



# CORTES GENERALES

## DIARIO DE SESIONES DEL

# CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Año 2004

VIII Legislatura

Núm. 151

## SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DE LA EXCMA. SRA. D.<sup>a</sup> MARGARITA URÍA ETXEBARRÍA

Sesión núm. 6

celebrada el martes, 30 de noviembre de 2004

Página

### ORDEN DEL DÍA:

Comparecencia del señor director general del Instituto Carlos III (Gracia Navarro) para informar sobre los distintos proyectos de su departamento. A solicitud del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 212/000149.) . . . . .

2

### Preguntas:

— Del señor Gutiérrez Molina, del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso, sobre situación de los programas de oncología molecular, genética del cáncer, patología molecular, biología estructural y biocomputacional y terapias experimentales en el ámbito de la investigación del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas. (Número de expediente 181/000104.) . .

16

— Del mismo señor diputado, sobre previsiones acerca de la acreditación de los institutos de investigación sanitaria. (Número de expediente 181/000108.) . . . . .

16

**Proposiciones no de ley:**

— Sobre creación de un registro central de pólizas de seguros de vida. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista del Congreso. (Número de expediente 161/000296.) . . . . .	19
— Sobre reconocimiento de la enfermedad celíaca. Presentada por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió). (Número de expediente 161/000352.) . . . . .	21
— Sobre mejora de la atención a las personas que padecen la enfermedad celíaca. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista del Congreso. (Número de expediente 161/000397.) . . . . .	21
— Relativa a la atención sanitaria de los inmigrantes. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/000359.) . . . . .	28
— Relativa a la participación activa de los pacientes en el Sistema Nacional de Salud. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/000360.) . . . . .	33
— Sobre transparencia informativa en el Sistema Nacional de Salud. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/000395.) . . . . .	36
— Sobre la necesidad de medidas en relación a los coleccionables que se sacan al mercado, con información veraz y de fácil acceso para los consumidores. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista del Congreso. (Número de expediente 161/000396.) . . . . .	38

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

**COMPARECENCIA DEL SEÑOR DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO CARLOS III (GRACIA NAVARRO) PARA INFORMAR SOBRE LOS DISTINTOS PROYECTOS DE SU DEPARTAMENTO. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 212/000149.)**

La señora **PRESIDENTA**: Señoras y señores, comenzamos la sesión de la Comisión de Sanidad y Consumo con un orden del día largo, que tiene como primer punto la comparecencia del director del Instituto Carlos III, a quien tenemos con nosotros, que comenzará haciendo una exposición de los proyectos que piensa desarrollar en el cargo para el que ha sido nombrado. Esta comparecencia se celebra, como ustedes conocen, a instancias del Grupo Popular, por tanto, una vez concluida la intervención del compareciente será el Grupo Popular el que comience el orden de intervenciones para luego, como es habitual en las comisiones, fijar su postura las demás formaciones de menor a mayor, concluyendo con el partido que apoya al Gobierno. Sin más, tiene la palabra el señor Gracia Navarro, que comparece como director del Instituto Carlos III.

El señor **DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO CARLOS III** (Gracia Navarro): Muchas gracias, señora presidenta.

Señoras y señores diputados, quiero agradecer al Grupo Popular la solicitud de mi comparecencia, porque, en primer lugar, para mí es un honor estar ante esta Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados, y en segundo lugar, porque me da la oportunidad de exponer los proyectos que el Instituto de Salud Carlos III desarrollará durante la presente legislatura, en cumplimiento de las responsabilidades y objetivos que me han sido encomendados por la señora ministra de Sanidad y Consumo. Además es un motivo de satisfacción, ya que me permite compartir con todos ustedes las diversas iniciativas que se están diseñando en el Instituto de Salud Carlos III con el fin de continuar avanzando en sus áreas de competencia, como son el fomento y la ejecución de la investigación biomédica, la prestación de servicios de salud pública, la formación de posgrado en salud pública y la evaluación y acreditación de las investigaciones biomédicas y de las tecnologías sanitarias.

Como ustedes saben, el Instituto se rige por la Ley General de Sanidad, como órgano de apoyo científico técnico al Ministerio de Sanidad y Consumo, y a los servicios de salud de las comunidades autónomas, y por la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Como organismo público de investigación se rige por lo dispuesto en la Ley de fomento y coordinación general de la investigación científica y técnica, y, por supuesto, por su estatuto, aprobado por Real Decreto 375 de 2001. Como organismo público de investiga-

ción y como órgano de apoyo científico-técnico al servicio del Sistema Nacional de Salud, tenemos la responsabilidad de fomentar la investigación extramural en biomedicina y ciencias de la salud, a través de la planificación y priorización del fondo de investigación sanitaria en el marco del Plan Nacional de I+D. Además, debemos contribuir a la vertebración de la investigación en el Sistema Nacional de Salud, y de su conexión con el resto del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología, mediante la asociación entre los distintos centros de investigación, la acreditación de institutos, el establecimiento de redes de investigación, y todo ello con el fin de concentrar la investigación en los objetivos previstos del citado plan e impulsar la investigación de calidad. Adicionalmente nos corresponde gestionar los programas del plan nacional que nos son asignados, contribuyendo a la definición de sus objetivos, colaborando en las tareas de evaluación y seguimiento de los mismos y asesorando en materia de investigación científica e innovación tecnológica a los organismos dependientes de la Administración del Estado y las comunidades autónomas. Además, nuestra pertenencia a la Unión Europea requiere nuestra contribución en la construcción del denominado espacio europeo de investigación, para lo que resulta necesario potenciar el trabajo en red, la investigación de calidad e incrementar la masa crítica de investigadores. Todo lo cual posee como principal objetivo aumentar la eficacia y eficiencia de los cuantiosos recursos destinados a tal fin y, en definitiva, incrementar la competitividad y el nivel de innovación en el territorio de la Unión Europea. Cumplir con estas responsabilidades en el momento actual nos plantea una serie de retos que debemos afrontar a lo largo de esta legislatura, para situar a la investigación biomédica y sanitaria que se realiza en nuestro país en el lugar que realmente le corresponde. Voy, por tanto, a repasar la situación de partida y las nuevas acciones que realizaremos.

En lo que se refiere a la política de personal, el Instituto de Salud Carlos III es un organismo público de investigación que tiene siete grandes objetivos recogidos en sus estatutos, todos los cuales aparecen ligados de una u otra forma a la prestación de servicios. Desde ese punto de vista, el Instituto es una empresa de prestación de servicios con un fuerte componente de valor añadido, que utiliza como elemento principalísimo de su actividad la aportación de sus recursos humanos. Sin embargo, la política seguida en los últimos años ha sido la de un empobrecimiento gradual de estos recursos humanos. A modo de ejemplo sólo quiero señalar que en los últimos tres años el número de funcionarios ha bajado en más del 20 por ciento, aun descontando los funcionarios que han sido transferidos a otras instituciones. La ejecución de las funciones asignadas a la institución, así como la implantación de todas las nuevas políticas científicas que desde el Instituto queremos desarrollar, necesitan de una u otra forma un enriquecimiento del personal del mismo. En consecuencia, es

objetivo estratégico de primer orden recomponer la plantilla del organismo mediante dos acciones. Una de ellas es la oferta pública de empleo. La situación en que se encuentra el organismo exige de una política de crecimiento, tanto cuantitativo como cualitativo del personal que debe ser mantenida en el tiempo. Dicha política ha de asentarse, en primer término, en facilitar el acceso de personal suficientemente formado tanto de carácter científico como técnico y de apoyo. En ese orden de cosas, cabe encuadrar el crecimiento de más del 10 por ciento que experimenta el capítulo 1 del presupuesto del ejercicio de 2005 para dar cobertura a esa oferta de empleo público; política que continuaremos en los futuros ejercicios presupuestarios. La segunda acción será la ordenación del personal. La creación en el pasado reciente de las escalas de científicos, técnicos, titulados de grado medio, ayudantes de investigación y auxiliares de investigación de las OPI, y su inadecuada regulación, tanto en términos estatutarios como retributivos ha introducido unos notables elementos de indefinición e inseguridad que es preciso despejar. Desde el Instituto se van a promover ante los departamentos correspondientes las acciones que sean precisas para clarificar la situación creada por la aparición de las citadas escalas, definiendo las funciones que les corresponden para adecuar las funciones realizadas y los requerimientos para su ejercicio a los esquemas retributivos, manteniendo en cualquier caso las tradicionales vías de entrada al organismo para reclutar al personal necesario a los objetivos que nos son específicos de investigación. Y por último, actuaremos sobre las condiciones de trabajo. Una de las grandes debilidades del Instituto es la inadecuación, insuficiencia y obsolescencia de sus instalaciones, que están lastrando su proyecto de futuro y colocando en situación inadecuada a parte de su personal. La mejora de sus instalaciones y el logro de unas adecuadas condiciones de trabajo del personal científico y técnico conforman uno de los objetivos de carácter estratégico del organismo en el medio plazo, que comienza ya en este ejercicio, toda vez que son un elemento condicionante de cualquier tipo de actividad actual o futura que pretenda realizarse. En ese orden de cosas, la dirección del Instituto de Salud Carlos III va a afrontar dicho problema especialmente significativo en las instalaciones del campus de Majadahonda, en el que se enclava la mayor parte de sus centros de investigación, promoviendo su cambio de ubicación o acometiendo las inversiones que resulten necesarias para poner a disposición de sus técnicos e investigadores unas instalaciones y equipamientos idóneos para realizar las funciones que les corresponden.

La política presupuestaria del organismo, plenamente congruente con la del ministerio, tiene dos objetivos fundamentales. Uno de ellos es la suficiencia. El objetivo pretendido es que en el medio plazo existan recursos suficientes con los que financiar las líneas sectoriales de actuación que más adelante indicaremos. A tal efecto, el presupuesto del organismo crece con respecto al

ejercicio 2004 un total de más de 21 millones de euros, que en términos relativos representa un 9,55 por ciento de aumento. El total del presupuesto del organismo para el ejercicio 2005 permite, por tanto, dar cobertura a su plan de acción en sus tres grandes vertientes: la del fomento de la investigación biomédica y sanitaria a través de las distintas líneas de actuación del FIS, la de la investigación intramural y de prestación de servicios al Sistema Nacional de Salud y la de la financiación de la investigación a través de las fundaciones vinculadas al instituto. La segunda estrategia en la política presupuestaria es la estabilización de la estructura financiera del organismo. Desde el año 2002, el aumento del presupuesto del instituto ha venido siendo soportado esencialmente por los ingresos financieros de carácter voluntario dimanantes de un acuerdo con la patronal de la industria farmacéutica y con la federación de asociaciones de distribución farmacéutica; acuerdo que tenía un plazo fijo de caducidad. Ello introducía notables elementos de inestabilidad, dado que dicha aportación había llegado a ser casi el 50 por ciento de la financiación total del organismo, y además no se garantizaba su ingreso y, en consecuencia, su aplicación presupuestaria en las ayudas concedidas por el organismo. Como consecuencia de lo dispuesto en el texto articulado de la Ley de Presupuestos para 2005, se modifican las relaciones con la industria farmacéutica de tal modo que la aportación proveniente de la misma se estabiliza sobre bases equitativas, firmes y seguras, solventándose de ese modo un elemento de debilidad de la estructura financiera del instituto.

Paso a continuación a comentar la reorganización del instituto que pretendemos realizar. La organización del Instituto de Salud Carlos III proviene de su estatuto aprobado en el año 2001 y, aunque pudiera estar entonces justificada, ya no se adapta a las necesidades de funcionamiento actuales y a los nuevos instrumentos que se vienen utilizando. A tal efecto, el proyecto inmediato del departamento es proceder a su reestructuración para acomodarlo a sus necesidades actuales, y tiene como objetivos los siguientes apartados: situar todas las unidades que realizan prestaciones de servicios entendidas de un modo amplio bajo un único órgano directivo, es decir, una subdirección; agrupar todas las unidades que se encuentran funcionalmente trabajando en red con el organismo bajo una misma y única referencia organizativa; contemplar adecuadamente desde el punto de vista organizativo las relaciones con las administraciones territoriales y con la Unión Europea; generar una unidad responsable de la investigación en terapia celular y medicina regenerativa para dar cobertura organizativa a este campo de investigación de carácter estratégico y, finalmente, potenciar el fondo de investigaciones sanitarias como elemento esencial para el fomento de la investigación biomédica y sanitaria. Por otra parte, resulta necesario destacar que el Instituto de Salud Carlos III es un organismo fuertemente centralizado, y en consecuencia burocratizado, con pro-

cesos de gestión extremadamente lentos y complejos. Es propósito de la dirección proceder a una modificación de los modos de funcionar del mismo durante el presente año para que, sin merma del cumplimiento de la legalidad, se facilite la labor de técnicos e investigadores de manera que se aumente su eficacia y su eficiencia.

Paso a continuación a repasar cada una de las tareas que he citado anteriormente. En el área de prestación de servicios de salud pública, es decir, la actividad intramural del instituto, esta actividad está fundamentalmente orientada al servicio de la salud pública y se desarrolla en el seno de los centros nacionales y demás unidades adscritas a la organización, con un doble objetivo. En primer término, asesorar y participar con el Ministerio de Sanidad y Consumo y las comunidades autónomas en todos los temas relacionados con las enfermedades transmisibles, incluyendo entre otros el diagnóstico y el control de las mismas, el estudio de brotes, epidemias u otras situaciones de emergencia sanitaria de etiología infecciosa, medioambiental o bien de enfermedades de baja prevalencia. En segundo lugar, proporcionar servicios basados en la generación de conocimiento a través de la investigación que lleguen al ciudadano mediante transferencia de tecnología o transferencia de resultados a la Administración, en general, en el sector público o bien directamente a través de la industria en el sector privado con la realización de convenios de colaboración en materia de investigación. Pretendemos durante la presente legislatura proceder a una evaluación científico-técnica de la actividad intramural desarrollada, tomando como punto de partida la última auditoría realizada al Instituto en el año 1997-1998. La evaluación comprenderá dos fases, una interna y otra externa, y su objetivo será poner de manifiesto las fortalezas y debilidades del organismo sobre las que basar una actualización de la planificación estratégica del instituto. Para ello pondremos en marcha una unidad de calidad y planificación que pilotará las distintas fases de evaluación y planificación. En la última fase del proceso, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y en concreto su comisión científico-técnica deberán definir las necesidades estratégicas que el Sistema Nacional de Salud tiene del Instituto de Salud Carlos III, al objeto de que la planificación estratégica del mismo corresponda a dichas necesidades. Simultáneamente potenciaremos las actuales actividades intramurales, fundamentalmente relacionadas con los estudios de investigación epidemiológica, a través del Centro Nacional de Epidemiología. Se seguirán tomando las medidas que faciliten una respuesta rápida a las situaciones epidémicas, así como otros incidentes de salud pública, y para ello se continuará con el diseño de sistemas de información que sustenten la vigilancia de las alertas rápidas y garanticen las respuestas adecuadas ante problemas relacionados con las enfermedades infecciosas emergentes y no emergentes, con la situación epidémica, incidentes ambientales,

riesgos accidentales y provocados, etcétera. Igualmente se continuarán y potenciarán los estudios de investigación en sanidad ambiental, a través del Centro Nacional de Sanidad Ambiental, en los que se identifican los riesgos ambientales que pueden causar daño en el ser humano, como puede ser el caso de contaminantes cancerígenos tales como el radón en los edificios y hogares. Además, se realizarán investigaciones sobre la radiocontaminación en alimentos —de hecho ya se realizan— y de otros productos con ensayos muy específicos que redundan en garantizar su seguridad frente a la radiocontaminación. Los estudios de investigación en enfermedades infecciosas a través del Centro Nacional de Microbiología destacan de manera primordial por su carácter de apoyo científico-técnico al Sistema Nacional de Salud en diversos aspectos: referencias, diagnósticos e investigación en problemas prioritarios como la resistencia a antimicrobianos, las enfermedades infecciosas transmitidas por los alimentos y el agua, las enfermedades infecciosas transmitidas por vectores y animales, las enfermedades infecciosas transmitidas por la sangre, las de transmisión crónica y las infecciones nosocomiales y el desarrollo y uso de vacunas. De igual manera, se continuará con los estudios de investigación en medicina tropical y enfermedades raras, con el objetivo de desarrollar estas competencias del instituto en función de las necesidades que requiera el Sistema Nacional de Salud.

En el segundo gran apartado del instituto, el ámbito de la investigación biomédica extramural, en España contamos con un excelente capital humano investigador en las áreas de la biomedicina y las ciencias de la salud. Para situar a la investigación que ese personal realiza en el lugar de vanguardia que creemos que le corresponde, deberemos desarrollar dos políticas esenciales. En primer lugar, dignificar la profesión de investigador y, en segundo lugar, potenciar la investigación traslacional, aproximando los resultados obtenidos en la investigación básica que fundamentalmente se realiza en las universidades y en otros OPI a la práctica clínica que se desarrolla en el Sistema Nacional de Salud. La investigación sanitaria es un elemento necesario para el éxito de cualquier estrategia que se proponga mejorar la salud de los ciudadanos. La integración de la investigación con la práctica clínica garantiza una mayor calidad de los servicios de salud y una mejor y más rápida implantación de los avances científicos en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, y un cuidado más ético y eficiente de los pacientes. La investigación biomédica y sanitaria que financia el Instituto de Salud Carlos III a través del fondo de investigaciones sanitarias está incluida, como no podía ser de otra manera, en el Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica 2004-2007, instrumento de política científica y tecnológica de la Administración General del Estado que impulsa a la coordinación con las comunidades autónomas y las sinergias con los fondos estructurales

y el programa marco de la Unión Europea. El VI programa marco de la Unión Europea se caracteriza, entre otros elementos, por la creación de redes de centros de excelencia científica y creación de centros virtuales, la ejecución de proyectos integrados de investigación, la definición de un enfoque europeo sobre las infraestructuras de investigación, la apertura e integración del espacio científico y tecnológico europeos y la apertura mutua de los programas nacionales. Bajo estos referentes el Gobierno, a través del Ministerio de Sanidad y Consumo y por medio del Instituto de Salud Carlos III, desarrolla una estrategia basada en las siguientes premisas. En primer lugar, establecer las medidas para que la investigación científica y la innovación contribuyan a mejorar de manera significativa y sostenible las intervenciones y procedimientos preventivos, diagnósticos terapéuticos y rehabilitadores. En segundo lugar, garantizar que la actividad investigadora y de transferencia de resultados a la práctica clínica se desarrolla y se sustenta científicamente de manera demostrable. En tercer lugar, garantizar la observancia y el cumplimiento de los derechos, la protección de la salud y la garantía de la seguridad de la sociedad, los pacientes y los profesionales involucrados en la actividad de investigación. En cuarto lugar, incorporar la actividad científica en el ámbito sanitario en el espacio europeo de investigación. En quinto lugar, facilitar que en toda la estructura asistencial del Sistema Nacional de Salud se puedan llevar a cabo iniciativas de investigación clínica y básica fomentando el desarrollo de la metodología científica y de la medicina basada en la evidencia. Los elementos claves de esta estrategia son, en primer lugar, el incremento de los fondos económicos para la investigación biomédica. En segundo lugar, el uso de las nuevas metodologías de investigación, potenciando la investigación en células madre y terapia celular. En tercer lugar, el incremento de la masa crítica de investigadores y la potenciación de la carrera de jóvenes investigadores con la formación de médicos científicos; la consideración de la investigación de calidad como un todo, desde sus aspectos más básicos a los más poblacionales; la aproximación de la investigación básica y la investigación clínica, potenciando la investigación traslacional. La consideración del hospital como centro de investigación. La priorización de la investigación, seleccionando temas que tengan impacto en una mejor asistencia a los ciudadanos, como pueden ser el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades neurológicas y mentales, las enfermedades infecciosas, las enfermedades genéticas, las enfermedades respiratorias y otras enfermedades crónicas. Igualmente, el fomento de la investigación epidemiológica en salud pública, en servicios de salud y tecnología sanitaria y en salud ocupacional ocuparán un papel relevante. Asimismo, la investigación en atención primaria y en enfermería serán objeto de una especial atención. En esta estrategia juega un papel importante también la consolidación del papel coordinador del Instituto de

Salud Carlos III, la potenciación de la evaluación prefinanciación y posfinanciación de las actividades, a través de las comisiones técnicas de evaluación del FIS, que han sido reestructuradas recientemente respondiendo a las prioridades marcadas por el plan nacional. Y por último, la identificación y evaluación de las tecnologías nuevas o establecidas que necesiten evaluación y que permitan fundamentar técnicamente la selección, incorporación y difusión en el sistema sanitario y la elaboración de estudios prospectivos sobre las nuevas y emergentes tecnologías sanitarias. Estos elementos se concretan —completando las actividades que ya realiza el Instituto de Salud Carlos III a través del FIS, como son la financiación de becas de formación e investigación, la financiación de contratos de investigadores en sus diversas modalidades, etcétera— en tres grandes acciones. En primer lugar, la consolidación y financiación de estructuras de investigación en red. La constitución de las redes temáticas de investigación cooperativa a partir de centros de investigación del Sistema Nacional de Salud y de las otras estructuras de investigación dependientes del entramado del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología que trabajan en programas comunes, ha sido una excelente iniciativa que puede ser la base para la creación de nuevas estructuras más potentes al servicio de los programas de investigación del Sistema Nacional de Salud. Este instrumento debe consolidarse a través de una evaluación final potente (les recuerdo que las redes de investigación cooperativa entran en su tercer año según lo planificado, y por tanto, corresponde realizar la evaluación final de sus actividades) que permita diseñar unos centros de investigación biomédica en red asociados al Instituto de Salud Carlos III en patologías o temas relevantes para el Sistema Nacional de Salud. Estos centros deberán tener una clara orientación traslacional, abordando desde los aspectos básicos hasta los poblacionales de un tema concreto, y en ellos deberán participar todas las instituciones implicadas, institutos de investigación hospitalaria, universidades, otros OPI e incluso el sector productivo, facilitando de esta manera su financiación. El instituto será el elemento nucleador, dotando la mayor parte de la financiación y de los mecanismos de gestión que permitan una ágil labor investigadora y de gestión de personal técnico e investigador. La segunda acción será la acreditación de institutos de investigación sanitaria como asociaciones de centros de investigación a nivel local, multidisciplinares y multiinstitucionales, con el fin de desarrollar e integrar armónicamente la investigación básica, clínica y de salud pública como un todo, potenciando de esta manera la investigación traslacional. Este tipo de estructuras permitirá compartir recursos e infraestructuras y promover la cultura investigadora en los centros del Sistema Nacional de Salud. Y la tercera acción de gran relevancia (aunque sea la última que voy a comentar en mi opinión es la más importante) será la incorporación de recursos humanos en investigación con el objeto de dar entrada

en el Sistema Nacional de Salud a profesionales con capacidad investigadora. Dicho programa se concreta en la incorporación de investigadores profesionales y personal de apoyo técnico a la investigación y la formación de personal sanitario una vez finalizado el período de residencia, así como en la consolidación de los contratos de investigadores del FIS a través de una evaluación final y unas condiciones laborales estables a diez años.

La investigación en terapia celular y medicina regenerativa es una de las áreas estratégicas seleccionadas por el Gobierno que consideramos de interés estratégico para el futuro, por varias razones. En primer lugar, por las evidencias científicas existentes en el sentido de que pueda constituir una excelente vía para proporcionar soluciones terapéuticas en problemas patológicos que carecen de tratamiento en la actualidad, así como en la mejora de los tratamientos disponibles que ya se están aplicando en algunas patologías. Por tanto, nos felicitamos de que el nuevo Gobierno haya puesto bajo el paraguas del Instituto de Salud Carlos III las acciones de investigación con células troncales. Es voluntad del ministerio que la investigación con este tipo de material de origen humano, tanto adulto como embrionario, sea una de las líneas prioritarias de investigación en España tanto por nuestro potencial científico en este campo como por las perspectivas científicas y terapéuticas de esta línea de investigación, pero dicha potenciación se debe de realizar garantizando a la sociedad que se hace dentro de los límites éticos que la propia sociedad está dispuesta a aceptar. En este sentido, el ministerio debe ser el garante de que los proyectos con células troncales humanas se realizan por equipos con solvencia científica con el propósito de alcanzar resultados de utilidad en la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos y dentro de los límites éticos anteriormente mencionados. Para ello el instrumento administrativo estará ligado al Instituto de Salud Carlos III, que jugará un papel central y esencial en la potenciación, coordinación y control de este tipo de investigaciones.

Por tanto, en el seno del Instituto se creará la Subdirección General de Investigación en Terapia Celular y Medicina Regenerativa, cuyo principal objetivo será organizar este área en el conjunto del Estado. En este sentido las acciones a realizar serán, en primer lugar, la suscripción de convenios de colaboración con las comunidades autónomas para la potenciación de esta área de investigación; hasta el momento se han firmado con Cataluña y Andalucía y ya se ha acordado y espero que se firme en próximos días con la Comunidad Valenciana. En segundo lugar, desarrollar un programa de formación de investigadores en medicina regenerativa y terapia celular por medio de su priorización en la convocatoria de ayudas para el perfeccionamiento del FIS y de convenios específicos; actualmente está en trámite un convenio con el Instituto Salk de San Diego en los Estados Unidos. En tercer lugar, la priorización de esta línea de investigación en las convocatorias de

proyectos del FIS. En cuarto lugar, la creación y puesta en marcha del Banco Nacional de Líneas Celulares que tendrá tres nodos, en Barcelona, Valencia y Granada, actuando este último como coordinador. En este momento se está procediendo a tramitar administrativamente el borrador de orden ministerial que regula su funcionamiento. Y por último, en quinto lugar, la constitución y puesta en marcha de la comisión de seguimiento y control de la donación y utilización de células y tejidos humanos, encargada de informar preceptivamente los proyectos de investigación que utilicen material de origen embrionario.

