



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2004

VIII Legislatura

Núm. 95

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DE LA EXCMA. SRA. D.^a MARGARITA URÍA ETXEBARRÍA

Sesión núm. 4

celebrada el martes, 5 de octubre de 2004

Página

ORDEN DEL DÍA:

Proposiciones no de ley:

- | | |
|---|---|
| — Relativa a la declaración de nulidad de pleno derecho de la orden ministerial de 18 de diciembre de 2000, por la que se crea un fichero de datos de carácter personal relativo al sistema de información sobre nuevas infecciones por VIH (SINIVIH) Presentada por el Grupo Parlamentario Mixto. (Número de expediente 161/000015.) | 2 |
| — Relativo a los problemas y ayudas a las personas que padecen la enfermedad celíaca. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/000075.) . | 5 |
| — Para el reconocimiento de la enfermedad celíaca. Presentada por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió). (Número de expediente 161/000181.) | 5 |

	Página
— Relativa a la adquisición de la píldora del día siguiente. Presentada por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana (ERC). (Número de expediente 161/000088.)	11
— Relativa a la reducción del impuesto sobre el valor añadido (IVA) en ciertos productos de higiene íntima femenina y en los pañales absorbentes. Presentada por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana (ERC). (Número de expediente 161/000090.)	15
— Relativa a la revisión de los fondos de cohesión sanitaria vigentes desde el año 2002. Presentada por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana (ERC). (Número de expediente 161/000109.)	17
— Relativa a la tarjeta sanitaria única. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/000144.)	21
— Relativa a la puesta en marcha de un plan integral de salud buco-dental para los mayores. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/000145.)	23
— Relativa a la prohibición de prescripción en niños y adolescentes de antidepresivos del tipo ISRS por el riesgo suicidario observado en algunos casos. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/000282.)	26
— Relativa a la creación en el Ministerio de Sanidad y Consumo del registro nacional de instrucciones previas. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista del Congreso. (Número de expediente 161/000285.)	28

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

PROPOSICIONES NO DE LEY:

- **RELATIVA A LA DECLARACIÓN DE NULIDAD DEL PLENO DERECHO DE LA ORDEN MINISTERIAL DE 18 DE OCTUBRE DE 2000, POR LA QUE SE CREA UN FICHERO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL RELATIVO AL SISTEMA DE INFORMACIÓN SOBRE NUEVAS INFECCIONES POR VIH (SINIVIH). PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO MIXTO. (Número de expediente 161/000015.)**

La señora **PRESIDENTA**: Señoras y señores diputados, comenzamos la sesión de la Comisión, no sin antes hacer la aclaración de por qué hemos debido postergar su comienzo en veinte minutos. Se me manifiesta por los servicios de la Comisión que se encuentra perfectamente atascada por los trabajos derivados de la ley de violencia de género, cuyo dictamen debía ser efectuado en el día de ayer para que pudiese ser incluido en el Pleno del jueves. A ello se ha debido esta distribución tan tardía de las enmiendas que los señores portavoces hayan tenido que estar intercambiando ahora y

sabiendo qué es lo que está presentado respecto de cada una de las iniciativas.

Tenemos hoy un orden del día bastante amplio dedicado al examen de proposiciones no de ley, que, como todos ustedes saben, son iniciativas de carácter no legislativo que pretenden manifestar la voluntad de la Comisión sobre una determinada cuestión o instar al Gobierno a efectuar una actividad. Dado el número de ellas —por decisión de los portavoces, decidimos introducir en el orden del día todas las que estaban pendientes—, rogaría que, sin demérito de sus posibilidades de explicación todo lo exhaustiva que se crea, sean prudentes en la utilización de los tiempos, como suelen hacer siempre. Sin más, pasamos al examen del primero de los puntos del orden del día que sería la proposición no de ley relativa a la declaración de nulidad de pleno derecho de la Orden ministerial del 18 de diciembre del año 2000, por la que se creaba un fichero de datos de carácter personal relativo al sistema de información sobre nuevas infecciones de VIH, cuyo autor es el Grupo Parlamentario Mixto.

En nombre del mismo tiene la palabra la diputada del Bloque Nacionalista Galego, señora Fernández Dávila.

La señora **FERNÁNDEZ DÁVILA**: Superada la barrera histórica de veinte años con el VIH, sabemos

que sobre cualquier modelo de vigilancia epidemiológica debe prevalecer el trabajo de prevención y de atención temprana realizado hasta ahora, basado en la promoción precoz, anónima y confidencial de la realización de las pruebas de detección del VIH. Lo primordial es mantener la confianza mínima sobre un sistema respetuoso con la intimidad de las personas que prefiere detectar lo antes posible la infección para actuar sobre ella a conocer los detalles individuales y nominativos de cada caso.

Cualquier elemento, sea de orden epidemiológico, legal y/o policial que inhiba en nuestra comunidad la realización temprana de los test de detección de la infección por VIH invalida el trabajo desarrollado hasta ahora en materia de prevención, confianza en el sistema socio-sanitario y reducción del estigma asociada a dicha infección. La atención socio-sanitaria de la población enferma de SIDA y de los y las infectadas por el VIH, la prevención en la población general de la transmisión del VIH y de las demás enfermedades de transmisión sexual y la reducción del estigma asociado a dicha infección son objetivos de primer nivel frente a la vigilancia epidemiológica, que debe entenderse como herramienta técnica y no como un fin en sí misma. Si un sistema de vigilancia epidemiológica se transforma en un sistema de seguimiento personal de los individuos o así se percibe por éstos, una parte significativa de la población evitará la realización de la prueba ante el terror a ser fichados y a los terribles efectos derivados de una ruptura de la confidencialidad. Por estas razones en el año 2001 diversos colectivos sociales interpusieron ante la sección cuarta de la Sala de lo contencioso-administrativo de la Audiencia Nacional recurso contra la Orden ministerial de 18 de diciembre de 2000, por la que se crea un archivo para registrar nuevas infecciones por VIH, presentada por la Asociación Presos Galicia y los comités antisida de Galicia, fundado en la vulneración del derecho fundamental a la intimidad. A raíz de la interposición de este recurso, el pasado 26 de abril la Audiencia Nacional declaró nula de pleno derecho la Orden ministerial de 18 de diciembre de 2000, sobre la creación de ficheros de datos de carácter personal.

Nosotros somos conscientes de la necesidad de la existencia de los datos que puedan permitir conocer el nivel, la situación y la cantidad de personas infectadas por el VIH, y entendemos la preocupación de aquellos colectivos que consideren que pueden estar vulnerados sus derechos a la intimidad en el registro que existe actualmente. Presentamos esta proposición no de ley conscientes de que en estos momentos (esto es algo nuevo después de haber presentado esta iniciativa, no como consecuencia de la misma (ha sido una casualidad en el tiempo), hay conservaciones con distintas asociaciones de personas relacionadas con el problema del VIH y, concretamente, con aquellas que presentaron el recurso ante la sección cuarta de la Sala de lo contencioso-administrativo. Defendemos esta proposi-

ción no de ley conscientes de que existe actualmente un diálogo entre las partes.

La señora **PRESIDENTA:** A esta iniciativa se le ha presentado una enmienda por el Grupo Parlamentario Socialista. Para defenderla tiene la palabra el diputado señor Fidalgo.

El señor **FIDALGO FRANCISCO:** Señorías, este Parlamento, por unanimidad, aprobó en la legislatura pasada la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y deberes en materia de información y documentación clínica que dedica el capítulo tercero al derecho a la intimidad y a la confidencialidad de los datos referentes a la salud. Este Parlamento es, por tanto, muy sensible al asunto que tratamos y el Grupo Socialista comparte la preocupación de los colectivos y las asociaciones que trabajan en estos asuntos y son celosos de los derechos individuales. Pero también compartimos con ellos y con la sociedad la defensa del interés general para la protección de la salud de todos y, por supuesto, de las personas infectadas de VIH, enfermas, o susceptibles de serlo. Esa preocupación es también compartida por las administraciones sanitarias en general. Ya a mediados de la década de los noventa, en el año 1998, consciente de los nuevos retos que se planteaban, la OMS formula una serie de recomendaciones que son recogidas por el Centro Europeo para la Vigilancia Epidemiológica del VIH y SIDA, y en España el Ministerio de Sanidad recoge también en esas recomendaciones para impulsar un sistema de información sobre nuevas infecciones por VIH. Para ello se constituye un grupo de trabajo entre el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas para, a través de la búsqueda de un amplio consenso, lograr que ese fichero sea consecuente con los derechos a la confidencialidad y con la salvaguarda del interés general. El sistema fue aprobado en el Consejo Interterritorial de Salud y, posteriormente, recibió la aprobación del consejo asesor de las ONG del Plan Nacional sobre el SIDA. Posteriormente, una proposición no de ley de Izquierda Unida en este Congreso exigía el cumplimiento de todo lo que se había acordado. Y es así que a principios de 2001 se publica la orden de creación del sistema de información y del fichero correspondiente.

Es importante preguntarse por qué la oportunidad de entonces y no antes. Es debido a que hasta el año 1996 había una correlación bastante estricta entre infección, enfermedad y mortalidad que facilitaba el estudio epidemiológico. Pero desde 1996 la irrupción de los tratamientos antirretrovirales modifica esa correlación y, por lo tanto, la estimación de nuevas infecciones y, asimismo, la determinación de vulnerabilidad y los objetivos de atención prioritaria consecuentes. No hace falta, pues, decir que el sistema está sometido al nivel más alto de confidencialidad establecido por el Real Decreto 994/1999, sobre ficheros automatizados,

y por la Ley 15/1999, de protección de datos de carácter personal. Hay que añadir que ficheros similares se utilizan sin problemas en varios países de la Unión Europea.

Las sociedades científicas resaltan la necesidad de conocer las prácticas de riesgo en el día de hoy; no las que había hace diez años, que son las que aporta el registro de SIDA, porque ni los grupos de riesgo ni las prácticas de riesgo son las mismas en aquel momento que las de hoy. Hay otros registros epidemiológicos en España como, por ejemplo, los de cáncer o los de las enfermedades de declaración obligatoria, que están sujetos a la confidencialidad debida y no han tenido ningún problema de fugas en este tiempo de vigencia. Son, insisto, registros epidemiológicos y no son registros administrativos.

A nuestro grupo le preocupan tanto o más que la confidencialidad otras cuestiones en áreas en las que la información es más permeable y la salvaguarda de la confidencialidad es más problemática, como por ejemplo, la circulación y custodia de la documentación clínica y, por eso, trabajaremos en iniciativas que desarrollen la Ley 41 también en ese aspecto. Sin embargo, como todo en la vida, todo es discutible, incluso opinable y sometido a controversia jurídica. Lo malo es que las controversias a veces —y en este caso lo hacen— no resuelven de momento el problema y sí se ha introducido en el sistema un campo de inseguridad que, de hecho, está paralizando el objetivo primordial del sistema, que es proteger la salud pública en lo que al VIH, SIDA se refiere, pues el sistema corre el riesgo de bloquearse y tanto las comunidades autónomas como el propio Ministerio de Sanidad están teniendo serias dificultades para mantener la continuidad de la información, hasta el punto de que el efecto escalera pudiera dar origen a paradojas que son contraproducentes para el objetivo que persiguen las organizaciones que han presentado las demandas, sobre todo ahora cuando la eclosión, otra vez, del SIDA en ámbitos geográficos muy próximos a nosotros y ya plenamente europeos vuelve a ser una preocupación de primer orden. Por eso es tan importante la conservación de la información acumulada como seguir incrementándola. Sin querer entrar ahora en matices de índole jurídica, lo cierto es que la destrucción del fichero sería una pérdida irreparable para el interés general, pero también sería muy problemático dejar en una nebulosa la posible pérdida de confidencialidad que se argumenta. Ambas cuestiones pueden y deben remediarse técnicamente de una manera definitiva para garantizar esa confianza en el sistema, anticipándonos ya a la resolución de la sentencia, porque, como es sabido, las dinámicas de la justicia tienen muy poco que ver o están al margen de las urgencias del virus y sus posibles huéspedes.

Señorías, entre la técnica y la justicia está la política. Nosotros, como diputados, tenemos la obligación de mediar y de buscar soluciones concretas a cada uno de los problemas que se están planteando y tenemos que

transmitirles a los ciudadanos esa seguridad de que queremos aportar soluciones. Lo hacemos en el terreno de la salud en el que, por unanimidad, hemos aprobado la ley que antes me refería, la Ley 41/2002, de autonomía del paciente, donde insistíamos mucho en los derechos a la intimidad y a la confidencialidad de los datos clínicos.

Podemos y debemos proponer soluciones. En la confianza de alcanzar esa unanimidad a la que antes aludía, el Grupo Socialista presenta una enmienda de sustitución que dice lo siguiente: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno al estudio o análisis y, en su caso, a la adopción de nuevas medidas sobre la estructura del fichero del sistema de información sobre nuevas infecciones por VIH que pueda mejorar la garantía de la intimidad de los interesados, sin menoscabo de la necesidad de salud pública y de interés general, y sin perjuicio del cumplimiento de la sentencia que en su día dicte el Tribunal Supremo.

En un pequeño encuentro que hemos tenido con el grupo proponente se cambia el estudio por análisis, palabra más precisa, y la enmienda quedaría redactada como lo he dicho anteriormente, con el cambio de estudio por análisis.

La señora **PRESIDENTA**: A continuación, procede dar el turno a los grupos para la fijación de posiciones ¿Grupos que desean intervenir?

Tiene la palabra, en nombre del Grupo Popular, la señora Rodríguez.

La señora **RODRÍGUEZ LÓPEZ**: Respecto a la fijación de posición en este punto del orden del día, queremos señalar que se trata de conciliar los derechos legítimos de unos ciudadanos sobre su intimidad, su confidencialidad y la privacidad de sus datos en cuanto a su salud con la obligación de las autoridades sanitarias de preservar la salud pública.

Es una realidad que la infección VIH-SIDA es una enfermedad grave incurable, transmisible, y de declaración obligatoria, que afecta directamente a una área de tanta importancia como es la salud pública, de lo que son responsables las autoridades sanitarias. El único modo de conocer la evolución epidemiológica de la enfermedad es mediante la existencia de un centro de datos, un registro, un sistema de recopilación y centralización de la información, o como queramos llamarle, que permita concentrar todos los datos posibles para hacer posible la puesta en marcha de los mecanismos de control y prevención efectivo, así como de un sistema de evaluación de los mismos.

En la actualidad, no conocemos el número de personas que se pueden estar infectando porque el SIDA se manifiesta de forma tardía tras la infección, por lo que en realidad el registro no refleja la incidencia actual de nuevas infecciones. Pero no existe otro indicador que nos permita establecer la evaluación del conjunto de medidas dirigidas a controlar la enfermedad. Por cierto,

que la pandemia de SIDA ni está controlada ni se prevé que pueda serlo a corto plazo, por lo que sigue constituyendo un tema muy serio en salud pública. Voy a ser muy breve porque creo que hemos llegado a un acuerdo con los distintos grupos. Si podemos conocer de una manera más precisa la magnitud de la epidemia en nuestro país y en las distintas comunidades autónomas, podremos establecer una distribución más adecuada de los medios y de los recursos disponibles.

Por todas estas consideraciones, nosotros creemos que el debate debe centrarse, única y exclusivamente, en las garantías de privacidad del registro. Aunque no tenemos constancia de que hayan existido denuncias por uso indebido de la información y sabemos que existe una sentencia que está pendiente de resolución, puesto que se ha recurrido, en este momento consideramos oportuna la enmienda del Grupo Socialista que ha sido aceptada por el grupo proponente y que nosotros vamos a votar a favor.

— **RELATIVA A LOS PROBLEMAS Y AYUDAS A LAS PERSONAS QUE PADECEN LA ENFERMEDAD CELÍACA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/000075.)**

— **PARA EL RECONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD CELÍACA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO CATALÁN (CONVERGÈNCIA I UNIÓ). (Número de expediente 161/000181.)**

La señora **PRESIDENTA**: Antes de proceder al debate de las iniciativas numeradas como dos y tres, sería bueno que los señores diputados conozcan, para el uso racional de su tiempo, que las votaciones se producirán de manera conjunta al final del debate de todas las iniciativas, que nunca será antes de la una del mediodía.

A continuación, pasamos al debate de dos iniciativas, que tal y como consta en la convocatoria del orden del día, se van a tramitar de manera conjunta; una del Grupo Parlamentario Popular relativa a los problemas y ayudas a las personas que padecen la enfermedad celíaca y la segunda, del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) sobre la misma problemática.

Para la defensa de la primera tiene la palabra la señora Pan Vázquez.

La señora **PAN VÁZQUEZ**: Señorías, mi grupo parlamentario viene a presentar en esta Comisión de Sanidad y Consumo una proposición no de ley que es muy completa, incluso ambiciosa, sobre la problemática que están padeciendo los enfermos celíacos.

Como les decía, somos ambiciosos porque esta problemática es importante y esperamos, de la sensibilidad de los demás grupos políticos, que dicha iniciativa sea

hoy aprobada en esta Comisión y que demos traslado al Gobierno de un acuerdo que aspiramos sea por unanimidad para su cumplimiento. Si este acuerdo se produce, como esperamos, sin duda será un logro para toda la sociedad, para las asociaciones, para los enfermos celíacos y también para el Sistema Nacional de Salud, que verá cómo un colectivo de enfermos mejora y demanda también menos asistencia. Mejorará, por tanto, la salud colectiva y mejorará también la economía sanitaria.

Como ustedes conocen, señorías, la enfermedad celíaca consiste en una intolerancia permanente al gluten, presente en las harinas de trigo, centeno, cebada, avena, y que obliga a las personas que la padecen a llevar una dieta exenta totalmente de gluten durante toda su vida. No requiere tratamiento farmacológico. Su único tratamiento es actualmente la dieta exenta de gluten. El seguimiento de esta dieta no cura la enfermedad pero la controla, de modo que se consigue la completa normalización clínica del enfermo y evita complicaciones a corto, medio y largo plazo. En la medida en que la alimentación es un factor determinante en la enfermedad celíaca, las líneas estratégicas con las que actuemos en este ámbito resultan de especial relevancia.

Es un hecho demostrado que el cáncer intestinal es más frecuente en aquellos celíacos que ingieren alimentos con gluten que en aquellos otros que ingieren alimentos sin gluten. Y, además, cuando este tipo de cáncer aparece, la malignidad del proceso es mucho menor en pacientes que siguen una dieta exenta de gluten. Pero la nutrición de estos pacientes no solamente es importante desde el punto de vista de la necesidad de que su dieta esté exenta de gluten, sino que de no ser así, de una forma intensa, la lesión intestinal impide que se absorban otros nutrientes esenciales para el desarrollo de la vida normal. Por otra parte, el hecho de que esta enfermedad pueda aparecer bajo formas asintomáticas o enmascararse con síntomas muy diversos, hace que muchos de los pacientes aún no diagnosticados no estén siguiendo una dieta adecuada y, por lo tanto, estén padeciendo, sin saberlo, un desequilibrio nutricional que a la larga puede tener consecuencias adversas para su salud. Debido a esta variabilidad en su presentación, es difícil el diagnóstico precoz, lo que conduce a que solamente un 5 por ciento de estos enfermos estén diagnosticados. Se estima que la frecuencia de aparición de la enfermedad celíaca es de uno de cada cien nacidos vivos, aunque no hay datos epidemiológicos en nuestro país, lo que sin duda es un problema más añadido a la hora de establecer políticas sanitarias adecuadas. En consecuencia, la atención integral de esta enfermedad y sobre todo su detección son armas fundamentales que contribuyen de una forma definitiva a controlar sus posibles consecuencias, haciéndose necesario un mayor conocimiento de la enfermedad por parte del personal médico.

