y Consumo, ha realizado y sigue realizando un gran esfuerzo adoptando todo tipo de medidas, que luego explicaré, para mejorar la salud pública. Y esto lo digo además en un año histórico en el que la transferencia de competencias de gestión desde la Administración central del Estado supondrá, estamos seguros de ello, una mejora en la coordinación de las políticas de salud pública. **(El señor Presidente ocupa la Presidencia.)**

Muestra del esfuerzo del Ministerio es la reestructuración del departamento para producir un reforzamiento en materia de salud pública y consumo con la creación de una dirección general en la que se agrupan ambas áreas. Además, en materia de seguridad alimentaria dos son las grandes líneas de actuación acometidas. En el año 2001 se ha creado la Agencia Española de Seguridad Alimentaria mediante la Ley 11/2001, en la que tenemos que recordar y que destacar el enorme grado de consenso alcanzado por todas las fuerzas políticas. También se ha establecido la Comisión interministerial de seguridad alimentaria. Señorías, la coordinación con las comunidades autónomas es una preocupación y un objetivo constante por parte del Gobierno, por tanto, el Ministerio no escatima esfuerzos en este sentido. En lo que se refiere al establecimiento, que es el primer punto, de mecanismos efectivos de coordinación con las comunidades autónomas hay que señalar que en este ámbito se creó como órgano de segundo nivel del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, la Comisión de Salud Pública, integrada por los directores generales de salud pública y de las comunidades autónomas y del Ministerio, por supuesto, de Sanidad y Consumo. Esta Comisión ha demostrado a lo largo de su funcionamiento una gran eficacia y efectividad y además dependiente de esta Comisión y para materias específicas existe la de coordinación y cooperación en salud alimentaria, y grupos de trabajo que vienen realizando

tareas de estudio y coordinación y cuyos resultados son presentados a la Comisión y, en su caso, elevados al Pleno del Consejo Interterritorial. Asimismo se han impulsado actividades de coordinación a través de grandes planes y programas en materia de salud pública, como es el plan de lucha contra el sida, el plan nacional de prevención y control del tabaquismo, el plan de erradicación de poliomielitis, el plan nacional de hemoterapia, el plan de hepatitis vírica, el plan de prevención de pandemia gripal. Siempre se puede mejorar, señorías, pero tengo que decir que existen mecanismos efectivos para mejorar la coordinación; hay muchos y muy eficaces y, además, se verán incrementados por la futura ley de coordinación y cooperación sanitaria como anunció la semana pasada en su comparecencia la señora ministra de Sanidad y Consumo.

Respecto al apartado segundo, es evidente que cualquier medida que ayude al conocimiento de la realidad y a facilitar la implementación de medidas de control nos parece adecuada, por supuesto, pero tengo que destacar que los centros nacionales de salud pública adscritos al Instituto de Salud Carlos III son objeto de especial consideración en su dotación económica presupuestaria, por encima de otros programas sanitarios, por la relevancia que se le concede a la salud pública. Igual tratamiento está recibiendo la investigación en salud pública. Por supuesto que consideramos adecuado que se potencie la investigación en salud pública y no solamente en el ámbito autonómico y nacional, como aparece en la proposición no de ley, sino también en el ámbito internacional, y de hecho se está realizando un gran esfuerzo. Sobradamente conocido es el esfuerzo económico realizado para potenciar la labor del Instituto de Salud Carlos III que, como sabemos, tiene encomendadas las funciones de apoyo científico-técnico del Ministerio de Sanidad y Consumo y de los distintos servicios de salud de las comunidades autónomas, pero, como SS. SS. bien conocen, de dicho organismo dependen los centros nacionales de epidemiología, de alimentación, de investigación sobre el síndrome tóxico, de sanidad ambiental, de microbiología y biología fundamental, y además hay tres fundaciones públicas desarrollando importantes labores en el campo de la investigación, que son la Fundación de Investigación Cardiovascular, la Fundación Nacional de Investigaciones Oncológicas y por último la Fundación de Cooperación y Salud Internacional.

La labor desarrollada en el ámbito de investigación ha permitido llevar a cabo además un gran número de convenios firmados para potenciar la investigación, entre los que cabe destacar los convenios firmados con el Centro de Investigaciones Sociológicas, con la Universidad Complutense de Madrid y con el Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Es evidente, pues, el gran esfuerzo en materia de investigación que se está realizando.

Por lo que respecta a los puntos 4 a 8 de la proposición no de ley presentada por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida, resulta significativo observar que los mismos hacen referencia expresa al personal al servicio de la salud pública, a su formación, a su relación laboral, a su homologación con los profesionales europeos. En este caso concreto quisiera subrayar que compartimos muy especialmente la preocupación del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida por todo lo relativo al personal al servicio de la salud de los españoles. No en vano hemos dicho en numerosas ocasiones que el personal a su servicio es el principal activo del conjunto del Sistema Nacional de Salud. Fíjense si pensamos que esto es importante que nada menos que tres subdirecciones generales del Ministerio de Sanidad y Consumo, pertenecientes a la Dirección General de Recursos Humanos y Recursos Económicos Presupuestarios, están dedicadas a los profesionales sanitarios. Adicionalmente, es el propio Consejo Interterritorial de Salud el organismo competente en materia de coordinación de los principios básicos de la política de personal. Sólo destacar que entre las funciones más importantes que se desarrollan en la Dirección General antes citada están aquellas que abordan temas que usted ha tocado muy directamente: la elaboración de propuestas de normativa básica sobre recursos humanos dentro del Sistema Nacional de Salud, incluida la relación de profesionales sanitarios; la gestión de la formación especializada; la gestión técnica de las pruebas de acceso a la formación sanitaria, y la gestión de la formación para licenciados en medicina y farmacia de países no pertenecientes a la Unión Europea, entre otros.