En el área de formación que desarrolla el instituto merece una especial mención la Escuela Nacional de Sanidad. Esta es una institución clásica de la salud pública española, fundada hace ochenta años en virtud de la colaboración entre España y la Fundación Rockefeller de los Estados Unidos, que se creó para la formación en salud pública de los funcionarios de la Administración sanitaria, principalmente el cuerpo de médicos de sanidad nacional y otros relacionados con las actividades de salud pública. Este carácter de escuela nacional de la Administración Sanitaria fue su principal finalidad, pero actualmente la está perdiendo debido a los cambios estructurales producidos en la sanidad española motivados por la conclusión del proceso de transferencias de las competencias sanitarias a las comunidades autónomas, cuyo impacto sobre la escuela ha sido mayor que cuando las transferencias de la salud pública en los años ochenta. La Escuela Nacional de Sanidad está sufriendo los efectos de lo que podemos considerar un fin de ciclo histórico que afecta fundamentalmente a su papel como escuela de funcionarios sanitarios. A esta situación se ha ido superponiendo una creciente dedicación a la formación especializada no directamente ligada al trabajo en las administraciones sanitarias. En ambos casos la escuela, al impartir formación de posgrado en salud pública y administración sanitaria, es la institución española con mayor tradición en este campo capaz de garantizar el apoyo al Sistema Nacional de Salud en el ámbito de la gestión del conocimiento en salud pública y administración sanitaria, cuya expresión material es en forma de cursos y maestrías en investigación en salud pública y asesorías al ministerio, a las comunidades autónomas, a organismos internacionales y a ministerios de salud de otros países. La situación de fin de ciclo histórico a que hacía referencia en la que se encuentra la escuela nacional presenta, sin embargo, aspectos de crisis más generalizada al concluir la situación de fuerte demanda de formación propia de los años ochenta, como consecuencia de la gran oferta de puestos de trabajo en el ámbito de la salud pública y especialmente de la administración y gestión de servicios sanitarios. La baja oferta docente animó a las administraciones sanitarias a resolver la formación de sus cuadros mediante la creación de escuelas más o menos institucionalizadas. Por tanto, nos planteamos como objetivos inmediatos que,

como escuela de formación en salud pública y administración sanitaria en el marco del Sistema Nacional de Salud, el primer objetivo sea fortalecer las maestrías existentes, las de salud pública, administración sanitaria, salud pública internacional y epidemiología aplicada de campo. Además se considera necesario incorporar dos nuevas maestrías, la de seguridad alimentaria y la de salud ambiental, que ampliarían la formación de posgrado específica en salud pública de las nuevas licenciaturas de medio ambiente y tecnología de los alimentos. Para ello se están realizando las gestiones oportunas encaminadas a conseguir este objetivo. Como objetivos y retos a medio plazo nos planteamos, junto a las circunstancias comentadas, la formulación del espacio europeo para la educación superior, que supone un reto adicional para la escuela nacional y determinará a medio plazo su futuro como escuela de salud pública homologada internacionalmente.

En el nuevo contexto es preciso preparar un escenario de modelo mixto administración sanitaria-universidad, basado en las posibilidades abiertas por la Ley Orgánica de Universidades, que garantice el carácter universitario de las actuales titulaciones de maestría y posibilite la realización de doctorados en la escuela, tal y como sucede en todas las escuelas de salud pública. La propuesta modificará la oferta docente que debe dar respuesta a la bipolaridad propia de la escuela, y que estará orientada hacia jóvenes licenciados y diplomados, para conseguir su incorporación al mercado laboral con elevado nivel de formación, en la que dominará el componente práctico sobre el teórico, con la posibilidad de su incorporación como alumnos en prácticas en los diferentes servicios de la administración sanitaria. También se orientará su actividad hacia los profesionales y cuadros del Sistema Nacional de Salud que estén en puestos de gestión y decisión, tanto en servicios asistenciales como en unidades de salud pública. En este caso se trata de una formación especializada de alto nivel que responde a las necesidades del sistema previamente definidas para períodos de tres años. Y en tercer lugar, se orientará hacia investigadores del Sistema Nacional de Salud, a los que se les impartirá cursos sobre gestión de los programas de investigación, así como metodología de la investigación en salud pública y administración sanitaria. Por otra parte, entre las competencias del Instituto se encuentran los aspectos relacionados con la medicina de trabajo, que se materializan en la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, y a la que se continuará apoyando en su vertiente docente, investigadora y asistencial.

Finalmente, quiero abordar la actividad internacional del Instituto. El Instituto de Salud Carlos III realiza una amplia actividad internacional, tanto en los aspectos científico-técnicos como en los de formación. Además, se da la circunstancia de que los retornos que nuestro país obtiene del programa marco de la Unión Europea en el área de la biomedicina están muy lejos de lo que cabría esperar del tamaño y productividad de nuestro

sistema científico en este área. Ambas razones justifican, en mi opinión de manera sobrada, la creación de un área específica, con rango de subdirección, de programas internacionales de investigación y relaciones institucionales. Dicha subdirección general desarrollará, entre otras, una política proactiva con el objeto de incrementar la participación de nuestros investigadores en las distintas convocatorias en los programas de la Unión Europea relacionados con los ámbitos de su competencia. En definitiva, el principal reto en este área será el de incorporar plenamente la investigación sanitaria española al Espacio europeo de Investigación, es decir, facilitar su internacionalización. Para ello adoptaremos dos medidas esenciales, en primer lugar, potenciar y facilitar la participación de los centros, unidades y grupos del propio Instituto en las distintas convocatorias del programa marco de investigación de la Unión Europea, así como su incorporación a otros programas de acción europeos que se desarrollen en su ámbito de competencia. En segundo lugar, fomentar e impulsar de manera proactiva la participación de grupos de investigación españoles en los distintos proyectos y medidas previstas en el programa marco de la Unión Europea en el ámbito de la biomedicina. En este sentido, el Instituto, como agente financiador, podría ligar parte de la asignación de recursos a la consecución de este objetivo por parte de los grupos participantes. Para ello, para facilitar este objetivo, se creará una unidad de apoyo que facilite la preparación de solicitudes a las distintas convocatorias del programa marco de la Unión Europea. Dicha oficina, con sede en el Instituto, contará con la presencia permanente de una delegación en Bruselas que actuará de enlace, y contará con un personal móvil que vaya a los propios centros de investigación para facilitar a los investigadores la labor de participar en las convocatorias del programa marco.

De igual manera, en este área realizaremos una labor de asesoramiento científico-técnico, tanto al Ministerio de Sanidad y Consumo, como al resto de componentes del Sistema Nacional de Salud, en lo que se refiere a las actividades de sanidad internacional y a las políticas de cooperación al desarrollo promulgadas por los distintos departamentos del Gobierno en los aspectos relacionados con la sanidad.

En definitiva, señoras y señores diputados, se trata de situar a lo largo de la presente legislatura al Instituto de Salud Carlos III en la vanguardia de la investigación biomédica y sanitaria en España, y de utilizarlo como instrumento esencial en la coordinación y potenciación de dicha investigación al servicio de las necesidades del Sistema Nacional de Salud, facilitando la integración del mismo con el resto de agentes que componen el sistema español de ciencia y tecnología. Para ello, desarrollaremos a lo largo de la legislatura una ley de investigación biomédica, donde se incluirán entre otros los elementos singulares de este tipo de investigación, y que fundamentalmente se centran en los aspectos éticos y de seguridad, la investigación con células y tejidos de

origen embrionario humano, las pruebas genéticas y sus connotaciones sobre la protección de la intimidad del individuo y los derechos humanos, la creación y funcionamiento de biobancos y la Comisión Nacional de Bioética. Pretendemos, en definitiva, potenciar y fomentar la investigación de vanguardia en este campo, pero a la vez garantizando a la sociedad que dicha investigación se realiza con el respeto debido a los derechos fundamentales del individuo y de la colectividad.

La señora **PRESIDENTA**: Concluida su exposición, tiene la palabra en primer lugar el representante del grupo solicitante de la comparecencia, señor Gutiérrez Molina.

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA**: Bienvenido una vez más, señor director general, a esta Comisión, y continuaremos el diálogo que ya iniciamos cuando expuso las líneas generales de su departamento en el Instituto Carlos III, en la comparecencia de altos cargos para tratar de los presupuestos.

Señora presidenta, después de escuchar al señor director general, me gustaría dividir mi intervención, con fines no exclusivamente didácticos, sino para mayor comprensión de todos y para facilitar también la labor del señor director general, en tres apartados fundamentales: el apartado de personal, relacionado con becas y contratación; el apartado de investigación; cómo no, el apartado presupuestario y una pregunta que me ha surgido, y que me inquieta y que seguramente el señor director general estará en condiciones de responderme, y si no ya me lo responderá por escrito.

Vamos a empezar, señora presidenta, analizando en general la intervención del señor director general. Cuando tuve la ocasión también de compartir diálogo con el anterior director general del Instituto, le dije en nombre de mi grupo que no nos defraudara y que la exposición genérica, como la que usted ha realizado hoy aquí, con algunas críticas al modelo anterior, aunque yo creo, con todo respeto, señora presidenta, que estaban de más, pero cada uno esboza su intervención como quiere, no quedara sólo en la mera declaración de intenciones. Desde este grupo político siempre hemos mantenido, y en alguna intervención mía ha suscitado excursiones dialécticas que no correspondían a cuenta de otros grupos parlamentarios, que el Instituto Carlos III debe ser el órgano vertebrador de la investigación en España, por lo que ciertamente coincidimos con el señor director general en este instante.

No es de ahora ni es de lo anterior, aunque quizás también durante los últimos años no cabe la menor duda, de ahí que echara de menos en su intervención algún reconocimiento a la labor realizada, que durante estos años anteriores esta misión de vertebración ha consistido en desarrollar y en ofrecer o, por lo menos, tratar de desarrollar y tratar de ofrecer, servicios científico-técnicos, servicios de investigación, etcétera. No



cabe duda de la más alta calidad, no porque lo diga yo sino porque es un reconocimiento general de la sociedad española, e inclusive, como el señor director general ha puesto ahora encima de la mesa, la misión internacional, si se me permite la expresión, del Instituto Carlos III, que ha ofrecido servicios científico-técnicos y de investigación de la más alta calidad al Sistema Nacional de Salud al conjunto de la sociedad española, al amparo de una ley que el señor director general ha citado, la Ley de Cohesión y Calidad, del propio plan estratégico del Instituto, que se aprobó en un consejo rector del mismo en el año 2003 y que tuvimos ocasión también de debatir en esta Cámara.

Señor director general, en este apartado, y aunque sea en el análisis general de su comparecencia, me va a permitir que no comparta lo de la obsolescencia de las instalaciones del Instituto Carlos III. Quizás coincida con su S.S., en que fuera bueno unificar el campus, por utilizar un argot universitario, pero lo cierto y real es que hablar de obsolescencia, mi grupo parlamentario no lo puede compartir. No lo puede compartir, señor director general, porque ha habido realizaciones que no digo desmientan, pero sí matizan la afirmación de su señoría. El Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas del Instituto Carlos III, que fue inaugurado en febrero del 2003, es pionero en su género, y eso es reconocido, espero, por todos los grupos políticos, puesto que no es una declaración de intenciones, es, y permítame la desviación profesional, un diagnóstico. Tiene una superficie bastante más que estimable, su laboratorio sin exageración, pese al origen andaluz de ambos, de usted y mío, no cabe la menor duda de que puede ser comparado, con los mayores de Europa y dispone de sistemas de planes estratégicos suficientes y de instalaciones válidas para impulsar los centros nacionales de investigación de excelencia, como S.S. ha señalado hoy aquí, centrados en el estudio de enfermedades que causan mayor número de muertes en España. También me permitirá que no coincida con usted en la obsolescencia, porque si nos vamos al Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares, lo cierto y verdad es que también, inaugurado en el 2003, la superficie que alcanza serán casi los 24.000, 23.000 ó 20.000 metros cuadrados, con las plantas, con los sótanos, etcétera, y supongo que S.S. habrá tenido ocasión de ver el proyecto con la extensión de los laboratorios y también la ubicación del mismo. Es de justicia reconocer, que durante el año 2003 y 2004 se avanzó de forma decidida en la construcción y puesta en funcionamiento del mismo y que además estaba dotado, por lo menos en el año 2003 en los Presupuestos Generales del Estado, con casi 8 millones de euros para la inversión en la obra. En una palabra, lo de la obsolescencia podría enmarcarse dentro de otro concepto, pero quizá no en el de obsolescencia, yo hablaría de unificación, de profundización en cuanto a la no dispersión de medios ni de materiales, en cuanto a la unificación inclusive de conceptos de política de investigación.

El orden del día es largo y voy a ser breve, pero antes de pasar a los capítulos en que yo quería dividir mi intervención, querría subrayar que tampoco se puede hablar de escasez de plantilla. Todo es perfeccionable, pero casi cien personas y un gran número de becarios y de investigadores, ciertamente como punto de partida para su labor, señor director general, me parece que no está mal. Yo decía que iba a intervenir en los tres aspectos fundamentales en que a mí me ha parecido que el señor director general ha fijado su exposición. Esto no quiere decir que esté sujeto al mejor criterio de los demás grupos, que son mucho más avispados que yo, pero de lo que yo he interpretado de S.S., yo he dividido mi intervención en tres aspectos fundamentales: en personal, en investigación y en presupuestos.

Voy a empezar por lo último, el aspecto presupuestario. Si no recuerdo mal, en el año 2005 ha dicho S.S. que hay un aumento exactamente en torno al 9 por ciento, no sé si lo habré anotado bien o no. Me gustaría que me lo ratificara, en general, porque si el presupuesto del año 2004 fue de 220.853.000 euros, yo no sé exactamente si lo que usted ha dicho es el tanto por ciento de aumento global, o bien se puede parcelar en la dotación económica prevista para el Instituto de Investigación de Enfermedades Raras, por ejemplo. No es necesario que me lo responda ahora como concepto, ya tendrá tiempo de hacerlo por escrito, pero sí lo quisiera por escrito. En los presupuestos de la Fundación CNIO, si también ha aumentado en la misma línea o si queda enmarcada en el global que S.S. ha dicho de aumento, por ejemplo.

En segundo lugar, en el capítulo de personal, becas y contratos, a mí me gustaría que este aspecto se profundizara más por parte de S.S., si me permite, señora presidenta, porque es bueno saber el número de becas de formación en investigación, por ejemplo, para enfermería, concedidas por el Instituto Carlos III en el período de 2000 a 2004, qué presupuesto se le concedió y cuáles van a ser las previsiones en este capítulo de becas. También los contratos de investigadores, sobre los que me pareció entender, al señor director general, que iba a pivotar mucho la futura política de personal y del Instituto, cosa que nos parece bien, y por eso le animaba a que no quedara en declaración de intenciones, sino que se plasmara; tiempo tendremos de ver esto, vamos a darle el trayecto suficiente, pero haremos el seguimiento oportuno con objeto de ver el número de contratos de investigadores del Instituto Carlos III, sencillamente con aspecto comparativo, entre el 2000-2004, el presupuesto que se concedió y las prioridades que tienen ustedes a partir del año 2005.

En el capítulo de becas, he tomado nota de lo que S.S. ha dicho aquí. Me parece que como declaración genérica y de intenciones está bien, además en una primera comparecencia sensu estricto me parece que no cabría en este instante por parte de usted otra política u otro marco de declaraciones excepto el que usted ha dicho, pero sí le pongo algunas prioridades que este

grupo parlamentario quiere de su Instituto. Este grupo va a colaborar con usted si se nos permite esa colaboración, pero naturalmente estamos ante la necesidad y la obligación, porque así lo han querido los ciudadanos, de controlar y de pedir la mayor optimización —como se dice ahora— en la gestión del número de becas concedidas por el Instituto de Salud Carlos III para algo que yo no he escuchado, pero seguramente S.S. tendrá ocasión de enfatizarlo después o en otras comparencias. Me refiero a las becas de ampliación de estudios del Instituto Carlos III, que en el período 2000-2004 eran una prioridad, según sabíamos. Yo no le he escuchado nada sobre ello, quizás porque no he estado suficientemente atento porque estaba ordenando algunos papeles, no lo interprete como descortesía S.S., era sencillamente para ordenar el desorden que traía. Me gustaría saber si esa prioridad de becas de ampliación de estudios que hubo en el período 2000-2004 sigue siendo prioridad a partir de 2005, y a ser posible también memoria presupuestaria.

Hay algo fundamental en la política del Carlos III que usted de manera continuista lo ha dicho, nos alegramos de que lo haya dicho y nos alegramos y compartimos ese aspecto de su intervención. Hay profesionales sanitarios que han terminado su formación sanitaria especializada; me estoy refiriendo a los MIR de investigación, muchos de los cuales han sido contratados o han realizado el mismo en el Instituto Carlos III. En años anteriores hubo unos contratos de postformación sanitaria especializada. No nos gustaría que se dejara de seguir esta política, nos parece una política buena, porque desde la primera convocatoria que se realizó en el año 2002, lo cierto y verdad es que aumentó el número de contratos, se variaron sustancialmente las condiciones salariales, la duración del contrato. Se debe seguir ofreciendo la posibilidad de que aquellos contratados en el año anterior, por ejemplo, se igualasen a las características de los que ofrecía la última convocatoria, lo que ha ocurrido en algunos casos, y en otros casos está en estudio. A mí me gustaría que este aspecto no lo pasara de largo S.S. cuando estudie la política de personal, porque al Grupo Popular le parece muy interesante, sobre todo en cuanto a la estabilidad en la política de personal, aunque este grupo parlamentario no comparte algunas de sus apreciaciones. No me voy a referir a ellas, porque se iba a hacer ya esta intervención demasiado larga, y desde luego la charlatanería no paga impuestos.

En la parte ya final de investigación, también me gustaría que enmarcara, si es posible con concreción, señor director general, las prioridades que tiene este Instituto para financiar no solamente las prioridades de investigación que tiene el Instituto como tal, que las compartimos, sino para ordenar nuestro control, si se me permite la expresión, sobre las prioridades que tiene el Instituto para financiar áreas de investigación que el señor director general ha asentado, siendo bueno enfatizar la investigación epidemiológica en el campo de la

salud pública, en la que el señor director general tiene experiencia. Me gustaría, si es posible, que enmarcara, aunque sea a vuelapluma, sencillamente para intentar conocerlas, las prioridades, los proyectos, qué prioridades tiene el Instituto Carlos III para financiar las áreas de actuación epidemiológica en salud pública. Si el señor director general está en condiciones de hacerlo en una materia concreta, estupendo, si no, lo hace de manera global, y esperaríamos la contestación por pertinente en materia escrita, pero sí me gustaría que constara en el «Diario de Sesiones» la preocupación de mi grupo parlamentario.

Sería bueno que coincidiera conmigo en el aspecto de promover la coordinación de las unidades especializadas en medicina tropical en España, y sobre todo nos preocupa su forma de coordinación. Hoy día el Centro Nacional de Medicina Tropical tiene que ser un arma fundamental de dicho Instituto, tiene su competencia bastante clara para poder realizar una buena labor, y desde luego la parte de coordinación de las unidades especializadas en medicina tropical sería una buena forma de seguir lo que en su día se inició, si cabe con mayor desarrollo.

No voy a hablar de redes, que el señor director general ha mencionado al inicio de su intervención, y por tanto, para no ser exhaustivo en la intervención prefiero pasar por alto este capítulo, tomo nota de lo que el señor director general ha dicho, lo estudiaremos y expondremos nuestra opinión.

De los programas de investigación intramural en áreas de investigación relacionadas con salud pública, tampoco voy a hacer ahora preguntas ni intervención. Sí seguiremos viendo cuál es el estado actual del programa de investigación intramural en áreas de investigación relacionadas con salud pública, así como el estado actual de la potenciación en el apoyo científico-técnico a la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, relativo al control de mercados, denuncia y evaluación de los productos sanitarios comercializados en España; como, por otra parte, hay una distinta situación competencial ahora, no sé si la reflexión que hago sería pertinente o a lo mejor sí pecaría en este caso de obsolescente.

Termino ya, señora presidenta, aunque había una pregunta que me preocupaba y que sí quería hacérsela, señor director general. Antes, le ruego en nombre de mi grupo, que se siga profundizando en el estado actual de la Fundación para la Cooperación de Salud Internacional del Carlos III, habida cuenta del interés por promocionar las áreas internacionales del Carlos III expresadas por el señor director general, y que tuvieron un buen punto de partida en el año 2000.

Ya ha hablado S.S. de los programas de epidemiología comunitaria, genética y molecular y de los aspectos y criterios que tienen. A mí me gustaría que las asociaciones de pacientes y familiares con las que ha trabajado el Instituto Carlos III durante el año 2000 y 2004, que son enormes, siguieran con ese diálogo social en el

Carlos III, porque también pueden aportar en el ámbito de las materias no exclusivamente investigadoras, aunque también en ese caso. Sería interesante que no se obviara el diálogo social con estas asociaciones que tanto producto dieron en años anteriores.

La pregunta a la que yo le hacía mención era al escucharle, señor director general, los criterios de política de medicina regenerativa y los convenios que piensa firmar o que ha firmado ya con determinadas comunidades autónomas. Mi pregunta era si efectivamente el Instituto Carlos III está facultado, yo supongo que sí, pero me gustaría que S.S. lo enmarcara, está facultado de acuerdo con lo establecido en la Ley 45/2003, de 21 de noviembre, para la financiación de convenios relativos a los aspectos señalados en dicha ley, porque si está el Centro Nacional de Trasplantes quizá pudiéramos tener una incongruencia legal. Lo expongo sin ningún ánimo de nada, sino a los meros aspectos de mi ilustración, con objeto de tomar nota y estudiarlo. Esa era la pregunta que me preocupaba; si el señor director general lo puede hacer ahora, pues muy bien, si no, pues estupendamente también por escrito y ya le contestaríamos también y estableceríamos el correspondiente diálogo.

En una palabra, señor director general, el aspecto de partida fue bueno, igual que la situación que usted se ha encontrado, salvo algunas apreciaciones de criterios que no vamos a rebatir, porque cada uno tiene los suyos, pero a mí me gustaría dejar clara la labor que realizó el anterior equipo del Carlos III, el anterior director general, el profesor Campos, y el apoyo que tuvo desde el ministerio. Es justo realizarlo así, sin que fuera óbice, naturalmente, que S.S. pueda compartir o no los aspectos de mi intervención, todos o alguno de ellos, como yo he compartido en nombre de mi grupo algunos de la suya. Le he dado el trayecto a seguir, seguiremos mirando ese trayecto que usted hace y me he permitido hacerle esta serie de reflexiones, rebatirle algunos puntos con los que mi grupo parlamentario cree no estar de acuerdo y desde luego no me cabe empacho para, junto con estas naturalmente apreciaciones que tienen que ser necesariamente distintas, desearle el mayor éxito en su gestión futura, porque el éxito del Ministerio de Sanidad será el de todos, y ojalá veamos plasmado en algo más que en declaraciones de intenciones este criterio de mayor futuro, de mejor optimización de los recursos y de la gestión.

El Grupo Popular le ofrece esa posibilidad y ese consenso o este acuerdo, pero también va a ser exigente en cuanto a la evaluación del trayecto. Le animará, cuando no le exigirá, que corra más, que se detenga en los aspectos en que creamos que tenga que detenerse y que profundice en los aspectos no suficientemente explicitados por el señor director general. Como estoy seguro de que tendremos tiempo de entablar más debate en esta Comisión, por ahora, señora presidenta, finalizo con las palabras y en el tenor literal de la intervención que ya he tenido.

La señora **PRESIDENTA**: Señor Gutiérrez Molina, le agradezco lo comedido que ha sido usted, el autocontrol que ha tenido en el uso del tiempo, tratándose de una comparecencia con el carácter de generalidad que tenía ésta.

Si le parece así también al señor director general, lo conveniente será dar paso a las intervenciones de las otras formaciones políticas y que proceda luego a contestar en conjunto, lo que suele suponer siempre un ahorro de tiempo.

¿Otros grupos que deseen fijar posición en relación con el contenido de la comparecencia?

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

La señora **BONÁS PAHISA**: Bienvenido, señor Gracia Navarro, director general del Instituto Carlos III. Señor Gracia Navarro, si yo fuera una ciudadana de pleno derecho del Estado español, estaría muy contenta con su intervención; pero soy ciudadana de Cataluña, que es una comunidad de segunda clase en cuanto que una gran parte de su aportación nunca revertirá en su comunidad. Esto es grave en cuanto a sanidad e investigación. Usted sabe que la sanidad en Cataluña tiene graves problemas de funcionamiento, así como la educación. Hay un gran déficit de recursos y, por tanto, la centrifugación de más recursos a un instituto centralizado nos causa un poco de temor. Usted ha dicho que el Instituto Carlos III es un instituto fuertemente centralizado. Usted sabe y todos sabemos que centralización no es sinónimo de eficacia. Por tanto, es bueno que un instituto que debe promover la investigación se vaya descentralizando y vaya considerando potenciar los polos de investigación que existen en el Estado español.

La última reforma de la Ley del Medicamento en los presupuestos es una mala noticia para Cataluña, porque el aporte involuntario de las industrias farmacéuticas será una merma para la capacidad de investigación de estas industrias en el territorio. La industria farmacéutica en Cataluña ha sufrido una fuerte deslocalización, provocada el centro, desde Madrid, tenemos que decirlo. Esta nueva aportación involuntaria, seguramente conducirá al cierre de programas de investigación de estas industrias que ya habían empezado con hospitales del entorno. Creemos que es un mal negocio para nosotros y también para el Estado. Como se sabe, la investigación necesita agilidad, los programas deben realizarse sin centralización. Por tanto, no creemos que sea una buena idea haber relacionado el gasto del medicamento con estas aportaciones. Un problema es el gasto del medicamento, que tendría que estudiarse con forma científica, estudiar las causas, analizar los factores, y otro es el tema de la investigación. Aquí deberían haberse respetado los programas ya existentes y el Instituto Carlos III debería ser lo que usted ha dicho que debería ser, un centro organizador, como ha dicho que son los nuevos centros, de investigación biomédicos,

cuyo papel será el de organizadores. Y además potenciar los centros de investigación en red.