El gluten está presente en muchos alimentos, en alimentos que se consideran de primera necesidad, en

todos los derivados del trigo. Así, es generalmente utilizado por la industria alimentaria como espesante en múltiples productos habituales en nuestra alimentación, como salsas de tomate, postres lácteos, purés de patata, patatas fritas, golosinas, chocolates, embutidos, etcétera, sin que exista a día de hoy obligatoriedad por parte de los fabricantes de indicar en las etiquetas la presencia de gluten. Existen productos sustitutivos que se comercializan como productos sin gluten, pero hay evidencias de que algunos de estos productos pueden contener trazas de esta proteína, siendo por tanto perjudiciales para estos enfermos. El etiquetado correcto y riguroso se hace, por tanto, indispensable. No hay una norma que establezca los requisitos que deban cumplir estos alimentos especiales, salvo a nivel internacional en el *Códex Alimentarius* aprobado en el año 1981 y que establece un máximo de gluten en los alimentos sin gluten de doscientas partes por millón. Esta cantidad, doscientas partes por millón, es considerada excesiva desde hace años por todos los estamentos, por los investigadores, por los clínicos, por las asociaciones y por los propios pacientes, pues está demostrado que estas cantidades de gluten ingeridas de forma continuada provocan recaídas en el enfermo celíaco. Actualmente, el nuevo borrador de *códex* propone la reducción hasta veinte partes por millón, pero todavía no se ha aprobado. Hemos de ser, por tanto, capaces de intervenir activamente en los foros internacionales e impulsar la normativa adecuada que se adapte a la evidencia científica actual.

Estos productos tienen además un precio mucho más elevado que los productos convencionales, lo que significa una dificultad añadida para el celíaco y su familia. Los productos especiales son considerados, como ya dije antes, comúnmente de primera necesidad: harina, pan, pastas, galletas, y por poner algún ejemplo, una harina con gluten cuesta una media de 0,27 euros y, sin embargo, una harina sin gluten cuesta 4,78 euros. Otro ejemplo sería la pasta: un kilo de pasta con gluten cuesta en el mercado 0,52 euros y sin embargo esta misma pasta pero sin gluten cuesta 5,76 euros. Estos enfermos están en muchas ocasiones en una situación de dificultad económica y social que les hace difícil mantener la necesaria dieta, que es, como ya comentamos, su único tratamiento.

Por otra parte, en el caso de que el enfermo esté escolarizado, se puede encontrar en este período con la dificultad añadida de cumplir con la dieta que deben seguir en los comedores escolares, ya que no existe por parte de los responsables de los comedores obligación de proporcionarles su régimen ni de facilitarles que puedan llevar la comida de su casa. También ocurre esto en el caso de ingreso en un hospital, pues se detectan también dificultades para cumplir la dieta en un centro sanitario. Es lamentable que en etapas de la vida en las que la educación, y en este caso la educación sanitaria, es lo primordial, estos niños se encuentren con la contradicción de no poder seguir un tratamiento

que afecta de forma tan importante a su salud. Y en el caso de los hospitales encontramos esta misma contradicción.

El desconocimiento social de la enfermedad es, por último, otro factor negativo que deja a las asociaciones y a las familias en situaciones difíciles y en las que sus necesidades se cubren de forma muy importante con la voluntariedad de estas asociaciones en muchos casos. Es cierto que se han dado pasos a favor de estos enfermos. En muchas comunidades autónomas se han aprobado ya iniciativas encaminadas a tratar de resolver algunos de estos problemas, iniciativas presentadas por los diversos grupos políticos y que han ido poniendo las primeras vías para facilitar estos tratamientos y estas ayudas. También en el Congreso de los Diputados se han presentado iniciativas en esta línea en el año 2001, en el año 2002 y hoy mismo *Convergència i Unió*, que es sensible también a este tema, presenta una proposición no de ley, lo que refuerza, por un lado, la sensibilidad de los distintos grupos políticos por este colectivo y, por otro, la necesidad de un abordaje integral de esta problemática, que creemos, señorías, que hoy traemos al foro más idóneo para su aprobación. El abordaje integral de esta proposición no de ley debe suponer para las comunidades autónomas un marco común de tratamiento y de asistencia a un colectivo que pretendemos sea equitativo para que todos reciban la misma atención y ayudas, independientemente de dónde residan o de dónde hayan nacido.

En la etapa anterior ya se comenzaron algunas de las actuaciones que creemos que se deben desarrollar e impulsar, como fue la firma de un convenio con la Agencia Española de Seguridad Alimentaria, la firma de un acuerdo marco del Ministerio de Sanidad y Consumo y la Federación de Asociaciones de Enfermos Celíacos, que conlleva también la firma de convenios específicos como la de realización de un estudio epidemiológico, que resulta, como hemos visto, indispensable y que recientemente ha sido ratificado por la actual titular del Ministerio de Sanidad y Consumo con una cuantía de veinticinco millones, lo cual es positivo y es la línea que pedimos que se siga desde el ministerio, pues es la única que aportará beneficios de salud para la población. Y ahí, señorías, tendrán siempre al Grupo Popular a su lado.

Por todo ello, por la integralidad en el abordaje de este problema es por lo que presentamos la siguiente proposición no de ley: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno de la nación a tomar cuantas medidas fueran necesarias con el fin de facilitar unas mejores condiciones de vida de los enfermos celíacos y de sus familias. En particular, el Gobierno deberá llevar a cabo las siguientes actuaciones recogidas en las siguientes áreas. Sanidad. Primero, transposición de la normativa de la modificación de la Directiva 2000/13 (Directiva 2003/89 del Parlamento Europeo y del Consejo del 10 de noviembre de 2003), que establece la obligación de indicar en el etiquetado los ingredientes

presentes en los productos alimenticios, especificando la prohibición de utilizar términos o frases que induzcan a error al consumidor, tal como: puede contener gluten o puede tener trazas de gluten. Segundo, mantenimiento de una postura activa en las reuniones del Códex Alimentarius (FAO), promoviendo que se establezca como límite máximo de gluten en alimentos sin gluten las veinte partes por millón. Tercero, mejorar los procesos de sospecha, diagnóstico y seguimiento de pacientes celíacos mediante la incorporación en los programas de formación continuada de los profesionales sanitarios, en especial en pediatría, atención continuada y gastroenterología, de formación específica sobre esta enfermedad y la elaboración y difusión de guías de buena práctica clínica en colaboración con las sociedades científicas. Cuarto, realización de los estudios epidemiológicos necesarios para mejorar el conocimiento de la prevalencia de la enfermedad en la población española y las variables sociales y sanitarias vinculadas a la misma que permitan mejorar las estrategias de abordaje de la enfermedad. Quinto, establecimiento de programas nacionales de control de los alimentos destinados a pacientes celíacos mediante programas de control analítico de materias primas y productos elaborados con destino a pacientes celíacos para la verificación de la composición y etiquetado; incorporación en los programas de autocontrol de la industria alimentaria, del control de materias primas y flujos de producción que garanticen la no existencia de contaminaciones cruzadas.

En el ámbito de la educación, sexto, la regulación mediante real decreto de la obligación de que en todos los comedores escolares se ofrezcan dietas sin gluten o, en su defecto, se autorice a que el alumno celíaco pueda llevar su propia comida, elaborada en su domicilio, aportando el centro las infraestructuras de conservación. Séptimo, impulsar la formación de educadores y trabajadores de restauración de los centros escolares acerca de la enfermedad celíaca y sus requerimientos dietéticos. Octavo, mantenimiento de la vigente disposición adicional quinta de la Ley orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, que regula la admisión de alumnos en centros sostenidos con fondos públicos, en caso de no existir plazas suficientes, entre otros criterios prioritarios para acceder al centro, la concurrencia en el alumno de la enfermedad crónica que afecta al sistema digestivo endocrino o metabólico y exija como tratamiento especial el seguimiento de una dieta compleja y un estricto control alimentario cuyo cumplimiento condicione de forma determinante el estado de salud física del alumno. Esta medida facilitaría el cumplimiento de la dieta en sus propios domicilios.

En el apartado de economía y fiscalidad, noveno, establecer a través de programas sociales líneas de apoyo económico a las familias de menor poder adquisitivo con pacientes celíacos a su cargo. Décimo, establecer un sistema de incentivos fiscales y de bonificaciones a la industria y a las familias que permita

compensar a los que, por prescripción facultativa, deban consumir alimentos sin gluten por padecer la enfermedad celíaca. Y, once, promover para Canarias la exclusión del gravamen AIEM, arbitrio de importación de entrada de mercancías, de los alimentos sin gluten.

La señora **PRESIDENTA**: Para la defensa de la otra iniciativa presentada también sobre la enfermedad celíaca, tiene la palabra el portavoz del Grupo Catalán de Convergència i Unió, señor Xuclà i Costa.

El señor **XUCLÀ I COSTA**: Traemos a discusión en esta Comisión de Sanidad la situación de los celíacos y la necesidad de dar una cobertura ante las consecuencias de la ingestión del gluten para los enfermos celíacos a partir de un planteamiento ya expuesto por parte de la portavoz del Grupo Popular, con la que tenemos amplios puntos de coincidencia tanto en la exposición de motivos como en la parte vinculante, en la parte dispositiva.

Traemos esta proposición no de ley después de algunos antecedentes en esta misma línea, que ya se han apuntado, concretamente el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) a finales del año 2001 (ya haré referencia a esto) también planteó y llevó a discusión, a votación y consecuente aprobación en esta Comisión algunas medidas sobre esta enfermedad, que, como muy bien conocen SS.SS., es un trastorno intestinal que padecen algunas personas ocasionado por la ingesta de productos alimenticios con gluten. Las personas que padecen dicha enfermedad tienen cierta predisposición genética a padecerla y reaccionan a la ingestión de gluten, proteína presente en los cereales, sufriendo un daño en las vellosidades del intestino delgado, hecho que afecta a su capacidad de absorber los nutrientes de los alimentos.

Una vez diagnosticada la enfermedad celíaca, y teniendo en cuenta que hoy por hoy dicha enfermedad no se cura, el único tratamiento posible para que la persona afectada pueda desarrollar su vida con total normalidad consiste en mantener un estricto régimen sin gluten durante toda la vida, consiguiendo así una total reparación de la lesión intestinal, que puede necesitar varios meses o años en producirse. En este sentido, la recuperación será permanente a condición de no exponer el intestino a nuevos contactos con el gluten, ya que la ingestión de pequeñas cantidades del mismo de manera continuada puede causar trastornos importantes y no deseables. Cabe señalar, además, que para seguir la dieta adecuadamente es de suma importancia un buen control de los alimentos especiales para celíacos, un buen etiquetado de los alimentos de consumo general y una correcta información, especialmente para los profesionales de la restauración. Como les decía, en el mes de diciembre de 2001 el Congreso de los Diputados aprobó una proposición no de ley del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), conjuntamente con otros grupos parlamentarios, en la que se instaba

al Gobierno al control del etiquetado de los productos sin gluten. Sin embargo, siguen sin realizarse suficientes controles de dicho producto y sigue sin existir una información suficiente en el etiquetado de los productos para conocer la no presencia del gluten.

Otro de los problemas a los que se enfrentan los que padecen la enfermedad celíaca es el elevado coste de los productos especiales que deben consumir, en comparación con los productos alimenticios de consumo corriente. Quienes los fabrican justifican su elevado precio afirmando que se debe al tipo de trigo, al coste de extracción y a su distribución para un producto que tiene poca venta. Según algunos estudios comparativos llevados a cabo por las sociedades o asociaciones de quienes padecen la enfermedad celíaca, la diferencia de precios en relación con el resto de productos es realmente importante, hecho que adquiere una especial dimensión si tenemos en cuenta que hay familias con dos o más celíacos entre sus miembros, lo que hace que el presupuesto destinado a alimentación se vea incrementado de manera sustancial. La proposición no de ley aprobada a finales del año 2001 señalaba la conveniencia de establecer una ayuda social a las familias de enfermos celíacos con recursos económicos escasos, sin que tampoco se hayan articulado dichas ayudas.

Es por todo ello por lo que el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) plantea ante esta Comisión de Sanidad una proposición no de ley alrededor de dos grandes puntos. Un primer punto, en el que el Congreso de los Diputados insta al Gobierno a garantizar el correcto etiquetado de todos los productos sin gluten y a publicar con carácter periódico el correspondiente listado actualizado de alimentos permitidos para el consumo de quienes padecen la enfermedad celíaca. Y un segundo gran punto, en el que se insta al Gobierno a que en el plazo de seis meses —creo que la gestión del Ejecutivo requiere sus tiempos y que aquello que puede impulsar el Parlamento requiere también un calendario razonable por parte del Ejecutivo— desde la aprobación de la presente proposición no de ley apruebe un proyecto de ley en el que se arbitre un sistema de bonificaciones e incentivos impositivos para compensar a los que, por prescripción facultativa, deben consumir alimentos sin gluten por padecer la enfermedad celíaca.

Para terminar, quiero subrayar estos dos puntos: primero, garantizar un correcto etiquetado y segundo, la necesidad de unas medidas de carácter fiscal favorables a los enfermos celíacos. A esto podríamos sumar, como un contrato de adhesión, utilizando el lenguaje de derecho civil, los puntos planteados por el Grupo Parlamentario Popular, con los que estamos de acuerdo. Creo que son dos proposiciones no de ley que van en la misma dirección y que se enriquecen mutuamente.

Insisto en que esto fue aprobado en el mes de diciembre del año 2001, que en aquel momento fue aprobado por distintos grupos, sin duda también por el grupo que en aquel momento tenía la mayoría absoluta en este Parlamento, por lo cual, a la hora de hablar del cumpli-

miento o el de no cumplimiento, quiero recordar que hay parte de responsabilidad del anterior Gobierno en cuanto al desarrollo sólo parcial de lo relativo al etiquetado y también de desarrollo sólo parcial de lo referente a las medidas de carácter fiscal. Pero en aquella votación el Grupo Parlamentario Socialista también votó a favor de estas dos medidas, mejorar el etiquetado y mejorar las medidas de carácter fiscal, lo cual me lleva a la conclusión de que en estos momentos el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) puede solamente recabar un voto afirmativo del grupo de la mayoría.

La señora **PRESIDENTA**: A ambas proposiciones ha sido presentada enmienda por el Grupo Parlamentario Socialista, para cuya defensa tiene la palabra la señora Salazar Bello.

La señora **SALAZAR BELLO**: Como dice el portavoz de Convergència i Unió, es muy negativo que el Grupo Popular haya dejado sin tocar los puntos nueve, diez y once, que se referían a bonificaciones, modificaciones del IRPF e incluso al impuesto de Canarias. Ha hablado mucho de la parte médica, de las cosas que ya están hechas y por la trasposición, pero no ha entrado a hablar de la parte económica, que es muy importante. Voy a tratar de ser muy ordenada y seguir a los dos grupos a la vez, avisando que son muchos los puntos del Grupo Parlamentario Popular, once puntos, como usted bien sabe, y quiero contestar a todos ellos sin dejarme ninguno.

La enfermedad celíaca no solamente afecta a los niños, como decía la portavoz del Grupo Popular, sino que también afecta a otras enfermedades de adultos como son el esprue tropical, es decir, no es exclusivamente de niños, sino que también puede ser de adultos. Es el mismo tipo de patogenia, por lo que no afecta sólo a niños sino que aparecerá posteriormente en adultos con la misma patogenia. Lo que sí es seguro es que esta enfermedad está ocasionada por el gluten y por una sustancia que está relacionada con ella que es la gliadina. Pero lo que queríamos hacer esta tarde era contestar a cada uno de los puntos, y por lo tanto paso al primero de ellos. En cuanto a la transposición normativa de la modificación de la Directiva de 2000/13 (Directiva 2003/89/CE del Parlamento Europeo y del Consejo del 10 de noviembre de 2003), se establece la obligación de indicar en el etiquetado los ingredientes presentes en los productos alimenticios, especificando la prohibición de utilizar términos o frases que induzcan a error a los usuarios o consumidores de estos, tal como: puede contener gluten o puede contener trazas de gluten. Para ello SS.SS. saben ya que está en trámite un real decreto que actualmente está en fase de trasposición de esta norma, habiendo recibido favorablemente un informe de la CIOA con fecha del 16 de abril. En esta transposición, en su anexo, figura la lista de ingredientes en los que se encuentran los cereales que con-

tienen gluten, es decir, trigo, centeno, cebada, avena, espelta, kamut o sus variedades híbridas y los productos derivados. Por lo tanto, la transposición normativa de la modificación de la directiva se está llevando a cabo.

En lo que se refiere al mantenimiento de una postura activa en las reuniones del Codex Alimentarius, como decía la representante del Grupo Popular, FAO está promoviendo que se establezca un límite máximo de gluten en alimentos sin gluten que es el de veinte partes por millón. Les informo que la delegación de España, formada por los representantes del departamento, está asistiendo de forma regular —y lo sabe perfectamente el Grupo Popular— a todas las reuniones del comité Codex de nutrición y de los alimentos para regímenes especiales en las que se está debatiendo este tema desde hace muchos años. Señorías, ustedes deberían saberlo. Dicho departamento ha defendido siempre la existencia de un único nivel para las prolaminas y que sea lo más bajo posible, de acuerdo con las tecnologías analíticas. En la última reunión, celebrada en Bonn, que fue la vigésima-quinta reunión del comité del Codex sobre nutrición y alimentos para regímenes especiales, el comité informó del gran progreso que había experimentado —incluso está colgado de la página de la Federación de Asociaciones de los Celíacos esta información— el trabajo analítico, así como la publicación fiable inmunoensayo ligado a una enzima, el método R5-Mendez Elisa, apoyado por nueve de los diez miembros de este grupo. Este método es capaz de detectar 1,5 miligramos/kilogramo de gliadinas provenientes del trigo, cebada y centeno. El comité, sin embargo, reconoció la imposibilidad de tomar cualquier decisión referente a los niveles tolerables de gluten y decidió retener el anteproyecto de la norma, que estaba en trámite, hasta que se conozcan los resultados para contar con una base científica que apoye los niveles tolerables. Por ello, el Ministerio de Sanidad seguirá defendiendo el único nivel —y ustedes saben que así va a ser siempre— y el más bajo posible, y hay que tener presente que no se puede afirmar que el de veinte partes por millón resulte inocuo para todos los pacientes.

En cuanto a la formación específica sobre la enfermedad con la incorporación de programas de formación continuada para los especialistas tanto de la especialidad de pediatría como de gastroenterología, se entiende que esas especialidades tienen una formación específica en esta enfermedad, como en otras muchas que pertenecen a la patología digestiva, pero a pesar de ello nosotros estamos intentando que esto se mantenga dentro de la formación continuada.

En lo que se refiere al estudio epidemiológico, voy a pasarlo a un punto posterior porque voy a englobar dos.

En lo que se refiere al establecimiento de programas nacionales de control de los alimentos destinados a estos pacientes mediante la incorporación a los programas de autocontrol de la industria alimentaria del control de materias primas y flujos de producción que garanticen la no existencia de contaminaciones cruzadas,

la Agencia de Seguridad Alimentaria tiene previstas varias actuaciones que además la ministra de Sanidad ya especificó en su comparecencia. Una de ellas es el desarrollo de una guía sobre las directrices para la elaboración para la industria alimentaria que sean seguras para los enfermos celíacos o los que son intolerantes al gluten. Es una actuación a medio plazo. Esta guía dará a conocer a las industrias las medidas preventivas que deben ponerse en marcha en su sistema de autocontrol, para garantizar así que los alimentos que se comercialicen para este colectivo de enfermos no presenten ningún riesgo de haber sido contaminados durante el proceso de fabricación por esta proteína y que tengan siempre ausencia de gluten. El sistema de autocontrol es la herramienta básica en materia de seguridad alimentaria para eliminar o minimizar cualquier riesgo sanitario.