En cuanto a mejorar la dotación presupuestaria tengo que decir que salud pública, investigación y seguridad alimentaria son áreas prioritarias dentro del presupuesto del Ministerio de Sanidad y Consumo para el 2002. Respecto a la interinidad de nuestros profesionales sanitarios, quisiera recordarle que el pasado día 12 de septiembre del 2001 se completó la publicación de 37.000 plazas para la consolidación de personal interino del Insalud, que resolverán la interinidad de 7.118 facultativos, de 13.755 trabajadores sanitarios no facultativos, de 11.083 trabajadores no sanitarios y de 5.043 trabajadores de atención primaria. Parece por ello evidente que se ha resuelto uno de los grandes problemas de la sanidad española, el de la interinidad. Gracias a una apuesta decidida, valiente y acertada realizada por el Ministerio antes de hacerse efectivas las transferencias y que ha contado con el consenso mayoritario de esta Cámara en la promulgación de esta Ley.

Con respecto al último punto, el seguimiento de la existencia de sistemas de alertas que garantice la detección inmediata de problemas de salud pública, cabe señalar que la Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología asume en el ámbito de la Administración del Estado la planificación, la coordinación y el desarrollo de estrategias de actuación de la red nacional de vigilancia de epidemiología. Depen-

diendo de este organismo y en coordinación con el Consejo Interterritorial de Salud existen en funcionamiento sistemas orientados a la protección de la salud desde riesgos de naturaleza infecciosa y ambiental o química. Quisiera recordarles que en el sistema coordinado de intercambio rápido de información se han producido 90 alertas alimentarias; que en la red nacional de vigilancia y control de productos químicos se han producido 191 alertas. Esto demuestra claramente que existen y que están funcionando estos sistemas de alerta, por tanto, señoría, compartimos su preocupación e interés por la mejora de la salud pública, pero no podemos aceptar la proposición no de ley de su grupo parlamentario porque, como se puede comprobar, las demandas expuestas en los apartados que conforman esta proposición no de ley son líneas actuales del Ministerio de Sanidad y Consumo o proponen iniciativas que ya están asumidas por el Gobierno de la nación.

El señor **PRESIDENTE**: Finalizado el turno de intervenciones, vamos a proceder a las votaciones de las distintas proposiciones no de ley debatidas a lo largo de la mañana. (**Pausa.**)

El señor **PRESIDENTE**: En primer lugar sometemos a votación la proposición no de ley sobre realización entre las mujeres embarazadas de una campaña de sensibilización y concienciación para donar sangre del cordón umbilical. A esta proposición no de ley se ha presentado una enmienda in voce que ha sido aceptada por el grupo proponente. Paso a dar lectura a la enmienda: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a que intensifique, a través de las instituciones pertinentes, tanto la creación de nuevos bancos de sangre del cordón umbilical como campañas para la sensibilización y concienciación de donantes de este tipo de sangre.

En los términos de la aceptación de esta enmienda se somete a votación esta proposición no de ley.

Efectuada la votación, dijo

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

A continuación votamos la segunda proposición no de ley por la que se insta al Gobierno a modificar el Real Decreto 411/1196, de 1 de marzo, en su artículo 7.2 con el fin de que aclare convenientemente que los progenitores hematopoyéticos procedentes de la

sangre del cordón umbilical pueden ser donados sin que exista relación genética entre donante y receptor.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 16; en contra, 20; abstenciones, una.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

Se somete a votación el tercer punto del orden del día, proposición no de ley sobre la autorización del uso terapéutico de los cannabinoides, presentada por el Grupo Parlamentario Socialista.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 16; en contra, 20.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

Se somete a votación el punto número 4, proposición no de ley sobre autorización del consumo de cannabis para usos terapéuticos, propuesta por el Grupo Parlamentario Catalán.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 16; en contra, 20.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

Sometemos a votación el punto 5, proposición no de ley sobre medidas en materia de salud pública.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 15; en contra, 20; abstenciones una.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

Sometemos a votación el punto número 6, proposición no de ley relativa a la situación de los servicios sanitarios del centro penitenciario de Fontcalent, en Alicante.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 15; en contra, 20; abstenciones, una.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

Se levanta la sesión.

Era la una y diez minutos de la tarde.

NOTA.—El presente «Diario de Sesiones», de la Comisión de Sanidad y Consumo, del miércoles 20 de febrero de 2002, no guarda relación cronológica habitual, con el fin de no retrasar la publicación de los «Diarios de Sesiones» ya elaborados.

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**