Sé que usted me dirá que no tengo razón, que estoy equivocada, que no es así. Entonces, para demostrar que no es así, le pido transparencia, que se publiquen las aportaciones de las industrias farmacéuticas, que se publique el número de becas a cada comunidad, que se publiquen los programas de investigación de los distintos hospitales del Estado, y entonces, si estoy equivocada y si no es así, la próxima vez que usted comparezca le felicitaré. Esperemos que sea así en un futuro.

La señora **PRESIDENTA**: A continuación, para defender la postura del Grupo Socialista, tiene la palabra el señor Fidalgo.

El señor **FIDALGO FRANCISCO**: Señor director general, bienvenido una vez más a esta Comisión para la comparecencia, digamos, obligada. Gracias sobre todo por aportar claridad a su exposición, porque lo necesitábamos, ya que durante estos últimos años precisamente la política de investigación sanitaria impulsada por el Gobierno del Partido Popular, si de algo adoleció es de claridad y sobre todo de objetivos claros. Decía el señor Gutiérrez Molina que no le pareció conveniente que usted en su intervención hiciera una pequeña crítica al estado actual, mejor dicho, a cómo se encontró el Instituto de Investigación Carlos III. Yo creo que ha sido un análisis cuando menos prudente. Sí también es verdad que esta Comisión se caracteriza bastante por la búsqueda de lugares comunes, y mucho más en la investigación sanitaria, que yo creo que ha sido una costumbre establecida en esta Comisión, quizás por la importancia que le damos todos a la investigación sanitaria, importancia no sólo para la resolución de los problemas concretos de los ciudadanos, de las esperanzas que además los ciudadanos tienen en la investigación para resolver sus problemas, sino también, y ello es fundamental, por la importancia cada vez mayor que está adquiriendo desde el punto de vista estratégico, incluso desde el punto de vista económico, la investigación sanitaria.

La ministra de Sanidad en su primera comparecencia ante esta Cámara así lo hacía constar y decía ella que la investigación era realmente la puerta de entrada al futuro, la puerta del futuro, con un matiz además importante que yo quiero introducir, que es evidentemente un factor de competitividad. La investigación sanitaria, por la posición que nosotros podemos desarrollar en esta área, nos confiere además una oportunidad importante de competitividad. No querría desde luego reproducir aquí ciertos chips tendentes a la competitividad, como algunas declaraciones del portavoz del Partido Popular en Galicia referentes a que la competitividad había que buscarla por los salarios bajos. Todo el mundo estamos de acuerdo en que hay que buscarla, evidentemente, por el conocimiento. Dicho esto y dicho también que la búsqueda de lugares comunes es perma-

nente, sí diferimos del Partido Popular en los objetivos y diferimos sobre todo en la metodología para conseguirlos.

Evidentemente, todos estamos de acuerdo en la necesidad de la investigación, pero unos más por la investigación en sí misma, mientras que los Gobiernos del Partido Popular bastante por lo que significa de propaganda. Eso tiñó la actuación de los Gobiernos y precisamente esa propaganda ocultó el esfuerzo de muchos investigadores, que quizás no encontraron la situación adecuada para realizar su trabajo. Por eso, los comentarios que hacía el director general con respecto a lo que nos hemos encontrado son cuando menos pertinentes, porque realmente yo me pregunto si el estado del Carlos III corresponde al del segundo organismo investigador de nuestro país. ¿Es consecuente el estado en que el Gobierno del Partido Popular ha dejado el Carlos III con esa característica de segundo organismo investigador del país? Yo creo que se percibe de la actuación de estos años una cierta atomización en las funciones y una cierta atomización incluso en la organización del propio Instituto. Es cierto también que las plantillas se han envejecido y es curioso, cuando menos sorprendente, que se hayan disminuido las plantillas en un 20 por ciento en los tres últimos años, como se afirmaba. Además, este es un mal que aqueja en general a la investigación pública española y que el Gobierno de Rodríguez Zapatero está dispuesto a afrontar con una apuesta clara precisamente por la investigación.

En cuanto a las instalaciones y los equipamientos, no voy a discutir. Sí, efectivamente se han montando los centros nacionales de investigación, pero no querría confundir aquí la eficacia con los metros cuadrados. Desde luego, la eficacia no se mide por los metros cuadrados. Además quiero recordar, porque yo no lo vi aún por ningún lado, aquella famosa ciudad de la ciencia y de la salud que anunció la señora Villalobos. Desde luego, los resultados no acompañan a esa grandilocuencia, y la sombra de esos grandes centros se ha proyectado sobre la labor callada de otros investigadores, hasta el punto de que quizás el Gobierno anterior ha priorizado tanto esos centros o el relumbrón que se les quiso dar que ocultaban realmente la labor investigadora. Además, el Instituto se ha vaciado de contenidos, no quiero recordar más que todo lo referente a la investigación con células madre, de la que el Ministerio de Sanidad trató de apropiarse directamente y que ahora, afortunadamente, vuelve al seno del Carlos III.

Además, es importante recordar aquí esa tendencia centralizadora que antes comentaba también la señora Bonás. Afortunadamente en la comparecencia quedó meridianamente claro que se va a corregir y, es más, las propias actuaciones y los propios convenios que se están firmando por el propio Ministerio de Sanidad y el Carlos III así lo atestiguan, porque, efectivamente, las comunidades autónomas juegan el papel que juegan en este momento, juegan el papel que la Constitución les ha atribuido y por lo tanto ese nuevo marco es de alabar.

Como dato también en cuanto a sus funciones, simplemente apuntaré algunas cuestiones que hay que mejorar, porque si algo es necesario en investigación es la evaluación y quiero recordar aquí el fracaso de los sistemas de alerta. En la relación que tienen con el Instituto Carlos III no quiero dejar de citar los problemas que hubo con la encefalopatía bovina, con la previsión con la ola de calor o incluso con el SARS. Pero todo esto digamos que son apuntes pequeños en relación a un gran problema, al auténtico gran problema durante todos estos años, que es la financiación, la falta de transparencia en la financiación. A mí no me duelen prendas en reconocer que ha habido un incremento paulatino de financiación de la investigación sanitaria durante los gobiernos del Partido Popular, pero mi grupo no está de acuerdo con que esa financiación haya sido la adecuada ni en el montante ni por supuesto en la metodología. Quiero recordar que hasta el 50 por ciento del presupuesto del Instituto Carlos III dependía o depende aún, cosa que evidentemente habrá que corregir, de los acuerdos con Farmaindustria y con la distribución farmacéutica, que han introducido un escenario de opacidad. Me gustaría saber, y a lo mejor me lo pueden responder desde el Instituto, cuánto se suponía que era la aportación, cuánto fue realmente la aportación, cuánto se ha ingresado, quiénes y qué compañías han ingresado, porque era voluntaria y opaca, unas ingresaban y otras no, y qué líneas de investigación se han determinado. Nos preocupaba en la anterior legislatura que esa financiación bastante oculta pudiera determinar líneas de investigación que no se pudieran corresponder al cien por cien con el interés general.

A cambio de eso, la alternativa del Gobierno Socialista es la financiación transparente. Yo creo que de eso debemos alegrarnos todos porque sienta un marco proyectado en el tiempo, muy necesario para la estabilidad, muy necesario para dar confianza. Solamente por citar un ejemplo, en los Presupuestos Generales del Estado se incrementan un 10 por ciento los fondos para investigación sanitaria, concretamente para el Instituto Carlos III el incremento supone el 12 por ciento; 244 millones de euros aproximadamente, la mayor parte de ellos dedicados precisamente al Instituto Carlos III, y el 50 por ciento al Fondo de Investigaciones Sanitarias, de cuya importancia para la investigación y para la extensión de la investigación a todos los centros del país y a muchos investigadores todos somos conscientes. Por supuesto, eso va a suponer un incremento del 16 por ciento en las ayudas extramurales, lo cual creo que no es de despreciar. Tampoco se descuidan los otros centros nacionales, que estamos de acuerdo en que se hayan construido y que hay que potenciar, pero que de alguna manera también hay que exigir que rentabilicen esa inversión y que se empiecen a percibir los resultados. Como digo, esos centros no se descuidan, tienen un incremento en los Presupuestos Generales del Estado de un 13 por ciento. Tampoco olvidemos la apuesta por la medicina regenerativa, con 6,22 millones de

euros, o la investigación sociosanitaria, con 7,4 millones de euros. Esto debe ser un ejercicio de transparencia, como reclamaba también la señora Bonás. Estamos absolutamente de acuerdo en que la transparencia debe ser algo inherente a la investigación, y estoy seguro que a partir de ahora va a serlo. Me gusta haber escuchado la apuesta por la evaluación, incluso por la evaluación interna, y no parece muy adecuado que en un instituto de investigación desde el año 1997-1998 no se haya realizado ninguna auditoría, por no citar en cuestiones de transparencia y de resultados el paréntesis que hubo en la publicación de las memorias del CIS, que deben recuperarse.

Otra cuestión importante que se ha señalado y que celebramos es la recuperación de la relación con la universidad o, cuando menos, su intensificación en relación a épocas pasadas, y sobre todo el incremento de la capacidad de transferencia de los resultados de la investigación a la propia clínica y a la propia sociedad de una manera transversal. Compartimos, por supuesto, el impulso que se le quiere dar a la Escuela Nacional de Sanidad. Yo creo que el mundo de la gestión, y en general el mundo sanitario, debemos mucho a esa escuela, y además de potenciar los aspectos docentes espero y espera mi grupo parlamentario que continúe siendo un referente de análisis crítico e innovador del Sistema Nacional de Salud. En cuanto a la evaluación de tecnologías sanitarias, creo que es un momento clave para potenciar esa función evaluadora, porque evidentemente las tecnologías son un factor de encarecimiento del Sistema Nacional de Salud, un factor muy importante, si no trascendental, del incremento de los costes sanitarios. La tecnología habrá que desarrollarla con criterios de eficiencia sanitaria y de interés social.

Su intervención, señor director general, nos ha aportado con claridad las bases que van a sentar esta nueva etapa, porque creemos que el Instituto Carlos III necesita un impulso definitivo en una nueva etapa, que se establezca y se normalice su situación, que se normalice la relación profesional entre los miembros y los funcionarios, que se eliminen esas tensiones, que se marquen los objetivos claros de hacia dónde queremos llevar la investigación sanitaria en España, y en ese sentido ha trazado usted un marco esperanzador para la investigación y, por supuesto, para los ciudadanos. Además, se ha apuntado un marco ético muy importante, un marco ético propio de la ciencia, marcado por la propia ética de la ciencia, no impulsado y no condicionado por factores externos ajenos a la propia ciencia, y debería ser un buen ejemplo de ello la Ley de investigación en biomedicina.

Pues bien, yo creo que la investigación sanitaria no debe perder sino todo lo contrario, debe recuperar esa capacidad transformadora del ser humano, la capacidad transformadora también de la realidad. Por eso yo me fijo cuando tengo que acudir al Ramón y Cajal, como muchos diputados, porque ese centro es el hospital de referencia —y quiero hacer aquí un especial reconoci-

miento a ese hospital, precisamente por el servicio y la disponibilidad absoluta que tiene siempre hacia los miembros de esta Cámara—, en una cita que figura encima de la puerta de salida —y no voy a hacer una reseña de lo que supone el Ramón y Cajal para la investigación española—, que dice que todo hombre puede ser, si se lo propone, escultor de su propio cerebro. Lo vemos enfermos, lo vemos profesionales, lo ven investigadores, lo ve todo el mundo cuando sale del hospital. Quizás uno entra con inquietud, pero sale con la realidad de la vida y con esperanza. Esa llamada es un reto importante, un reto para todos y un reto, por supuesto, para los investigadores. Creo que esculpiendo los cerebros esculpimos también el futuro de la humanidad. De su intervención, señor director general, se deduce el compromiso y la apuesta por ese futuro y por potenciar la investigación al servicio precisamente de ese futuro.

La señora **PRESIDENTA**: Señor director general, para dar contestación a las cuestiones planteadas, es su turno.

El señor **DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO CARLOS III** (Gracia Navarro): En primer lugar, quiero agradecer al representante del Grupo Popular su intervención y su ofrecimiento de colaboración. Yo fui científico antes que fraile, aunque después de los años muchas veces se le olvida a uno su actividad profesional original, y como tal científico apoyo firmemente el pacto por la ciencia. Es necesario que la investigación científica y técnica sea apoyada por todos los sectores y políticos de este país, porque aunque puede haber diferencias en la ejecución de los programas concretos, y es lícito que la lucha política ponga de manifiesto esas diferencias, la investigación científica y técnica es el motor de desarrollo económico y social de un país. Yo creo que es el objetivo que todos tenemos y, en consecuencia, en ese espíritu me ofrezco como director del Instituto Carlos III y recojo el ofrecimiento del Grupo Popular para colaborar con ese objetivo.

No he pretendido ser crítico con mi antecesor, entre otras muchas cosas, porque lo conozco desde hace tiempo y es amigo mío. Simplemente he puesto de manifiesto algunas diferencias, evidentemente las personas somos distintas y los objetivos pueden ser distintos en algunos aspectos, como he pretendido señalar. Mi crítica, si así lo quieren ustedes entender, ha sido fundamentalmente al hecho incuestionable del descenso en el número de efectivos del Instituto de Salud Carlos III, contando funcionarios y laborales. Desde el año 1998 al 2004 el personal del instituto ha descendido en 856 personas, entre funcionarios y laborales. Si descontamos las transferencias que se han efectuado a otros organismos que se han ido desgajando del instituto, como la Agencia del Medicamento o la Agencia de Seguridad Alimentaria, y finalmente la transferencia a la Comunidad de Madrid del personal del Hospital Carlos III, vemos que el instituto ha perdido en esos años

403 efectivos, ese 20 por ciento de descenso que he indicado. Y son datos incuestionables. Lo que pretendemos es truncar ese descenso y cambiar la tendencia incrementando la política de creación de plazas por medio de la oferta pública de empleo. Probablemente ese descenso ha obedecido a la política de control del gasto que se ha llevado a cabo en toda la Administración General del Estado por el tema del déficit cero, pero el hecho es que se ha producido, y eso ha mermado las posibilidades del instituto. Pretendemos truncar ese descenso, incrementando el personal joven que entra en el instituto. De hecho, este año ya ha habido oferta pública de empleo, por lo que se está produciendo ya una nueva incorporación, todavía pequeña, aunque pretendemos que en los próximos años sea mayor.

Yo pretendo que el discurso que hoy he hecho aquí no sea una mera declaración de intenciones, desde luego no es mi estilo, no me planteo mi trabajo simplemente para hacer bonitos discursos, sino para cambiar lo que entiendo que puede mejorar. Desde ese punto de vista, esa será mi actuación y evidentemente ustedes, como representantes de los ciudadanos, podrán y deberán pedirme cuentas de mi actividad y yo con mucho gusto les diré lo que estamos haciendo desde el instituto para cumplir los objetivos.

También creo que se han hecho cosas buenas en la etapa anterior, y de hecho lo he destacado. Uno de los temas que es aprovechable es el de las redes de investigación cooperativa. Creo que es reconducible y que es una de las labores fundamentales que tenemos que realizar en esta etapa, puesto que ha sido un mecanismo bastante bueno para sembrar en el Sistema Nacional de Salud recursos para la investigación. Ahora, como en toda política científica, debemos de trabajar hacia la optimización de esos recursos y la priorización de los objetivos de esos recursos. Yo entiendo que en investigación no debemos de ir dando saltos, las políticas científicas deben de tener un cierto grado de continuidad, el problema es que a mí por lo menos, como científico que ha estado en la gestión de la investigación durante los últimos cuatro años en una comunidad autónoma, me ha parecido —ese es mi criterio— que este país ha carecido de política científica durante unos ciertos años y que deberíamos de retomar la política científica como una de las líneas prioritarias.

Cuando he hablado de la obsolescencia de las instalaciones no me refería a los grandes centros —que efectivamente están ahí, quien quiera los puede visitar y se dará cuenta que no son precisamente obsoletos, sino que en algunos casos incluso tienen un exceso de lujo—, sino a los centros propios; no me refería a las fundaciones, sino a los centros propios. La situación del campus de Majadahonda, al que creo que he hecho referencia específicamente, no es buena, es más bien mala, y hay una cierta urgencia en solucionar los problemas, por motivos puramente de seguridad para los propios trabajadores y de normativa de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Había un proyecto, de hecho hay

un convenio que nunca se ha ejecutado con el Ayuntamiento de Majadahonda, referente a una ciudad de la salud, que de alguna manera pretendemos retomar para ver si el ofrecimiento del ayuntamiento continúa, si es viable lo que ofrece el ayuntamiento e intentar solventar el problema del campus de Majadahonda. El CNIO y el CNIC han utilizado gran cantidad de recursos del instituto, siguen utilizándolos, las instalaciones son de primera línea y esperamos que esas instalaciones den el rendimiento científico y técnico al servicio del Sistema Nacional de Salud que justifique las altas inversiones realizadas a costa de que otros grupos u otros equipos no hayan recibido esas inversiones.

Con respecto a la política presupuestaria, me preguntaba el señor Gutiérrez Molina si el incremento ha sido lineal. Evidentemente, no; es distinto para cada una de las unidades. En concreto, los grandes centros tienen crecimientos del 3 por ciento. El CNIC en inversiones crece sustancialmente porque hay que acabar el edificio, pero en gasto corriente tiene una política continua y continuista, mientras que el CNIO desciende en inversiones e incrementa notablemente en gasto corriente, lo cual permitirá poner en marcha alguna de las unidades de investigación que no se habían puesto en marcha todavía. Con lo cual a partir del año 2005 el CNIO podemos considerarlo como un centro completamente consolidado. No tengo aquí el detalle de esos incrementos que destacué en mi intervención anterior en la comparecencia con motivo del debate de presupuestos, pero la apuesta presupuestaria va dirigida fundamentalmente al personal propio, como he dicho antes, al incremento y al rejuvenecimiento de la plantilla, y a su consolidación para evitar la precariedad. También tenemos el problema de la precariedad laboral de los investigadores jóvenes en el seno del instituto, y eso hay que cambiarlo por medio del incremento de los fondos del capítulo 1.

También se incrementa notablemente el FIS, la investigación. En el presupuesto no se entra al detalle ni todavía hemos entrado al detalle de las partidas concretas, pero mi intención es dar continuidad a la carrera investigadora. Si tenemos becarios que han entrado para mejorar su formación, debemos garantizarles posteriormente su perfeccionamiento por medio de becas y finalmente, si podemos, conseguir su estabilización en el sistema. No tiene sentido que un país destine fondos cuantiosos a formar investigadores y luego los pierda. Si los pierde porque no alcanzan la calidad suficiente, vale; pero que tengamos buenos investigadores y no seamos capaces de incorporarlos al sistema, eso es malo. Pero también es malo que ahora nos dediquemos solo a estabilizar a los investigadores. Además de incorporar a los investigadores jóvenes bien formados, tenemos que seguir sembrando, porque el fruto de la ciencia, el fruto de la investigación tarda en crecer y no se recoge en cuatro años, sino mucho después. Por tanto, tendremos que seguir apostando por la becas, tanto de formación como de perfeccionamiento, por los

contratos por MIR. Me parece una buena idea que habrá que seguir fomentado, que especialistas después de su formación sanitaria se incorporen a la investigación, sin olvidar la carrera investigadora pura, digamos, investigadores que sigan incorporándose al Sistema Nacional de Salud. Es una labor a largo plazo que debemos de continuar y evidentemente incrementar. No creo que pueda aportar ahora los datos sobre las áreas prioritarias en investigación epidemiológica, pero les contestaremos por escrito. Tampoco quiero ser exhaustivo en esos aspectos, por lo que se los mandaremos.

En cuanto al Centro Nacional de Medicina Tropical, después de la evaluación que queremos hacer podremos plantear el tema con mayor claridad. Sin tener esa evaluación en la mano y a riesgo de equivocarme —a mí me gusta funcionar con datos y con evaluaciones en la mano—, yo creo que el papel del Centro de Medicina Tropical es el de nuclear, el de ser el nodo central de una red que afecte a las comunidades autónomas y a los hospitales. Yo creo que el cambio del ciclo histórico, por repetir el mismo argumento que con la Escuela Nacional de Sanidad, tiene que ser en lugar de centralizar la investigación en grandes edificios tipo CNIO o CNIC, sin que esto le quite valor a su aportación científica, la investigación de excelencia, yo creo que tienen que ser las estructuras en red que siembren investigación en todo el territorio del Estado. Yo soy un firme creyente de que la investigación y el desarrollo tecnológico generan riqueza y bienestar social. En consecuencia, si creo eso, debo sembrar investigación por todo el territorio, porque ello a la larga generará riqueza y bienestar. En ese sentido, la política del Instituto de Salud Carlos III con el FIS es una política muy descentralizada. Cuando yo hacía referencia a que es una institución centralizada me refería a los mecanismos internos de gestión, es decir, todo pasa por la dirección del centro; pero como organismo público de investigación somos probablemente el menos centralizado, porque tenemos muy pocos centros. A diferencia del CSIC, nosotros somos agencia financiadora. Vía FIS financiamos la investigación, fundamentalmente en las comunidades autónomas, la investigación que se realiza en los hospitales. Entiendo a la comunidad catalana y a otras comunidades que tienen déficit en su sistema de sanidad. Eso no es responsabilidad de mi dirección y por lo tanto no puedo responder a ello, pero como instituto de investigación le puedo tranquilizar a la señora Bonás en el sentido de que Cataluña es la comunidad autónoma que más fondos recibe del instituto en sistemas competitivos, por una razón: en sistemas competitivos, como son las convocatorias de investigación del FIS, los fondos recaen en los investigadores en función de su calidad, y así debe de ser, en mi opinión no puede ser de otra manera. En consecuencia, como Cataluña ha desarrollado una política de apuesta por la investigación biomédica durante bastantes años, tiene una plantilla bastante buena de investigadores, así como unos buenos resultados en investigación, solo hay que mirar las

publicaciones científicas que se realizan. En ese sentido, Cataluña recibe aproximadamente en proporción a su peso con respecto al resto del Estado para la investigación biomédica; es la comunidad que más recibe, seguida de Madrid a bastante distancia, y bastante después está Andalucía. En el reparto de fondos que realiza en Fondo de Investigaciones Sanitarias se está produciendo esa dispersión, que ahora mismo es mayoritaria en Cataluña, y supongo que si seguimos aplicando criterios puramente científicos seguirá ocurriendo lo mismo.

También se me ha preguntado por el papel del instituto en temas de la Dirección General de Farmacia. Les recuerdo que el instituto, como órgano científico-técnico, en algunos de estos aspectos funciona bajo demanda. Cuando se nos solicita un estudio científico-técnico, si tenemos los recursos y los técnicos realizamos las actividades que nos solicitan, y en este caso concreto la mayor parte de las relaciones de la Dirección General de Farmacia se establecen con la Agencia del Medicamento, con la que tiene una relación estrecha. En cualquier caso, nosotros también colaboramos con la Agencia del Medicamento y potenciaremos esa colaboración en aspectos más relacionados con la investigación.

Se ha puesto de manifiesto también un tema que me gustaría comentar un poco más concretamente, que es el de la financiación de la investigación con células troncales. El Cenatmer, efectivamente, se crea al abrigo de la Ley 45 y lo que se ha hecho es que las funciones que desarrollaba en cuanto a investigación con células madre han sido asumidas por el Instituto de Salud Carlos III. Por lo tanto, ahora mismo, por delegación, yo soy el director del Cenatmer y por ello no hay ningún impedimento desde el punto de vista jurídico para que el instituto financie la investigación con células madre; tampoco lo habría de no ser así porque como Fondo de Investigaciones Sanitarias financiamos cualquier tipo de investigación, con células madre o con lo que sea, siempre que sea investigación biomédica. Esa estructura será cambiada, porque el instituto es el órgano de investigación y por lo tanto todo lo que sea investigación debe de ser coordinado y recaer en el instituto, y una vez que los mecanismos de investigación den resultados a tecnologías aplicables, bien en el clínica bien en otras circunstancias, será transferida esa función a otros agentes, como puede ser la Organización Nacional de Transplantes, una vez que ya estén establecidos los mecanismos de trasplante de células madre para su aplicación clínica.

Yo he dicho antes que soy un creyente ferviente de que la investigación genera desarrollo, y por lo tanto creo que en esta labor debemos de tener una coordinación total con las comunidades autónomas. Además, los recursos de investigación se deben asignar por criterios puramente científicos y de evaluación, y en ese sentido me comprometo a que el anuario del Fondo de Investigaciones Sanitarias se vuelva a publicar anualmente, si bien lo haremos ya por tecnologías modernas,

básicamente por páginas web y tecnología electrónica, puesto que eso, además de abaratar costes, permite una cierta rapidez en la transparencia de los resultados. Además, creo que la evaluación de las actividades científicas debe conducir a un proceso de mejora. En consecuencia, entiendo que el Instituto de Salud Carlos III debe de estar sometido, como organismo público de investigación, a un proceso de evaluación permanente, encaminada siempre a procesos de mejora, a tomar medidas que mejoren las actividades del instituto. Ese es el objetivo de la creación de la Unidad de Calidad y Planificación, que permita realizar ese tipo de actividades de evaluación y mejora permanente.