En lo que se refiere a los puntos seis y ocho, hablan ustedes de formación específica y de que se dé formación en las comunidades autónomas a los profesores y a los trabajadores de restauración sobre este tema. Sin embargo, ahí tenemos que ser cautelosos porque sabemos muy bien que los comedores escolares deben aprobar las normas de acuerdo con las necesidades dietéticas de los alumnos y también velar por el cumplimiento de las normas de higiene y sanidad. Pero estas son normas que establecen cada una de las comunidades y debemos respetarlas. De todas formas, el Grupo Parlamentario Socialista ha incluido en la enmienda un punto por el que se va a promover que las comunidades autónomas puedan gestionar y dar información a los colegios y formar a sus propios profesores y a los trabajadores de la restauración, porque es una competencia absoluta de una comunidad autónoma.

En lo que se refiere al punto siete, la formación de los educadores, se da lo que estábamos diciendo y es peligroso meterse en ello.

Respecto al punto ocho, mantenimiento de la vigente disposición adicional quinta de la Ley orgánica de 2002 que regula la admisión de alumnos en centros públicos sostenidos con fondos públicos, no consideramos más la prioridad porque esta patología concreta puede aparecer, igual que otras, pero la incluimos también en uno de los puntos de nuestra enmienda de modificación o transacción.

Paso ahora a los puntos relativos a medidas económicas, los puntos nueve, diez y once, y se recoge el último punto de Convergència i Unió en relación con medidas fiscales en el sistema de incentivos fiscales y bonificaciones tanto a las familias como a las empresas que permitan compensar los gastos que estas tienen, y dar ayudas también a las empresas alimentarias. Sobre la posibilidad de desgravación en el Impuesto sobre la Renta como es la parte fiscal, pido a los proponentes de las enmiendas que atiendan, por favor. Vamos a hablar de la parte más importante, quizá, porque en la otra estamos más o menos de acuerdo, y creo

que deben escuchar lo que opina el Grupo Socialista por la ponencia.

La señora **PRESIDENTA:** Advierto a SS.SS. que mientras negocian las transacciones quizá fuese conveniente que lo hicieran sin molestar a quien está interviniendo.

La señora **SALAZAR BELLO:** Sobre todo porque existen unos puntos que el Grupo Popular no quiso plantear, que eran los relativos a la fiscalidad, lo cual me extraña muchísimo. Son tres puntos, el nueve, el diez y el once. Esto quiere decir que seguramente conocía por qué no se puede hacer, pero quería involucrar al Grupo Socialista y al Gobierno, en este caso, para que metamos la pata en otras cosas. Yo pediría su atención en este sentido.

La posibilidad de desgravación en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas por las cantidades que se pagan por el mantenimiento de un régimen dietético vino recogida en el Real decreto legislativo 3/2004, de marzo, de la Ley del Impuesto del IRPF. Por lo tanto, los gastos que se originen por cualquier enfermedad no pueden desgravarse con la actual normativa, pero se debe tener en cuenta y se debería presentar una modificación futura de la reforma de este impuesto, ya que esta ley fue aceptada el 3 de marzo de 2004, es la Ley del IRPF. Por lo tanto, el primer punto, el nueve, no lo aceptamos, y afecta también a Convergència i Unió. En relación con las familias, resulta difícil ya que el concepto alimento sin gluten presenta dificultades para ser delimitado como SS.SS. recogen en la exposición de motivos. Es muy difícil delimitarlo dentro de impuestos directos o indirectos porque está vinculado a circunstancias de que un alimento tenga o no gluten, y esto está todavía sin determinar.

Respecto al punto diez, en cuanto a que los incentivos fiscales y las bonificaciones a las industrias pueden constituir ayudas de Estado, que son incompatibles con la norma establecida por la Unión Europea, creemos que tampoco las ayudas de tipo horizontal a la industria alimentaria sobre el Impuesto de Sociedades serían eficientes para evitar mayor gasto de los ciudadanos. El enfermo celíaco conseguiría el mismo precio o de mayor coste.

Finalmente, en lo que se refiere al arbitrio sobre importaciones y entregas de mercancías en Canarias, el AIEM, cabe destacar que es un tributo integrado en el Régimen Económico Fiscal de Canarias que se inscribe el marco de medidas para compensar los efectos negativos derivados de la ultraperifericidad del archipiélago canario. Además, debió ser autorizada en el momento por la Unión Europea, en el Consejo de 20 de junio de 2002, relativo al impuesto AIEM, aplicable a Canarias, por lo que cualquier modificación sobre este que exceda de la norma requiere ser autorizada de nuevo por la Unión Europea. Si no, entraríamos en el mismo sistema en el que se entró en Izar. En conclusión, cual-

quier modificación de la norma habría que presentarla y modificarla en la Unión Europea y requiere, además, un informe preceptivo del Parlamento canario, con lo dispuesto en la disposición adicional tercera, en el estatuto y en el Estatuto de Autonomía de Canarias. En cuanto a estos puntos y el último punto de Convergència i Unió, creo que ha quedado bastante claro y especificado por qué no vamos a aceptar esos puntos fiscales: en primer lugar porque iríamos en contra de la Unión Europea, en segundo lugar porque iríamos contra él mismo impuesto del IRPF, que deberíamos modificar previamente, y en tercer lugar porque iríamos contra el Estatuto de Autonomía de Canarias. Esas son las razones por las cuales no los aceptamos.

El texto que hemos expuesto como enmienda para hacer una transacción con ustedes creo que sería de estudiar, porque en el momento actual se están realizando también trabajos tendentes a la formación de un convenio con la citada Federación de Celíacos y la realización de un estudio epidemiológico. Se recoge una vez más que este convenio ya contempla un estudio epidemiológico junto con la Federación para mejorar los conocimientos de la prevalencia y los factores asociados a esta enfermedad.

Les recuerdo que la ministra de Sanidad expuso tanto en el Senado como en el Congreso de los Diputados las líneas de actuación del departamento en esta legislatura. Además, manifestó la voluntad de proponer a las comunidades autónomas la elaboración de un plan de alimentación y nutrición para la salud que tendrá en cuenta, entre otros aspectos, este específico de la enfermedad celíaca. Desde aquí pido a los representantes del Grupo Popular que animen a sus comunidades autónomas a que se sienten a negociar en el Consejo Interterritorial para seguir hablando de la salud de todos los españoles.

La señora **PRESIDENTA:** ¿Algún otro grupo desea fijar posición? (**Pausa.**)

Por el Grupo de Esquerra Republicana tiene la palabra la señora Bonás y Pahisa.

La señora **BONAS PAHISA:** Por ser la enfermedad celíaca hereditaria, hay varias familias que tienen varios miembros celíacos, lo que representa un cargo económico importante. En otros países de la Unión Europea, como Italia, se han establecido líneas de ayuda lineales para las familias con celíacos. Creo que no debemos descartar la búsqueda de líneas sociales de ayuda para estas familias. Por tanto, creo que en este caso debemos votar la propuesta del Grupo Popular.

La señora **PRESIDENTA:** Pasamos al debate de la iniciativa numerada como cuarta en el orden del día, que es la relativa a la adquisición de la llamada píldora del día siguiente.

El señor **MINGO ZAPATERO**: Presidenta, ¿no dará usted la palabra a los grupos parlamentarios para ver si aceptan o no las enmiendas?

La señora **PRESIDENTA**: No lo he hecho, señor Mingo, porque he visto que estaban ustedes de negociaciones y he pensado que lo iba a hacer en el momento anterior a producirse las votaciones. Si están en este momento en condiciones de manifestar ya a la Mesa cuál es el criterio respecto a la aceptación o no, gustosos les escucharemos. ¿Desean manifestarlo? (**Pausa.**)

Señora Pan Vázquez.

La señora **PAN VÁZQUEZ**: Señorías, no vamos a aceptar la enmienda del Grupo Socialista porque creemos que no es ambiciosa y no recoge las ayudas que el mismo Partido Socialista, con el Bloque Nacionalista Galego y con el propio Partido Popular, presentó en comunidades autónomas como la de Galicia, en la que instaban al Gobierno central a que sí se estudiaran y que así se recogieran esas ayudas.

En cuanto a las comunidades autónomas, que tanto le preocupaban a la representante del Grupo Socialista, quiero recordarle que en el Parlamento canario el Grupo Socialista Canario instaba a la exención del AIEM para la relación de productos identificados en relación de alimentos básicos imprescindibles para la dieta de celíacos. Esto está recogido en el Boletín Oficial del Parlamento de Canarias del 6 de agosto de 2002. No entendemos ese cambio de criterio, no entendemos esa disyuntiva del Grupo Socialista. Nos gustaría que, conjuntamente, como ha sido en el Parlamento gallego, se votara a favor por unanimidad una propuesta que, como les decía, es muy ambiciosa e integral.

La señora **PRESIDENTA**: Señor Xuclà, en nombre del Grupo Catalán.

El señor **XUCLÀ I COSTA**: Anuncio que mantene- mos nuestro texto inicial y que no aceptamos esta enmienda.

Quiero pedir disculpas porque quizás en algún momento de la exposición de la enmienda por parte del Grupo Socialista estábamos negociando y hablando, pero nos mantenemos en un par de ideas muy sencillas.

La primera es que no encontramos ningún motivo recóndito para que aquello que pudo ser aceptado por parte del Grupo Socialista en el mes de diciembre de 2001 no pueda ser aceptado en el mes de octubre de 2004.

Y la segunda es que discrepamos —y es una discrepancia de fondo— en que la política de desgravaciones fiscales o de ayudas y apoyos a distintos sectores se puedan considerar ayudas de Estado contrarias a la normativa europea. Entraríamos en un debate muy profundo que seguramente corresponde más a la Comisión de Sanidad que a ésta, pero según este planteamiento los

presupuestos del Estado de cada año deberían ser inconstitucionales y contrarios a la normativa europea. Por ello creemos que este no es un argumento suficientemente sólido.

— **RELATIVA A LA ADQUISICIÓN DE LA PÍL- DORA DEL DÍA SIGUIENTE. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO DE ESQUERRA REPUBLICANA DE CATALUNYA (ERC). (Número de expediente 161/000088.)**

La señora **PRESIDENTA**: Ahora sí pasamos a la iniciativa numerada como cuarta, que es la relativa a la adquisición de la llamada píldora del día siguiente. Para su defensa tiene la palabra el grupo proponente, de Esquerra Republicana, en cuyo nombre intervendrá la señora Bonás Pahisa.

La señora **BONÁS PAHISA**: Primero puntualiza- mos que estamos hablando de un sistema anticon- ceptivo.

Si biológicamente es posible quedar embarazada antes de los veinte años, ello no es deseable. Tenemos datos de que en España hubo en el año 1998 más de 11.000 madres menores de veinte años, de las cuales el 60 por ciento no estaban casadas, y en el 20 por ciento de los casos el padre era también menor de veinte años. La edad de los padres por debajo de los veinte años se ha manifestado como un riesgo desde el comienzo para la vida del recién nacido, como prema- turidad, aparte del riesgo psicológico, etcétera. La incorporación al mercado de trabajo sin cualificar, asociado al abandono de la escolaridad, disminuyendo el nivel cultural de nuestros jóvenes, es una de las conse- cuencias de los embarazos en los muy jóvenes. Tam- bién la propensión a las separaciones en las parejas muy jóvenes es muy alta. En la actualidad está recono- cido en nuestra sociedad que el embarazo en adolescen- tes y la maternidad temprana están asociados con frac- so escolar, deterioro de la salud física y mental, aislamiento social, pobreza y otros factores relaciona- dos.

No podemos dejar de relacionar el embarazo a eda- des tempranas con las interrupciones voluntarias, que constituye uno de los efectos más indeseables del mismo. En la última década las tasas de interrupciones voluntarias del embarazo se han elevado en todos los grupos de edad, con un aumento mayor en los grupos de veinte y veinticuatro años, mientras que de los menores de veinte años que abortaron en el año 2000 sólo el 27 por ciento utilizó algún servicio de planifica- ción familiar, lo que indica que aumentan los embar- azos en jóvenes y si no aumentan, cada vez más termi- nan en aborto, porque es evidente que no son deseados. Las adolescentes, ante un embarazo no deseado, se ven sometidas a decisiones que conllevan una vivencia especialmente dura, aunque finalmente logren recupe-

rarse de esta difícil experiencia. Es, sin duda, la prevención la elección prioritaria. Distintos trabajos realizados en nuestro país nos dicen, igualmente, que la falta de información, por insuficiente o inadecuada, es el factor más importante que precipita un embarazo no deseado y, en segundo lugar, la dificultad de acceso a los métodos de prevención y especialmente a la contracepción de emergencia. En este contexto, la información y el acceso a la anticoncepción de emergencia se convierte en un medida clave y necesaria.

La anticoncepción de emergencia se perfila como un verdadero método de prevención de riesgos para la salud de los jóvenes. Según los datos del teléfono de información sexual de la Comunidad de Madrid y otros servicios similares, existe una gran demanda de información sobre este método. Dicen que la edad de las mujeres que han solicitado la píldora del día siguiente está comprendida entre un rango de diecisiete y veintiséis años de edad, con una media alrededor de veintidós años, aunque hay que señalar que también es demandada por mujeres por encima de los veintiséis la comercialización de la píldora del día después, nombre popular y muy útil, que va asociado a su eficacia. La píldora es muy eficaz durante las veinticuatro horas, su eficacia llega hasta un 95 por ciento si se toma antes de las veinticuatro horas, y va bajando su eficacia a medida que pasan las horas, hasta las setenta y dos. Por tanto, es importante el acceso rápido a este método de contracepción de emergencia, siendo básico que se facilite el acceso a la píldora sin tramites burocráticos que ralenticen innecesariamente todo este proceso, cuidando especialmente los fines de semana, cuando no es posible acudir a los centros de planificación familiar.

La financiación no debe ser un impedimento para el acceso a la píldora. Por eso debe ser financiada por la Seguridad Social, como otros medicamentos, siendo posible la devolución a posteriori con la presentación de la receta. En un país vecino como Francia se ha decidido administrar la píldora sin receta médica y financiada por la Seguridad Social. En Europa existen ya varios países en los que se puede obtener la píldora sin prescripción, como Bélgica, Croacia, Dinamarca, Francia, ya mencionada, Portugal, y está financiada, solamente por Francia y Brasil en Suramérica.

Nuestra propuesta iba en el camino de hacer el acceso muy fácil, muy rápido, pero procurando que la mujer tuviera control médico, porque aunque la píldora no contiene estrógenos y tiene menos efectos secundarios, la eficacia de la contracepción de emergencia se reduce a medida que se va utilizando, y la mujer que utilice este método debe estar bajo control médico. Por tanto, una solución que aportábamos era que sea financiada por la Seguridad Social y que la mujer que tuviera acceso a la píldora a través de una oficina de farmacia tuviera que derivarse al médico para obtener la receta. Así su médico de cabecera estaría al tanto de que esta mujer ha recibido ese tratamiento. Otra opción que en algunas comunidades autónomas se ha propuesto, que

es la de acudir directamente al servicio de urgencias, es positiva en cuanto que es muy rápida, pero los servicios de urgencias están colapsados por otros tratamientos que les son propios y no de contracepción. Esto se presta también a que la mujer pueda repetir el tratamiento varias veces en distintos servicios de urgencia y no esté controlada por su médico.

Creemos que una solución es implicar a las oficinas de farmacia, que los farmacéuticos ejerzan su profesión, que no es solamente vender sino dispensar medicamentos e informar a los pacientes de lo que están adquiriendo. Por tanto, esta propuesta nuestra exige una colaboración de los farmacéuticos como licenciados en Farmacia que ejercen su profesión, que después les aconsejen y deriven al médico, que deberá conocer el proceso en todo momento y en la ficha de la paciente debe constar las veces que se ha sometido a este tratamiento, así como también suministrar la información sobre métodos de prevención y contracepción. Por consiguiente, no es que propongamos que sea de libre adquisición, sino que es un método para que la paciente esté más controlada por su médico, pues como ocurre en Cataluña o Andalucía la paciente puede cambiar cada vez de centro de urgencia y no estar controlada. Nuestra propuesta va en el camino de que pueda adquirirse la píldora en las oficinas de farmacia y que a posteriori sea financiada por la Seguridad Social.

La señora **PRESIDENTA**: A esta iniciativa se han presentado dos enmiendas, una de ellas por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), para cuya defensa tiene la palabra el señor Xuclà.

El señor **XUCLÀ I COSTA**: Nuestra enmienda es muy corta en el redactado y básicamente plantea un enfoque distinto de la forma en que creemos que se debe proporcionar la conocida como píldora del día después. Planteamos una enmienda de adición, concretamente para que la píldora poscoital se pueda adquirir bajo estricto control médico; esto quiere decir con seguimiento, con prescripción médica previa al hecho de que sea tomada. Este es un enfoque muy distinto del planteado por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana. Durante el debate podremos llegar a un punto de encuentro, según lo que hemos estado discutiendo, pero básicamente creemos que es un método que requiere intervención médica y por ello no estamos de acuerdo, por ejemplo, con el actual modelo del Gobierno de la Generalitat, que es precisamente la posibilidad de que sin intervención médica las píldoras poscoitales sean dispensadas en centros farmacéuticos. Hay varios motivos por los cuales no estamos de acuerdo, motivos de carácter sanitario y de carácter de funcionamiento del sistema sanitario y la intervención médica. Desde el punto de vista sanitario —lo que consideramos más grave—, estas pastillas no han pasado ningún tipo de ensayo clínico con mujeres menores de 16 años, las que están en el inicio de la menarquía,

entre los 10 y los 12 años, y por tanto ni los laboratorios farmacéuticos ni sanidad se hacen responsables de los problemas que pueda haber en esta franja de edad. Esto mismo lo reconoce el Ministerio de Sanidad y creemos que aún se debería investigar más en esta franja de edad. En un segundo punto, no es recomendable la utilización, como se ha dicho, más de una vez al mes. ¿Por qué? Porque una dosis tan alta de estrógenos puede provocar graves problemas endocrinológicos a corto y medio plazo y, a largo plazo, graves lesiones hepáticas atendiendo a que la metabolización se elimina a través del hígado, y prácticamente todo el mundo conoce los problemas hepáticos que en algunas mujeres pueden provocar los anovulatorios de uso normal, que tienen dosis muy bajas en comparación con éstas y que por tanto son más fáciles de metabolizar. Es fácil imaginar los graves problemas que puede ocasionar su repetida utilización sin tener en cuenta lo que podemos calificar como pequeños efectos secundarios inmediatos, náuseas o vómitos, motivos por los cuales se prescribe juntamente con antihelmínticos.

Más allá de estos aspectos de carácter sanitario, creemos que hay un aspecto de carácter de política sanitaria. A diferencia de lo que plantea en su redactado inicial el Grupo de Esquerra Republicana, que es fácil la intervención médica también durante los fines de semana, bien a través de centros de atención primaria o de centros de urgencia, la práctica nos indica que siempre ha sido muy fácil la intervención médica en la prescripción de la píldora poscoital, por lo que estamos de acuerdo con la parte inicial de la exposición de motivos pero creemos que cada cual tiene su responsabilidad, que no es responsabilidad de los farmacéuticos hacer una evaluación, un seguimiento por ejemplo cuando se haya roto un preservativo y se requiera una intervención rápida, esto no es responsabilidad del farmacéutico sino de los médicos y con gran facilidad se puede realizar en los centros de urgencia. Por todo esto hemos presentado esta enmienda de adición en la que incorporamos el control médico en la prescripción de las llamadas píldoras poscoitales.

La señora **PRESIDENTA**: Igualmente ha presentado enmienda el Grupo Parlamentario Socialista, para cuya defensa tiene la palabra la señora Montón.