Estoy intentando dar un repaso a las preguntas. Alguna puede que me haya dejado sin contestar porque no tengo los datos aquí, pero creo que mis colaboradores están tomando nota para remitirles la contestación por escrito. En cualquier caso, me gustaría terminar dejando claro que entendemos, desde el ministerio y desde la dirección del instituto, que el instituto puede y debe jugar un papel esencial como motor y coordinador de la investigación biomédica en España. En ese sentido, espero contar con la colaboración, por supuesto, de las comunidades autónomas, que juegan un papel esencial en este objetivo, pero también, cómo no, de todos los partidos políticos y de todas SS.SS., en un objetivo que entiendo que es común, que es el de mejorar la salud de los ciudadanos. Desde ese punto de vista, tendrán mi colaboración y espero tener la de todos ustedes.

#### PREGUNTAS:

- **DEL SEÑOR GUTIÉRREZ MOLINA, DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO, SOBRE SITUACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE ONCOLOGÍA MOLECULAR, GENÉTICA DEL CÁNCER, PATOLOGÍA MOLECULAR, BIOLOGÍA ESTRUCTURAL Y BIOCOMPUTACIONAL Y TERAPIAS EXPERIMENTALES EN EL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN DEL CENTRO NACIONAL DE INVESTIGACIONES ONCOLÓGICAS. (Número de expediente 181/000104.)**
- **DEL SEÑOR GUTIÉRREZ MOLINA, DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO, SOBRE PREVISIONES ACERCA DE LA ACREDITACIÓN DE LOS INSTITUTOS DE INVESTIGACIÓN SANITARIA. (Número de expediente 181/000108.)**

La señora **PRESIDENTA**: Señor director general, no le dejamos que nos abandone todavía, puesto que, como usted conoce, tiene dos preguntas orales que contestar al diputado que también ha intervenido con anterioridad en nombre del Grupo Popular, el señor Gutié-



rez Molina. Para la formulación de la primera de ellas, referida a la situación de algunos de los programas de investigación que se siguen en el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas, tiene la palabra el señor Gutiérrez Molina.

El señor **GUTIERREZ MOLINA:** Por economía del proceso de la Comisión, si la señora presidenta no tiene inconveniente, voy a darlas por formuladas las dos juntas, con objeto de que el señor director general las responda conjuntamente. En ese caso, yo creo que se ganaría tiempo y por parte del Grupo Popular no caeríamos, no vaya a ser que el señor Fidalgo nos acuse de hacer propaganda.

La señora **PRESIDENTA:** Perfecto, se lo acepto y se lo agradecemos.

Señor director general, puede proceder a la respuesta.

El señor **DIRECTOR DEL INSTITUTO CARLOS III** (Gracia Navarro): Con respecto a los programas de investigación que desarrolla el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas, hay que señalar que efectivamente existen algunos programas que todavía no se habían puesto en marcha por falta de presupuesto. Durante este año la financiación del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas ha estado dirigida fundamentalmente a la consolidación del edificio y al equipamiento del centro. Por tanto, la mayor parte de los recursos se han destinado al capítulo de inversiones. A partir del año que viene se produce un giro al dar por terminada la construcción del edificio y su equipamiento, de tal manera que lo que hemos hecho gráficamente, porque presupuestariamente saben ustedes que no se puede hacer exactamente así, es incrementar los fondos de gastos de personal y disminuir los fondos de inversiones, con lo cual el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas sigue con el mismo presupuesto pero puede contratar a los investigadores que vayan destinados a la puesta en marcha de estos programas.

El programa de oncología molecular se encuentra funcionando con un total de 21 investigadores, 30 estudiantes graduados y 9 técnicos. Tiene numerosos contratos de investigación, proyectos de investigación por valor de más de 5 millones de euros, con lo cual se están desarrollando las actividades del grupo de supresión tumoral, del grupo de oncología experimental, del grupo de telómeros y telomerasa, y del grupo de señalización y ciclo celular. Se acaba de crear el grupo de división celular y cáncer, dirigido por el doctor Marcos Malumbre, y se está poniendo en marcha. Hay que destacar la previsión de que a finales de 2004 o principios de 2005, se incorporen al programa cuatro nuevos grupos de investigación liderados por científicos jóvenes, gracias al programa de incorporación de grupos junior al CNIO, financiado por la Fundación Caja Madrid. Este programa facilita a jóvenes doctores de demostra-

da capacidad y que todavía no tengan grupos propios a iniciar su vida científica independiente en el CNIO en condiciones óptimas para que este inicio sea lo más fructífero posible.

El programa de biología estructural y computacional se inició en 2001 y cuenta en la actualidad con 9 investigadores, 5 becarios y 5 técnicos. También consigue fondos de convocatorias competitivas por valor de más de 2 millones de euros, lo cual le permite desarrollar las actividades del grupo de cristalografía de macromoléculas, del grupo de resonancia magnética nuclear y del grupo de traducción de señales.

Con respecto al programa de genética del cáncer, es uno de los programas que se tendrá que poner en marcha, gracias a ese cambio de estructura presupuestaria, a partir del año que viene.

El programa de patología molecular también está desarrollando su actividad con 22 investigadores, 26 becarios y 16 técnicos y una financiación en convocatorias competitivas en torno también a los 4 millones de euros, lo cual permite que desarrollen su actividad el grupo de linfoma y cáncer de pulmón, el grupo de cáncer mamario y ginecológico, el grupo de epidemiología del cáncer y el de genética humana.

El programa de terapias experimentales en la actualidad tiene 13 investigadores, 2 becarios y 7 técnicos, también con una financiación competitiva importante que permite la actividad de los dos grupos que lo componen, el de desarrollo de ensayos y el de señalización de proteínas.

El programa de biotecnología dispone de 16 investigadores, 11 becarios y 36 técnicos, con una financiación superior a los 10 millones de euros, y permite la actividad de la unidad de genómica, la unidad de tecnología de proteínas, la unidad de bioinformática, la unidad de citogenética, la de histología e inmunquímica, la de patología comparada —que se ha creado este año 2004—, la de anticuerpos monoclonales, la de microscopía confocal, la de transgénicos y la de unidad de animalario.

En definitiva y como resumen —y si desean mayor información le podemos remitir una documentación más exhaustiva—, el centro está desarrollando, completando sus programas y el cambio estratégico de estructuras presupuestarias que hemos realizado para 2005 permitirá que finalice el desarrollo de todas sus unidades y por tanto culmine el plan de acción, con lo cual el reto será que el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas se integre aún más en el Sistema Nacional de Salud y se ponga al servicio de dicho sistema.

Con respecto a la otra pregunta, referente a la acreditación de institutos de investigación sanitaria, como ustedes saben, el ministerio emitió un decreto que regulaba esta actividad que necesita ser desarrollado por medio de una orden. Estamos en fase de debate de la orden, en el sentido de aclarar, discutir o clarificar el papel de estos institutos en el seno de la estrategia de la

creación o constitución de redes de investigación. Entendemos que el Instituto de Salud Carlos III debe de ser el organismo acreditador, pero no necesariamente el organismo financiador. La financiación de estos institutos debe corresponder a las comunidades autónomas y a las convocatorias competitivas, como ocurre con cualquier otro centro de investigación. Por tanto, el proceso de acreditación requerirá una evaluación previa de acuerdo a criterios de adecuación y optimización de las propuestas a los objetivos y requisitos expresados en el real decreto, a la viabilidad y oportunidad del Plan Estratégico de Investigación Científica, a la calidad científico-técnica del historial acreditado de las actividades de I+D desarrolladas por los centros de investigación que formen el instituto, a la integración de la investigación básica y clínica y a la formación multiinstitucional de dicho instituto, y al grado y calidad de la actividad formativa en la esfera propia de sus actividades que tengan estos institutos. La evaluación de las solicitudes se realizará por una comisión de acreditación en la que estarán representados el Ministerio de Sanidad y Consumo, el Instituto de Salud Carlos III y las comunidades autónomas. La comisión elaborará un informe acerca de la procedencia de formular la propuesta de acreditación, de conformidad con los criterios de evaluación. Este sistema será desarrollado, como digo, en una orden que estamos elaborando y que espero que pueda ser publicada en breve.

La señora **PRESIDENTA:** Tiene la palabra el señor Gutiérrez Molina.

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA:** Gracias, señor director general, por sus respuestas. Ciertamente, nada que añadir al aspecto presupuestario que usted ha mencionado en cuanto a la primera de las preguntas. Ante hechos no caben razones, y son suficientes las dotaciones presupuestarias de muchos de los programas de investigación aplicada que, como S.S. ha dicho, son importantes para que el Instituto Carlos III siga siendo el organismo vertebrador de la investigación. Me alegra coincidir en el aspecto presupuestario en algo tan fundamental como el programa de investigación aplicada a la biotecnología de unidades de genómica, de análisis genómico, de fitogenética, de histología, de inmunológica, etcétera, tanto por el número de investigadores y becarios que usted acaba de señalar, como por la dotación presupuestaria que es de aplicación también al de terapias experimentales con los grupos de desarrollo y ensayos, y a la señalización de proteínas. Creo que es importante que lo que S.S. ha dicho, puesto que nos tranquiliza. Y a la vez le animamos a este cambio de estructura presupuestaria que ha hecho que uno de los programas en donde estábamos más interesados, el de oncología molecular, pueda ser retomado o desarrollado —quédese S.S. con la palabra que más le guste y que menos propaganda pueda interpretarse—, pero con el objeto de que el cambio de estructura presupuestaria

no implique retroceso en el planteamiento de estos programas de investigación básica que estaban diseñados y que creemos fundamentales.

En cuanto al programa de genética del cáncer, ya en el futuro haremos el seguimiento de algo en lo que teníamos bastante interés, como eran los mecanismos de resistencia de fármacos y de genes supresores, ya que era uno de los subprogramas que podían ser desarrollados y a los que yo creo que el cambio de estructura presupuestaria no iban a afectar mucho, porque varios de los programas ya están en marcha en mayor o en menor grado.

Y por último, el de biología estructural y biocomputacional, que se implantó en el trienio 2001-2003 para su desarrollo hasta el año 2005, cuya dotación presupuestaria usted ha mencionado, así como los grupos que se están desarrollando. Principalmente tenemos interés en el de resonancia magnética nuclear, por lo que tiene de utilidad clínica y sobre todo de utilidades de investigación.

Señor director general, he hecho una serie de planteamientos genéricos en esta primera comparecencia con objeto de poder hacer un seguimiento, porque si no sale uno de aquí abrumado de datos y sin cristalización alguna de objetivos. Quizá mis preguntas puedan parecer genéricas, pero no las tome S.S. como tal pues tienen un desarrollo en Comisión a tenor de sus respuestas.

En mi segunda pregunta yo hablaba de la previsión acerca de la acreditación de institutos de investigación sanitaria, porque, como decía un antiguo maestro de la medicina, en la pregunta va siempre la mitad de la respuesta, y usted lo ha dicho: está pendiente de una orden ministerial a la que usted ha dado multitud de flecos. El real decreto que falta por desarrollar debería recoger la necesaria utilidad de la acreditación de dichos institutos sanitarios, principalmente por lo que usted dijo en la comparecencia, en la investigación por traslación de competencias y por la utilidad de los recursos en la misma. Pero me gustaría que esta orden ministerial no quedara solo en estudio. Es bueno el estudio, es buena la profundización y es bueno ver los mecanismos de financiación. Ya discutiremos, señor director general, cuando salga la citada orden ministerial, si es bueno o no que el Carlos III sea la fuente de financiación o lo sea en correlación con las comunidades autónomas. Hay comunidades autónomas o ciudades con estatutos de autonomía, como Ceuta y Melilla —yo tengo que defenderlas, aunque sea colateralmente mi circunscripción— que no tienen ni van a tener nunca transferencia en materia de sanidad. No sé si será bueno que las comunidades autónomas participen en esa iniciativa en cuanto a financiación, pero sí deben ser oídas porque aunque no tengan competencia en la gestión de la sanidad, deberían de ser oídas para que participaran también en los criterios de esta orden ministerial a la que con tanto detalle se ha referido.

Esperamos que la orden sea en breve, porque hay un debate sobre los institutos y las redes de investigación

que sería bueno desarrollar y matizar de tal forma que esté cristalizada pronto, y estos deseos de investigación por traslación, a los que S.S. ha hecho mención en la comparecencia y yo por economía de tiempo no he querido hacer hincapié, se vean pronto hechos realidad.

La señora **PRESIDENTA**: Tiene de nuevo la palabra el señor director general.

El señor **DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO CARLOS III** (Gracia Navarro): Respecto a los institutos, es un elemento que requiere un cierto grado de reflexión para tener una visión de conjunto. Puede ser un instrumento bueno para generar investigación en el ámbito hospitalario, objetivo que se está cumpliendo poco a poco pues no es fácil de alcanzar a corto plazo y requiere una apuesta a largo plazo. Es una apuesta con un cierto grado de dificultad en localidades pequeñas, puesto que no son lo mismo ciudades como Madrid, Barcelona, Valencia, o Sevilla que ciudades pequeñas como Ceuta, Lleida o Córdoba, por citar algunos ejemplos. Hay que dar un cierto grado de flexibilidad. Respecto a la de financiación, al final el Carlos III acabará financiando, pero lo que propongo es que financie vía convocatorias competitivas y no vía convenios, que sean las comunidades autónomas —yo sé que hay algunas que pueden más y otras menos— quienes tomen la iniciativa en generar esa actividad, porque luego esos institutos podrán participar —y ésta es la apuesta del Carlos III— en la generación de esos centros en red, que desde el punto de vista estratégico como Estado son las apuestas que debemos de realizar para fomentar la investigación de vanguardia en biomedicina, que no es la investigación que ocurre en otros niveles, sino que debe ser una investigación al servicio de programas de salud. Esos centros deben de aprovechar los recursos que tenemos distribuidos por todo el Estado y ahí el Carlos III puede ser un instrumento esencial de coordinación y financiación.

La señora **PRESIDENTA**: Suspendemos brevemente la sesión para despedir al señor director general del Instituto Carlos III y continuaremos con el debate de las proposiciones no de ley que figuran en el orden del día. Hago aviso a las señoras y señores diputados de que las votaciones, por optimistas que queramos ser, no van a poder producirse antes de las dos de la tarde. (**Pausa.**)

#### **PROPOSICIONES NO DE LEY:**

— **SOBRE CREACIÓN DE UN REGISTRO CENTRAL DE PÓLIZAS DE SEGUROS DE VIDA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA DEL CONGRESO. (Número de expediente 161/000296.)**

La señora **PRESIDENTA**: Adentrándonos en el debate de las proposiciones no de ley, en la que figura

como punto número 4 del orden del día, tiene la palabra el diputado señor Pedret.

El señor **PEDRET I GRENZER**: Permítame, en primer lugar, manifestar la satisfacción que me produce el hecho de que es la primera vez que intervengo bajo su presidencia, a pesar de los ya unos ciertos años de servicios en la Cámara. No es la primera vez que intervengo en esta Comisión, puesto que intervine en ocasión anterior, exactamente el 16 de octubre de 2002, defendiendo proposición no de ley en términos casi idénticos a las que defiendo en este momento. Intentaré que no ocurra lo que sucedió entonces, en que la hoy presidenta intervenía en el debate y me recordó, con la gentileza que acostumbra, la extensión de la intervención que acababa de realizar. Voy a intentar, por lo tanto, ser más breve que en aquella ocasión, porque el consenso social y político sobre el tema se ha extendido de tal forma que confío absolutamente en el resultado satisfactorio de la votación para la admisión de esta proposición no de ley.

Nos encontramos ante una reivindicación largamente establecida por las organizaciones de consumidores, a cuya constancia y pertinacia quiero rendir homenaje en este momento porque, si no, no estaríamos discutiendo de este tema en sede legislativa; reivindicación que ha seguido un largo proceso parlamentario en la legislatura anterior: proposiciones en esta casa, proposiciones en el Senado con subcomisión de estudio, acuerdo sobre el contenido del estudio en el Senado, que se encuentra en estos momentos también —no voy a ocultarlo— en un inicio de estudio en un grupo de trabajo radicado en la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Hacienda. Es necesario hacer el reconocimiento en sede legislativa, en el Parlamento, en la representación popular, de la necesidad de la creación del registro unificado o único de seguros de vida. Y ello porque es de justicia para reconocer la actividad de la sociedad que ha llevado al final a tener cerca por fin este instrumento, y por otra parte porque es una materia claramente legislativa que no podemos ignorar.

Señorías, la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, establece en su artículo 88 que la prestación del asegurador deberá entregarse al beneficiario en cumplimiento del contrato. Para asegurar en todo lo posible la efectividad real, en la mayoría de los casos —va a ser imposible prácticamente en la totalidad—, del cumplimiento del contenido de ese artículo 88, es por lo que se solicita, en esta actividad de impulso político que compete también al Parlamento, que se regule legalmente la existencia de este registro. No podemos ignorar que en el tráfico mercantil moderno el concepto antiguo del seguro de vida como aquel que se contrataba individualmente por una persona para que fuera entregado el capital a un beneficiario o a varios como un negocio jurídico aislado, importante en la vida del tomador del seguro, etcétera, ha quedado enormemente

diluido. Cuando así era la realidad social difícilmente había problema, puesto que existía la conciencia en el núcleo convivencial del asegurado, del tomador del seguro, que coincide en este caso con el asegurado, de la existencia del contrato y de la necesidad de actuar en el caso, después del fallecimiento del asegurado, para obtener la efectividad de la prestación. En la actualidad la realidad social es distinta. Todos los que nos movemos en la sociedad tenemos una gran cantidad de seguros de vida de los que en la mayoría de ocasiones no somos conscientes de su existencia: contratos formulados colectivamente, contratos ligados a determinados instrumentos de crédito, contratos vinculados a actividades bancarias, contratos vinculados a viajes organizados, etcétera, que configuran una nebulosa de existencia de seguros que, repito, ni el asegurado, y desde luego mucho su círculo de convivencia, tiene conciencia de que existan. Unido esto al relativamente breve, para tratarse de materia civil, plazo de prescripción establecido en el artículo 23 de la citada Ley del Seguro de 1980, parece necesario que haya un instrumento público que permita a las personas reivindicar aquellas prestaciones que corresponden a los distintos contratos de seguro sobre fallecimiento existentes. Señorías, hay que unir esto a una absoluta necesidad de conjugarlo con el respeto a la intimidad de las personas, que viene en nuestra proposición no de ley, y al hecho cierto de que los beneficiarios no deben estar designados solo en la póliza del contrato en el momento inicial o con modificación posterior, sino que pueden ser también modificados sin conocimiento del asegurador a través de múltiples instrumentos jurídicos, incluso el testamento sirve hábilmente para esta finalidad. Debemos estructurar un sistema en el que las personas, sin limitación por su condición puesto que todas podrán ser beneficiarias y es imposible saber si lo van a ser o no, tengan la seguridad de conocer si una determinada persona fallecida tenía contratos de seguro de vida sobre fallecimiento, con qué compañías y cuáles eran las pólizas, para poderse dirigir a aquellas compañías para efectuar las reclamaciones que fueren necesarias. Al impulsar con esta iniciativa que la creación de este seguro unificado o único de seguros de vida se realice a través del instrumento normativo de la ley, salvamos la reticencia que pudiera existir respecto a la protección de datos y la cesión in consentida o no comunicada caso por caso de estos datos al asegurado o al tomador del seguro.

En los términos en que planteamos esta iniciativa a la consideración de la Comisión es respetuosa con la intimidad de las personas, con la necesidad de la protección de datos; es adecuada para proteger un interés legítimo y jurídicamente protegible de las personas que resulten ser beneficiarias de estos contratos de seguro, y por ello solicitamos a los señores y señoras comisionadas que voten afirmativamente esta proposición no de ley para poder incorporar a nuestro ordenamiento jurídico, en el plazo más breve posible, una norma lar-

gamente reclamada y cuyos beneficios son suficientemente claros.

La señora **PRESIDENTA**: Habiéndose presentado por parte del Grupo Popular una enmienda a esta iniciativa, para su defensa tiene la palabra el diputado señor Vañó.

El señor **VAÑÓ FERRE**: Muchas gracias por darme la palabra, señora presidenta. Respecto a la creación y puesta e funcionamiento —como dice la proposición no de ley— de un registro único informatizado y de actualización permanente de los contratos de seguros de vida con cobertura de fallecimiento para poder suministrar una información necesaria a los posibles beneficiarios, el Grupo Parlamentario Popular considera que es una iniciativa de interés social y que puede contribuir a más información, más confianza y más transparencia de los consumidores. Para ser coherentes con la aludida proposición no de ley que, en términos similares, se presentó en octubre del año 2002, queríamos hacer una matización, y es que se debe asegurar un estricto cumplimiento de la normativa sobre protección de datos de carácter personal, por el riesgo de un posible uso indebido. Nosotros queremos proponer una enmienda de adición para conjugar ese posible conflicto de compatibilizar el derecho de la información de los beneficiarios y el derecho a la intimidad de los tomadores. Por todo ello, proponemos que el acceso a la información esté sujeto a la Ley de Protección de Datos, asegurando que los datos contenidos en este registro estén revestidos de todas las garantías que establece la ley. Nuestra enmienda de adición pretende añadir sólo la coletilla de que el acceso a la información de este registro único estará sujeto a la Ley de Protección de Datos para garantizar el derecho a la intimidad.

La señora **PRESIDENTA**: ¿Otros grupos que deseen fijar posición? Por el Grupo Catalán (Convergència i Unió), tiene la palabra el señor Xuclà.

El señor **XUCLÀ I COSTA**: Muy brevemente para anunciar el voto afirmativo de este grupo parlamentario a esta iniciativa. He pedido la palabra para expresar la satisfacción de este grupo porque finalmente hemos podido llegar a lo que el diputado Pedret llamaba un consenso social, político, jurídico incluso, sobre la necesidad de este registro. Mi memoria parlamentaria solo alcanza a conocer algunas iniciativas del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) en la anterior legislatura en el Senado, pero como muy bien apuntaba el diputado Pedret es un tema de seguridad jurídica, de seguridad en el tráfico mercantil, de superar esta nebulosa y esta incomprensible dificultad para dar cumplimiento a las últimas voluntades y al rápido periodo de prescripción contemplado en el artículo 23. Sólo nos resta anunciar el voto afirmativo y celebrar esta iniciativa.

La señora **PRESIDENTA**: Tiene la palabra el señor Pedret para manifestar su criterio sobre la enmienda presentada por el Grupo Popular.

El señor **PEDRET I GRENZER**: Señora presidenta, aunque en el conjunto de la proposición no de ley queda suficientemente garantizado el derecho a la intimidad y el que las normas contenidas en la Ley de Protección de Datos deben de ser de aplicación a todo y también aquí —por eso me he referido a que el rango de ley que solicita la norma ya cumple con determinados requisitos de la Ley de Protección de Datos—, no tenemos inconveniente alguno en aceptar e incorporar la enmienda del Grupo Popular, puesto que redunda en nuestra intención en cuanto contribuye a aclararlo. No tenemos, repito, inconveniente alguno en que se vote con la nuestra.

— **SOBRE RECONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD CELÍACA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO CATALÁN (CONVERGÈNCIA I UNIÓ).** (Número de expediente 161/000352.)

— **SOBRE MEJORA DE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS QUE PADECEN LA ENFERMEDAD CELÍACA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA DEL CONGRESO.** (Número de expediente 161/000397.)

La señora **PRESIDENTA**: Pasamos al siguiente punto del orden del día, que consistirá en el debate conjunto de las iniciativas numeradas como 5 y 10. La primera de ellas presentada por el Grupo Catalán (Convergència i Unió); la segunda, por el Grupo Parlamentario Socialista, por la evidente relación entre ambas.

Para proceder a la defensa de la iniciativa del Grupo Catalán tiene en primer lugar la palabra el diputado señor Xuclà.

El señor **XUCLÀ I COSTA**: Llevamos otra vez a debate en esta Comisión una proposición no de ley sobre la situación de los celíacos y las medidas que deberían adoptar los poderes públicos, tanto la Administración General del Estado como las comunidades autónomas, para dar satisfacción a las demandas y a la problemática de la enfermedad celíaca.

La enfermedad celíaca es un trastorno intestinal que padecen algunas personas, ocasionado por la ingesta de productos alimenticios con gluten, como muy bien saben SS.SS. Las personas que sufren dicha enfermedad tienen cierta predisposición genética a padecerla y reaccionan a la ingesta 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 las personas afectadas puedan 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, la cual 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 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 muy bien saben SS.SS., 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) y de 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 dichos productos y sigue sin existir una información suficiente en el etiquetado de los productos para conocer la no presencia de gluten.

Otro de los problemas con que se enfrentan quienes 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 ello 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. Como muy bien saben SS.SS., en la anterior sesión de esta Comisión de Sanidad este grupo parlamentario presentó una proposición no de ley que instaba al Gobierno a adoptar dos medidas. La primera, que se redobla y se insiste en esta línea en la presentación de la presente proposición no de ley, instando al Gobierno a garantizar el correcto etiquetado de los productos sin gluten, estrictamente en cumplimiento del mandato del año 2001. Y también a publicar por

parte del Gobierno, y con carácter periódico, el correspondiente listado actualizado de alimentos permitidos para el consumo de quienes padecen la enfermedad celíaca. Nos parece que es una responsabilidad ineludible, irrenunciable, innegociable de las administraciones públicas, dar una información detallada sobre cuáles son estos productos; es una cuestión de sanidad pública. En este sentido hay una directiva comunitaria, la Directiva 2.033/89 de la Unión Europea, que precisamente insta a los Gobiernos de los distintos Estados miembros a promover esta enumeración del listado de productos. Pues bien, el pasado viernes se aprobó por parte del Consejo de Ministros el Real Decreto 2.220/2004, de 26 de noviembre, por el que se modifica la norma general de etiquetado, presentación y publicación de los productos alimenticios. Para una mejor redacción del *petitum* me permitiría añadir en la tercera línea, después de la palabra publicar: de acuerdo con el real decreto a que he hecho referencia. Haré llegar a la presidencia el texto exacto. Quiero terminar solicitando el apoyo de los restantes grupos parlamentarios.