La señora **MONTÓN GIMÉNEZ**: El Grupo de Esquerra Republicana propone realizar los cambios legales necesarios para que la llamada píldora poscoital pueda ser adquirida libremente en oficinas de farmacia y sea financiada a posteriori por la Seguridad Social. Compartimos con su grupo la filosofía de esta proposición no de ley porque estamos de acuerdo con la labor de disminuir el número de interrupciones de embarazos y de embarazos no deseados, sobre todo en adolescentes, y también estamos de acuerdo con facilitar el acceso a los anticonceptivos incluidos los de emergencia, como es la píldora poscoital que tratamos en este caso.

La efectividad de este método es incuestionable en la importancia para prevenir embarazos y es reconocida por todos los organismos sanitarios. La Organización Mundial de la Salud la define como métodos hormonales utilizados para prevenir el embarazo después de una relación sexual sin protección. Asimismo, la Organización Mundial de la Salud indica que la anticoncepción de emergencia juega un papel importante en ayudar a las mujeres a alcanzar sus objetivos reproductivos, ayudando a prevenir los embarazos no deseados y a disminuir el número de interrupciones de embarazo, añadiendo a continuación que la provisión de estos métodos debe establecerse a través de programas oficiales de planificación familiar.

Estando de acuerdo con la filosofía, con el fondo, no podemos estar de acuerdo con la forma, con el modo de ponerla en práctica, en primer lugar porque no se puede dejar en manos de las farmacias, entidades privadas al fin y al cabo, algo tan importante para la salud pública como es la salud sexual y reproductiva. La dispensación de la píldora poscoital la debe garantizar el Estado a través de los servicios de urgencia, centros de salud y hospitales públicos, de forma directa, rápida y sin trámites burocráticos. Como usted sabe, este método es más seguro cuanto antes se tome, por lo que si hablamos de fin de semana o noche, o ambas cosas, puede ser más sencillo localizar un centro de salud o un centro hospitalario que una farmacia para atender esta situación que, no olvidemos, es de emergencia. Además, una de las razones más importantes es que estamos hablando de medicamentos, por lo que es necesario la prescripción médica. Hablamos de dosis hormonales elevadas, y si hablamos de hormonas es necesario la intervención de un médico. La levonorgestrel puede tener efectos secundarios, náuseas, vómitos, etcétera, además de reacciones adversas medicamentosas o contraindicaciones, y como está establecido en la sanidad y en salud pública, está indicado primero consultar al médico y luego acudir al farmacéutico, y no al revés. Además, nosotros proponemos ahorrar el trámite de la farmacia. También hay que tener en cuenta la seguridad y eficacia de los medicamentos. Las especialidades farmacéuticas autorizadas como anticonceptivos de emergencia han sido sometidas a un proceso de evaluación previo a su comercialización, en el que se ha concluido que son seguras y eficaces en las condiciones de dispensación con receta médica, por lo que su libre dispensación sin articular algún otro mecanismo de control podría promover un mal uso del medicamento y la posibilidad de que algunas usuarias no acudieran a los servicios asistenciales, donde en base a la evaluación individual podría recomendárseles la utilización del método anticonceptivo más adecuado en cada caso.

Quiero enfatizar que este método es únicamente para la anticoncepción y que si preocupantes son los embarazos no deseados también lo son las enfermedades de transmisión sexual. Este es sólo un método de emergencia que debe ser considerado, entrecomillas, de

segunda oportunidad, y no debe desplazar a otros, sobre todo al preservativo, que cumple la doble función de prevenir embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual. Además, la utilización de este método recae sólo sobre la mujer, desdibujando quizá la obligada corresponsabilidad de la prevención en las relaciones sexuales de pareja. También es necesario complementar la oferta y la atención. El problema no acaba con la prescripción de la píldora, sino que hay que pensar el porqué, por qué es necesaria esta prescripción, por lo que se debería poner al alcance de la usuaria el correspondiente servicio de información sobre salud sexual y reproductiva.

Por último, para poner en marcha las medidas expuestas en su proposición no de ley no se necesita la modificación de disposiciones de rango legal. Ahora bien, considerando como expuesto al principio que apoyamos cualquier iniciativa tendente a disminuir los embarazos no deseados y las interrupciones de embarazos abogando por la libre decisión de la mujer en cuanto a su sexualidad y su maternidad, proponemos una enmienda de sustitución que quedaría redactada de la manera que ustedes tienen. En esa enmienda de sustitución —no es necesario que la lea— quiero llamar la atención sobre los siguientes términos: todos los servicios de urgencias, porque es un método de emergencia y para que sea eficaz es necesario tomarla en breve tiempo y su eficacia, como muy bien ustedes han dicho, aumenta cuanto menos tiempo transcurra; gratuita, aplicando el principio de justicia social y garantizando que las razones económicas no sean un obstáculo para su acceso; cumplimiento de los requisitos clínicos, es decir, una debida supervisión y prescripción médica igual que para todos los medicamentos de este país; y por último quiero llamar la atención sobre unidades de salud sexual y reproductiva para proporcionar a la usuaria, si fuera el caso, la debida información sexual y reproductiva, ya que este método —como he comentado antes— se puede considerar como una segunda oportunidad, y para la anticoncepción no se debe considerar nunca como una primera opción. De esta manera entendemos que ofreciendo un acceso, uno, amplio y fácil en todos los centros de atención sanitaria, centros de salud y hospitales en urgencia, pues así es el caso de emergencia de que tratamos, dos, de una manera gratuita, tres, con calidad y con seguridad bajo prescripción médica, y cuatro, complementándolo con la debida información en las unidades de salud sexual y reproductiva, se vela y garantiza el libre desarrollo de la personalidad de la mujer en cuanto a su derecho a decidir libremente y acerca de su sexualidad y su maternidad.

La señora **PRESIDENTA**: Señora Montón, deduzco que por la no presencia de otros grupos en la Comisión resta fijar la posición al Grupo Popular, para lo que tiene la palabra la señora Roldós.

La señora **ROLDÓS CABALLERO**: El Grupo Parlamentario Popular no puede estar de acuerdo con la iniciativa presentada por el Grupo de Esquerra Republicana fundamentalmente porque incita a que haya una prescripción libre por parte de las oficinas de farmacia de un medicamento; un medicamento que como se ha dicho aquí en repetidas ocasiones no es un método anticonceptivo en el sentido estricto de la palabra, sino que es un método de prevención de embarazo de emergencia en el caso de que haya fallado un método anticonceptivo o de que no se haya utilizado un método anticonceptivo. Nosotros estamos a favor de la prescripción médica de este método de emergencia por motivos fundamentalmente de seguridad, y lo que quisiera resaltar es que la prescripción es un acto médico. No es un acto que esté en manos de cualquier otro profesional sanitario, sino que es el médico quien prescribe después de haber hecho una historia clínica al paciente, después de examinar al paciente, de conocer al paciente; no es un acto que se puede hacer a posteriori y desde luego no es función de los farmacéuticos la prescripción sino la dispensación. Además, en esta Cámara ha habido consenso acerca de la llamada atención farmacéutica, en la que el farmacéutico es un importante eslabón en la atención sanitaria, en la colaboración a la atención sanitaria de la población, pero desde luego nunca es su función la prescripción médica. Por tanto, aludiendo a esos motivos de seguridad que debe tener esta prescripción médica, porque —como se ha dicho aquí— el uso continuado de este fármaco reduce la efectividad de sus consecuencias, además tiene efectos secundarios y contraindicaciones y porque su uso continuado podría llevar no sólo a hepatopatías sino a tromboembolismos que pueden incluso conducir a la muerte de la paciente, nosotros estamos a favor de la prescripción médica, y reitero que la prescripción médica no puede ser un acto a posteriori, siempre tiene que ser con historia clínica del paciente, reconociendo y viendo al paciente.

Respecto a toda la controversia que se ha iniciado desde que en el año 2001 el Ministerio de Sanidad y Consumo autoriza la comercialización del levonorgestrel, nos llama la atención porque desde 1977 todos los países del mundo, y en el nuestro también, en los centros de urgencia se ha utilizado el método Yuzpe en el que se combina el levonorgestrel con el etinil estadiol. La diferencia es que el levonorgestrel tiene una eficacia mayor, de un 2,1 por ciento por encima del método Yuzpe, tiene menos efectos secundarios, produce un mayor confort en cuanto a que se tienen menos náuseas, menos vómitos, menos dolor abdominal, menos cefaleas. La diferencia fundamental ha estado en el precio; mientras que el antiguo método Yuzpe tenía un precio mucho más asequible para los servicios sanitarios, el levonorgestrel vale seis veces más. Ahí es donde se ha suscitado toda la controversia.

Nosotros sabemos que nuestro país no tiene una tasa de embarazos de adolescentes más alta que el resto de los países de nuestro entorno, pero sí es verdad que ha aumentado la tasa de interrupciones voluntarias del embarazo, y ante esta situación nosotros estamos a favor de promover una sexualidad responsable. ¿Y promoverla cómo? Con educación sanitaria y con educación sexual desde todos los niveles, desde el colegio hasta los centros de salud y los centros de planificación familiar, evitando que haya embarazos no deseados, recomendando métodos seguros de anti-concepción que no den lugar a que se tenga que recurrir a métodos de emergencia como el que hablamos hoy aquí, que se prevengan no sólo los embarazos no deseados sino las enfermedades de transmisión sexual, como el sida, que provocan la muerte de muchas personas en nuestro país al cabo del año. Estamos hablando de enfermedades de transmisión sexual que condicionarán la futura fertilidad de esas mujeres, de esas adolescentes, como la gonorrea, herpes y sífilis. Por tanto, para nosotros es importantísimo promover esa sexualidad responsable con educación sanitaria y con prevención.

Por último, nos gustaría desde aquí hacer un llamamiento al Ministerio de Sanidad ¿en qué sentido? El Ministerio de Sanidad tiene que liderar el consejo interterritorial, ese máximo órgano coordinador entre las comunidades autónomas y la Administración central del Estado en el que se elaboren guías o protocolos de actuación que aseguren una actuación homogénea en todo el territorio nacional con respecto a la dispensación y a la facilidad en el acceso de este método, de la utilización del levonorgestrel, es decir, un criterio homogéneo para que todas las comunidades autónomas tengan el mismo nivel de acceso y una homogeneidad en su dispensación. Por tanto, señora Bonás, desde nuestro grupo parlamentario no podemos apoyar una proposición no de ley en la que una función tan importante como es la prescripción médica, por seguridad hacia las mujeres, hacia las pacientes, quede en manos de un profesional que no es quien tiene que hacer la prescripción sino la dispensación.

La señora **PRESIDENTA**: Señora Bonás, como dueña de la iniciativa le corresponde pronunciarse sobre si acepta o no las dos enmiendas que han sido propuestas. Le ruego brevedad. Es postura sobre las enmiendas, no nuevo discurso.

La señora **BONÁS PAHISA**: Muy brevemente, porque todos los grupos coincidimos en el mismo criterio, renuncio a nuestra estratagema de pasar por la oficina de farmacia y acepto la enmienda del Grupo Socialista.

La señora **PRESIDENTA**: Entiendo que no así la del Grupo Catalán.

La señora **BONÁS PAHISA**: Está en el mismo sentido, se pueden aceptar las dos pero serían dos textos. Habría que ir a una transaccional, creo.

La señora **PRESIDENTA**: Perfecto.

— **RELATIVA A LA REDUCCIÓN DEL IMPUESTO SOBRE EL VALOR AÑADIDO (IVA) EN CIERTOS PRODUCTOS DE HIGIENE ÍNTIMA FEMENINA Y EN LOS PAÑALES ABSORBENTES. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO DE ESQUERRA REPUBLICANA (ERC). (Número de expediente 161/000090.)**

La señora **PRESIDENTA**: La siguiente proposición no de ley es de Esquerra Republicana y hace referencia a la reducción del impuesto sobre el valor añadido en ciertos productos de higiene íntima femenina y en los pañales absorbentes. Para su defensa vuelve a tener la palabra otra vez la señora Bonás.

La señora **BONÁS PAHISA**: Seré breve porque ese tema ya ha sido debatido en esta Cámara. Estamos hablando de unos productos necesarios, las compresas para higiene íntima femenina y los tampones, sin los que hoy día no se concibe la vida de una mujer. Ha sido un paso muy importante en la vida de la mujer para incorporarse a la vida activa en el trabajo, en la sociedad y en el deporte. Hoy día siguen teniendo un IVA como productos cosméticos, como productos de lujo. Como ya se pronunció en la anterior legislatura la diputada Fernández Dávila, las Naciones Unidas incorporan las compresas como producto de primera necesidad en los envíos de ayuda humanitaria. La Unión Europea ha dictado que los Estados miembros podrán aplicar uno o dos tipos reducidos de IVA y en la lista de los productos a los que podrá aplicarse la reducción están los de higiene íntima femenina. En la anterior legislatura hubo ya un debate y todos los grupos estaban a favor de reducir el IVA de los productos de higiene femenina, todos, a excepción del Grupo Popular que adujo el problema de la estabilidad presupuestaria. Leyendo la orden nos ha parecido un poco cínico que las mujeres que tanto aportamos a la sociedad trabajando y cuidando a los niños y a los mayores, con un trabajo no remunerado y de muchas horas, además tengamos que sostener la estabilidad presupuestaria. Creemos que no hay argumentos en contra de reducir el IVA en los productos de higiene femenina. En la anterior legislatura la señora Pigem, de Convergència i Unió, propuso incorporar también los pañales absorbentes para niños y adultos, y como también creemos que es un producto de primera necesidad por eso lo incorporamos en nuestra proposición no de ley. Esperamos que sea apoyada por todos los grupos.

La señora **PRESIDENTA**: A esta iniciativa ha sido presentada una enmienda por el Grupo Catalán (Convergència i Unió), para cuya defensa tiene la palabra el señor Xuclà.

El señor **XUCLÀ I COSTA**: También muy brevemente porque es un tema recurrentemente discutido y trasladado a esta Comisión por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) en la anterior legislatura, como hace un momento hacía referencia la diputada Bonás, respecto a las distintas iniciativas de la diputada Pigem. Nosotros simplemente planteamos una enmienda que puede ser entendida como de mejora del redactado porque coincidimos en el fondo de lo planteado en tanto en cuanto se arbitren las medidas oportunas ante la Unión Europea. Tenemos que recordar que el IVA es un impuesto europeo y que su modificación, si llegara a este IVA superreducido con el cual coincidimos, requiere de la autorización de la Unión Europea. Finalmente, también se debe garantizar por los órganos competentes de vigilancia el efectivo traslado a los consumidores de la rebaja del IVA en el precio final de dichos productos. Los tribunales de la competencia en este Estado aún deben trabajar mucho para que algunas medidas de reducción fiscal y de libre competencia sean trasladadas a la sociedad. Les podría poner algunos ejemplos en que no se cumple, pero en positivo, simplemente a través de este segundo punto de la enmienda, sumamos al planteamiento de fondo la necesidad del control de la libre competencia. Anunciamos nuestro voto afirmativo a esta proposición no de ley.

La señora **PRESIDENTA**: ¿Grupos que deseen fijar posición? Por el Grupo Parlamentario Popular tiene la palabra la señora González.

La señora **GONZÁLEZ GUTIÉRREZ**: El Grupo Parlamentario Popular siempre se ha mostrado con sensible preocupación ante cualquier tema que atienda a la mujer, aún más si está ligado de forma tan directa a su salud, como no podría ser menos. Estaríamos muy satisfechos si la proposición que trae causa llegara a buen puerto, pero mucho me temo que existen inconvenientes que desgraciadamente —y digo desgraciadamente— no son de nuestra competencia. Antes de dar forma a la posición del Grupo Popular ruego me permitan, señorías, algunas consideraciones.

En la pasada legislatura se debatieron dos proposiciones no de ley en términos similares, una primera ocasión en mayo de 2000 y por segunda vez en octubre del mismo año, que fueron rechazadas por el Grupo Popular en contra de sus deseos porque la normativa comunitaria no lo permitía. Es una leal pretensión que ciertamente compartimos todos los grupos, pero debo decir que el IVA es un impuesto armonizado y que, por tanto, las modificaciones que se quieran sobre el mismo deben respetar las normativas comunitarias al respecto. En concreto, la Sexta Directiva es la que regula el

marco de este impuesto junto con otras complementarias. En materia de tipos de gravamen existe un anexo h) que establece una lista de entrega de bienes y prestaciones de servicios que pueden estar sujetos a tipos reducidos de IVA. Todos los que no aparecen en esta lista no son susceptibles de tener tipos reducidos.

Respecto a los bienes que se plantea la proposición no de ley hay que destacar lo siguiente. Los pañales no aparecen en la lista de bienes del anexo h) de la Sexta Directiva, por tanto mientras no se modifique esta normativa comunitaria no es posible hacer una modificación de la Ley 37/1992, de 29 de diciembre, del Impuesto sobre el Valor Añadido. No entendemos cómo el proponente, con el mayor de los respetos, no ha comprobado este inconveniente pretendiendo crear falsas expectativas en la opinión pública y que sigamos el reciente y lamentable caso de haber querido reducir otros IVA que no eran posibles. Las compresas y tampones, sin embargo, sí están presentes en esta lista del anexo h) de la Sexta Directiva, pero nos parece que tampoco va a ser del todo posible conseguir la proposición de la señora Bonás. Señoría, las compresas, tampones y protegeslips no están gravados con el 16 por ciento como su señoría indica. Señora Bonás, en la anterior legislatura, en concreto desde el 1 de enero de 2003, a través de la Ley 53/2002, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social, las compresas, tampones y protegeslips tienen un tipo reducido de IVA, es decir, el 7 por ciento.

Dicho lo cual y una vez corregidos estos errores, el Grupo Popular se sentirá satisfecho de apoyar la proposición no de ley que insta al Gobierno a reducir el IVA de compresas, tampones y protegeslips del 7 al 4 por ciento. Todo lo demás entendemos que tiene un componente demagógico importante al ser un tema de calado social serio.

La señora **PRESIDENTA**: A continuación tiene la palabra para fijar la postura de su grupo, en representación del Grupo Socialista, la señora Álvarez Oteo.

La señora **ÁLVAREZ OTEO**: Intervengo en nombre de mi grupo para fijar nuestra posición respecto a esta proposición no de ley que nos presenta el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana. Estamos totalmente de acuerdo, como no podría ser de otra forma, en la discriminación que durante mucho tiempo ha sufrido la mujer en los artículos de consumo imprescindible, que estaban gravados al 16 por ciento y que suponen un gasto importante que las mujeres han tenido que asumir por tener unos determinados procesos biológicos, como es el caso de la menstruación. Esto ya no corresponde a la actualidad porque, como ha dicho la portavoz del Grupo Popular, debe tenerse en cuenta que efectivamente la Ley 52/2002, de 30 diciembre, de medidas fiscales administrativas y del orden social dispuso la reducción del 16 al 7 por ciento el tipo impositivo aplicable a estos productos, equiparándolos a los productos

sanitarios que están gravados de la misma manera. Esta modificación se pidió mediante el cambio de la redacción del artículo 91.1.sexto de la Ley 37/1992, de 28 de diciembre, del Impuesto sobre el Valor Añadido. Poca duda admite la voluntad decidida del Gobierno y de este grupo parlamentario de trabajar día a día por la igualdad de oportunidades hasta conseguir el objetivo de una igualdad real en todos los aspectos de la vida activa y pasiva de los ciudadanos y ciudadanas.

En cuanto a la segunda propuesta, que consiste en la reducción hasta el 4 por ciento del tipo impositivo a las operaciones que tengan por objeto pañales absorbentes para niños y adultos, en lo que se refiere a los niños hay que tener en cuenta que el impuesto sobre el valor añadido es un impuesto armonizado en la Unión Europea, existiendo una norma básica que es la Directiva 77/388, de 17 de mayo, Sexta Directiva en materia del impuesto sobre el valor añadido obligatorio para los Estados miembros. El artículo 12 de esta directiva, en relación con el anexo h) de la misma, establece los supuestos en los cuales los Estados miembros pueden aplicar tipos impositivos inferiores al tipo general del impuesto. Sobre este particular ha de tenerse en cuenta que la interpretación del referido anexo h) ha de ser estricta. En ese sentido puede tenerse en consideración la doctrina del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas contenida, entre otras, en la Sentencia de 18 de enero 2001, recaída en el artículo C83/99, Comisión Europea Reino de España, en relación con el tipo aplicable a los peajes de las autopistas, en cuyo punto 19 se recoge el principio de que las disposiciones que tengan el carácter de excepción de un principio se han de interpretar estrictamente recogiendo los criterios de la Comisión en el sentido de que, como se cita en el punto 15 de la sentencia, habida cuenta del carácter de excepción, la facultad conferida en la Sexta Directiva de establecer tipos reducidos sólo puede aplicarse de forma estricta a las categorías de bienes y servicios en el anexo h). Entre dichos bienes y servicios no se encuentran los relativos a pañales para niños, por lo que esta primera parte de la propuesta no podemos estimar-la por resultar contraria al derecho comunitario.

En cuanto a los pañales para adultos, debe señalarse que el anexo h) de la Sexta Directiva incluye entre las entregas de bienes y prestaciones de servicios que los Estados miembros pueden sujetar a un tipo reducido los productos farmacéuticos del tipo de los utilizados normalmente para el cuidado de la salud, la prevención de enfermedades y tratamiento con fines médicos o veterinarios, incluidos contraceptivos y los productos de higiene femenina. En la actualidad se ha mantenido la aplicación del tipo reducido a algunos de estos productos cuando tienen el carácter de producto sanitario, en base normalmente a un informe del órgano competente del Ministerio de Sanidad y Consumo. En concreto, se ha entendido aplicable el tipo reducido a los pañales para la incontinencia de adultos, las compresas estériles y las compresas para incontinencia leve o grave. Por lo

anteriormente expuesto concluimos, señorías, que sin renunciar a la posibilidad de ir revisando todas las partes impositivas del IVA, en la actualidad ha habido un avance cualitativo al pasar de considerarse un artículo de lujo al 16 por ciento a estar gravados en un 7 por ciento los artículos de higiene femenina, un 7 por ciento también los pañales para incontinencia de adultos y las compresas para incontinencia leve o grave. En conclusión, en lo que se refiere a los pañales de niño no lo permite la legislación europea y por todo lo anteriormente expuesto este grupo parlamentario votará que no a la propuesta de Esquerra Republicana.

La señora **PRESIDENTA**: Procede ahora que la señora Bonás manifieste su criterio respecto de la enmienda presentada por el Grupo de Convergència i Unió.

La señora **BONÁS PAHISA**: Oídos todos los grupos, anticipo que la proposición va a quedar de la siguiente forma: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a realizar las gestiones necesarias para que el Ministerio de Hacienda rebaje al 4 por ciento el impuesto sobre el valor añadido en los productos de higiene íntima femenina más necesarios, compresas y tampones. Renuncio a la parte referida a los pañales absorbentes. Acepto la enmienda de Convergència i Unió en el punto 1 de impulsar las medidas necesarias ante la Unión Europea y por parte del Ministerio de Economía y Hacienda a fin de aplicar un tipo superreducido del impuesto sobre el valor añadido a los productos de higiene femenina y a los pañales desechables de uso adulto e infantil. Y el punto 2: Demandar a los órganos competentes la vigilancia y el efectivo traslado a los consumidores de la rebaja del impuesto sobre el valor añadido en el precio final de dichos productos. O sea que queda retirada la parte de pañales absorbentes para niños y adultos y se adicionan los dos puntos de Convergència i Unió.

La señora **PRESIDENTA**: En tales términos se procederá a la votación de su iniciativa.

— **RELATIVA A LA REVISIÓN DE LOS FONDOS DE COHESIÓN SANITARIA VIGENTES DESDE EL AÑO 2002. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO DE ESQUERRA REPUBLICANA (ERC). (Número de expediente 161/000109.)**

La señora **PRESIDENTA**: A continuación debatiremos la iniciativa número 6, relativa a la revisión de los fondos de cohesión sanitaria vigentes desde el año 2002. Es también una iniciativa del Grupo de Esquerra Republicana y otra vez tiene la palabra la señora Bonás.

La señora **BONÁS PAHISA**: Los fondos de cohesión sanitaria nacieron con el nuevo sistema de financiación autonómica y la transferencia de las competencias sanitarias a todas las comunidades autónomas. Su aplicación está regulada por un real decreto de 2002 que establece que el servicio se reembolsará a los diferentes sistemas sanitarios del Estado. Los fondos se han revelado del todo insuficientes pues en la práctica se prestan más servicios de los contemplados. En el texto sólo se prevé compensar por traslado siempre que no existan los servicios hospitalarios en la comunidad autónoma de residencia. No se prevén desplazamientos por trabajo, turismo, incluso el caso muy frecuente en Cataluña de que los padres residentes en otra comunidad, cuando tienen que someterse a una intervención quirúrgica, prefieren estar al lado de los hijos, por lo que solicitan la intervención cerca de donde residen los hijos, de donde está su lugar de trabajo, lo cual no está contemplado en los fondos.

En el año 2002, los hospitales públicos catalanes ingresaron 14.452 pacientes de otras comunidades autónomas y 4.000 de otros Estados de la Unión Europea. La sanidad catalana gastó 48 millones de euros en atención a ciudadanos residentes fuera de Cataluña, 42 millones destinados a ciudadanos de otras comunidades y 6 millones a extranjeros. La actividad hospitalaria sólo representó el 60 por ciento del gasto; el resto corresponde a atención primaria, medicación, pruebas complementarias y transporte sanitario, que no están contemplados en los fondos de cohesión. En total Cataluña debió pagar 12 millones en concepto de atención a residentes en Cataluña desplazados de otras comunidades del Estado y recibió sólo 10 millones de fondos de cohesión estatal. De hecho, en este fondo había sólo 60 millones para todas las comunidades autónomas. El saldo final fue de 26 millones de euros negativos. Respecto a 2003 no tenemos todos los datos pero sabemos que el fondo de cohesión sólo ha aportado 12,5 millones. El anterior Gobierno de la Generalitat optó por impugnar el decreto de 2002 por considerar que no respeta el principio básico de la Ley de suficiencia financiera. No garantiza la cobertura de todos los desplazados españoles pero tampoco la de los extranjeros, ya que sólo cubre la asistencia de ciudadanos europeos y de los países con los que ha establecido convenios siempre que se encuentren en situación legal. En realidad en Cataluña en 2003 había 7,2 millones de personas con tarjeta sanitaria de las cuales más de 250.000 eran extranjeras que están empadronadas y que por su situación ilegal no reciben financiación de los fondos de cohesión. Creemos que ha llegado el momento de revisar los fondos de cohesión sanitaria vigentes desde 2002 y que estos fondos tengan en cuenta datos de asistencia a desplazados entre comunidades y extranjeros residentes sin cobertura legal.

La señora **PRESIDENTA**: Se han presentado a esta iniciativa tres enmiendas. La primera es de Convergèn-

cia i Unió y para su defensa tiene la palabra el señor Xuclà.

El señor **XUCLÀ I COSTA**: Este es un tema largamente discutido en esta Comisión y muchas veces planteado por las comunidades autónomas ante el Ministerio de Sanidad y la comisión interterritorial porque es el gran tema pendiente en estos momentos en la sanidad española: la suficiencia financiera en la financiación de la sanidad pública, concretamente con dos puntos deficientemente financiados en algunas comunidades con un amplio tránsito de personas. La diputada Bonás ha hecho referencia a algunas cifras con las cuáles no es que coincidamos sino que son estrictamente descriptivas de la realidad. Por esto planteamos una enmienda de adición en la cual se propone concretamente que el fondo de cohesión sanitaria incremente las previsiones financieras para los desplazados entre comunidades autónomas. Esa es la realidad que se vive día a día en el sistema sanitario catalán y de otras comunidades autónomas y que no ha tenido respuesta satisfactoria por parte del modelo de financiación de la sanidad que plantea el Ministerio de Sanidad. Finalmente, no es que se tenga que ajustar el fondo de cohesión sanitaria, sino que se debe empezar a hablar, se tiene que empezar a plantear un nuevo fondo adicional que haga frente a una realidad nueva, a una realidad relevante en el Estado español desde alrededor del año 1995. En estos momentos, aunque ni las autoridades ni el propio Gobierno saben cifrar la cantidad exacta, entra ochocientas mil y un millón de personas, hay una realidad importantísima de inmigrantes con o sin cobertura legal que también son beneficiarios. Yo creo que este es un aspecto importantísimo del Estado del bienestar y del modelo de integración y de acogida, y evidentemente esta asistencia sanitaria a los inmigrantes con o sin cobertura legal requiere no de una ampliación del fondo sanitario, sino de un nuevo fondo adicional y el establecimiento de algunas medidas de financiación sanitaria y de financiación de municipios, atendiendo al número de inmigrantes. Esto se ha planteado por parte del Gobierno en lo que a la financiación de las corporaciones locales se refiere y creo que este es el criterio que debería aplicarse en cuanto a la financiación sanitaria.

Quiero insistir en que el pacto de Estado sobre financiación sanitaria es el gran pacto pendiente de esta legislatura, que al principio de la legislatura se planteó en esta Comisión a la ministra de Sanidad la necesidad de este pacto de Estado y se volvió a plantear en la comparecencia del subsecretario por parte del Grupo Parlamentario Catalán, porque pasan los meses y cada uno tiene su responsabilidad. La responsabilidad del Grupo Parlamentario Catalán no puede llegar mucho más lejos de lo que ha llegado con la formulación, por ejemplo, de esta enmienda. La responsabilidad de la iniciativa depende del Gobierno. Creo que es una enmienda que aporta y enriquece lo planteado por el Grupo de Esquerra Republicana y que tiene una coinci-

dencia de fondo con los planteamientos del grupo proponente.

La señora **PRESIDENTA**: La segunda enmienda presentada es del Grupo Socialista. Para su defensa tiene la palabra el señor Arola Blanquet.

El señor **AROLA BLANQUET**: Yo creo que es cierto —y voy a retomar las palabras del último interviniente— que este es un problema, el de la financiación sanitaria, que seguro que nos va a ocupar largas sesiones en esta Comisión, como ya nos ocupó más de una vez la pasada legislatura. Pero se trata, en este caso concreto, de debatir la propuesta que realiza el Grupo de Esquerra Republicana. Quiero decirle a la diputada que, en función de la enmienda que nosotros hemos presentado y su subsiguiente defensa, yo creo que la enmienda que presenta el Partido Socialista responde a su exposición de motivos mejor que la que ella misma ha redactado. Porque nosotros entendemos que sí hay que revisar el Fondo de cohesión, y por eso se ha constituido un grupo en el Consejo Interterritorial, para que las comunidades autónomas hagan las aportaciones correspondientes a la modificación de ese real decreto que debe proponer el Gobierno, y en el que tendrán que figurar una serie de criterios que, obviamente, saldrán a la luz en la discusión. Digo esto para separar en estos momentos el debate de esta proposición no de ley de lo que pueda ser el debate de fondo con respecto a la sostenibilidad del sistema y, por lo tanto, a su financiación.

Nosotros creemos que ese debate ya está en marcha, que en este momento habrá que establecer el foro, es decir, dónde y desde dónde se produce el debate sobre la financiación del sistema; habrá que conocer las causas, no olvidemos que todavía no conocemos la primera liquidación de este sistema y, por lo tanto, sería apresurado adelantarse a establecer las causas y no menos apresurado y atrevido, diría yo, las cuantías. En la proposición que hace *Convergència i Unió* se intenta introducir el debate de la financiación, el debate de presupuestos, el debate de reformas de estatutos y el debate de determinadas transferencias de competencias, por ejemplo, políticas de extranjería y la gestión de flujos migratorios; es un conjunto de debates que introduce *Convergència i Unió* que nos parece excesivo para esta Comisión.

Por todo ello, nosotros defendemos nuestra enmienda de sustitución. Corresponde, sin embargo, a la proponente fusionarla con la proposición que hace el Partido Popular, que, en todo caso, no pasará, permítame que se lo diga, señor Mingo, a los anales de la originalidad parlamentaria por introducir criterios que, obviamente, ya están recogidos en estos momentos en la ley, en su punto séptimo, disposición adicional quinta; el sexto, disposición adicional octavo; el quinto, artículo 22.3 de la Ley de cohesión, como usted muy bien sabe. Y tendríamos un reparo que, en todo caso, yo creo

que se podría y se debería negociar, que es la inclusión de extranjeros que realiza el Partido Popular. En síntesis, señorías, mantenemos nuestra enmienda de sustitución y creemos que, con el matiz y con la reserva que ya he introducido y que podremos concretar después, se puede fundir con la del Partido Popular. En todo caso, nos veríamos obligados a votar que no a la enmienda de *Convergència i Unió* por las razones expuestas, en el supuesto de que fuera aceptada.

La señora **PRESIDENTA**: Hay una tercera enmienda presentada por el Grupo Popular. Para su defensa tiene la palabra el señor Mingo.

El señor **MINGO ZAPATERO**: El Grupo Parlamentario Popular ha presentado una enmienda a la proposición no de ley de Esquerra Republicana sobre regulación del fondo de cohesión sanitaria. Como es natural, en el contenido de esta enmienda se especifica la coherencia de nuestro grupo, la coherencia política, porque tiene base en la propia proposición no de ley que el Grupo Parlamentario Popular ha presentado y que está pendiente de debate en el Pleno de la Cámara.

La iniciativa de Esquerra, en principio, nos parece razonable porque incluye en la distribución de los fondos de cohesión la atención a los desplazados y a los extranjeros residentes sin cobertura legal. Compartimos esos criterios pero entendemos que su propuesta se queda un poco corta y que deberíamos ampliarla, según marca la Ley de cohesión y calidad que aprobamos todos los grupos políticos la legislatura pasada y en la que nos pusimos de acuerdo para decir cuáles eran los fines de los fondos de cohesión, y aceptamos enmiendas transaccionales de los distintos grupos y también las que por el Grupo Parlamentario Socialista ha defendido el señor Arola. Se recogieron entonces los distintos objetivos para garantizar la cohesión sanitaria y la corrección de las distintas desigualdades entre los territorios nacionales, y se hacía una concreta referencia al uso tutelado de las prestaciones y también a la financiación de los centros de referencia de todo el Sistema Nacional de Salud, como todos ustedes recordarán. En eso nos pusimos de acuerdo. Por eso, cuando nuestro partido cuando estaba en el Gobierno trabajó en la redacción de un real decreto que debía ser llevado al Consejo Interterritorial para desarrollar esta Ley de cohesión y calidad.

En la primera comparecencia de la ministra de Sanidad en esta Comisión ya tuve la oportunidad de recordarle la conveniencia de que llevara al Consejo Interterritorial el desarrollo normativo de estas cuestiones. Sin embargo, nos encontramos con bastante silencio por parte de la ministra y en el mes de agosto, ante ese silencio, presentamos en el Registro de la Cámara la proposición no de ley a la que antes me referido. Quiero resaltar que, posteriormente a esta situación y ya muy recientemente, todos los consejeros de Sanidad de las distintas comunidades autónomas pidieron que se

debatiera este asunto en el último Consejo Interterritorial. En la comisión delegada fue rechazado este criterio y sólo in extremis se llevó al Consejo Interterritorial de Barcelona una propuesta, una orden ministerial donde se debatían sólo aquellos aspectos colaterales de los planes integrales de salud, que nosotros entendemos que tienen que estar financiados, porque lo dice la ley y porque así lo acordamos, dentro del fondo de cohesión, aunque este fondo de cohesión tiene que entender de otras muchas cuestiones. Por eso, con nuestra enmienda pretendemos que dentro del fondo de cohesión se contemplen las transferencias económicas a las distintas comunidades autónomas en compensación a su asistencia sanitaria entre los pacientes derivados de una comunidad autónoma a otra, lo que facilita la movilidad de los ciudadanos y, sobre todo, garantiza una igualdad de asistencia sanitaria en todo el territorio nacional. Entendemos que deben estar incorporados aspectos de desplazados del extranjero en estancia temporal o con residencia habitual en España porque así lo marcan los distintos convenios internacionales. Entendemos que se tiene que recoger la asistencia sanitaria que prestan las distintas comunidades autónomas y, por lo tanto, darles recursos a los desplazados extranjeros sin tarjeta sanitaria. En este sentido, ya anuncio que nuestro grupo presentará para su debate en esta Comisión una proposición no de ley sobre inmigración y sanidad, de tal forma que, como ha propuesto el ponente de Convergència i Unió, se dote de recursos económicos extraordinarios para atender las necesidades de los inmigrantes sin cobertura legal, porque los inmigrantes con cobertura legal pagan impuestos y ya tienen cubiertas su asistencia sanitaria.

Por último, tres aspectos, no por ello de menor trascendencia, que son el uso tutelado, los servicios de referencia y los planes integrales de salud, intentan, como es lógico, perseguir la igualdad y la equidad en todo el territorio nacional, unos servicios de estricto control en el uso tutelado, garantizando que no haya una carga financiera adicional para las distintas comunidades autónomas y, sobre todo, potenciando esos centros especiales de referencia a los que algunas comunidades autónomas tienen que enviar sus enfermos desplazados para garantizar una mejor calidad, una mayor seguridad y una mejor eficiencia en la prestación sanitaria. Entendemos que esta enmienda que presentamos al grupo autor de la propuesta, Esquerra Republicana, no está en contra del espíritu de esa propuesta, sino que añade factores que creemos que tienen extraordinaria incidencia y siempre bajo el consenso del Consejo Interterritorial, que tiene competencias en esta materia.

Esperando que esta propuesta sea asumible por todos los grupos parlamentarios, quedo a disposición de lo que diga la señora portavoz de Esquerra Republicana.

La señora **PRESIDENTA**: La portavoz del Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana deberá mani-

festarse sobre en qué términos, o si en ninguno, acepta las tres enmiendas que han sido presentadas a su iniciativa.

La señora **BONÁS PAHISA**: Las tres enmiendas están en la misma dirección que nuestra proposición. Por ello, en aras de la confianza que se da al Consejo Interterritorial, vamos a dejarle que trabaje y admitimos la enmienda del Partido Socialista. Creo que la enmienda del Partido Popular podría asumirse porque, en el fondo, está detallando unos pasos que pedimos que se lleven a cabo dentro del Consejo Interterritorial. Espero que todos los grupos voten a favor porque no hay ninguna contradicción en las enmiendas, excepto, quizás, en la del Grupo de Convergència. En consecuencia, admitimos la enmienda socialista, que es más abierta y deja paso a que trabaje la Comisión Interterritorial.

La señora **PRESIDENTA**: Señor Arola.

El señor **AROLA BLANQUET**: Es decir, que lo que vamos a votar es la enmienda del Partido Socialista, si lo he entendido bien.

La señora **PRESIDENTA**: Señor Mingo.

El señor **MINGO ZAPATERO**: He entendido en el debate, a lo mejor es una interpretación errónea, que el texto a presentar sería en los términos de la aceptación de la enmienda del Grupo Socialista y de la aceptación de la enmienda del Grupo Popular.

La señora **PRESIDENTA**: Señora Bonás.

La señora **BONÁS PAHISA**: Queremos que se vote esta proposición. Nos gustaría que fuera con las dos enmiendas, pero como el Partido Socialista se opone, por lo que veo, aunque el Grupo Popular no tiene inconveniente en que se voten las dos juntas como un único texto.

La señora **PRESIDENTA**: Señor Arola.

El señor **AROLA BLANQUET**: ¿Qué es lo que nos crea dificultad de la enmienda del Grupo Popular? Las tres referencias que hace a la población inmigrante extranjera. Son tres referencias que pueden introducir graves consecuencias para el sistema. Por lo tanto, si se eliminaran esos tres aspectos (creo que son tres, estoy hablando de memoria), nosotros no tendríamos mayor dificultad. Yo creo que son elementos que van de suyo, que van a tener que estar los que presenta el Partido Popular. Lo he intentado decir antes en mi primera intervención, he citado hasta qué artículos de la ley son y que no se van a tener en cuenta a la hora de redactar el fondo de cohesión, si es un mandato legal.