La señora **PRESIDENTA:** De acuerdo con lo establecido en la reunión de Mesa y portavoces, y para la economía del proceso puesto que debatimos dos iniciativas que tienen entre sí relación, parece lo lógico que a continuación intervenga el Grupo Socialista defendiendo la enmienda que tiene presentada a esta iniciativa junto con el texto de la que figura en el orden del día como número 10. Para ello, doy la palabra a la señora Salazar.

La señora **SALAZAR BELLO:** Es uno de los temas más importantes que ha venido a esta Comisión de Sanidad durante muchos años y donde todos los grupos tratamos de consensuar un acuerdo para favorecer a sus enfermos. La enfermedad celíaca, como sabemos, es una intolerancia permanente al gluten, de tal manera que la ingesta de esos productos van a ocasionar siempre daños a estos enfermos.

En cuanto a lo que manifestaba el señor diputado —no quiero extenderme más en las argumentaciones pues todos los diputados tienen el texto de nuestra proposición no de ley—, hay un apartado de nuestra iniciativa que dice que se aprobará, en el plazo más breve posible el real decreto por el que se traspone la Directiva europea 2.003/89 de la Unión Europea, que prohíbe en el etiquetado la utilización de términos que puedan inducir a este error al consumidor, etcétera. En este apartado como decía el señor diputado, ha habido una incorporación en este fin de semana. Fue aprobado en el Consejo de Ministros y posteriormente publicado en el Boletín Oficial del Estado del sábado 27 de noviembre el Real Decreto 2.220/2004, del 26 de noviembre, por el cual se modifica esta norma y se traspone totalmente la normativa europea.

La incorporación al ordenamiento jurídico interno de la directiva europea hace que ese real decreto que tene-

mos es de carácter básico y se dicta al amparo de la Constitución, que atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de bases y coordinación de la planificación de la sanidad y la actividad económica, de acuerdo con la Ley General de Sanidad, de 1986. Ese real decreto tiene un artículo único que modifica la norma general del etiquetado, presentación y publicidad de los productos alimenticios, quedando modificado el Real Decreto 1.334/1999, por el cual se recogía la modificación de puntos y apartados de los artículos necesarios para poder saber que cualquier ingrediente que se utilice en la producción de un producto alimenticio que siga presente en un producto acabado, aunque sea de forma modificada, y sea enumerado en el anexo 5, se indicará en etiquetas, mediante una referencia clara, el nombre dicho ingrediente. Igualmente sucede con las sustancias que se utilicen en la producción del producto alimentario que siga, aunque sea de forma modificada, y que proceda de los ingredientes enumerados en el anexo. Esto será considerado como ingrediente y se indicará igualmente en el etiquetado mediante referencia clara del nombre del ingrediente que procedía. La propuesta de *Convergència i Unió*, referente a la publicación de un listado actualizado de los alimentos permitidos para el consumo de quienes padecen la enfermedad celíaca, es casi imposible de realizar, pero se podría hacer un estudio en el que aceptaríamos la enmienda que se ha presentado a esa proposición no de ley, y podríamos llegar a un acuerdo entre todos los grupos.

Quería dejar muy claro por qué no podemos aceptar una parte de la proposición, aquella que dice que los alimentos deben requerir autorización previa. No estamos hablando de un medicamento, sino de un producto alimentario en el que, como en el caso de los medicamentos, no existe un control previo sino posterior, por lo que sería prácticamente imposible mantener un estado actualizado de estos productos. Esta acción puede quedar fuera del ámbito de la competencia del Estado, pues puede ser competencia de control y mercado de las autonomías.

Lo que hay que hacer es fomentar la colaboración de la industria. El Ministerio de Sanidad acordó y formalizó un acuerdo marco de colaboración con las federaciones y asociaciones de celíacos en España en el que se incluía un apartado relativo a la mejora de la seguridad de los alimentos para celíacos. En dicho apartado se hace referencia a la investigación, al control de alimentos y a la modificación de las normas sobre el etiquetado. En cuanto a la primera parte de nuestra proposición no de ley, relativa a aprobar en un plazo breve el real decreto, ya esta realizada, por lo que no procede. Las propuestas de todos los grupos parlamentarios es que se promueva positivamente y de forma activa ese *codex alimentario* de FAO, así como el establecimiento como límite máximo en alimentos sin gluten de las 20 partes por millón. Igualmente, hablamos de desarrollar el acuerdo marco firmado por el Ministerio de Sanidad y

Consumo con las federaciones de enfermos celíacos en España para mejorar el conocimiento de la prevalencia de la enfermedad en la población y las variantes sociales y sanitarias que permitan mejorar la atención de la enfermedad. Proponemos que se adopten medidas en la calidad de la atención sanitaria a los enfermos celíacos, tales como la elaboración de las guías de buenas prácticas clínicas, y así intensificar los programas de formación específica y continuada del conocimiento de esta enfermedad. Asimismo pedimos en nuestra proposición no de ley que se elabore una guía sobre directrices, dirigida sobre todo a las industrias alimenticias, para la elaboración de alimentos destinados a estos enfermos. Esta guía contendrá las medidas que los programas de autocontrol de la industria alimentaria han de incorporar para el control de las materias primas y flujos de producción que garanticen la no existencia de contaminaciones cruzadas. La trazabilidad de los alimentos es muy importante. El Gobierno promoverá igualmente 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, aportando al centro las propias infraestructuras de conservación. Como sabemos que es un tema que afecta a todo el territorio español, el Estado deberá promover que las comunidades autónomas impulsen la formación de los educadores. Dado que es de su competencia, no podemos establecerlo como obligación, por lo que pedimos que, a través del Consejo Interterritorial, las comunidades autónomas impulsen la formación de educadores y de trabajadores de restauración en los centros escolares acerca de esta enfermedad celíaca y todos sus requerimientos dietéticos.

La proposición no de ley que hemos presentado dice que hemos de mantener una normativa básica estatal que regule la admisión de alumnos en centros sostenidos con fondos públicos como criterio prioritario para dicha admisión, la concurrencia en el alumno de la enfermedad crónica que afecte al criterio 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 determinada el estado de salud físico del alumno. Desde nuestro punto de vista, es fácil alcanzar un acuerdo con *Convergència i Unió*, grupo que nos manifiesta esta misma preocupación por esta materia. Por ello, podemos llegar a una transaccional entre los grupos. Sin embargo, hay una enmienda del Grupo Popular que habla de establecer programas nacionales. Pensamos que los actualmente vigentes no son programas nacionales sino planes de control de los alimentos sin gluten mediante el real decreto que se acaba de publicar. Igualmente, en el punto 5 piden que se evalúe en un plazo de seis meses la incorporación de los alimentos especiales para celíacos como prestación de tratamiento dietoterápico, al amparo de la Ley 16/2003, de 28 de mayo. Busqué esta ley por si podía haber algún error en mi apreciación porque la conocía pero no la recordaba

exactamente, y me encontré con que dice que la prestación de productos dietéticos comprende la dispensación de tratamiento dietoterápico a las personas que padezcan determinados trastornos metabólicos. La propuesta del Grupo Popular es que retiremos el gluten y que etiquetemos estos productos alimentarios diciendo que no tienen gluten o que tienen esas mínimas partes autorizadas. Pero hay que tener presente que la dieta sin gluten no es un medicamento, sino una dieta más que debe incorporarse. La Federación de Asociaciones de la Enfermedad Celíaca, en la pregunta que se hace en su página web dice: su tratamiento consiste (lo subraya y en negrita está) en el seguimiento de una dieta estricta sin gluten durante toda su vida, el único tratamiento consiste en que no tomen este elemento que es el gluten, lo cual conlleva una normalización clínica y funcional, así como la reparación de la lesión que pudiera haber habido en sus vellosidades intestinales. El celíaco debe basar su dieta en alimentos naturales: legumbres, carnes, pescados, huevos, etcétera, sin gluten. Deben evitar en la medida de lo posible los alimentos elaborados y/o envasados, ya que en estos es más difícil garantizar la ausencia de gluten. Sin embargo, con el real decreto lo que sea etiquetado como sin gluten será responsabilidad de la propia empresa y el control del Estado será que los medicamentos que están etiquetados como que no tienen gluten lo cumplan. No se trata de un tratamiento médico el gluten, no se puede evaluar como una dietoterapeuta, sino que es solamente una especificidad de que no se debe alimentar nunca a un paciente de enfermedad celíaca con cualquier alimento que tenga gluten.

Y en cuanto al tercer punto, dice: En tanto no se resuelva dicha evaluación (se refiere a la evaluación de los seis meses de incorporación de los alimentos especiales para celíacos como tratamiento dietoterápico), se promoverá impulsar líneas de acción social y de apoyo económico a las familias de menor poder adquisitivo. Esto lo habíamos discutido porque había presentado una proposición no de ley *Convergència i Unió* la vez anterior, el día 5 octubre, donde decíamos que no se podían dar ayudas a las empresas y que no estaba especificado todavía el hecho de que se pudiera hacer algo en ese sentido, por la falta de clarividencia en los productos sin gluten. Igualmente, me llama la atención muchísimo, porque esta es una ley aprobada por ellos hace más o menos un año y ellos podían haber incluido esta prestación de productos dietéticos en ese momento, especificando absolutamente la enfermedad celíaca, igual que se había especificado dar la nutrición enteral a domicilio para pacientes a los que no es posible cubrir sus necesidades nutricionales a causa de una situación clínica. Aquí se podía haber recogido ya esa especificidad y sin embargo ahora pretenden que hagamos esto. Sin embargo, para poder llegar a un acuerdo con todos los grupos que lo quieran apoyar, porque es algo que todos los grupos desde hace años estamos tratando de conseguir para mejorar la calidad de vida de estos

pacientes de la enfermedad celíaca, nosotros hacemos una propuesta de modificación a ese punto donde cambiaríamos la propuesta que proponen ellos para poder hacer una transaccional también con el Grupo Popular, y evaluar el tipo de líneas de acción social y de apoyo sanitario a las familias, según convenio firmado con la Federación de las asociaciones de enfermos, convenio y acuerdo firmado también por el Grupo Popular, que lo conocen perfectamente. Desde ese punto de vista yo creo que podíamos incluir dentro de nuestra proposición no de ley una modificación a la transacción, donde podríamos dejar incorporado igualmente el punto 3 modificado por lo que acabo de leer, del Grupo Popular.

La señora **PRESIDENTA**: Mientras intervienen el resto de las formaciones políticas, bueno sería que estas últimas matizaciones que ha hecho sobre la aceptación o no o la modificación de apartados de iniciativas de otros grupos o de enmiendas de otros grupos, fuesen trasladadas a la Mesa para que, en definitiva, cuando se llegue finalmente a la votación, podamos saber con exactitud a qué estamos dando exactamente nuestro voto.

Rogaría a la interviniente del Grupo Popular, señora Pan Vázquez, que además de presentar su enmienda nos fije ya la postura en relación con las dos iniciativas.

La señora **PAN VÁZQUEZ**: Intervengo en nombre del Grupo Popular para marcar posición en relación a las proposiciones no de ley tanto de Convergència i Unió como del Partido Socialista. Trataré de ser lo más breve posible, puesto que estas proposiciones no de ley ya se han visto al menos durante esta legislatura en otra ocasión en esta Comisión de Sanidad y Consumo.

En cuanto a la proposición no de ley que presenta CiU, lo dijimos en la anterior Comisión, la vamos a apoyar porque nos parece de justicia y va en la dirección que el Partido Popular defiende para la problemática de los enfermos celíacos. Y en cuanto a la proposición no de ley que trae hoy el PSOE a esta Comisión de Sanidad, tengo que decirles, señorías, que me sorprende de la jugarreta, o si prefieren, la pirueta política que el Partido Socialista está manteniendo en relación con este importante tema que preocupa además a muchas familias. Ustedes están anteponiendo sus intereses de partido a los intereses de los enfermos celíacos, que son a los que ustedes y nosotros nos debemos, para los ciudadanos, que les han votado a ustedes y a nosotros y que quieren que trabajemos en la defensa de sus intereses y del bien general. Y ustedes no han trabajado demasiado, tengo que decirlo, por el bien general, al menos en este tema. Sólo están llevando a cabo un maquillaje político que responde a su propio interés. Supongo que esto debe ser por algo, debe responder a algo, probablemente a poder presentar algo de balance, dada la inactividad que presenta el Ministerio de Sanidad y Consumo. Han votado ustedes en contra de nues-

tras propuestas aquí, en el Congreso, en la anterior Comisión, y también hace no muchas fechas en el Senado con intención de que se aprobara una enmienda de sustitución en la que por un lado ustedes no contemplan ninguna medida que alivie la carga económica que tiene que soportar este colectivo, pero que en el resto es una mera, no voy a decir copia literal, porque no es literal, pero sí que es un mix de las propuestas que se han presentado aquí por el Partido Popular y también por Convergència i Unió. En el Senado, además, han actuado peor, puesto que además allí solamente por procedimiento de la Cámara se llevaron las propuestas que afectan al área de Sanidad. Y para terminar las piroetas que vienen realizando ustedes en el último tiempo, presentan hoy como suya una proposición no de ley en relación con los enfermos celíacos.

Bien, señorías, nosotros evidentemente no vamos a anteponer nuestro interés al de los ciudadanos ni vamos a tener su comportamiento, solamente les planteamos una enmienda de adición que complete las medidas que recogen en la que por un lado fue parte de nuestra proposición no de ley, después una parte también de la sustitución suya de enmienda de sustitución en el Congreso y en el Senado, y que hoy de nuevo quieren hacer suya. Estamos asistiendo, como ya nos tienen acostumbrados, a contradicciones, rectificaciones que nos está haciendo ver todos los días el Gobierno del Partido Socialista. Con esta actitud, les digo, es muy difícil que consigan ustedes acuerdos unánimes que serían deseables, y nuestro grupo está dispuesto a mantener esa actitud positiva para asuntos de gran interés y trascendencia para todos los ciudadanos.

Voy a dar por realizada mi intervención en lo que se refiere a los puntos que competen al área de sanidad y a los comedores y centros escolares, puesto que no quiero, por respeto a la inteligencia de todos los diputados, volver a insistir y a repetir lo que ya dije en la anterior Comisión de Sanidad. Pero en relación a lo que ustedes plantean de las guías que van dirigidas a la industria para que mejoren sus procesos de elaboración, me parece muy bien, estoy completamente convencida de que la industria hará y hace esfuerzos para estas mejoras. Pero esto no exime a la Administración sanitaria de realizar los programas, planes, o como usted quiere llamarles, señoría, de control y verificación de ese etiquetado. Esta es la garantía que los ciudadanos esperan de su Administración y espero, señoría, que este punto lo acepten ustedes. Además, esas guías de las que ustedes hablan saben que están incluidas dentro del convenio específico que la AESA ha firmado con ACE por cierto por parte de un Gobierno del Partido Popular. Está recogido eso, como también otras cosas, dentro de ese convenio en el que se contempla colaboración financiera para que se lleven a cabo programas de control del etiquetado; también está contemplado el desarrollo de programas de I+D para optimizar los métodos de análisis de detección de gluten en los alimentos etiquetados sin gluten, y otros que no les quiero repetir



para no alargarme, pero que pongo a disposición del resto de diputados. Supongo que el Partido Socialista en el ministerio ya habrá visto cuál es el convenio y el acuerdo marco que se había firmado en su día. Y en las reuniones del *codex* alimentario esperamos y deseamos que mantengan una actitud positiva para los intereses de estos enfermos y que no hagan como hizo la ministra de Agricultura en las suyas con el aceite, que no vienen al caso en esta Comisión.

En el segundo punto de nuestra enmienda hemos trabajado para tratar de llegar a presentarles alguna medida, ya que ustedes en otra comparecencia en la Comisión de Sanidad no querían ni oír hablar de medidas económicas, que son las que les interesan mucho a los ciudadanos y a los enfermos celíacos, porque afectan, como ya se ha visto en esta propia Comisión, de forma muy importante a las economías familiares. Nosotros presentamos en esa enmienda al amparo de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud —que saben que se aprobó por consenso, por cierto, y a ese consenso apelamos para tratar de lograrlo en temas, como dije antes, de gran trascendencia e interés—, ley en la que se establece que la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud se debe establecer por real decreto. Por cierto, que todavía no lo tienen ustedes publicado, esperamos que lo publiquen en breve y esperamos que en esa cartera de servicios se incluyan también como prestación dietoterápica los alimentos que les voy a declarar aquí. Cuando hablo de alimentos especiales para celíacos no estoy hablando ni de *delicatessen* ni de alimentos con una especial elaboración, estoy hablando de pan, harina, pasta, alimentos básicos que en otros países de la Unión Europea se están dando como prestación dietoterápica y que hasta la publicación y aprobación en el Congreso de los Diputados de la Ley de cohesión y calidad no había herramienta ni había amparo legal para poder prescribirse como dietoterápicos, pero que sí lo hay a partir de la publicación de la Ley de cohesión y calidad, porque como SS.SS. saben, si hacen un repaso de ella, ya se recogen en el preámbulo de dicha ley específicamente los alimentos dietoterápicos, y también en el catálogo de prestaciones recogido en el artículo 7, así como en el artículo 8, que habla de la cartera de servicios, y también en el artículo 18, que habla de la prestación de productos dietéticos. No estamos hablando de medicamentos, señora Salazar, por supuesto que no confundimos la harina sin gluten con ningún medicamento, ¡por Dios, nada más lejos de nuestra intención! Estamos hablando del tratamiento de los enfermos celíacos, de alimentos de base y de primera necesidad, que también debe contemplar nuestro Sistema Nacional de Salud, de eso es de lo que estamos hablando, y no de ninguna otra cosa.

Entendemos por tanto que es de justicia el que los enfermos celíacos vean que al amparo de esta ley se consiguen algunas de sus reivindicaciones históricas,

puesto que ahora sí tenemos la herramienta, tenemos esta ley, y quiero subrayarlo, para poder aprobar esto en esta Comisión de Sanidad y Consumo. Y además en nuestra enmienda lo digo claro, estamos hablando de que se evalúe, y ya en el preámbulo lo dice la propia ley, y se lo leo aquí textual: Que las nuevas técnicas, tecnologías, procedimientos, se sometan a evaluación. Sólo les pido la evaluación de esto como una nueva prestación de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, se lo estoy pidiendo como una evaluación, y que después las traigan ustedes aquí, al Congreso, las lleven ustedes al Consejo Interterritorial de Salud, para que las comunidades autónomas y los españoles decidan si se financian o no por parte del Sistema Nacional de Salud. Esto es lo que recoge el punto 2 de nuestra enmienda.

En cuanto al punto 3 de nuestra enmienda, es claro y va en la línea de que los enfermos celíacos llevan ya mucho tiempo soportando esa presión económica que, como hemos visto ya en la anterior Comisión, es muy importante. Pedimos aquí que se promuevan, en tanto en cuanto no tengamos el resultado de esa evaluación, líneas de acción social y ayudas económicas. Parece que a esto sí estaría dispuesto el Partido Socialista, puesto que acaba de hacer público que pretenderían evaluar unas líneas de acción social y apoyo sanitario a las familias según el convenio o acuerdo marco. Este punto que nos plantean es muy poco concreto. Nosotros pedimos, como hemos defendido siempre, que se promuevan e impulsen líneas de acción social y ayudas económicas a las familias con menor poder adquisitivo, porque la economía, como ya hemos dicho, de muchas familias no debe ser perjudicada por el tratamiento, el único tratamiento de una enfermedad, ya que esto les supondría una situación de inequidad en relación al resto de pacientes del Sistema Nacional de Salud. Estas ayudas, además, también las contempla la propia Ley de cohesión y calidad, y si no lean bien y con detenimiento los artículos a los que he hecho referencia antes. Y no me vuelvan, por favor, a repetir que el Partido Popular no lo ha hecho durante su mandato, no lo ha hecho durante el tiempo en el que estuvo. El Partido Popular ha sido capaz, ya en el último periodo, porque no les voy a hacer aquí un balance de Gobierno, de sacar adelante cinco proyectos de ley muy importantes en el periodo 2002-2003, como son la Logse, el estatuto marco, ustedes lo saben, la Ley básica reguladora de la autonomía de pacientes, la Ley 280/2003, y esta ley sobre la que hoy nosotros basamos algunos de nuestros puntos, como es la Ley 16/2003, por supuesto con la colaboración de todos los grupos políticos, con el buen hacer y el interés del ciudadano, que fue lo que nosotros antepusimos siempre en nuestra labor de gobierno y es la que pretendemos poner por delante en nuestra labor de oposición.

Por tanto, y resumiendo, vamos a votar a favor de la proposición no de ley de *Convergència i Unió* y esperamos de SS.SS. que tengan sensibilidad con los enfer-

mos celíacos y acepten los tres puntos de nuestras enmiendas, para los que solicitamos además la votación por separado.

La señora **PRESIDENTA**: ¿Grupos que desean fijar postura?

Por el Grupo de Izquierda Verde-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds, tiene la palabra la señora García Suárez.

La señora **GARCÍA SUÁREZ**: Seré muy breve, porque entre punto y punto habré de ausentarme un momento para ir a otra Comisión a la que debo asistir.

En primer lugar, quiero manifestar nuestra satisfacción por que pueda aprobarse una proposición no de ley que empiece a dar soluciones a algunos de los problemas con los que se encuentran muchas de las personas que padecen la enfermedad celíaca. Quisiera hacer un reconocimiento —porque a algunas de ellas he tenido la suerte de poderlas conocer— a las asociaciones de enfermos celíacos por su trabajo, su enorme trabajo de dedicación y de sensibilización; seguramente por estas y otras razones hoy estamos debatiendo estas proposiciones. En todo caso, voy a marcar posición de las dos proposiciones de ley, de *Convergència i Unió* y del Grupo Socialista.

Cada vez son más las personas afectadas, entre ellas muchos niños y jóvenes, según nos revelan los datos y los estudios, y a nuestro entender se debe profundizar en medidas que vayan en tres líneas; en la de la investigación para un mayor conocimiento; en la de facilitar la información y el reconocimiento de la presencia de gluten en los alimentos a las personas que padecen esta enfermedad, y en facilitar la normalización y la calidad de vida, en definitiva, de todas las personas que la padecen.

Como ya se ha dicho, la modificación de la Directiva 2000/13, de la Unión Europea, dio un claro impulso y reconocimiento a la atención de esta enfermedad y por tanto es imprescindible que en nuestro país nos pongamos al día en dar soluciones a este problema. En este sentido, hemos de adelantar que la propuesta del Grupo Socialista nos parece sin duda mucho más completa en cuanto a las proposiciones y propuestas que realiza que la del Grupo de *Convergència i Unió* y que, por supuesto, si llegan a un acuerdo conjunto nosotros vamos a apoyarlas, así como las inclusiones que puedan hacerse por otros grupos. No obstante, nosotros quisiéramos hacer una enmienda in voce, que son dos, en concreto a la proposición del Grupo Socialista. Una es en el apartado 7, y son enmiendas de adición. Cuando se dice que el alumno celíaco podrá llevar a los centros escolares los alimentos, pensamos que se debería añadir «de manera excepcional», porque no nos parece nada normalizado que los niños tengan que ir con la comida a los colegios, en todo caso como medida excepcional hasta que realmente los centros escolares puedan elaborar los menús. Por tanto, sería añadir «de manera

excepcional». Y otra de adición que sería un apartado nuevo con un texto que diga: Promoverá y desarrollará las acciones necesarias para que las compañías de transporte de viajeros, tanto públicas como privadas, tengan en cuenta en la elaboración de sus menús las necesidades de las personas celíacas. Estas dos incorporaciones de enmiendas de adición sería lo que nuestro grupo parlamentario plantearía para que fueran incorporadas en la proposición, en este caso del Grupo del Partido Socialista.

La señora **PRESIDENTA**: El que las enmiendas hayan sido calificadas como de in voce no le exime a usted de presentárnoslas por escrito para su debida constancia a la Mesa, por lo menos tal es el uso parlamentario en las comisiones de esta Cámara. En la medida en la que le sea posible, y antes de que vayamos a proceder a la votación, le rogaría que nos acerque el texto que ha defendido.

A continuación, y para fijar su postura y defender también otra enmienda igualmente in voce que ha sido presentada por su grupo, tiene la palabra la señora Bonás, en nombre del Grupo Esquerra Republicana de Catalunya.

La señora **BONÁS PAHISA**: Nos quejamos los diputados de que no tenemos tiempo, de que tenemos mucho trabajo, y parece ser que nos sobra, porque esta discusión la tuvimos hace poco. Finalmente se va a llegar a un acuerdo. Lo que interesa a los pacientes, a las personas con enfermedad celíaca, es tener alimentos y disponer de información. Por tanto, vamos a garantizar de una vez el correcto etiquetado; me parece muy bien. Otro problema que tendrán será el acceso a estos alimentos, porque fabricar estos alimentos es caro. A un fabricante le interesa sólo si el producto es muy caro, si no, no le interesa fabricar estos alimentos. Por tanto, parece ser que la única intención de esta discusión del Partido Socialista era apartar el tema económico, y es un grave error, por que el tema económico va implicado con las personas que tienen que usar alimentos sin gluten. Por tanto, quiero que consideren el punto 2 del Grupo Popular. Y hemos puesto una enmienda de adición para intentar encauzar este aspecto, que dice que estudie (me refiero al Gobierno) la posibilidad de aplicar a los productos sin gluten un IVA reducido del mínimo, mínimo, del mínimo que se puede pedir, que estudie esta posibilidad, porque es una enfermedad genética, hay familias con dos o tres niños que tiene que utilizar sólo alimentos sin gluten y estamos hablando de alimentos que la sociedad está acostumbrada a ellos, como es la pasta, el pan, las harinas, etcétera. Por tanto, no sé aún qué vamos a votar, espero que la presidenta nos mande la transaccional y entonces añadiría este punto de que se estudie la posibilidad de aplicar a los productos sin gluten un IVA reducido. Y pediría, para que por fin salga una proposición no de ley, que se

considere el punto número 2 de la enmienda del Grupo Popular.