Por lo tanto, y utilizando las mismas palabras que la proponente, dejemos trabajar a las comunidades autónomas, al Ministerio de Sanidad, que se pongan de acuerdo en los criterios, que es lo que propone nuestra enmienda. Creemos que quedaría más claro lo que esta Comisión quiere decir si se aceptara la enmienda del Partido Socialista tal como está y ese fuera el objeto de la votación.

La señora **PRESIDENTA**: Entiendo que es la proponente quien debe decir cuál de las enmiendas acepta. En todo caso, tampoco habría inconveniente, si desean ustedes proceder a una ulterior negociación, en posponer la fijación de la postura definitiva hasta el momento anterior a la votación de la iniciativa. Entonces, antes de la votación, si ustedes han llegado a algún acuerdo, lo manifiestan a esta Mesa.

— **RELATIVA A LA TARJETA SANITARIA ÚNICA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/000144.)**

La señora **PRESIDENTA**: Debatiremos ahora la iniciativa relativa a la tarjeta sanitaria única, iniciativa del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso, para cuya defensa tiene la palabra el señor Gutiérrez Molina.

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA**: En nombre del Grupo Parlamentario Popular, tengo el honor de presentar ante esta Comisión la proposición no de ley referente a la tarjeta sanitaria con el fin de que la implantación de la misma sea pronta en todas las comunidades autónomas, cosa que hasta el momento actual no ocurre.

Basamos nuestra proposición no de ley, señora presidenta, en una serie de argumentaciones. En primer lugar, la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, de la cual tuve el honor de ser ponente junto con mi compañero de grupo Mingo Zapatero y con otros muchos, yo creo que fue, sin duda, el texto más importante de los que a lo largo de la VII legislatura el anterior Gobierno del Partido Popular, con amplio apoyo parlamentario, desarrolló. Se aprobaron ocho leyes sanitarias, con un promedio de una ley por período de sesiones, y esta ley, señora presidenta, contempla las herramientas básicas para llevar a cabo estos objetivos, como la tarjeta sanitaria, que permitirá que desde cualquier punto de la geografía española el ciudadano tenga asegurada una asistencia sanitaria de calidad.

Señora presidenta, la implantación de la tarjeta sanitaria individual, que ya fue aprobada por el Consejo de Ministro del 30 de enero de 2004, es fundamental para garantizar la imprescindible cohesión del Sistema Nacional de Salud. Por otra parte, esta tarjeta sanitaria, que durante la anterior legislatura impulsó la anterior ministra de Sanidad, podría correr el peligro —a lo

mejor es una sensación subjetiva— de caer en el olvido, y sin una tarjeta sanitaria única, de ahí el motivo de nuestra proposición no de ley, para todas las comunidades autónomas no sería posible garantizar el derecho a acceder a las mismas prestaciones.

Actualmente, el Sistema Nacional de Salud, de todos es conocido, no cuenta con una única tarjeta sanitaria que recoja los datos básicos de identificación del titular y facilite la circulación de pacientes y la posibilidad de que los servicios de salud puedan proporcionar en cada caso la asistencia precisa. El citado proyecto de tarjeta sanitaria no logró entonces el apoyo de algunas comunidades, aunque la señora ministra actual de Sanidad, en su comparecencia en el Congreso, mostró su disposición a impulsar la tarjeta sanitaria única como parte del nuevo sistema de información de la sanidad española. Pero, además de estas razones, señora presidenta, se podría dar la paradoja de que los españoles pudiéramos disponer de la tarjeta sanitaria europea, muy parecida en su concepción y objetivo a la iniciativa planteada por el anterior Gobierno y en la filosofía de nuestra proposición no de ley, puesto que según la respuesta del actual señor ministro de Trabajo a una diputada de su propio grupo, la señora Esteve Ortega, el 16 de junio de 2004, decía que se ha obrado con diligencia y rapidez y se habían expedido ya, en aquella fecha, cerca de 112.000 nuevas tarjetas sanitarias europeas, y decía que esto es Europa, la Europa de los servicios, y que esperaba que todos los españoles que deseen viajar al extranjero puedan pedir esta tarjeta y disfrutarla. Podríamos encontrarnos, entonces, señora presidenta, con una contradicción en sus propios términos y de ahí una de las razones de la presentación de esta proposición no de ley.

La proposición no de ley tiene unos antecedentes parlamentarios que no me gustaría dejar pasar por alto. En el año 2003, el 8 de julio, una diputada del Grupo Parlamentario Popular, la señora Pol Cabrer, recibe también una respuesta mediante una pregunta escrita que formuló al Gobierno y que ya decía que su implantación era paulatina, que diez comunidades autónomas ya comparten un sistema de datos básicos y comunes, que en Canarias se encontraba en aquel entonces en fase de análisis técnico y que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud tiene un grupo de trabajo que está desarrollando las especificaciones técnicas y criterios funcionales para la incorporación progresiva del resto de comunidades autónomas, que se prevé que esté ultimado en dos años. Recientemente el señor Mingo Zapatero, en una pregunta escrita al Gobierno, recibe una serie de respuestas y de criterios que finalizan señalando, para no ser excesivamente largo, que en la reunión del Consejo Interterritorial, celebrada en Bilbao el 16 de junio pasado, se encargó a la subcomisión del sistema de información del Sistema Nacional de Salud el desarrollo de las especificaciones técnicas y criterios funcionales que permitan culminar el proyecto de la implantación de la tarjeta sanitaria.

Es por esto, señora presidenta, por lo cual creemos que nuestra proposición no de ley debe merecer el apoyo de todos los grupos de la Comisión, por las razones en las que la he fundamentado, y por eso creemos que el Congreso de los Diputados debe instar al Gobierno a la implantación lo más rápidamente posible de la tarjeta sanitaria individual, con el fin de que en todas las comunidades autónomas se asuma el proyecto de esta tarjeta sanitaria única que sirva de soporte a nuevos servicios para todos los ciudadanos.

La señora **PRESIDENTA**: Ha sido presentada a esta iniciativa una enmienda por parte del grupo mayoritario, el Grupo Socialista, para cuya defensa tiene la palabra el señor Elola.

El señor **ELOLA RAMÓN**: Compartimos plenamente desde mi grupo la opinión acerca de la conveniencia de la entrada en vigor de la tarjeta sanitaria única. De hecho, cuando se aprobó la Ley de calidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud, creo que fue uno de los puntos que menos problemas tuvo para salir adelante con el apoyo de la mayoría de las comunidades autónomas. Por eso, presentamos una enmienda que, respetando la finalidad, respetando el bloque de la proposición del Partido Popular, modifica únicamente algunos de los aspectos planteados en la misma.

Principalmente, queremos corregir los términos de que se implante con urgencia. Pretendemos con esta enmienda que se sigan los pasos que se están dando. Se han fijado ya los primeros pasos para su implantación. Hay que crear una base de datos porque, como bien ha dicho el diputado, todavía no constan los de todas las comunidades autónomas. Hay que crear la base de datos de la población cubierta por el Sistema Nacional de Salud y, a partir de ahí, hay un par de procesos técnicos de bastante complejidad que son configurar esta base de datos para que pueda actuar de sistema de intercambio de información, para que todas las comunidades, cada una dentro de sus responsabilidades, cada una manejando los datos de su propia población, pueda tener acceso a esa información; y, además, hay que establecer los requisitos estándares sobre los dispositivos que las tarjetas incorporen para almacenar la información y conseguir que se permita la lectura y comprobación de los datos en todo el territorio; es decir, normalizar los datos que figuran en esas tarjetas y buscar los dispositivos que nos permitan la compatibilidad de lectura de todas esas tarjetas, de las diferentes tarjetas que cada comunidad autónoma está en su derecho de establecer. En esto, yo recuerdo la complejidad que tuvo aquel multicrick que puso de moda el señor Álvarez-Cascos con motivo de la lectura de los canales de televisión vía satélite y, recordémoslo, era un proceso bastante complejo y difícil. Como son evidentes las dificultades técnicas, no se puede hacer de manera urgente y es evidente que ha de hacerse de forma paulatina.

No está en el olvido, no deben preocuparse en el Partido Popular. Como ya ha dicho en el Consejo Interte-

ritorial celebrado el día 16 del mes de junio, se pasa a la subcomisión de sistemas de información, que tiene su primera reunión y toma los primeros acuerdos el día 12 de julio, o sea, escasamente un mes después, acerca de las bases que hay que poner en la tarjeta sanitaria única a nivel del Estado español.

Por otro lado, tampoco creemos que se pueda implantar sin hacerlo en colaboración con las comunidades autónomas, que son quienes tienen las competencias en esta materia. De hecho, lo que el real decreto, al que ha hecho mención el diputado del Partido Popular, establece es que el Ministerio de Sanidad y Consumo, de acuerdo con las comunidades autónomas y demás administraciones competentes, establecerán los requisitos y los estándares necesarios, con lo cual, hay que incorporar a las comunidades autónomas al debate y hay que incorporar a las comunidades a los principios de acuerdo, no a que asuman directamente. No se puede implantar y que las comunidades lo asuman, porque ¿qué sucedería si alguna de las comunidades no lo asume? Parece obvio que la no incorporación de todas las comunidades al proyecto hace que desaparezca el sentido. No se puede crear una tarjeta sanitaria única para casi todo el territorio o para gran parte del territorio del Sistema Nacional de Salud. Parece y puedo asegurar que es casi inmediata la incorporación, pero los plazos se van a dilatar más por problemas técnicos que por problemas políticos. Se está trabajando en esa dirección.

Acerca de la urgencia que se nos plantea en la proposición, el Real Decreto es de 30 de enero de 2004 y fija un calendario. Desde la aprobación de ese real decreto y su publicación en el BOE, desde su entrada en vigor, no se ha fijado ningún criterio, no se ha hecho ninguna reunión ni se ha nombrado ningún responsable que responda de esos plazos, salvo cuando toma posesión el nuevo Gobierno del Partido Socialista y en la primera reunión del Consejo Interterritorial se fijan ya unos nuevos plazos y se dan unos nuevos criterios para a empezar a trabajar en este sentido. Se había aprobado el decreto, pero no se habían establecido los pasos para seguir ese real decreto.

Voy a hacer un par de comentarios sobre la exposición de motivos de la proposición no de ley que nos presenta el Partido Popular. El primero es que presumen de haber elaborado ocho leyes sanitarias en la anterior legislatura. Presumen de un error o de un trabajo no bien hecho, porque estamos ahora sufriendo en parte las consecuencias de que se han aprobado ocho leyes pero no se han desarrollado los reglamentos, no se han desarrollado los sistemas que tienen que hacer que esas leyes sean efectivas. Ha habido intenciones, pero no se han terminado los trabajos. Por mi parte, es preferible. El desarrollo de esas leyes va a corresponder al Partido Socialista, con lo cual esperamos que el resultado final sea mejor. Pongo por ejemplo la última reunión de la Comisión de Farmacia, a la que tanta importancia se le dio, que se celebró el día 27 de junio de 2002. Durante dos años seguidos no ha habido reuniones de la Comi-

sión de Farmacia del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, lo cual me reafirma al decir que ha habido muchas leyes, poco desarrollo, poco trabajo serio, poco reflejo real en la sociedad.

Quiero terminar haciendo un comentario sobre lo que se dice en la exposición de motivos de las comunidades autónomas socialistas. Aunque todos entendemos lo que se quiere decir con ese término, rogaría al Partido Popular que a partir de ahora se dijera gobernadas por el PSOE o algo así. Las comunidades autónomas y sus habitantes son muy distintos entre sí y no tienen por qué asumir ningún calificativo.

En marzo de 2003 la entonces ministra Ana Pastor, antes incluso de la aprobación de la Ley de Cohesión y de Calidad del Sistema Nacional de Salud, dice que faltan seis comunidades por incorporarse a la base de datos, que son Valencia, Galicia, Navarra, País Vasco, Cataluña y Andalucía. Sólo Andalucía en ese momento está gobernada por el Partido Socialista. Ahora mismo Cataluña también, pero en ese momento no. El problema de Andalucía se debía a aquellos millones de la financiación propia que tenía pendientes. Aparte de que no entiendo ni comparto esa obsesión por marcar políticamente a las comunidades —las que hay son las que son—, ahora mismo quedan por incorporarse únicamente Navarra, País Vasco, Cataluña y Andalucía; Valencia y Galicia están en trámite y se está trabajando seriamente en la incorporación de las cuatro que, como ya he dicho, parece que se va a producir en breve y se podrá empezar a trabajar en los temas técnicos, que son más complejos.

Debido a todo eso, presentamos la siguiente enmienda de sustitución: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a continuar, en colaboración con las comunidades autónomas, con el desarrollo de las medidas necesarias, con el fin de elaborar los requisitos y estándares necesarios para que las tarjetas sanitarias individuales puedan almacenar la información sanitaria básica y que la comprobación de los datos sea posible por todas las administraciones sanitarias.

La señora **PRESIDENTA**: No habiendo más peticiones de palabra, deberá manifestar el señor Gutiérrez Molina en qué términos acepta, o si no la acepta, la enmienda propuesta por el Grupo Socialista.

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA**: Señora presidenta, para no establecer un debate colateral de las excusiones semánticas y de otro tipo que el señor diputado del Partido Socialista acaba de hacer aquí y que no era el objeto precisamente de la defensa de la enmienda ni tampoco el mío el contestarla, sí me interesa precisar claramente que, seguramente, por mi torpeza, en mi breve, pero espero que eficaz, conversación que tuve con la señora portavoz del Grupo Socialista en esta Comisión, introdujimos una serie de pequeños matices en la proposición no de ley que el Grupo Popular presentó y que era el texto que nosotros estábamos dispuestos a aprobar. Voy a leer las notas que yo tomé de la

conversación que tuve al inicio de la sesión con la señora portavoz del Grupo Socialista para ver si es tal como yo lo había cogido; si no fuera así, seguramente, insisto, por falta mía, nos guardaríamos el criterio hasta el momento de la votación. Según creía yo, la enmienda transaccional que había presentado el Grupo Socialista y que nosotros habíamos aceptado en su redacción decía lo siguiente. Permítanme que haga de portavoz defensor de la enmienda para conocimiento de la Presidencia y de los miembros de la mesa y de la Comisión. Nosotros estábamos de acuerdo con la redacción final, que decía: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a continuar, en colaboración y coordinación con las comunidades autónomas, con el rápido desarrollo de las medidas necesarias con el fin de elaborar los requisitos y estándares necesarios para que las tarjetas sanitarias individuales puedan almacenar la información sanitaria básica y todas las que puedan crearse, y que la comprobación de los datos sea posible por todas las administraciones sanitarias. Si es así exactamente tal como yo lo recogí y así me pareció, nosotros la aceptaríamos; si no, esperaríamos hasta el momento de la votación.

La señora **PRESIDENTA**: Entiendo, señora Pozuelo, que usted hace signos de que es así. En todo caso, tiene la palabra muy brevemente, por favor.

La señora **POZUELO MEÑO**: Solamente un comentario que me parece no haberle oído y que creo que estaba incorporado en la redacción de la transaccional que nos proponía el portavoz del Partido Popular cuando hacía referencia a que las tarjetas pueden almacenar la información sanitaria básica habría que decir también: y toda la que se acuerde en el Consejo Interterritorial de Salud ¿Se ha dicho así, verdad?

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA**: No se ha dicho así, pero ese era el espíritu y así lo aceptamos.

La señora **POZUELO MEÑO**: Sería que puedan almacenar toda la información sanitaria básica y toda la que se acuerde en el Consejo Interterritorial de Salud.

La señora **PRESIDENTA**: Previamente a la votación, ¿sería posible que nos pasasen un texto correcto a la mesa? (**Asentimiento**)

— **RELATIVA A LA PUESTA EN MARCHA DE UN PLAN INTEGRAL DE SALUD BUCODENTAL PARA LOS MAYORES. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/000145.)**

La señora **PRESIDENTA**: Siguiendo punto, relativo a la proposición no de ley sobre la puesta en marcha del

plan integral de salud buco-dental para las personas mayores. Es una iniciativa del Grupo Parlamentario Popular y para su defensa tiene la palabra el señor González López.

El señor **GONZÁLEZ LÓPEZ:** Lo que pretende el Grupo Popular con esta proposición no de ley y con la enmienda *in voce* que a continuación propondré es la cobertura en salud buco-dental para las personas mayores, para los menores de quince años y personas con discapacidad.

Es sabido por todos que la población española de personas mayores de sesenta y cinco años, según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística de 30 de septiembre de 2004, es de más de seis millones y medio de personas y que las personas mayores de ochenta años superan el millón y medio. El porcentaje de esta población en España respecto a la población general representa en estos momentos el 15,99 por ciento, lo que supone una ratio de las más elevadas de los países de nuestro entorno.

No se nos escapa que una de las causas del envejecimiento de nuestra población no es otro que el incremento de la esperanza de vida, merced a los avances sociales a nuestro sistema sanitario, situado por la Organización Mundial de la Salud en los primeros puestos a nivel mundial. La esperanza de vida media en los españoles supera en más de tres años la media europea, situándose a la cabeza de los países de nuestro entorno. No obstante, España también registra la mayor diferencia entre la expectativa de vida y la expectativa de vida saludable, con una media de once años, según el informe Envejecimiento de la población. La media de 82,31 años sitúa a España al frente de los países europeos con mayor esperanza de vida, superando a Italia y a Francia, que ocupan el segundo y tercer lugar.

Los principios de Naciones Unidas a favor de las personas de edad, aprobados en la Resolución 46/91 de la Asamblea General, alientan a los Gobiernos a que induzcan en sus programas nacionales una serie de principios, que hoy recuerdo aquí ya que están en íntima relación con esta proposición no de ley que traemos a debate. Al igual que la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, celebrada en Madrid en abril de 2002, apostamos por un envejecimiento activo de forma que las personas mayores tengan más autonomía, más calidad de vida y participen más activamente en la sociedad. La pensión media mensual de jubilación en España ronda los 650 euros, con un rango comprendido entre los 385 de la pensión más baja y los 1.827 euros de la más elevada, con lo que nuestro país ocupa el octavo lugar en Europa respecto al importe de pensiones con una cantidad, en términos absolutos, de unos 200 euros menos que la media europea.

La salud buco-dental, como herramienta de mejora de la calidad de vida, desde un punto de vista sanitario

y social, es una evidencia según se extrae de toda la bibliografía internacional más autorizada y de las recomendaciones de los organismos responsables al respecto. Una correcta salud buco-dental capacita a las personas mayores a una buena masticación y, por tanto, a una mejora nutricional, a la prevención de enfermedades infecciosas o no infecciosas, secundarias, a la asepsis gingivales o periodontales o una comunicación verbal más nítida sin artefactos mecánicos en la fonación, además de permitir la mejora de la estética, tan necesaria en una sociedad de la imagen como la actual para evitar lo que sería el decremento de la autoestima y la autoexclusión social, contraponiéndose al principio antes referido de envejecimiento activo y a la relación intergeneracional.

El elevado coste de cualquier intervención odontológica y la mayor incidencia de problemas bucales consecuencia de otras patologías propias de las personas mayores hacen necesario promover actuaciones que ofrezcan un tratamiento adecuado en este ámbito de la salud. El Gobierno actual no contempla en su programa electoral ninguna medida dirigida a la salud bucodental de los mayores y sí a la de otros segmentos de población, como son los menores de 15 años y las personas con discapacidad. Por tanto, es obligado instar al Gobierno a no dejar en el camino a un grupo de referencia tan importante de nuestra sociedad como son las personas mayores. Por todo ello, el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso presenta la proposición no de ley que ahora se debate, a la que quisiera incluir esta enmienda *in voce*, precisamente basado en el programa electoral socialista, para ampliarla a la población mayor de 15 años y a otras personas, como pueden ser las personas con discapacidad.

Con todo ello, el texto de la proposición no de ley quedaría de la siguiente forma. El Congreso de los Diputados insta al Gobierno de la nación a la elaboración de un plan integral de salud bucodental para menores de 15 años, mayores de 65 y personas con discapacidad, cofinanciado con las comunidades autónomas, que contemple al menos ortodoncias, empates, prótesis, sellado de fisuras, consultas preventivas y revisiones, para obtener una atención sanitaria bucodental completa, mejorando así la calidad de vida de nuestros mayores, menores y personas con discapacidad.

La señora **PRESIDENTA:** Ha sido presentada a su iniciativa una enmienda por el Grupo Socialista, para cuya defensa tiene la palabra la señora Coello.

La señora **COELLO FERNÁNDEZ-TRUJILLO:** Señorías, me dirijo a ustedes por primera vez ante la Comisión de Sanidad en referencia a la proposición no de ley presentada por el Grupo Parlamentario Popular relativa a la puesta en marcha de un plan integral de salud bucodental para los mayores de 65 años.

El contenido de la atención bucodental en el sistema sanitario público se recoge en el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones, que en su anexo I, y dentro del contenido de la atención primaria, señala: La información y la educación en materia de higiene en salud bucodental; las medidas preventivas y asistenciales —aplicación del flúor tópico, obturaciones, sellado de fisuras u otras para la población infantil—, de acuerdo con la financiación y los programas especiales para la salud bucodental de cada año; tratamiento de procesos agudos odontológicos, incluida la extracción de piezas dentarias, la exploración preventiva de la cavidad oral a las mujeres embarazadas y, en el ámbito de la atención especializada, se incluyen la cirugía oral y maxilofacial que realiza intervenciones en la cavidad oral.

Por otro lado, nos llama poderosamente la atención que pudiendo, durante los últimos años del Gobierno del PP, haber apostado por la salud bucodental de los mayores, no haya habido voluntad política. Quizás no era el momento. ¿Han cuantificado ustedes, el grupo proponente, el impacto económico que tendría en el sistema sanitario una propuesta de estas características? Indudablemente, nos encantaría poder dar todo este tipo de prestaciones a los mayores de 65 años. Es más, sería todavía más deseable incluirlas para toda la población, pero todos sabemos los problemas económicos que ya soporta el sistema. Por una cuestión de respeto en lo que creemos sea la elaboración de la cartera de servicios, que correspondería al sistema interterritorial de salud, y por otro porque este Gobierno en materia de salud, como bien ha dicho nuestra ministra de Sanidad Elena Salgado apuesta por la prevención, con la idea de que lo que hoy preveamos no tendríamos que tratarlo en el futuro y porque apostamos por la familia, porque todos tenemos una idea de lo que la salud bucodental viene suponiendo en la ya contrahecha economía doméstica, es por lo que consideramos más útil y con más repercusión a largo plazo estas medidas en otros tramos de la vida, no olvidándonos para nada de la salud bucodental de los discapacitados ni tampoco de la de nuestros mayores.

Como consecuencia, y como ya se desprende de la redacción del mencionado real decreto, en el sector público todos los usuarios tienen derecho a información y educación. Se proporcionará tratamiento para procesos agudos, se realizarán extracciones y se atenderán patologías mediante cirugía oral y maxilofacial. La publicación en mayo de 2003 de la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que recoge en su artículo 121a salud bucodental como parte de las prestaciones de atención primaria, incluye también en su artículo 8 que la cartera de servicios será acordada dentro del seno del Consejo Interterritorial de Salud. Por ello, le pedimos al grupo proponente que deje de divagar en temas de salud y trate de coordinar conjuntamente, como sería ética y políticamente mejor para todos los usuarios, colaborando dentro del Conse-

jo Interterritorial de Salud como debería de ser su obligación.

El pasado 30 de junio se planteó en la comisión permanente el aseguramiento, financiación y prestaciones, que asume las funciones anteriormente desarrolladas por la subcomisión de prestaciones, la metodología de dicha cartera de servicios. En consecuencia, en los próximos meses, se elaborará y se llevará al Consejo Interterritorial de Salud. Por eso, presentamos la siguiente enmienda de sustitución: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a elaborar, de acuerdo con las comunidades autónomas, y a elevar al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, para su acuerdo, una propuesta de cartera de servicios donde se incluyan determinadas prestaciones de atención a la salud bucodental.

La señora **PRESIDENTA**: El señor González López, en nombre del Grupo Parlamentario Popular, nos deberá manifestar si acepta o no la enmienda que se le ofrece.

El señor **GONZÁLEZ LOPEZ**: Debo decir dos cosas. En el programa electoral del Partido Popular se planteaba el llevar a cabo lo que presentamos en esta proposición no de ley. Evidentemente, todos los programas electorales del Partido Popular fueron para cumplirse y se cumplieron y en el programa electoral lo que se presentaba era una salud bucodental para las personas menores de 15 años y para los mayores de 65 años y que se iba a llevar a cabo, no como ocurre con el Grupo Parlamentario Socialista, que plantea en su programa electoral la salud bucodental para menores de 15 años y para personas con discapacidad y en su enmienda lo que pretende es trasladar a las comunidades autónomas el yo invito y ustedes pagan; es decir, correría a cargo del presupuesto de las comunidades autónomas esta invitación que hace el Partido Socialista en su programa.

Por otra parte, corresponde al Poder Legislativo decidir la cobertura que debe darse en el Sistema Nacional de Salud de forma homogénea y única en todas las comunidades autónomas. Es el Legislativo el que debe proponer la salud bucodental y a qué sectores y luego plantearlo al Consejo Interterritorial, por supuesto, para que se lleve a cabo. De nada sirve no acompañar a esta propuesta un capítulo presupuestario para que el Ministerio de Sanidad incorpore recursos y poder llevar a cabo esta prestación porque los dineros que tiene cada comunidad autónoma están para los programas que están llevando a efecto.

Nos parece un escaqueo, podría decirse, de su programa electoral el hecho de aceptar esta enmienda de sustitución del Grupo Parlamentario Socialista pasando la pelota a las comunidades autónomas sobre algo que debe determinar el Poder Legislativo.

— **RELATIVA A LA PROHIBICIÓN DE PRESCRIPCIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DE ANTIDEPRESIVOS DEL TIPO ISRS POR EL RIESGO SUICIDARIO OBSERVADO EN ALGUNOS CASOS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/000282.)**

La señora **PRESIDENTA**: Aclarada la no aceptación de la enmienda, pasamos al penúltimo punto del orden del día, que es también iniciativa del Grupo Parlamentario Popular, relativo a la prohibición de prescripción en niños y adolescentes de antidepresivos del tipo ISRS por el riesgo de suicidio a que abocan en algunos casos.

Para la defensa de esta iniciativa, tiene la palabra el señor Martín Soledad.

El señor **MARTÍN SOLEDAD**: Señorías, la nota informativa emitida por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios del pasado 29 de junio de 2004, en la que se recordaba que no debían usarse medicamentos del grupo de los inhibidores específicos de la recaptación de la serotonina en pacientes en edad infantil y juvenil ha chocado con la opinión de especialistas en salud mental de reconocido prestigio.

Hay que recordar que el uso de estas sustancias en esos grupos de edades cuenta con más de 20 años de experiencia y es opinión generalizada que, bien indicados y controlados, son medicamentos que cuentan con un grado importante de seguridad, así como relativamente poca incidencia a efectos secundarios importantes. Así lo manifiestan tanto la presidenta de la Asociación de salud mental infantojuvenil, la doctora Mar Domingo, como el jefe del servicio de psiquiatría infantojuvenil del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, cuestionando ambos que los estudios sobre los que se basan dichos hallazgos no han estado diseñados para medir la incidencia o no de riesgo suicida en la población objeto de estudio.

La nota de la Agencia Española del Medicamento es consecuencia de una recomendación de la Agencia Europea del Medicamento, a su vez consecutiva a una alarma sanitaria emitida por las autoridades sanitarias americanas de la FDA por el uso de estas sustancias. Quiero recordar que la más conocida sea posiblemente la fluoxetina, con su nombre comercial, el primero que salió, el Prozac; pero también caben el citalopram, sertralina y otros. La detección de este problema se basa sobre una serie de estudios de los cuales cinco están publicados y seis todavía no. En estos estudios, se sugería un aumento en la frecuencia de ideación suicida en pacientes portadores de depresiones en esas franjas de datos. Sin embargo, es opinión generalizada entre el colectivo de especialistas en psiquiatría que los estudios mencionados adolecen de rigurosidad, al tiempo que los hallazgos observados son —recordemos— unos incrementos de entre el 1 y el 2 por ciento de ideación

suicida en ese tipo de pacientes comparado con el grupo placebo y en ninguno de los casos sin llegar a la consumación del acto suicida. Estas conclusiones restan crédito a los estudios, al tiempo que pueden privar a los profesionales de uno de los pocos grupos terapéuticos de que disponen para combatir cuadros de la gravedad de la depresión mayor infantojuvenil.

Desde hace bastantes años son bien conocidos los efectos secundarios y las contraindicaciones de los psicofármacos, desde los conocidos efectos anticolinérgicos de la mayor parte de sustancias, la mayor parte de las veces de características leves y reversibles, hasta los más graves, como la leucopenia grave asociada en un principio al consumo de clozapina, los efectos extrapiramidales de los neurolepticos clásicos, las distonías tardías observadas en pacientes con consumos de neurolepticos incisivos prolongados en el tiempo, hasta llegar al denominado síndrome neuroleptico maligno con riesgo inmediato de muerte, muchas han sido las referencias y el conocimiento que se tiene de estos efectos secundarios en las medicaciones de los psicofármacos habituales.

El gran desarrollo actual de la psicofarmacología en estos últimos años, que ha supuesto una esperanza y una evidencia de mejorar unas patologías que ocasionan una gran penosidad en los afectados, ha traído como consecuencia la aparición de síntomas indeseables nuevos en los pacientes en tratamiento. Podríamos referirnos al alargamiento del intervalo Q-T en el electrocardiograma en tratamientos a pacientes con zipraxidona, habiéndose descrito algún caso de muerte súbita en este mismo grupo de pacientes, pero por encima de los 75 años de edad; alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono en determinados antipsicóticos atípicos y en algunos antidepresivos, y los más recientes hallazgos sobre alteraciones conductuales y de la impulsividad con los nuevos tratamientos. Al igual que el riesgo suicida se puede producir en cualquier momento durante el tratamiento de pacientes depresivos graves, tanto con, como sin medicación, posiblemente lo que demuestran los estudios publicados y que han ocasionado la alerta sanitaria en Estados Unidos, es la necesidad de disponer de instrumentos nuevos de evaluación de riesgos sobre la conducta de los nuevos fármacos. Son los mismos profesionales a la hora de la prescripción perfectos conocedores de estos efectos. La identificación temprana de ese riesgo tiene mucho que ver con la formación y el entrenamiento del profesional, así como con la información rigurosa suministrada por la misma industria sobre indicaciones y efectos adversos.

Por otro lado, los efectos sobre esferas específicas de la conducta, la afectividad, los impulsos, etcétera, precisan de instrumentos de medición homologados que hagan que dichos estudios, previos y posteriores al uso de esos fármacos, cuenten con la aceptación y el rigor científico necesarios para ser aceptados por los prescriptores. El uso en concreto de ese grupo terapéutico

en las poblaciones afectadas está extendido en nuestro país y, hasta donde yo conozco, no se ha reportado caso alguno que justifique una prohibición en su dispensación; prohibición ésta que produciría como efecto inmediato la privación de uno de los principales instrumentos de los que disponen los profesionales a la hora de afrontar la terapia de esas patologías. Sin embargo, las recomendaciones de cautela justificadas sobre la base de estudios más amplios serán perfectamente asumidas por los profesionales.

Con el ánimo de que en todo momento los profesionales dispongan de toda la información sobre esos nuevos psicofármacos, el Grupo Parlamentario Popular propone la siguiente proposición no de ley: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a crear en el seno del Consejo Interterritorial de Salud una comisión especial para el control y seguimiento de las indicaciones, contraindicaciones, interacciones y efectos secundarios de los nuevos psicofármacos a la vista de los informes, a veces contradictorios, sobre sus efectos sobre la conducta, la afectividad, el humor y otros.

La señora **PRESIDENTA**: Procede, puesto que no hay presentadas enmiendas a esta iniciativa, el turno de fijación de posturas por parte de las distintas formaciones.

Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la diputada señora Carcedo.

La señora **CARCEDO ROCES**: Lamento tener que fijar la posición de mi grupo parlamentario ante esta iniciativa porque nos parece un despropósito. En primer lugar, nos parece un despropósito político porque esta iniciativa proviene de un grupo parlamentario que acaba de abandonar el Gobierno hace unos meses y todavía conserva el Gobierno en bastantes comunidades autónomas. Digo esto porque esta iniciativa parece llover del cielo, que parece ignorar cuál es el procedimiento y el funcionamiento de la Administración sanitaria y cuáles son las competencias de cada uno de los organismos que tienen responsabilidad en la autorización de medicamentos en la farmacovigilancia y por supuesto en el control y en los efectos de los medicamentos de uso humano. Digo esto a mayor abundamiento porque los órganos que tienen precisamente estas responsabilidades fueron en muchos casos creados por los gobiernos del Partido Popular. Me estoy refiriendo a la Agencia del Medicamento, creada en el año 1997, al estatuto que desarrolló la composición y las funciones de esta agencia, que es un real decreto de marzo de 1999, y a su readaptación a la actual situación del Sistema Nacional de Salud, regulada en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Sanitario. Insisto, esto es un despropósito político porque pretende ignorar absolutamente todo este funcionamiento de la Administración sanitaria y mandar al Gobierno la creación de una comisión en el seno del consejo interterritorial sobre la base de un cuestionamiento de los estudios y

de los informes de estos organismos a los que antes hacía referencia y basándose en otro despropósito científico, que nosotros consideramos así, que se extrae de la intervención del portavoz del Grupo Popular además de lo que se puede leer textualmente en su iniciativa y en su exposición de motivos.

Dice la exposición de motivos: La experiencia clínica del prescriptor, la respuesta del paciente y el uso concomitante de otros psicofármacos han sido y son los únicos referentes a la hora del abordaje farmacológico de las patologías psiquiátricas. Ignora los conocimientos de la fisiología humana, de la farmacodinámica de los medicamentos, de la farmacovigilancia y por supuesto de la farmacoepidemiología, todos ellos saberes del conocimiento, que se sustituyen por el saber mágico de los druidas previos a la etapa científica del conocimiento. Por tanto, basar el cuestionamiento de un informe emitido por el Comité asesor de la farmacovigilancia de los medicamentos de uso humano, creado en el seno de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, nos parece, lo voy a dejar en un despropósito. También es un despropósito administrativo y de gestión porque pretende crear un nuevo organismo al margen de los que existe y, recuerdo e insisto, fueron creados precisamente por gobiernos del Partido Popular. Existe esta Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios que dispone de un comité asesor. Ese comité asesor emitió, como decía antes, un informe ratificando la no indicación de este tipo de antidepresivos para niños y adolescentes, al igual que se hizo en el resto de países de la Unión Europea. La no indicación del uso de estos medicamentos no solamente se recomienda en España sino en todos los países de la Unión Europea, por tanto, con estudios científicos rigurosos, al igual que existe en nuestro país. Insisto, en la actual Administración hay una Agencia Española del Medicamento que dispone de un comité científico asesor independiente en el que existe representación del Consejo Interterritorial. Por tanto, no sé a qué viene que ahora pretendamos orientar al Gobierno para que cree un nuevo organismo al margen del ya existente y que ya emitió dictamen, juicio e informe sobre este asunto. Por tanto, despropósito político, despropósito científico y despropósito administrativo y de la eficacia de la gestión. Por todas estas razones, no podemos apoyar su iniciativa, y lo lamento porque he venido observando que a lo largo de la mañana se ha podido llegar a acuerdos en algunos asuntos razonables que ustedes han propuesto, pero en este, al margen de ser una iniciativa de despropósito, han sido incoherentes con sus propias propuestas políticas. **(El señor Martín Soleidad pide la palabra.)**

La señora **PRESIDENTA**: Solicita la palabra quien ha intervenido en nombre del grupo proponente de la iniciativa. Por breves momentos tiene usted la palabra.

El señor **MARTÍN SOLEDAD:** Lamento este cúmulo de descortesía y despropósito, al que podríamos sumar descortesía en la intervención de la portavoz del Grupo Socialista. El criterio científico, sobre todo el criterio psiquiátrico científico, hace que muchas veces las indicaciones de los psicofármacos no estén recogidas totalmente en el prospecto de indicaciones, contraindicaciones y efectos secundarios. En concreto, la FDA americana recomienda el uso del Prozac en el tratamiento de niños y jóvenes como medicamento de primera elección en el tratamiento de la depresión endógena infantil y juvenil. Por tanto, el hecho de que no figure esa indicación entre lo que la Agencia Española del Medicamento autoriza, este grupo farmacológico en concreto, no quiere decir que haya despropósito. Se utilizan, la mayor parte de profesionales los utilizan. Si usted está cuestionando desde este foro la profesionalidad de los profesionales en salud mental que están prescribiendo esos medicamentos, me gustaría que lo reconociera y que lo dijera aquí de manera pública.

No se trata de crear otro organismo, lo que se plantea es que, a la vista de los nuevos efectos sobre la conducta y la impulsividad de medicamentos ya aprobados, se cree una comisión que evalúe esos...

La señora **PRESIDENTA:** Perdón, señor Martín Soledad, No existiendo réplica en este tipo de intervenciones, le ruego que la mera discrepancia en las argumentaciones no le lleve a otra nueva intervención. **(La señora Carcedo Rocés pide la palabra.)**

Debo conceder también la palabra nuevamente a la señora Carcedo, pero le ruego que tampoco haga una segunda intervención.

La señora **CARCEDO ROCÉS:** Yo no he descalificado a ningún profesional en este acto, únicamente he defendido la multiprofesionalidad del saber, y hay otros saberes además de los profesionales psiquiátricos, que por cierto están incluidos en el comité de asesoramiento, donde también hay presencia de psiquiatras. Entre las funciones de la Agencia del Medicamento está la evaluación de los medicamentos psicotrópicos. No he descalificado a ningún profesional, sino que he hecho un llamamiento a la cordura y al normal funcionamiento de los órganos de la Administración que desde esta casa se han creado.

— **RELATIVA A LA CREACIÓN EN EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO DEL REGISTRO NACIONAL DE INSTRUCCIONES PREVIAS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA DEL CONGRESO. (Número de expediente 161/000285.)**

La señora **PRESIDENTA:** Acreditada la distancia entre las posiciones de las dos formaciones mayorita-

rias, pasamos al último punto del orden del día, relativo a la creación en el Ministerio de Sanidad y Consumo del registro nacional de instrucciones previas. Es una iniciativa del Grupo Socialista y para su defensa tiene la palabra el diputado señor Fidalgo.

El señor **FIDALGO FRANCISCO:** Vamos a ver si rebajamos la tensión de la bioquímica y la farmacopea y volvemos a las cuestiones humanas. La proposición no de ley que presentamos no es casual que sea la primera que viene a esta Comisión de Sanidad presentada por el Grupo Socialista, y lo digo para dar relevancia a la importancia que nosotros damos a este tipo de cuestiones, que sabemos que también compartimos con los otros grupos parlamentarios.