La señora **PRESIDENTA**: Exhortaría a las señoras y señores portavoces para que mientras sigue el debate del resto de las iniciativas, se haga, si es que esa la voluntad de los grupos, ese intento de consensuar un texto que pueda ser sometido a votación. Por tanto, la fijación definitiva sobre la postura respecto de las enmiendas de otras formaciones políticas, quizá la pondremos al momento previo a la votación, todo ello en aras de que sea posible el llamamiento que todos han hecho a conseguir un texto conjunto que pueda ser votado.

Si así les parece a los señores portavoces, pasaríamos a debatir el punto numerado como 6 del orden del día... **(El señor Xuclà i Costa pide la palabra.)** Había dado por supuesto que había fijado postura, pero no hay ningún inconveniente, por supuesto, señor Xuclà, en que usted intervenga.

El señor **XUCLÀ I COSTA**: Muy brevemente, porque como he sido el primero en intervenir simplemente he hecho referencia a la defensa de mi propia proposición no de ley, y no a la del Grupo Popular, con lo cual no había podido fijar posición respecto a la otra proposición no de ley, ni anunciar si aceptaba o no aceptaba la enmienda del Grupo Socialista. Por ello expondré brevemente unas consideraciones pues como muy bien se ha dicho, sobre este tema se discutió en la anterior Comisión.

Quiero instar a los señores diputados y a las señoras diputadas a que durante esta mañana podamos llegar a un buen acuerdo, a un acuerdo constructivo que supere el espectáculo poco constructivo que se ofreció en la anterior sesión de esta Comisión cuando algunas personas aquí presentes tuvimos un largo debate, yo creo que fundamentado debate sobre este tema, y que al final, en el último momento, la suma de los votos de algunas personas que llegaron un minuto antes para votar hizo imposible consensuar. Creo que ante el colectivo de los celíacos presentamos un panorama y una actitud francamente muy poco constructiva, quizá por este desconocimiento del iter del proceso al comparar las proposiciones, si una es más extensa que la otra, pero también se podría recordar que una es reactiva a la otra. Nuestra proposición no de ley es una proposición gradualista, que ha renunciado a una parte del petitum de su primera redacción, que era la parte de las ayudas sociales, para hacer posible su aprobación; sin duda desde un punto de vista de satisfacción del grupo parlamentario creo que también deberíamos afrontar estas ayudas de carácter social. Pedimos al Grupo Parlamentario Socialista, que ha presentado una enmienda estrictamente de sustitución de la redacción de la proposición no de ley del Grupo de *Convergència i Unió*, que considere que se pueden integrar estos dos textos como una enmienda de adición. En este sentido, para no cansar a SS.SS., no

les voy a formular cómo podríamos engarzar la redacción de los dos textos, pero pediría que se sometiera a consideración la posibilidad de que se engarzaran los dos textos. Y finalmente, creo que es difícil integrar todo esto en un solo texto refundido, con lo cual creo que podríamos votar las dos proposiciones no de ley, la de *Convergència i Unió* con esta enmienda, con el ánimo que sea, de adición del Grupo Socialista, y la del Grupo Socialista.

Respecto a la del Grupo Socialista, también en esta cargada modulación y perfeccionamiento de su redacción, me permito formular una brevísima enmienda in voce, pero muy sencilla, que es la de supresión del punto 2 de la proposición no de ley, que insta al Gobierno a aprobar un real decreto que se aprobó este viernes por parte del Consejo de Ministros, con lo cual seguramente es innecesario instar al Gobierno a aprobar algo que, como hemos hecho referencia tanto la diputada Salazar como quien les habla, ya se aprobó el pasado viernes.

Y finalmente, lo referente a los comedores escolares. Esta es una enmienda in voce que será trasladada a la Mesa y creo que será valorada positivamente por parte del Grupo Parlamentario Socialista. Sería bueno que estas medidas se extendieran también a los comedores escolares y universitarios, pues es evidente que los universitarios no quieren ser calificados como escolares. Con lo cual, presento también otra enmienda in voce simplemente de adición: comedores escolares y universitarios.

Respecto a las otras enmiendas presentadas, simplemente indicar que el Grupo Parlamentario Catalán de *Convergència i Unió* valora muy positivamente la enmienda del Grupo Popular, se suma a lo expresado por la diputada Bonás, que cree muy razonable en el segundo punto expresar simplemente la voluntad de evaluar en un plazo de seis meses; creemos que esto es muy razonable. En la votación separada votaremos a favor de esta enmienda e instamos al Grupo Socialista a que tome en consideración la posibilidad de integrar también la enmienda del Grupo Popular.

Y finalmente, también votaremos a favor de esta enmienda in voce del grupo de *Esquerra Republicana de Catalunya*, teniendo en consideración la dificultad que se presenta para reducir el IVA, en muchos casos por la unidad de criterio en el conjunto de la Unión Europea en materia de fiscalidad.

La señora **PRESIDENTA**: Vuelvo a exhortarles a que me hagan los deberes y aporten a la Mesa los textos con los añadidos o con los recortes que han ido mencionando en sus distintas intervenciones. De igual manera, dependiendo ya de la voluntad de los grupos, si fuese posible, traten de llegar a un acuerdo.

¿Desea intervenir, señora Salazar?

La señora **SALAZAR BELLO**: Sí, señora presidenta. Por dos razones. Una fundamental, la primera de

todas, que ha habido tres enmiendas in voce. Estamos totalmente de acuerdo en recoger la de Izquierda Unida de adición en el apartado 7, «de manera excepcional», en cuanto se refiere a los colegios, que los niños puedan aportar o no la alimentación. Estoy totalmente de acuerdo con ella en que se diga que excepcionalmente aporten, porque si no se podría hacer una norma donde los colegios podrían exigir que el enfermo pudiera aportarla. Por lo tanto, en adición sí que aceptamos esta modificación.

Y después, con relación a añadir un nuevo apartado con el siguiente texto: Promoverá y desarrollará las acciones necesarias para que las compañías de transporte de viajeros, tanto públicas como privadas, tengan en cuenta en la elaboración de sus menús las necesidades de las personas celíacas. Yo creo que la aportación de esta adición es muy importante. En este momento me parece que Renfe ha iniciado sus primeras vías para tratar de conseguirlo y podíamos a incorporar a todos, al resto de las líneas de transporte de viajeros, como podrían ser desde los autobuses hasta las líneas aéreas. Por supuesto que sí, por parte nuestro grupo parlamentario aceptamos estas enmiendas in voce. E igualmente aceptamos la enmienda de *Convergència i Unió*, in voce también, donde nos decía que no solamente son los centros escolares los que sufren esta situación, sino que también los centros universitarios y otros centros públicos pueden sufrirla. Por lo tanto, también la enmienda que nos presenta in voce el señor Xuclà la aceptamos perfectamente.

Y en cuanto a la enmienda prestada también in voce por la señora Bonás, de *Esquerra Republicana*, sobre el acceso a esos alimentos, la posibilidad de un estudio del IVA es una parte de la proposición no de ley que presentó el otro día el Grupo Parlamentario de *Convergència i Unió*, a la cual como diputada le había dicho que sobre la posibilidad de desgravación del impuesto sobre la renta de las personas físicas las cantidades que se pagan por el mantenimiento de un régimen dietético vienen recogidas en el Real Decreto legislativo 3/2004, de marzo, de la ley del impuesto IRPF, que es de este mismo año. Por lo tanto, los gastos que se originan por esta u otra enfermedad no pueden desgravarse con la actual normativa, eso era lo que yo decía, con la actual normativa, pero se debe de tener en cuenta esto para una futura reforma del impuesto. Yo creo que la podemos aceptar igualmente, pero como el otro día voté en contra quería explicar al diputado de *Convergència i Unió* por qué no aceptaba esto, pero se acababa de aprobar una ley sobre el IRPF y era muy pronto para poder pedir la modificación, como si estuviera mal hecha. Pero yo creo que lo que sí se puede aceptar, tanto desde el Grupo de *Convergència i Unió*, que lo había propuesto aquel día, como desde *Esquerra Republicana*, es que en el acceso de esos alimentos se pueda estudiar la posibilidad de una modificación del IVA. Yo creo que se puede pedir al Ministerio de Hacienda que estudie la posibilidad de la modificación

del impuesto del IRPF y así podríamos complementar de una forma muy importante el hecho que han estado demandando.

Igualmente, quisiera decirle algo a la portavoz del Partido Popular, porque realmente es impresionante que alguien sea capaz de decir que los...

La señora **PRESIDENTA**: Señora diputada, réplica no existe. Simplemente este turno, que lo habíamos pospuesto al momento anterior a la votación, era para fijar la postura que mantiene desde el Grupo Socialista en relación con los añadidos o con las enmiendas presentadas por otros grupos. Como tiene presentada una enmienda el Grupo Popular, puede manifestarse sobre ella, pero no volverme a reabrir el debate.

La señora **SALAZAR BELLO**: La verdad es que la posibilidad que he presentado anteriormente sobre la enmienda de ellos podría recogerse igual en el punto 2, como acepto la enmienda in voce de *Esquerra Republicana*. Dice: que se evalúe en el plazo de seis meses la incorporación de los alimentos especiales para celíacos. A pesar de que ya dije anteriormente que es una ley hecha por ellos y que en ese momento podrían haber incorporado esto dentro de su ley, podríamos pensar en la posibilidad...

La señora **PRESIDENTA**: Señora Salazar, no me reabra el debate, por favor, le ruego que se ciña a los estrictos términos y no polemice, porque lógicamente tendría que volver a dar la palabra a la representante del Grupo Popular.

Se ha manifestado por los portavoces el intento de llegar a un texto conjunto; quizá sea mejor lo que se había solicitado antes por la Presidencia, que en el momento anterior a la votación, si efectivamente ha sido posible llegar a un acuerdo, haya una manifestación de las formaciones políticas muy breve, por supuesto, para indicar cuál va a ser en definitiva el sentido de su voto. Si les parece, pasamos a debatir el siguiente punto del orden del día y luego puntualizamos los aspectos que hayan quedado pendientes respecto de éste.

— **RELATIVA A LA ATENCIÓN SANITARIA DE LOS INMIGRANTES. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/000359.)**

La señora **PRESIDENTA**: Pasamos al punto 6, relativo a la atención sanitaria de los inmigrantes, presentada por el Grupo Popular, para cuya defensa y exposición tiene la palabra el señor Mingo.

El señor **MINGO ZAPATERO**: La inmigración es un fenómeno creciente en España, como todo el mundo

conoce en esta Comisión, que requiere un especial tratamiento por parte de todas las administraciones públicas, y fundamentalmente por parte del Gobierno de la nación. A primeros de este año 2004, el número de extranjeros empadronados en España era de 2.664.168, lo que ya alcanza una población del 6,24 por ciento. En el año 2003 España fue el primer país receptor de inmigrantes de toda la Unión Europea, 594.000 extranjeros fueron acogidos en nuestro país en el año 2003, más del doble de Alemania, Francia y el Reino Unido juntos. El Gobierno debe ser sensible a esta nueva realidad y debe establecer iniciativas y medidas concretas para dar respuesta en términos de provisión de los servicios públicos y muy especialmente de la provisión del ámbito sanitario. Y creemos que esta atención sanitaria a los inmigrantes debe ser una política realista, ordenada, sostenible y concreta, como expresión del principio que todos compartimos de la cohesión social en el Sistema Nacional de Salud. Cuando uno ve los distintos servicios de la salud de las comunidades autónomas y habla con sus responsables sanitarios, se recoge prácticamente una opinión unánime: que es urgente una política integral de inmigración compartida por todos, que tiene que haber una estrategia bien estructurada, dotada de los suficientes recursos económicos para garantizar una atención sanitaria de calidad que tenga en cuenta las especiales circunstancias de esta población inmigrante, y fundamentalmente pensando en la protección y en la promoción de la salud.

Tenemos que tener en cuenta por tanto que estamos hablando de 2.600.000 personas nuevas, que la aceleración en el ritmo de crecimiento de la inmigración se mantiene, que existe una enorme incidencia a efectos de la expedición de tarjetas sanitarias a los inmigrantes, que esto condiciona una intensa frecuentación de los centros sanitarios y que en muchas comunidades autónomas más del 20 por ciento de los nacimientos y más del 30 por ciento de la atención pediátrica corresponde a este colectivo, que hay una incidencia extraordinaria no solamente en las listas de espera, sino fundamentalmente en la atención de urgencias, y que este colectivo tiene una serie de efectos, todavía no completamente evaluados, sobre no solamente la atención primaria, sino en el campo de la salud pública. Me estoy refiriendo en concreto a cuál es la incidencia en las enfermedades tropicales, a cuál es la incidencia en las enfermedades emergentes y reemergentes y sobre todo, lo que es más importante, cuál es el acceso, la aproximación a este tipo de patologías por parte de los médicos de atención primaria y por parte de las urgencias, en relación a los factores culturales y sociológicos. Como mero detalle les puedo comentar algo que ha salido en la prensa en los últimos días, de lo que son ustedes conscientes, sobre el nivel de vacunación de este colectivo. Todo ello plantea serios problemas para este colectivo, que requiere un tratamiento específico de mejora de los resultados sanitarios y también un acuerdo por parte de todas las comunidades autónomas.

Por eso, mi grupo, el Grupo Parlamentario Popular, presenta esta proposición no de ley que contempla cinco puntos muy concretos. El primer punto es la elaboración y la aprobación de un plan integral de atención sanitaria para todos los inmigrantes que contemple las nuevas necesidades en prevención y en educación para la salud, la asistencia sanitaria en atención primaria, especializada y hospitalaria, en especial la materno-infantil, y también la prestación farmacéutica. En segundo lugar, que potencie la red de vigilancia epidemiológica, que fortalezca el intercambio de información clínica y promueva la investigación sanitaria bajo la coordinación, como es natural, de los organismos competentes, del Ministerio de Sanidad y Consumo y el Instituto de Salud Carlos III, a cuyo director hemos tenido esta mañana aquí, porque a fin de cuentas lo que pretende esta proposición no de ley es mejorar las respuestas terapéuticas ante las enfermedades emergentes y reemergentes, en este momento importantes en nuestro país. La tercera propuesta es llevar a cabo acciones formativas destinadas a los profesionales sanitarios para mejorar el conocimiento de estas enfermedades y también los resultados en el diagnóstico y en el tratamiento, y publicar las oportunas guías prácticas que favorezcan estas medidas. En cuarto lugar, dotar a este plan de una serie de recursos económicos. Nuestro grupo hizo esa propuesta en una enmienda a los Presupuestos Generales del Estado, que fue rechazada por el equipo de Gobierno, pero espero que en el Senado se tenga en cuenta, si podemos llegar a un acuerdo, como he estado hablando con la portavoz socialista en este asunto. Y el quinto, encomendar, como es natural, este plan a los distintos servicios de salud de las comunidades autónomas que tienen las competencias en la materia, en colaboración con el Ministerio de Sanidad y Consumo.

A esta proposición no de ley que hemos presentado, el Grupo Parlamentario Socialista ha propuesto una enmienda que viene a defender la conveniencia de llamar a este plan plan estratégico en vez de plan integral. No tengo ningún inconveniente en aceptar la enmienda del Grupo Socialista, que nunca podría ser una enmienda de sustitución, sino que sería una enmienda de adición; comparto el criterio de que se llame plan estratégico para la coordinación y ejecución de políticas de integración de los inmigrantes, estoy encantado de aceptar esa propuesta si con ello conseguimos lo que es más importante de todo, que nos dediquemos juntos el Ministerio de Sanidad y Consumo, las comunidades autónomas, los servicios de salud, los profesionales y todos cuantos nos interesa este tema, a buscar soluciones para gente que las está demandando en este momento. Quedo a la espera de conocer cuál es la posición del grupo enmendante.

La señora **PRESIDENTA**: Señor Mingo, le agradezco la claridad en la exposición y que además haya ya adelantado su postura sobre la enmienda presentada por el Grupo Socialista.

Para la defensa de esta enmienda a que ha hecho referencia el señor Mingo, tiene la palabra la señora Aburto.

La señora **ABURTO BASELGA**: Señor Mingo, la verdad es que es curioso que partiendo de opiniones incluso que divergentes, así es la democracia, se pueda llegar a un acuerdo en la parte propositiva. Creo que podemos conseguirlo. De todas formas, de toda su proposición no de ley me parece que se desprende un cierto temor a la inmigración que, en nuestra opinión, no se debe contemplar, porque este fenómeno, el de la inmigración, puede ser, y también podemos estar de acuerdo, una gran oportunidad y riqueza para nuestro país, como lo ha sido para otros, por ejemplo Estados Unidos. Es cierto que de 1998 al 2000 el porcentaje de inmigrantes se ha multiplicado por cuatro y no voy a culpar al Partido Popular, que gobernaba entonces, porque insisto en que esto que ocurrió durante su Gobierno, nosotros lo consideramos una oportunidad. Sí quiero destacar la falta de reacción ante este reto, porque no provocó ninguna actuación ni realista, ni ordenada, ni sostenible y, en realidad, las actuaciones frente a la inmigración fueron en nuestro país bastante caóticas y ninguna tendente a la integración.

En nuestra opinión, no es necesaria ninguna actuación sanitaria específica, pero sí una actuación de integración, y además urgente, porque ha pasado demasiado tiempo. Por eso se pondrá en marcha un plan estratégico para la coordinación y ejecución de políticas de integración, que facilite el acceso a los servicios públicos españoles de todos los extranjeros en condiciones de equidad. Para ello se ha alcanzado un incremento muy importante en los Presupuestos del Estado, fundamentalmente en la parte dedicada a asuntos sociales, que ha crecido en un 21,3 por ciento. Ello se debe a que los principios que guían el Sistema Nacional de Salud son los retos de universalidad y equidad y a que si la inmigración presenta retos a afrontar, estos son los de regulación, que corresponden a otro apartado, y los de integración, que es de lo que hablamos y que deben ser abordados fundamentalmente por servicios sociales. Se trata, por ejemplo, de idioma, de costumbres, de hábitos alimenticios, culturales e higiénicos, a veces incluso contrarios a las costumbres de nuestro país, y a veces contraproducentes, como la ablación del clítoris, aunque fundamentalmente los problemas derivan de la pobreza. Creo que usted es cirujano, y en mi experiencia como pediatra, la verdad es que el problema que tienen fundamentalmente los inmigrantes es conocer a qué tienen derecho y utilizarlos sin miedo a que puedan surgir problemas por utilizarlos. Esa es mi experiencia hasta hace relativamente poco, porque no llevo mucho tiempo en el tema político.

Por eso, cuando habla de dar una respuesta para la provisión de servicios públicos, especialmente en el ámbito sanitario, eso es conceptualmente erróneo, la respuesta debe ser de integración en todos los ámbitos

de los servicios públicos y, en general, de toda la vida española. Además, científicamente no existe una patología del inmigrante, entre otras cosas porque hay muchas clases de inmigrantes. No es lo mismo los inmigrantes del este que los latinoamericanos, que los subsaharianos, que los magrebíes, y si ha leído *El País* del domingo se habrá enterado de que el turismo sanitario crea bastantes problemas en nuestro país, precisamente por lo bueno que es, aunque nos deja ahí un importante problema económico. Por eso, creemos que un sistema integral de atención sanitaria podía causar una estigmatización e inequidad, o incluso ambas cosas. Además, según la Ley Orgánica de derechos y libertades de los extranjeros en España y la Ley General de Sanidad, los extranjeros residentes en España deben integrarse en igualdad con los españoles. Sí que deben implementarse, naturalmente, los recursos y la financiación, pero en razón del número de personas que utilizan esos servicios y no porque los inmigrantes tengan unas características patológicas especiales.

En cuanto a las patologías emergentes o reemergentes, se deben sobre todo a una mayor circulación de personas. Como anécdota, le diré que, por ejemplo, en mi comunidad ha muerto una mujer española que simplemente iba a viajar a un país donde se necesitaba la vacuna contra la fiebre amarilla y la reacción a la vacuna hizo que desgraciadamente muriera. La fiebre amarilla no causó ningún problema de diagnóstico ni de tratamiento, simplemente fue una complicación terrible, sin que supusiera ningún problema para nuestros servicios sanitarios. Estas patologías emergentes o reemergentes se deben fundamentalmente a la mayor circulación, de las cuales la inmigración solamente es una parte.

En cuanto a la formación continuada de los sanitarios, es competencia de la comisión de formación continuada desarrollar actividades prioritarias, como establece la Ley de Ordenación de Profesionales Sanitarios, y creemos que hay prioridades fundamentales antes que las que puedan presentar grupos determinados de inmigrantes, como son las de envejecimiento, las patologías de los cuidadores, la obesidad, etcétera.

En definitiva, si ustedes admiten nuestra enmienda de modificación, como dije al principio, podemos llegar a un acuerdo para que los inmigrantes se integren en los servicios de salud de manera efectiva y en igualdad con el resto de los españoles. No sé si me corresponde ahora explicar toda la posible negociación completa que le propongo.

La señora **PRESIDENTA**: Señora Aburto, si quiere usted que quede constancia en el «Diario de Sesiones», puede explicarlo, pero lo habitual suele ser que se intentan acercar las posturas con el representante del grupo que ha propuesto la iniciativa y trasladarlo a la Cámara en el momento en el que exista acuerdo. Ahora, usted es dueña de manifestar ya el rechazo o la aceptación de los términos en los quiere, para que así quede constancia. Creía yo, por lo que han manifestado ini-

cialmente, que existía ya alguna posibilidad de cierre de la iniciativa y les exhortaba a que, si no, posponga esta intervención al momento futuro en el que ya haya podido establecer un diálogo y una posibilidad de acercamiento con el representante del Grupo Popular. No le puedo tampoco retirar la palabra, si desea usted utilizarla en este momento. Le doy la opción y sobre todo me gustaría tener la esperanza de que sea posible que efectivamente se pueda someter a votación un texto que vaya a tener el consenso de toda la representación de la Cámara. Usted elige.

La señora **ABURTO BASELGA:** En realidad sí que lo hemos hablado previamente. Solamente quería puntualizar pequeñas cosas muy brevemente. La enmienda nuestra sustituiría el punto 1 de la proposición no de ley del Grupo Popular. En el punto número 2 proponemos simplemente una redacción un poco distinta, sería: Continuar potenciando la red de vigilancia epidemiológica, fortaleciendo el intercambio de la información clínica, promoción de la investigación sanitaria bajo la coordinación del Ministerio de Salud y Consumo y del Instituto Carlos III, para ofrecer cada vez mejores respuestas terapéuticas ante enfermedades emergente y reemergentes. En el punto número 3 proponemos decir: Continuar realizando acciones formativas, etcétera, etcétera, para mejorar la eficacia en el diagnóstico y tratamiento de todos los pacientes. Creemos que son todos los pacientes individualmente los que pueden mejorar con estas actuaciones.

El punto número 4 proponemos redactarlo diciendo: Dotar al plan de integración de los inmigrantes de los recursos económicos necesarios para alcanzar una atención sanitaria a los inmigrantes en igualdad y equidad. Debe suprimirse el punto número 5, que eso no lo había comentado antes con el señor Mingo, porque pensamos que está incluido ya en el punto 1 cuando hablamos de las administraciones públicas. Esto es todo.

La señora **PRESIDENTA:** Señora Aburto, como veo que no tiene mucho que ver con lo que está presentado como texto escrito alternativo a la iniciativa, le regaría que usted, que pertenece a un grupo grande y tiene sin duda medios para hacerlo posible, nos traslade a la Mesa el texto, si es que definitivamente llega a un acuerdo con el representante del Grupo Popular, para que se conozca y se pueda someter al conjunto de la Comisión exactamente lo que va a ser objeto de votación. Le rogaría por lo tanto que nos traslade esas modificaciones y que nos indique si tienen o no el acuerdo del representante del Grupo Popular, a quien antes de la votación habrá que dar nuevamente la palabra, salvo que desee utilizarla en este momento.

En primer lugar tiene la palabra la señora García en nombre de Izquierda Verde Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds.

La señora **GARCÍA SUÁREZ:** Mi grupo marca la posición en relación con la proposición no de ley del Grupo Popular, en cuanto a la atención sanitaria de los inmigrantes. Adelanto que nuestra posición es desfavorable a esta propuesta tanto en el fondo como en la forma. Es más, a pesar de que hubiera algún acercamiento del Grupo Socialista a las propuestas que está planteando el Grupo Popular, seguramente mantendremos el voto en contra. Como ya he adelantado, sería una explicación muy simple del fondo, que en concreto es: no es necesario hacer una segregación de una atención específica para los inmigrantes. Los inmigrantes son un colectivo muy heterogéneo del que no podemos hacer una valoración ni en principio un planteamiento que pueda asociarse con unas determinadas enfermedades ni con unas determinadas necesidades de prevención por el mero hecho de ser inmigrante. En todo caso, dentro de este colectivo, como de cualquier otro de esta sociedad, posiblemente encontraremos situaciones de mayor o menor riesgo de unas posibles patologías que después puedan concretarse con programas específicos, muchos de ellos seguramente ya existentes, pero no más ni menos que en cualquier otro sector o con cualquier otro grupo de población. Por descontado, no podemos estar de acuerdo con el fondo del planteamiento que nos realiza el Grupo Popular y tampoco, y también es fondo, es fondo y es forma, que la sanidad está traspasada a las comunidades autónomas y que éstas precisamente lo que necesitan son recursos, y no solamente para los inmigrantes. Durante la discusión de estos presupuestos, en las enmiendas que los diferentes grupos han presentado, y en concreto en las nuestras, sí hemos planteado que era necesario tener en cuenta precisamente el factor de la inmigración, no el problema sino el factor de la inmigración, para que las comunidades autónomas pudieran tener mayor disponibilidad, más posibilidades presupuestarias para, en definitiva, hacer frente no solamente a más enfermedades, sino a mayores necesidades. Es desde el punto de vista presupuestario desde donde se ha de atender y dar este soporte a las comunidades autónomas. Cada realidad o cada sector sanitario tiene unas particularidades y posiblemente tendrá unas necesidades diferenciadas. Si hablamos de inmigrantes, como ya he dicho antes, estamos refiriéndonos a un sector amplio en el que, dependiendo de cada lugar y de cada comunidad, podrán estar agrupados de manera diferente, y cada sector sanitario tendrá que ver si ha de hacer campañas de información, que es lo que en la mayoría de ocasiones necesitan, en qué lugar, cómo y de qué forma se han de dirigir; si han de hacer campañas de prevención, qué campañas son las más adecuadas para aquel sector sanitario, y sin han de hacer unas campañas o programas concretos de atención específica, tendrá que verse en cada lugar lo que es más adecuado.