Desde muy antiguo se cree que dos cualidades le son atribuidas al ser humano, la libertad y el cuidado; la libertad hasta el punto de ser conscientes de ella e incluso producirle al hombre miedo, y la necesidad de cuidar y ser cuidado como una especie de carga u obligación también inherente a su existencia. Esos dos rai-les paralelos van definiendo la senda de la humanidad, al menos la senda del progreso, y al menos también el progreso que nos es próximo. Pero es durante el siglo pasado cuando, en contraste con los horrores de los que los humanos somos capaces, impulsa también ese horror la otra cara de la moneda y da lugar a todo lo bueno de que somos capaces y podemos hacer posible, los derechos humanos, y una vez más la libertad y la protección de la salud aparecen de nuevo cruzándose incorporadas a las legislaciones que al menos como europeos compartimos, y otros, por desgracia, quizá la mayoría, siguen aún sin libertad, salud ni derechos. Nosotros, que como individuos disfrutamos de la inmensa suerte de haber nacido donde lo hicimos, no sólo aspiramos a todo eso, sino que nos vamos dotando de garantías que en el conjunto de la libertad y la salud los españoles hemos recogido en la Constitución, también, y como extensión de ella, en la Ley General de Sanidad, y como extensión a su vez de la misma, de una manera más pormenorizada, en la reciente —y digo esquelética porque falta mucho por desarrollar— Ley 41/2002, de 14 de noviembre, resumiendo, la Ley de Autonomía del paciente.

Paralelamente, durante todo este tiempo la medicina ha caminado en una lucha encarnizada, de una manera flagrante, contra la enfermedad, y a veces esa lucha tan egoísta propia de la medicina —y digo egoísta en cuanto a la medicina— es también una lucha ciega que se lleva por delante lo que inicialmente procura, es decir, la vida en su sentido más amplio y la vida digna. Conscientes de ello, las sociedades modernas como la nuestra están reivindicando con fuerza la máxima información que le permita a la persona decidir con autonomía sobre todo aquello que a su salud y cuidados concierne, y ha trasladado a la legislación esa reivindicación. En nuestro país las comunidades autónomas han sido pioneras, y quiero recordar aquí que fue el Parlamento

catalán el que, después de elaborar una ley propia, propició, a través de una iniciativa de *Convergència i Unió*, el debate y posterior aprobación en el Congreso de la Ley 41/2002. Esta Ley de autonomía del paciente contenía también en su artículo 11 el documento de instrucciones previas como depositario de las voluntades sobre los cuidados y tratamientos cuando no puede expresarse personalmente e incluso sobre el destino de su cuerpo y órganos una vez producida la muerte. Previsiones similares, aunque con diferentes metodologías y facilidades, incluso con denominaciones diferentes, se recogen ya en trece de las comunidades autónomas, bien en sus propias leyes de salud o bien en textos legales expresamente destinados a ello, pero curiosamente a estas alturas solamente cinco de ellas —y puedo equivocarme— tienen creado el necesario registro. Sin embargo, la eficacia de todas las provisiones queda delimitada, cuando no anulada, al no haberse desarrollado el requisito fundamental que el artículo 11 determina, es decir, el registro estatal o nacional de instrucciones previas en el Ministerio de Sanidad y Consumo y desarrollar además el reglamento correspondiente. Se da así la paradoja de que casi dos años después de aprobada la ley, su aplicación en esta materia no es posible y, por tanto, el derecho reconocido a decidir con autonomía está sólo sobre el papel y además de desigual manera dependiendo del territorio y las circunstancias.

El Partido Socialista insiste en su programa electoral sobre estas cuestiones, y por ello el Grupo Parlamentario Socialista trae a esta Comisión la primera proposición de la legislatura, sabiendo además que lo hace en un momento y en un tiempo de debate sobre la vida digna y la propia disponibilidad sobre ella, debate que ha dado origen a otras iniciativas ampliamente consensuadas actualmente en trámite. Sabemos también, por palabras de la señora ministra ante esta Cámara, que es deseo del Ministerio de Sanidad hacer posible que todo ciudadano tenga la posibilidad de expresar claramente su voluntad ante determinadas situaciones clínicas y también que los profesionales que le atiendan tengan acceso a las instrucciones actuando consecuentemente, al margen del lugar donde ocurra el suceso. Por todo ello, señorías, el imprescindible registro, su reglamento, la coordinación con las comunidades autónomas y la puesta en marcha real y efectivo de todo el sistema necesita un impulso definitivo, y es este Parlamento, que dio a luz la norma primigenia, el órgano adecuado, a nuestra manera de ver, que debe impulsar definitivamente este registro de instrucciones previas, y por eso solicito el voto afirmativo de sus señorías.

No quería acabar mi intervención sin agradecer de una manera especial, porque no sé si me corresponderá luego, a la señora presidenta la flexibilidad que ha tenido en el transcurso de esta Comisión, por ser una Comisión realmente amplia, lo que nos ha permitido llegar a acuerdos importantes.

La señora **PRESIDENTA:** Agradezco al señor Fidalgo su valoración de la flexibilidad de la Presidencia pero es que no vamos mal de tiempo, si no nos extendemos ahora, y parecía que por la importancia de los temas debatidos era prudente que se disfrutase de una cierta holgura en la utilización de los tiempos.

¿Grupos que deseen fijar posición? **(Pausa.)**

Por el Grupo Catalán (*Convergència i Unió*), tiene la palabra el señor Xuclá.

El señor **XUCLA I COSTA:** Anuncio el voto afirmativo a esta proposición no de ley del Grupo Parlamentario Socialista en estricta coherencia con la proposición no de ley que hemos presentado la semana pasada en el registro de esta Cámara todos los grupos parlamentarios, excepto el Grupo Popular, y en uno de cuyos puntos se contempla el desarrollo reglamentario del artículo 11 de la Ley 41/2002, de autonomía del paciente. Esta proposición fue objeto de discusión, a partir de una enmienda del Grupo Socialista, en el Pleno de la semana pasada, en estricto cumplimiento del artículo 11, es decir, en cumplimiento de la coherencia de nuestros planteamientos, y del hilo conductor que ha guiado la presentación por parte de *Convergència i Unió* de esta iniciativa legislativa en su momento en el Senado. Quiero subrayar que es la única iniciativa legislativa que en la VII legislatura tuvo el inicio de su tramitación en el Senado por parte de mucha gente, pero permítanme por un momento recordar al querido y llorado senador Jauma Cardona, de *Convergència i Unió*, que fue quien, viviendo muy de cerca la recta final de su vida, contribuyó a redactar una excelente ley en este sentido, por coherencia con el fondo, por coherencia con lo que se contempla en el artículo 11.

Solamente desearía subrayar que la semana pasada el Grupo Popular presentó en el Pleno una enmienda aun punto que hacía referencia también al desarrollo del registro nacional de instrucciones previas, por lo que quiero expresar mi deseo de que esta proposición no de ley pueda ser aprobada por unanimidad de todos los grupos. También quiero expresar mi deseo, aunque nos trasladamos de la Comisión al Pleno, de que en su momento, cuando se discuta la proposición no de ley a la que he hecho referencia al inicio de mi intervención, pueda ser aprobada por todos los grupos en el Pleno de la Cámara.

La señora **PRESIDENTA:** Para expresar la postura del Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la señora Roldós.

La señora **ROLDÓS CABALLERO:** Señorías, como no puede ser de otra manera, el Grupo Parlamentario Popular va a votar a favor de esta proposición no de ley, porque precisamente fue *Convergència i Unió*, como se recordaba aquí, quien impulsó la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente, donde se recogen las instrucciones previas de los pacientes.

Efectivamente, en el Senado el impulsor fue *Convergència i Unió*, pero también debemos recordar aquí que cuando pasó al Congreso de los Diputados se enriqueció notablemente esa proposición. No entiendo cómo el portavoz socialista nos habla aquí de una ley esquelética, cuando contó con el apoyo del Partido Socialista. La ha calificado de esquelética.

Señorías, a veces me llama la atención que el Partido Socialista, cuando hace exposición de motivos, parece que está fijado y anclado en el año 1986, en la Ley General de Sanidad. Es verdad que esa ley plasmaba por primera vez lo recogido en la Constitución española, en su artículo 43, respecto al derecho a la protección de la salud de los ciudadanos, a los derechos relativos a la información clínica y a la autonomía individual del año 1986. Pero es verdad que las previsiones que contemplaba esa Ley General de Sanidad se han visto plasmadas definitivamente y con amplitud en la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía de los pacientes. Esa disposición se aprobó por todas las fuerzas políticas salvo *Convergència i Unió*, que se abstuvo no por un defecto o un planteamiento de forma sino por un planteamiento procedimental. Ha habido hitos importantes durante los ocho años de gobierno del Partido Popular. Esos hitos han sido el Convenio del Consejo de Europa, en el año 1997, para la protección de los derechos humanos y de la dignidad del ser humano respecto a las aplicaciones de la biología y de la medicina, que entró en vigor en enero de 2000 en nuestro país. En el año 1997 se suscribe un convenio de colaboración entre el Consejo General del Poder Judicial y el Ministerio de Sanidad, constituyéndose un grupo de expertos para elaborar las directrices que se incluyeron en la Ley 41/2002. Me llama la atención en la exposición de motivos del Grupo Parlamentario Socialista una frase que dice: Por otra parte, se está iniciando en este momento un debate social en relación con la finalización de la vida. Nosotros no hablamos de finalización de la vida sino de situaciones ante el final de la vida, porque esa es la diferencia: la intencionalidad de acabar o no con la vida de una persona. Esa es la diferencia entre el Partido Popular y el resto de los partidos.

Señorías, quisiera recordarles que esa Ley básica reguladora de la autonomía del paciente, en su artículo 11.2, que es donde recoge lo respectivo a las instrucciones previas, dice: Cada servicio de salud regulará el procedimiento adecuado que garantice el cumplimiento de las instrucciones previas. Es verdad que hay comunidades autónomas que ya han establecido ese registro de instrucciones previas a nivel comunitario. Quiero recordar también el punto 3 de ese artículo 11, que dice que no serán de aplicación aquellas instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, contrarias a la *lex artis*. Quiero recordar que el punto 5 dice que con el fin de asegurar la eficacia en todo el territorio, el ministerio desarrollará esta ley, creando el registro nacional de instrucciones previas, que se regirá por aquellas normas que se determinen previo acuerdo del Consejo Inter-

territorial. Por lo tanto, una vez más animo a la ministra de Sanidad a que lleve al Consejo Interterritorial la creación de ese registro nacional de instrucciones previas, para que las comunidades autónomas puedan hacer las aportaciones oportunas.

Por supuesto que vamos a votar a favor de esta iniciativa. ¿Cómo vamos a votar en contra de algo en lo que hemos trabajado durante ocho años desde el Gobierno y desde el Grupo Parlamentario Popular en esta casa? Nosotros, que hemos sido los verdaderos impulsores de esos derechos de los pacientes, animamos a que el Gobierno se decida, de una vez por todas, a crear ese registro nacional de instrucciones previas. Señorías, me ratifico en que estamos de acuerdo con el texto de la proposición no de ley, y no estamos de acuerdo con la esquelética motivación que ha hecho el Grupo Parlamentario Socialista, porque aquí se ha obviado incluso hasta la disposición derogatoria única de la Ley 41/2002. Lo hemos visto hace pocos meses, cuando grupos de esta Cámara llevan proposiciones de ley en las que pretenden derogar artículos de la Ley General de Sanidad que están derogados desde su entrada en vigor el 14 de mayo de 2003. Por lo tanto, señorías, nuestra posición está clara y diáfana.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Fidalgo, muy brevemente y no para reabrir el debate.

El señor **FIDALGO FRANCISCO**: Sólo quiero hacer una aclaración porque merece la pena que así conste en el «Diario de Sesiones». Está claro que cuando bajamos de lo humano a la anatomía nos perdemos todos un poco, pero la referencia esquelética no es peyorativa, sino que quiero decir que está la arquitectura hecha, pero hay que llenarla de contenido, darle magro. Eso es lo que quiero decir. La ley, por supuesto, no me parece negativa, desde el punto de vista egoísta y personal, porque fui ponente de ella con su portavoz Mario Mingo. Por tanto, lo que digo es que ahora queda un amplio trabajo para dar contenido a esa ley que tiene el esqueleto hecho.

La señora **PRESIDENTA**: Antes de proceder a las votaciones, le falta conocer a esta Presidencia, y a los servicios letrados que estamos en coincidencia, cuál ha sido el acuerdo, si es que lo ha habido, respecto al punto 6, la proposición no de ley relativa a los fondos de cohesión sanitaria vigentes desde el año 2002. Ruego a los señores portavoces que si ha existido ese acercamiento, le trasladen a la Mesa en qué términos se ha producido.

La señora **BONÁS PAHISA**: Esquerra Republicana acepta la enmienda del Grupo Socialista.

La señora **PRESIDENTA**: Exclusivamente la del Grupo Socialista, no ha habido acercamiento con el Grupo Popular. Eso será lo que se someta a votación.

Tiene la palabra el señor Mingo.

El señor **MINGO ZAPATERO**: Como no ha habido acuerdo y entendemos que nuestra propuesta es mucho más amplia y viene a especificar en seis apartados cuál es la propuesta que el Grupo Parlamentario Popular hace en relación con la regulación del Fondo de Cohesión, y entendiéndolo que es buena la propuesta aceptada del Grupo Socialista en relación con que esto se debatía en el Consejo Interterritorial, nuestra posición será de abstención para que nadie dude que debe ser debatida en el Consejo Interterritorial, pero que nos hubiera gustado que los demás grupos hubieran sido más receptivos a una propuesta que entendemos que es ampliamente mejor.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor portavoz del Grupo Popular, por esta aclaración, que sí es pertinente en este caso puesto que hace referencia a cuál será el sentido de su voto.

Sin más, podemos proceder al comienzo de las votaciones en el orden de las iniciativas que constan en el correspondiente orden del día. La primera es la relativa a la declaración de nulidad de pleno derecho de la orden ministerial de 18 de diciembre de 2000 en relación con el fichero de datos de carácter personal y quienes padecen infecciones del VIH. De los términos del debate, aunque no se ha manifestado estrictamente, parece claro que por el grupo proponente, que era la representante del BNG dentro del Grupo Mixto, sí se ha aceptado la enmienda del Grupo Socialista, por lo tanto, el producto de ambas es lo que se somete a votación.

Efectuada la votación, dijo

La señora **PRESIDENTA**: Queda aprobada por unanimidad.

A continuación se somete a votación la primera de las dos proposiciones no de ley referidas a las personas que padecen la enfermedad celíaca. Por el Grupo Popular, autor de la iniciativa, se ha señalado la no aceptación de la enmienda del Grupo Socialista, por lo tanto, la votación que vamos a efectuar se basa en los términos literales de la iniciativa del Grupo Popular.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 17; en contra, 19; abstenciones, una.

La señora **PRESIDENTA**: Queda rechazada.

Votamos la tercera iniciativa, referida también al reconocimiento de quienes padecen enfermedad celíaca, esta vez iniciativa del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), que tampoco ha hecho aceptación de la enmienda que proponía el Grupo Socialista.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 17; en contra, 19; abstenciones, dos.

La señora **PRESIDENTA**: Queda rechazada.

La cuarta de las iniciativas presentadas, relativa a la adquisición de la llamada píldora del día siguiente, se

somete a votación en los términos que resultan de la iniciativa más la aceptación de la enmienda socialista que ha efectuado la portavoz del Grupo de Esquerra Republicana.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 22; en contra, 15.

La señora **PRESIDENTA**: Queda aprobada.

A continuación se va a votar la iniciativa relativa a la reducción del impuesto sobre el valor añadido en ciertos productos de higiene íntima femenina. Se somete a votación en los términos que resultan de la aceptación de las enmiendas que ha hecho la señora Bonás y que han supuesto algún cambio en la redacción, que ha sido trasladada a esta Mesa, aceptándose la enmienda del Grupo Parlamentario Catalán, pero no en términos literales sino con alguna diferencia de matiz, puesto que suponía retirar de la iniciativa la referencia a los pañales. Por lo tanto, sometemos a votación prácticamente el texto de la enmienda presentada por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), sin pañales.

La señora **BONÁS PAHISA**: Es el texto de Esquerra Republicana de Cataluña, sin los pañales, y de adición la de Convergència i Unió, que iba en otro sentido, y es que insta a la Unión Europea.

La señora **PRESIDENTA**: Hay una parte coincidente en las dos. Habrá que elegir uno de los dos textos.

La señora **BONÁS PAHISA**: No son iguales los textos, porque en la nuestra instamos al Gobierno y en la de Convergència se insta a la Unión Europea.

La señora **PRESIDENTA**: En todo caso, habíamos pedido que se acercasen a la Mesa los textos de las iniciativas debatidas. ¿Le importaría a la señora Bonás acercarse a la Mesa para aclararnos esto? (**Pausa.**)

Leeré el texto de lo que se vota, porque no ha resultado claro hasta este momento. La proposición no de ley que se va a votar va a constar de tres puntos: uno primero, en que el Congreso, esta Comisión, insta al Gobierno a realizar las gestiones necesarias, unas ante el Ministerio de Hacienda, para que se rebaje el 4 por ciento del impuesto sobre el valor añadido en productos de higiene íntima femenina. Un segundo punto, impulsar los mecanismos que sean necesarios, esta vez ante la Unión Europea y por parte del Ministerio de Economía y Hacienda para que se le inste también a aplicar un tipo superreducido de este mismo impuesto sobre el valor añadido, desapareciendo del texto, de lo que era la iniciativa del Grupo Catalán, los pañales desechables de uso infantil. Un tercer punto, demandar a los órganos competentes la vigilancia del efectivo traslado a los consumidores de la rebaja del impuesto sobre el valor añadido en el precio final de estos productos.

Esto es lo que se somete ahora a votación.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 17; en contra, 22.

La señora **PRESIDENTA**: Queda rechazada.

La proposición número 6, que es a la que me he referido antes de las votaciones, es la relativa a la revisión de los fondos de cohesión sanitaria vigentes desde el año 2002. La votación se va a producir en los términos de la propia iniciativa más la enmienda del Grupo Socialista, que ha sido expresamente aceptada por la señora Bonás.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 22; en contra, uno; abstenciones, 15.

La señora **PRESIDENTA**: Queda aprobada.

Votamos la relativa a la tarjeta sanitaria única. Parece que existía un acercamiento de las posturas entre el grupo proponente y el Grupo Socialista. Por tanto, sometemos a votación el texto resultante de la aceptación de la enmienda.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 37; abstenciones, dos.

La señora **PRESIDENTA**: Queda aprobada.

En la iniciativa relativa a la puesta en marcha de un plan integral de salud buco-dental para los mayores ha quedado claro la no aceptación por parte del grupo proponente de la enmienda del Grupo Socialista. Por tanto,

la votamos en los estrictos términos de la proposición no de ley presentada por el Grupo Popular.

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

La señora **PRESIDENTA**: Queda rechazada.

La proposición no de ley relativa a la prohibición de prescripción en niños y adolescentes de antidepresivos del tipo isrs por el riesgo suicidario —dice la iniciativa, de suicidio diría yo— observado en algunos casos. No existían enmiendas. Por tanto, votamos el texto literal de la proposición no de ley.

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

La señora **PRESIDENTA**: Queda rechazada.

Finalmente, la relativa a la creación en el Ministerio de Sanidad y Consumo del registro nacional de instrucciones previas.

Efectuada la votación, dijo

La señora **PRESIDENTA**: Queda aprobada por unanimidad.

Sin más, se levanta la sesión.

Era la una y cuarenta minutos de la tarde.

Edita: **Congreso de los Diputados**
Calle Floridablanca, s/n. 28071 Madrid
Teléf.: 91 390 60 00. Fax: 91 429 87 07. <http://www.congreso.es>

Imprime y distribuye: **Imprenta Nacional BOE**
Avenida de Manoteras, 54. 28050 Madrid
Teléf.: 91 384 15 00. Fax: 91 384 18 24



Depósito legal: M. 12.580 — 1961