Nuestro voto no creo que sea favorable ni aun llegando a algún acuerdo con el Grupo Socialista, por estas dos razones, que nos parecen de un calado importante.

La señora **PRESIDENTA**: En nombre del Grupo de Esquerra Republicana, tiene la palabra la señora Bonás.

La señora **BONÁS PAHISA**: En Cataluña, donde se concentra casi un 25 por ciento de la población inmigrante del Estado, toda persona empadronada tiene tarjeta sanitaria y por tanto tiene acceso a todos los servicios sanitarios, y las personas que no están empadronadas porque no tienen regulada su situación tienen acceso a servicios sanitarios de urgencia. Por tanto, el gran problema de la sanidad catalana es la financiación. Se ha hablado ya de que hay que revisar los fondos de cohesión y de que se iba a tratar en otro foro. Se han hecho planes locales cuando determinados colectivos se concentran en determinada población y se ha hecho un plan local de sanidad con traductores. No necesitamos ningún plan integral. Ahora bien, reconocemos que es buena la información que se tiene y es importante trabajar en red; por tanto, estaría bien que las distintas comunidades se conectasen entre ellas y aportasen información y ayuda. Así pues, hacer un plan integral ahora es desaprovechar recursos. Por tanto, no entendemos muy bien esta proposición en qué sentido va, porque en realidad no es necesario. Ahora bien, sí es necesario resolver el problema de la financiación y esto deberá tratarse cuando se aborde el problema de la financiación de la sanidad.

El Grupo Socialista intenta consensuar una proposición no de Ley. Veremos realmente cuál es el texto, aunque coincido con la proponente del Grupo de Izquierda Unida en que no hay que crear un sistema sanitario diferenciado para los inmigrantes. Hay problemas locales, hay problemas focalizados cuando se concentra en determinado país un grupo importante de personas y hay problemas de lenguaje. Esto se puede solucionar a nivel local y, eso sí, aportar experiencias, intercambiar, y sobre todo la financiación.

La señora **PRESIDENTA**: Por el Grupo Catalán (Convergència i Unió), tiene la palabra el señor Xuclà.

El señor **XUCLÀ I COSTA**: Este grupo parlamentario está a la espera del posible redactado de una transaccional para fijar su posición definitiva, porque se ha anunciado la expresión de la voluntad por parte del grupo enmendante y por parte del grupo proponente de llegar a un acuerdo, aunque se hablaba de enmienda de sustitución y otros hablaban de enmienda de adición, vamos a ver cómo termina, con lo cual, estamos a la espera de este texto definitivo.

Simplemente unas pocas consideraciones. Hay un error de formulación conceptual en esta proposición no de ley y, si se puede llegar a una buena transaccional, mejor, y superamos así este error conceptual de formulación de esta proposición no de ley. Incluso puedo alcanzar a comprender lo que intenta plantear el diputado Mingo, pero el concepto jurídico, en este caso un

concepto jurídico indeterminado de inmigrante, es difícil de plasmar en una proposición no de ley. Creo que sé de qué está hablando y de qué tipo de personas, de qué países provienen y de qué enfermedades emergentes y reemergentes está hablando, pero evidentemente en su ánimo seguramente no hay un sueco, en su ánimo no hay un ucraniano con bufanda naranja, en su ánimo hay... Pues bien, esto se tendría que formular con un poquito más de sensibilidad, porque si no habría una sombra de segregacionismo por parte de la población, cuando lo que tiene que hacer un servicio público es prestar una atención sanitaria al conjunto de la población y también a la población inmigrante, de acuerdo con los derechos y con el principio de cohesión. Simplemente, quería apuntar esto no en forma de enmienda, pero sí en la línea de intentar mejorar el redactado de esta proposición no de ley y de apuntar algo que no es que sea políticamente correcto o incorrecto, aunque discrepo seguramente o estoy a una cierta distancia de mi buena amiga y diputada Fátima Aburto sobre sólo los aspectos positivos de la inmigración. La inmigración, desde un punto de vista de gestión pública, de recursos públicos, supone un problema, disculpen esta expresión tan radical, desde un punto de vista de suficiencia y administración y regulación, corrección de los flujos migratorios, etcétera —este es un debate seguramente de otra Comisión—, supone un problema, que tiene una repercusión muy directa en el sistema sanitario. Espero que se llegue a un buen acuerdo, a una buena transaccional.

También quiero indicar, en la línea que apuntaba la diputada Bonás, que aquí hay un problema de financiación y que este grupo parlamentario ha insistido en este debate parlamentario e insistirá en el futuro, en que no es sólo un problema de financiación respecto a la sanidad, sino a otros aspectos, y que en este sentido los municipios con un alto, altísimo índice de inmigrantes deberían tener un suplemento, una singularidad en su financiación municipal. Como ha apuntado la diputada Bonás, Cataluña recibe aproximadamente el 25 por ciento de la inmigración, hay municipios de Cataluña en los que la cuarta parte de su población es inmigrante. Esto requiere un tratamiento ad hoc desde un punto de vista de financiación de los municipios y una formulación de lo que el diputado Mingo, de forma correcta desde su voluntad pero mejorable desde su redactado, plantea en su iniciativa parlamentaria.

La señora **PRESIDENTA**: Señor Mingo, como dueño de la iniciativa, tiene usted un turno para posicionarse en relación con las posturas manifestadas por los grupos y con las enmiendas, además de pedirle que nos manifieste si ha sido posible o no llegar a este acuerdo.

El señor **MINGO ZAPATERO**: Mi grupo va a hacer todos los esfuerzos posibles para que se preserve el objetivo final de esta proposición no de ley. Vamos a



intentar hacer todos los esfuerzos, pero lo que no vamos a hacer es ir por el camino que alguno de los grupos ha manifestado ya, que es justificar que por un criterio de segregación las administraciones públicas, los servicios regionales de salud y los profesionales se olviden de ofrecer ayuda a aquellos que la están necesitando ahora mismo más que nunca en las enfermedades emergentes, en los problemas de género, en las situaciones específicas de esas patologías. Ese es el esfuerzo que está reclamando el Grupo Parlamentario Popular. Por lo tanto, en las formas vamos a intentar ponernos de acuerdo, y si hay una redacción mejor, estupendo, abierto; pero que no sea un criterio falso de segregación el que haga que los distintos grupos parlamentarios de esta Cámara manifiesten una posición negativa a esta proposición no de ley.

La señora **PRESIDENTA**: Les exhorto que dentro de los límites temporales intenten ustedes ese acercamiento previo a la votación de este punto.

— **RELATIVA A LA PARTICIPACIÓN ACTIVA DE LOS PACIENTES EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/000360.)**

La señora **PRESIDENTA**: Entraríamos ya en la presentación y debate del séptimo apartado del orden del día, que es la proposición no de ley, también del Grupo Parlamentario Popular, relativa a la participación activa de los pacientes en el Sistema Nacional de Salud.

Para su defensa, tiene la palabra el señor Sánchez Fierro.

El señor **SÁNCHEZ FIERRO**: Voy a procurar ser lo más breve posible por lo avanzado de esta sesión. Me parece importante destacar en esta mañana el sentido de una proposición como la que presenta el Grupo Parlamentario Popular, que se dirige a conseguir de una manera efectiva, no de una manera teórica, la participación activa de los pacientes en el Sistema Nacional de Salud.

Hay que destacar que en los últimos tiempos hay una serie de preceptos legales, en particular la Ley de Autonomía del Paciente, la Ley de Cohesión y de Calidad y algunas declaraciones del movimiento asociativo de los pacientes, como la Declaración de Barcelona o la Carta de Derechos de los Pacientes de Madrid, que destacan el papel de mayor protagonismo que deben tener los pacientes en el mundo sanitario. Sin embargo, más allá de estos mandatos legales y más allá de estas declaraciones, en este momento tenemos que pasar a la acción. No basta con referirnos a los pacientes y decir que son nuestro centro de referencia en el Sistema Nacional de Salud. En la actualidad, los pacientes nos piden más, nos piden una participación efectiva, una participación

activa, pero no simplemente para participar por participar, sino para impulsar y contribuir a mejorar el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.

En este orden de cosas, tenemos que partir de un hecho significativo, como es que las asociaciones de pacientes, que integran muchas veces también a familiares de los pacientes, pueden contribuir, y de hecho lo están haciendo con graves dificultades, con grandes limitaciones, con graves insuficiencias por carecer de un marco jurídico de apoyo. Están contribuyendo, como esta mañana se ha visto, por ejemplo, al hablar de los enfermos celíacos, a mejorar no ya la información a los pacientes, no ya las relaciones entre los médicos y los propios pacientes, sino también contribuir a que la accesibilidad a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud sea algo tangible, algo real. Naturalmente, los pacientes piden algo más que una actitud puramente pasiva y quieren también ser protagonistas a las horas de determinar las prioridades, cuando toca hacerlo dentro de los planes, dentro de las políticas sanitarias de nuestro país. Hay que decir también que las asociaciones de pacientes así lo han evidenciado, en particular yo destacaría la Declaración de Barcelona, que también es hija de una declaración anterior de Roma, en la cual ellos son los impulsores de una serie de derechos que son absolutamente fundamentales para que la sanidad del futuro sea la sanidad que todos queremos.

En nuestros contactos con las asociaciones de pacientes, hemos tenido ocasión de constatar con frecuencia que si bien en mayor o menor medida se sienten atendidos, lo que piden ahora es ser escuchados. Eso presupone un fortalecimiento de estas organizaciones y de este movimiento asociativo. Existen unas previsiones de carácter general, como es el comité consultivo, el consejo consultivo, los foros, entre ellos el foro virtual, etcétera, pero no es tiempo ya de las declaraciones ni de los mandatos, sino que es tiempo de contribuir con medidas específicas a que se produzca ese fortalecimiento organizativo, una mejor estructuración, una profesionalidad cada vez creciente, una formación de sus equipos directivos, más medios y en definitiva colaborar para que la implantación de las asociaciones de pacientes en nuestro país no sea algo marginal.

Dentro de la Unión Europea, dentro de la actual Unión Europea, hay unos desarrollos desiguales de las asociaciones de pacientes, ya hay experiencias francamente interesantes dentro de Europa de hace más de treinta años. En nuestro país, realmente tenemos también algunos ejemplos muy interesantes de comienzos de los años ochenta que denotan esa sensibilidad, esa preocupación y ese deseo de colaborar con los poderes públicos también para acertar no solamente en la calidad, en las prioridades y en la auténtica humanización. Sin embargo, es lo cierto que en nuestro país, en términos generales, todavía las asociaciones de pacientes constituyen casi una realidad emergente, con importantes excepciones, afortunadamente, pero todavía con un

nivel de desarrollo que deja mucho que desear respecto de otras posibilidades que ciertamente existen.

Nosotros pedimos, esperamos y deseamos que con la colaboración de todos los grupos parlamentarios y con el conjunto de los poderes públicos las asociaciones de pacientes sean realmente una parte activa dentro del tejido social de nuestro país. Es necesario para ello no solamente tener buenas voluntades, hay que acercarse a ellas, hay que conocerlas mejor en sus dificultades y en sus necesidades. Hay en este momento, según las estimaciones más probables, no menos de 8.500 asociaciones de distinto ámbito, con una implantación distinta, que se orientan a enfermedades prevalentes que no son siempre las mismas, pero en todo caso todas están animadas de un deseo y una ambición: mejorar la calidad y el funcionamiento de nuestro Sistema Nacional de Salud. En este sentido, querría destacar que nosotros pensamos que es el tiempo de adoptar una serie de medidas concretas. Por eso nosotros planteamos que desde esta Comisión se inste al Gobierno para establecer un marco normativo de apoyo a estas asociaciones, en particular, como es lógico, las de ámbito nacional, puesto que respecto a las de ámbito autonómico compete a sus respectivas comunidades tomar las iniciativas que estimen pertinentes. También incluir medidas de respaldo económico, formativo, de concertación de acciones de difusión, campañas informativas, propuestas que contribuyan a una mejor planificación de las iniciativas sanitarias tanto preventivas como asistenciales y en definitiva, como antes decía, actuar a favor de la humanización y de la calidad de los servicios.

Es importante que la tarea de estas asociaciones no solamente esté bien intencionada, que lo está, sino también que tengan las herramientas necesarias para que su labor y su trabajo logren el nivel de calidad necesario. Por eso nosotros planteamos la posibilidad de que se establezcan requisitos de acreditación de la calidad y procedimientos que permitan su verificación. Naturalmente, también queremos que haya ayudas y sensibilidad para hacer efectiva la participación en órganos consultivos como los que antes hemos mencionado y desde luego creemos que ante la inexistencia de un registro de asociaciones de pacientes, sería bueno, aunque sólo fuera por información mutua, por intercambios, etcétera, que ese registro se pusiera en marcha. En este momento, en el Registro Nacional de Asociaciones, donde están las de todo tipo, hay una sección, un apartado dedicado a las de acción sanitaria. Naturalmente, están entremezcladas y no existe ninguna sensibilidad en particular respecto de ellas. Creemos que este trabajo debe ser fruto de apoyos de todos los poderes públicos y que el consejo interterritorial debe también ayudar a hacer efectiva la participación en los términos que figuran en la Ley de Cohesión y de Calidad. Me permitiría terminar reiterando que nuestro deseo es contar con el apoyo de todos los grupos con objeto de hacer algo muy positivo, que es ayudar a la sanidad ayudando a los pacientes y a sus asociaciones.

La señora **PRESIDENTA**: Se ha presentado a esta iniciativa una enmienda por parte del Grupo Socialista, para cuya defensa tiene la palabra la señora Carcedo.

La señora **CARCEDO ROCES**: Efectivamente, hemos presentado una enmienda porque la participación social en el Sistema Nacional de Salud es un asunto de mucho interés para nuestro grupo parlamentario, y a la vista de esta iniciativa nos parecía un momento oportuno no solamente para debatir este asunto en el Congreso de los Diputados, sino para que la resolución que de aquí salga sea una resolución útil y un pronunciamiento político interesante para impulsar la participación social en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

La iniciativa que tenemos delante para su debate en el día de hoy en esta Comisión, a nuestro grupo parlamentario nos suscita una sensación de desconcierto político y de desenfoque jurídico y de organización de las administraciones, por lo que no salimos de nuestro asombro. Por este motivo presentamos esta enmienda, para intentar que la resolución que de aquí salga sea una resolución lógica en base a la actual organización tanto de la administración sanitaria como del asociacionismo en nuestro país. Y digo desconcierto político porque precisamente sobre estos dos asuntos ha habido regulación legislativa en la anterior legislatura y en fechas muy recientes, precisamente promovidas por el Partido Popular.

En lo que respecta al asociacionismo, hay una ley orgánica del año 2002, regulada con posterioridad mediante un reglamento de desarrollo en el año 2003, que dice en su exposición de motivos que se ha optado por incluir en un texto único normativo la regulación íntegra y global de todos los aspectos relacionados con el derecho de asociación. En el siguiente reglamento adscriben al Ministerio del Interior el Registro Nacional de Asociaciones en su conjunto y prevén un procedimiento para la declaración de utilidad pública y, como consecuencia de esa declaración de utilidad pública, del acceso a recursos económicos, a beneficios fiscales y las posibilidades de optar a las subvenciones de las administraciones públicas. En base a esta situación, podrán entender SS.SS. que el desconcierto es mayúsculo cuando vemos que proponen un nuevo marco normativo para este tipo de asociaciones. Y digo desconcierto político y desenfoque jurídico porque lo que ustedes proponen no encaja ni en la regulación de la administración sanitaria actual, en la cual también ustedes tuvieron iniciativas que fueron finalmente apoyadas por el conjunto de los grupos de la Cámara en aquel momento, la Ley de Cohesión y de Calidad del Sistema Nacional de Salud, donde fijan cuáles son los mecanismos de participación social en el Sistema Nacional de Salud, ni por supuesto en la regulación del asociacionismo mediante la ley orgánica a la que acabo de hacer referencia. Tal es el desenfoque que no permite que esto se ajuste en la administración y en la organi-

zación del Estado actual. Por ello nosotros hemos presentado esta enmienda que paso brevísimamente a relatar y a justificar.

Yo reconozco su buena voluntad en la intervención anterior, e incluso en la exposición de motivos de su iniciativa, al decir que el objetivo del Sistema Nacional de Salud son los pacientes. Son los pacientes y los sanos, porque nuestro sistema sanitario es un sistema universal y la propia Ley General de Sanidad hace hincapié en los esfuerzos en promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Por tanto, al ser un sistema universal, es el conjunto de la sociedad española, los pacientes agudos entran y salen en el sistema y los pacientes crónicos, para su desgracia o para su mala suerte, son crónicos en el sistema. Pero todo esto no puede hacernos desenfocar la orientación de la participación social en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Por eso nosotros pretendemos que la resolución que de aquí salga sea una resolución global de la participación en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Y ya no hago más hincapié en el asociacionismo, porque nosotros damos por sentado que es una regulación dentro del Ministerio del Interior el procedimiento de declaración de utilidad pública para las asociaciones de ámbito nacional y la correspondiente en cada comunidad autónoma para las de su ámbito. Paso ya por encima de ese asunto y me centro, como decía, brevemente en la participación social a partir de esta primera declaración de que el Sistema Nacional de Salud es un sistema de carácter universal y por tanto la población diana es el conjunto de la población española, y los sistemas de participación deben de preservar este carácter sin con ello olvidar la problemática singular que tengan determinados colectivos, para los que hay previstas una serie de subvenciones con convocatorias públicas a las que pueden optar a través del procedimiento de declaración de utilidad pública de la asociación. Y además de los mecanismos de participación previstos en la Ley General de Sanidad mediante los consejos de salud de área y los consejos de salud autonómicos, recientemente, como hacía referencia antes, en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud se prevén otro tipo de mecanismos de participación, como el comité consultivo, los foros abiertos de salud y el foro virtual. Expresamente en el foro abierto de salud está prevista la participación de las asociaciones de pacientes para los asuntos que sean de su interés y los responsables públicos, las administraciones sanitarias en general están obligados a recabar su visión, su problemática singular, para poder darles respuesta y poder encajarlas en el conjunto de la planificación y de las prestaciones del sistema sanitario. Pero incluso ahí no olvidemos que existen asociaciones de enorme arraigo, de enorme crédito y de enorme tradición en nuestro sistema sanitario, como son, por ejemplo, las asociaciones de donantes de sangre, que no tienen nada que ver con asociaciones de pacientes, y también hay que darles cabida. Quiero decir con este ejemplo que la participación es

algo más global que simplemente las asociaciones de pacientes, siendo muy importantes y estando previstos en la legislación actual los mecanismos para su participación concreta, y también habiendo establecido líneas de subvención para ayudar a todos esos asuntos que recogen en su proposición no de ley y que están bien traídas pero mal encajadas.

Por tanto —ya termino—, nosotros proponemos que la resolución que de aquí salga sea una resolución genérica de participación en el conjunto del Sistema Nacional de Salud una vez completada ya la transferencia a las comunidades autónomas y articulado de forma definitiva el Sistema Nacional de Salud. Creo que es el momento de darle ese impulso a la participación social en el conjunto del sistema y aprovechar los nuevos instrumentos de participación, como es el caso del foro abierto de salud, donde está prevista la participación de asociaciones de pacientes mediante las regulaciones que la legislación actual les permite y favorece.

La señora **PRESIDENTA**: ¿Otros grupos que deseen fijar postura? (**Pausa.**)

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

La señora **BONÁS PAHISA**: Esta proposición no de ley viene a decir que sólo las asociaciones de implantación nacional tendrán derecho a subvenciones. Pues hay asociaciones de ámbito nacional catalán que quedarían excluidas. Por tanto, no estamos de acuerdo y votaremos en contra, aunque la enmienda del Grupo Socialista, que es mucho más genérica y mucho más sensible respecto a las competencias, la podríamos votar afirmativamente.

La señora **PRESIDENTA**: Señor Sánchez Fierro, para manifestar su postura sobre la enmienda socialista, tiene usted la palabra.

El señor **SÁNCHEZ FIERRO**: En primer lugar, quiero decir que cada uno tiene su desconcierto político. Si el Grupo Parlamentario Socialista se siente desconcertado, no es nuestro problema. Desde el punto de vista jurídico, deberían repasarse esas disposiciones que ella mencionaba quizá con mayor intensidad. La propia Ley de Asociaciones a la que ella aludía, al referirse, entre otras, a las asociaciones de consumidores, reconoce la posibilidad de que tengan marcos específicos; es, por tanto, una ley que tiene vocación de generalidad, pero en modo alguno, como no puede ser menos, excluye la posibilidad de que existan otras formas asociativas que en función de necesidades sociales requieran un tratamiento específico. En todo caso, los marcos de carácter general están bien, son necesarios y son convenientes, pero aquí lo que se plantea es intensificar el apoyo a las asociaciones de pacientes. Comprendemos que el Grupo Socialista pueda no querer apoyar a las asociaciones de pacientes por entender que la rela-

ción de los ciudadanos con el Sistema Nacional de Salud es simplemente la de ciudadanos, desconociendo una realidad tan importante como estas más de 8.500 asociaciones de pacientes. Detrás de cada asociación de pacientes hay muchos problemas, muchas familias que están buscando soluciones y que muchas veces tienen necesidad de colaborar con la Administración y que la Administración colabore con ellas para poder resolver problemas específicos. Por ejemplo, en materia de enfermedades raras, quiero decirles que...

La señora **PRESIDENTA**: Un nuevo debate, no.

El señor **SÁNCHEZ FIERRO**: Termino, presidenta.

Nosotros entendemos que globalidad sí, pero especificidad de las asociaciones de pacientes también. Por tanto nosotros entendemos que una declaración genérica como la que plantea el Grupo Parlamentario Socialista no es útil, es sencillamente más de lo mismo.

La señora **PRESIDENTA**: Tiene usted la palabra, pero de manera...

La señora **CARCEDO ROCES**: Su intervención es una exégesis que por supuesto nada se corresponde con mi intervención. Es decir, yo no he hablado aquí de que no se apoye a los pacientes, a las asociaciones de pacientes, ni de que malinterpretemos los foros de participación, en absoluto, incluso expresamente donde se habla de foro abierto se habla de asociaciones de pacientes. Lo que se pretende es situar la participación en el marco general de la Administración sanitaria actual.

La señora **PRESIDENTA**: Así declara ha quedado su intervención en el «Diario de Sesiones».

— **SOBRE TRANSPARENCIA INFORMATIVA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA DEL CONGRESO. (Número de expediente 161/000395.)**

La señora **PRESIDENTA**: Proposición no de ley, presentada por el Grupo Socialista en este caso, sobre transparencia informativa en el Sistema Nacional de Salud.

Para su defensa, tiene la palabra la señora Aburto.

La señora **ABURTO BASELGA**: Tiene un poco que ver con el punto anterior, pero enfocado de otra forma. Yo creo que todo el mundo estamos de acuerdo con que la transparencia de la acción pública supone más democracia, y supongo que también todo el mundo estará de acuerdo con mejorar la calidad democrática de nuestro país, y para ello una de las mejores vías es la participación de los ciudadanos como promueve la pro-

pia Constitución europea. En uno de los aspectos en los que más interesa a todos la participación de estos ciudadanos es en el diseño y la gestión de los servicios públicos. Como su nombre indica, estos servicios públicos son universales, para todos los ciudadanos, y los españoles, cada vez mejor formados, más informados y con mayor madurez democrática, desean participar, y desde luego los socialistas queremos reconocer y facilitar el derecho a la participación de todos en la gestión del uso que se da a los impuestos de todos. Es evidente que la financiación influye mucho en la calidad de los servicios públicos, pero no es menos cierto que los recursos tienen un límite que marca la riqueza del país y que una buena gestión de los mismos no solo los hace más eficientes, sino que constituye una obligación de cualquier gobierno, porque además de una buena gestión, la participación en la gestión produce más calidad, y hemos quedado en que la democracia participativa supone más democracia. No es menos cierto que los ciudadanos pueden tener preferencias que los gestores e incluso los políticos desconocemos, pero ante todo, y para poder expresar opiniones cualificadas, es necesario que tengan una información precisa, accesible y homologada.

Es tradicional la dificultad de hacer comprensibles las actuaciones sanitarias a los ciudadanos —desde la letra del médico, que tiene fama, hasta la propia jerga de los médicos, etcétera—, pero también es cierto que ya hace un tiempo que se intenta mejorar esta comunicación entre profesionales de la sanidad y pacientes cambiando esta jerga, extremando la información, dando estadísticas, etcétera, de forma que la relación con el enfermo no sea tan dependiente del sanitario, reivindicando la autodeterminación del paciente, necesaria en una medicina moderna cada vez más eficaz, pero también cada vez más agresiva. Una muestra de las teorías que estoy exponiendo es la actuación que ha llevado a cabo el Servicio Andaluz de Salud hace muy poco tiempo en su proyecto de información al ciudadano sobre la actividad y calidad de los hospitales andaluces. El objeto de esta actuación es analizar los niveles de implicación de los ciudadanos en los servicios públicos que reciben mediante el estudio de cómo se oye la voz del ciudadano y qué capacidad tiene el mismo en la toma de decisiones. La Ley de Salud de Andalucía apuesta por un papel central del ciudadano en los servicios públicos y por impulsar sus formas de presencia e implicación, porque además no es posible decir que se oferta calidad, ya no es posible eso, si no se incluye la calidad percibida por el paciente. Da casi igual que lo traten científicamente muy bien si lo tratan con brusquedad o falta de respeto, o no recibe información, o no se escucha su opinión, o se encuentra en un entorno hostil, amenazante o poco confortable. La realidad es que la calidad científica no será percibida y probablemente la incidencia en el proceso curativo sea perjudicial si no se cumplen todos estos parámetros, entre otras cosas, porque aún existen, desgraciadamente,

muchos procesos que no tienen cura, que ni siquiera tienen una gran cura paliativa, pero que siempre se pueden cuidar, algo que en enfermería hace mucho que conoce todo el mundo. El proyecto andaluz, realizado por el SAS y la Escuela de Salud Pública andaluza, partiendo de la escasa experiencia que previamente había en el extranjero, en el Reino Unido y en Canadá, y la información que se tenía sobre la gestión de listas de espera, las encuestas de satisfacción al ciudadano, etcétera, ofrece indicadores sobre actividad y resultado de los hospitales andaluces. No se busca un ranking de hospitales, en absoluto, porque no se busca competencia, solo una información comparada a partir de datos observables y esperables en función de niveles de calidad de centros, y de este modo, además de proporcionar información al ciudadano, se puede compartir la excelencia y mejorar las debilidades, e identificarlas, por supuesto. Se aplican 26 indicadores, pero eso sería un poco largo de explicar, en general son globales, y otros trazadores.

Creemos que este proyecto y otros que existen en otras comunidades autónomas, deberían llevarse al Consejo Interterritorial de Salud para consensuar unos indicadores que permitan comparar datos homogéneos de forma que se cumplan dos objetivos: la transparencia informativa a los ciudadanos, que les permita juzgar e intervenir en la toma de decisiones, y la posibilidad de comparar resultados sanitarios, no para competir, como dije antes, sino para mejorar la calidad. En esa línea planteamos nuestra proposición no de ley, a la que ha sido presentada una enmienda, pero quizá sea mejor que conteste más tarde a esta enmienda.

La señora **PRESIDENTA**: Efectivamente, la iniciativa tiene una enmienda presentada por el Grupo Parlamentario Popular, para cuya defensa tiene la palabra el señor Vadillo Arnáez.

El señor **VADILLO ARNÁEZ**: Después de oír la exposición que ha hecho la representante del Grupo Socialista, quiero decir que estoy de acuerdo en muchas de las cosas que ha expresado, en tanto que a nuestro grupo parlamentario nos preocupa también enormemente la información que llega a los usuarios del sistema, y entre estos usuarios están tanto las administraciones públicas, como los gestores, como los profesionales sanitarios, como desde luego el ciudadano. Y nos preocupa y nos preocupaba tanto que ya durante la anterior legislatura, y con el consenso de todos los grupos, cosa por la que todos debemos felicitarlos, sacamos adelante dos leyes que creo que son a las que usted hacía referencia pero que desde luego no las ha mencionado, que eran la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y la Ley de Autonomía del Paciente. Estas dos leyes consensuadas con todos los grupos —no haga gestos que no voy a ir por otro sitio, señor Arola— son las que nos han preocupado y por tanto no podemos por menos que estar de acuerdo con lo que ha planteado la

señora Aburto en este tema. Debiera reconocerse que esto no es sólo una iniciativa del Grupo Socialista, sino que ya en la anterior legislatura fue una iniciativa del Grupo Popular, del Gobierno del Partido Popular en la que estuvimos todos de acuerdo y por tanto todos debemos felicitarlos.

El conocimiento del Sistema Nacional de Salud por parte de los usuarios, de manera particular en lo que se refiere a su proposición no de ley, lo consideramos fundamental, así como también el de los otros usuarios de este sistema de información, en función de unos parámetros muy sencillos como son la equidad del sistema en todo el territorio nacional —desde luego la comparación de sistemas nos haría a todos llegar a esa equidad— la accesibilidad de las personas al sistema —porque es bueno que los ciudadanos sepan dónde se es más accesible y en qué sitios se es menos accesible, con lo cual todos mejoraremos— y también, y no menos importante, la eficiencia del sistema al poder compararse resultados. Por esto mismo, en la Ley de Cohesión y Calidad se establecían muy claramente las garantías que había que ofrecer a los ciudadanos, entre ellas las garantías de accesibilidad, de prestaciones, de tiempos, de información y todo un capítulo 5 entero sobre sistemas de información sanitaria, que todos aprobamos y con el que todos estuvimos de acuerdo.

Es importante que el ciudadano lo conozca, pero nuestra enmienda va en el sentido de que instemos al Ministerio de Sanidad —y yo creo que en eso estaremos de acuerdo, porque lo consensuamos en la anterior legislatura entre todos los grupos— a que se desarrolle, se potencie y se ofrezca información a través del Observatorio del Sistema Nacional de Salud con los criterios que marca la ley, que son más amplios que los que ha expresado la señora portavoz del Grupo Socialista en esta materia; que el Ministerio de Sanidad, a través del Instituto de Información Sanitaria, que también consta en esta ley, distribuya con criterios de transparencia, como ha mencionado la portavoz, pero también de objetividad los datos reales de asistencia sanitaria en las distintas comunidades autónomas y que luego en el seno del consejo interterritorial se establezcan las directrices, los procedimientos y la financiación para llevar a cabo los objetivos propuestos.

Esto es más o menos el resumen de la enmienda que hemos presentado no para contradecir la enmienda presentada por ustedes, sino para complementarla técnicamente para que abunde en mejor calidad de información todavía del Sistema Nacional de Salud. De todas maneras, a mí me preocupa, quizá porque vengo de otra comunidad autónoma, que se mencione solo una comunidad autónoma como ejemplo de transparencia en esta materia, cuando hay muchas comunidades, como la del País Vasco, la catalana, la de Castilla-La Mancha y la de La Rioja, que por suerte no tenemos que poner límite a las listas de espera porque no tenemos listas de espera, y es bueno que todos los partidos, todos los grupos y todas las comunidades autónomas participen de

este sistema de transparencia. Yo pediría a todas las comunidades autónomas un pequeño esfuerzo de transparencia y que no tengan reticencias a mandar al consejo interterritorial y al Ministerio de Sanidad sus listas de espera no sólo quirúrgicas, sino también médicas y de pruebas diagnósticas, que es algo que no se ha estado realizando por lo que yo he conocido mientras era viceconsejero de una comunidad autónoma en la Comisión Delegada del Consejo Interterritorial de Salud. Algunas comunidades que se han mencionado aquí por parte de algún grupo no mandaban la información para que pudiera ser contrastada y no sabíamos si se guiaban o no por el decreto de listas de espera que había publicado el anterior Gobierno del Partido Popular. Por eso, en función de esta misma transparencia y de esta misma objetividad en los datos, además de la enmienda, yo pediría a todas las comunidades autónomas, porque también alguna gobernada por el Partido Popular tenía sus reticencias (reticencias, pero que luego ejecutaron), a que no hiciéramos un uso partidista de esta información y que sirviera solamente para hacer cifras comparables que nos indujeran a una mejora del Sistema Nacional de Salud, a una mejor información de los ciudadanos, y a que sea una herramienta para mejorar la eficiencia y tener cada día un mejor Sistema Nacional de Salud.

La señora **PRESIDENTA**: ¿Alguna formación política desea intervenir? (Pausa.)

No existiendo más intervenciones, procede que la proponente de la iniciativa se pronuncie sobre la enmienda sostenida por el representante del Grupo Popular.

La señora **ABURTO BASELGA**: Yo creo que podemos llegar a una transaccional, creo que va a ser posible, pero en todo caso lo tendremos que hablar ahora. Es cierto que mi iniciativa se basa en la Ley de Cohesión y en la Ley de Autonomía del Paciente, pero pensamos que va un poco en el desarrollo de la misma. Y en ese mismo aspecto no creo haber dicho en absoluto que solamente la comunidad andaluza tenga transparencia informativa. Lo que propongo es que esa transparencia informativa —y probablemente existan en otras muchas comunidades autónomas iniciativas parecidas—, se lleve al Consejo Interterritorial de Salud para que se homologuen unos indicadores que sean comparables y que sean accesibles a los ciudadanos.

En cualquier caso, la iniciativa del Servicio Andaluz de Salud sí que es nueva y novedosa en el sentido de la comparación de hospitales. Que yo sepa, eso no se está haciendo en ninguna otra, es posible que se estén haciendo otras cosas incluso mejores, pero no esta. Con lo cual, se pueden juntar experiencias y llegar a una conclusión que sea útil para todo el mundo. Por ejemplo, en el tema de listas de espera ya se sabe que...

La señora **PRESIDENTA**: Señora Aburto, le digo lo que he venido indicando toda la mañana. Ahora procede aceptar o no la enmienda o manifestar el deseo de llegar al acercamiento de posturas; no un nuevo debate, porque se reabrirla para todas las formaciones políticas.

La señora **ABURTO BASELGA**: Sí, tiene razón, presidenta. Entonces, expreso exclusivamente mi esperanza de que podamos llegar a un consenso en este tema.

La señora **PRESIDENTA**: Que así sea.

— **SOBRE LA NECESIDAD DE MEDIDAS EN RELACIÓN A LOS COLECCIONABLES QUE SE SACAN AL MERCADO, CON INFORMACIÓN VERAZ Y DE FÁCIL ACCESO PARA LOS CONSUMIDORES. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA DEL CONGRESO. (Número de expediente 161/000396.)**

La señora **PRESIDENTA**: Punto último del orden del día, esta vez referido al área de consumo, que es el que figura como número 9, sobre la necesidad de medidas en relación a los coleccionables que se sacan al mercado, iniciativa presentada por el Grupo Parlamentario Socialista, para cuya defensa tiene la palabra la señora Montón.

La señora **MONTÓN GIMÉNEZ**: El motivo de la presentación de esta proposición no de ley es el gran impacto en el mercado a nivel nacional de los coleccionables, sobre todo en determinadas épocas —comienzo del curso escolar o comienzo del año— y su potencial elevado número de consumidores. Como comprobamos cada día en la publicidad, tanto en televisión, radio o en los kioscos, cada año son más los artículos por entregas, ante lo cual manifiestan su preocupación las asociaciones de consumidores por ser un producto no siempre bien especificado. La preocupación reside en la publicidad de adquisición de los usuarios de este producto, pues esto no siempre es de manera adecuada. En la actualidad, el usuario puede encontrar varias dificultades, como que se disponga de poca información sobre el precio total de la colección o el volumen de entregas para completarla; que para obtener la información sea necesaria la previa compra del producto; que la distribución pueda suspenderse sin previo aviso, con mayor o menor trascendencia en función del artículo coleccionado, o que la periodicidad no sea exacta. Por estas cuestiones consideramos adecuado que el Gobierno estudie y adopte medidas, por sí mismo o en cooperación con las comunidades autónomas, para impulsar compromisos de información por parte del sector, apoyar a las asociaciones de consumidores y cuantas medidas más se estimen convenientes para conseguir mejo-

rar el nivel de publicidad que llega al usuario, y que la información sea clara y auténtica desde el momento en que se publicita, reflejando datos como el número de entregas, precio y contenido de las siguientes, tiempo para completar la colección, coste final del producto, posibilidad de suscripción, etcétera, es decir, ofreciendo al consumidor una información real y completa, y apostando con esta medida por la defensa de los derechos de los consumidores. Por ello se insta al Gobierno a adoptar medidas para que la publicidad de los coleccionables responda a las exigencias de una información veraz y de fácil comprensión para los consumidores, tal y como demandan las asociaciones del sector.

La señora **PRESIDENTA**: Al igual que en ocasiones anteriores, a esta iniciativa ha sido presentada una enmienda por parte del Grupo Popular, para cuya defensa tiene la palabra el señor González López.

El señor **GONZÁLEZ LÓPEZ**: A propósito de esta iniciativa presentada por la señora Montón del Grupo Socialista en opinión del Grupo Popular, como las asociaciones del sector plantean, deben adoptarse una serie de medidas que puedan resolver estos inconvenientes. Como manifiesta la señora Montón, hay dos cuestiones en el debate: una, la relativa a publicidad, y otra, la adquisición. Respecto a la adquisición, en la que es necesario conocer el precio de cada entrega, el precio global de la obra desde el inicio y el tiempo de duración de esta obra, esto lleva consigo un vínculo importante con la Ley 23/2003, del 10 de julio, de garantías en la venta de bienes de consumo. De esta forma, esta ley que pone en marcha el Partido Popular el 2003 trata de incorporar al derecho español la directiva del Parlamento Europeo y del Consejo de 25 de mayo de 1999. En esta ley se plantea el principio de conformidad, y en el caso de los coleccionables el principio de conformidad no es efectivo hasta el final de toda la obra. En esta cuestión existen problemas que no resuelve esta ley de garantías, como el que en mitad de la colección, por falta de rentabilidad para la empresa puede dejar la colección de las personas que están invirtiendo semana a semana o mes a mes en esta obra, quedando incompleta. Según la ley la reclamación se haría a través de los vendedores pero dado que cada parte de la colección puede comprarse en distintos kioscos, convendría que las reclamaciones se hicieran al productor. Por esto presentamos una enmienda en la que se integra la propuesta del Grupo Socialista, tratando de resolver la problemática que puede existir en los coleccionables. La disposición final quinta de la Ley de garantías en la venta de bienes de consumo faculta al Gobierno a dictar las disposiciones precisas para el desarrollo de esta ley y en la disposición cuarta da al Gobierno un plazo de tres años para que proceda a la refundición de la normativa que existe en consumo. Nuestra enmienda puede ser transaccionada si lo estima oportuno el grupo proponente. Tiene el siguiente texto: El Congreso de

los Diputados insta al Gobierno al desarrollo de la Ley 23/2003, de 10 de julio, de garantías de venta de bienes de consumo respecto a los coleccionables por sus características específicas con relación a la publicidad, información del producto, precio final, seguro en caso de quiebra o incumplimiento y reclamación al productor por la no conformidad del producto final.

La señora **PRESIDENTA**: ¿Algún grupo desea fijar posición? No siendo así, para manifestar aceptación o rechazo de la enmienda que propone el Grupo Popular, tiene nuevamente la palabra la señora Montón.

La señora **MONTÓN GIMÉNEZ**: Mi grupo no puede aceptar la enmienda porque la Ley de garantía de la venta de los bienes de consumo no recoge el asunto que estamos tratando, recoge otro tipo de productos y excluye los materiales fungibles, como pueden ser muchas veces los coleccionables que no entran dentro de esta ley, ya que no son un producto único sino, como todos sabemos, muy heterogéneo. Si el objeto a coleccionar alcanzara la categoría para acogerse a la Ley de garantía de la venta de los bienes de consumo, no habría ningún problema en que dicha ley se aplicara, pues esta ley ya ha sido aprobada, es un derecho que ya está regulado y no es necesario que la incluyamos en esta proposición no de ley. Ya que la enmienda se refería al mismo tema pero otro ámbito, quisiera recordar que el sentido de la proposición no de ley que presentamos insta al Gobierno, como piden las asociaciones de consumidores, a que de una manera coordinada con las comunidades autónomas, donde residen las competencias, vigile y vele por una publicidad e información —ahí está la clave— veraz y clara, y apueste por alcanzar un compromiso de buenas prácticas en el sector. Y sin más, porque está siendo una Comisión un poco extensa, lo dejo aquí.

La señora **PRESIDENTA**: Hemos acertado casi en la previsión. Se ha dicho que la votación tendría lugar no antes de las dos y las dos son. Rogaría a los portavoces de los grupos que antes de proceder a la votación se acercan a la Mesa para que podamos establecer los términos exactos de los acuerdos a los que se ha llegado y podamos votar también con la mayor rapidez posible.

Señorías, comenzamos la votación de las proposiciones no de ley, siendo la primera la referida a la creación de un registro central de pólizas de seguros de vida. En el debate de esta iniciativa presentada por el Grupo Socialista ha quedado ya aclarado, y por lo tanto se podría votar directamente, que el Grupo Socialista acepta la enmienda del Grupo Popular.

#### **Efectuada la votación, dijo**

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

A continuación procedemos a votar las dos iniciativas sobre enfermedades celíacas, una de ellas del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) y otra del Grupo Parlamentario Socialista en el Congreso. Como se ha dicho, antes de proceder a la votación y puesto que todas ellas han quedado redactadas con un puzzle —si se me permite la expresión— de distintas aportaciones, sería conveniente que los titulares de la iniciativa y de las enmiendas pudiesen brevemente ruego que sea así manifestar el criterio sobre cómo han quedado compuestos los textos. En relación con la enfermedad celíaca y para establecer cómo ha quedado la del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), en primer lugar, tiene la palabra su propio portavoz, el señor Xuclà, que reclama sus papeles.

El señor **XUCLÀ I COSTA**: Disculpe presidenta, pero he tenido un momento de pánico escénico,. He vivido los que supone el pánico escénico de los que se dedican a esto profesionalmente.

La señora **PRESIDENTA**: Todo sea por el consenso. Aunque haya sido chapucera la redacción final, esperemos que el contenido sea bueno.

El señor **XUCLÀ I COSTA**: Voy a dar lectura al texto tal como ha quedado transaccionado. El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a garantizar el correcto etiquetado de todos los productos sin gluten y a publicar, de acuerdo con el Real Decreto 2.220/2004, de 26 de noviembre, por el que se modifica la norma general de etiquetación, presentación y publicación de los productos alimentarios.

Asimismo, insta al Gobierno a colaborar con las empresas del sector para la realización de guías de buenas prácticas de fabricación que resulten efectivas para garantizar la seguridad de los alimentos sin gluten y en las que también se fomente la publicación por las empresas de los alimentos aptos para el consumo por quienes padecen la enfermedad celíaca, elaborados por dichas empresas conforme a las guías de buenas prácticas.

La señora **PRESIDENTA**: Señor Xuclà, en el texto que la Mesa tiene hay otro párrafo en el que se alude a que con carácter periódico se hará el correspondiente listado actualizado de alimentos. ¿Debe mantenerse o queda fuera?

El señor **XUCLÀ I COSTA**: Disculpe, señora presidenta, porque cuando me he remitido al real decreto dice exactamente: El Congreso de los Diputados..., continuar con carácter periódico el correspondiente listado actualizado de alimentos permitidos para el consumo de quienes padecen la enfermedad celíaca. En punto y a parte diría: Asimismo insta al Gobierno... No les quiero cansar con la lectura del resto del texto que forma parte del cuerpo de la enmienda del Partido Socialista.

La señora **PRESIDENTA**: Creo que ha quedado aclarado, si bien la señora Salazar solicita la palabra.

La señora **SALAZAR BELLO**: La razón por la cual pedimos que la retirara es porque dentro del real decreto el anexo 5 recoge todos los elementos, el listado del real decreto que acabamos de leer. Tampoco alteraría nada, pero ya el real decreto recoge en el anexo 5 estos elementos.

La señora **PRESIDENTA**: ¿Se ponen ustedes de acuerdo?

El señor **XUCLÀ I COSTA**: Yo creo que he dado lectura, señora presidenta, a aquello que habíamos transaccionado con el Grupo Socialista. Por mi parte, evitar la referencia al real decreto hace esta redacción más fácil y menos cansada. Yo daba lectura a aquello transaccionado.

La señora **PRESIDENTA**: Entiendo que está de acuerdo, procedemos entonces a la votación en estos términos.

#### **Efectuada la votación, dijo**

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

Por coherencia, votaríamos a continuación la iniciativa que figura como número 10, que también hace referencia a la enfermedad celíaca y que ha sido fruto de elaboración trabajosa con aportaciones de distintas formaciones políticas. Era autor de la iniciativa el Grupo Parlamentario Socialista. Parece lógico que quien primero se manifestó sea la señora Salazar respecto al texto.

La señora **SALAZAR BELLO**: Exactamente la primera parte pretende suspender el segundo punto, que dice que en plazo breve se realizaría el real decreto, ya que está publicado. Y después unas enmiendas in voce fueron admitidas por Convergència i Unió en el punto séptimo, que dice que promoverá todos los comedores escolares y universitarios (era la enmienda in voce de Convergència i Unió), y posteriormente en ese mismo párrafo se recoge una enmienda in voce de Izquierda Unida Izquierda Verde-Iniciativa per Catalunya, relativa a que excepcionalmente se autorice a que el alumno celíaco..., que está recogida. Igualmente, hay otra enmienda in voce de Izquierda Unida Izquierda Verde, de adición, donde se dice al final de los puntos que habíamos recogido; promoverá y desarrollará las acciones necesarias para que las compañías de transporte de viajeros, tanto públicas como privadas, tengan en cuenta en la elaboración de sus menús las necesidades de los enfermos celíacos. Se recoge también ese punto, y uno más, el de Esquerra Republicana, una enmienda in voce que fue aceptada por el Grupo Parlamentario Socialista para llegar a un acuerdo unánime, en la que se dice que se estudiara la posibilidad de la modificación con rela-



ción a los productos alimentarios de los enfermos de enfermedad celíaca.

La señora **PRESIDENTA**: ¿Desea intervenir algunos de los grupos que han hecho aportaciones o sin más procedemos a la votación? La señora Pan tiene la palabra.

La señora **PAN VÁZQUEZ**: Intervengo en nombre de mi grupo lamentando que no se haya recogido el punto 2 de nuestra enmienda, que tenía el respaldo de otros grupos políticos, como así quedó de manifiesto. Y reiterar, como dije en mi primera intervención, que no vamos a hacer lo que ha hecho el Grupo Socialista, sino que votaremos a favor de todas las iniciativas que se han recogido, con la salvedad de un punto que se ha introducido (estoy segura de que con buena voluntad), al que quiero hacer una aclaración. Es el relativo a la enmienda in voce de Esquerra Republicana de Catalunya. En la anterior Comisión de Sanidad se me acusaba por parte del PSOE de que queríamos hacerles meter la pata, pero tengo que decir que los canarios son españoles también y que el régimen económico y fiscal de las islas Canarias no tiene IVA, sino que tiene otra serie de impuestos, como son el IGIC y el AIEM, que se mencionan en la proposición no de ley del Grupo Popular. Por cierto ayer mismo por la mañana el Grupo Socialista en el Parlamento canario aprobó y apoyó aquella proposición no de ley del Grupo Popular. En esa enmienda in voce quedan excluidos los canarios...

La señora **PRESIDENTA**: La buena voluntad que nos ha llevado a este debate haría perfectamente factible que en este momento se incorpore la referencia.

La señora **PAN VÁZQUEZ**: Que se incorporen las islas Canarias como estudio de medidas económicas que les desgraven a ellos también.

La señora **SALAZAR BELLO**: Señora presidenta, quiero aclarar algo. Creo que los canarios son españoles; son insulares pero españoles. Cuando se pide el estudio de aquellas ventajas que puedan favorecer al ciudadano español, y los enfermos celíacos de Canarias son españoles, creo que es suficiente por lo que no procede un nuevo debate.

La señora **PRESIDENTA**: ¿Desean entonces formular votación separada?

La señora **PAN VÁZQUEZ**: Si es posible, me gustaría que me hicieran llegar la redacción del texto definitivo, porque el que yo tengo habla de IVA y no de lo que mencionaba ahora la portavoz del Grupo Socialista.

La señora **PRESIDENTA**: El texto del que dispone la Mesa también habla del IVA, pero sería perfectamente factible, dado el buen tono y el afán de consenso que no ha guiado en este debate que hace referencia a un proble-

ma social, el que además del IVA se pudiesen hacer las especificaciones que solicita la señora Pan si no tiene inconveniente el Grupo Socialista, de forma que quede incluida la totalidad del territorio del Estado. En otro caso, lo procedente es pedir la votación separada.

La señora **SALAZAR BELLO**: Yo añadiría algo más a la diputada del Partido Popular —al portavoz de Convergència i Unió no porque tenía conocimiento de ello—, que cualquier modificación que se hiciera habría que informar nuevamente, al ser una norma de la Unión Europea. Por eso no es procedente incluir nada en cuanto a Canarias.

La señora **PRESIDENTA**: Que intervenga la Presidencia intentando aproximar posturas me llevaría a manifestar —cada grupo es muy dueño de su voluntad de voto— que estamos instando al Gobierno en realidad no a que regule, sino a que estudie la posibilidad de aplicar, y es perfectamente entendible que se referirá al IVA o al tipo de tributación que en cada uno de los territorios exista, pero no soy yo quién para forzar la voluntad del Grupo Parlamentario Popular. Simplemente, no lo han manifestado con anterioridad. Como sugiere el secretario de la Mesa, podemos posponer esta votación y proceder a la realización de las siguientes, por si hubiera términos de acercamiento o al Grupo Popular le parece suficiente la mención en cuanto al estudio. (**La señora Pozuelo Meño pide la palabra.**) Sí, señora Pozuelo.

La señora **POZUELO MEÑO**: Perdón, señora presidenta. Los términos de la propuesta que se ha consensuado esta mañana en base a las dos proposiciones no de ley de Convergència i Unió y del Grupo Socialista están suficientemente claros. El punto que hemos aceptado hace referencia al IVA, exclusivamente a que el Gobierno estudie esa posibilidad, no menciona otro tipo de tratamientos fiscales o aplicación específica o variable dentro del territorio. Nuestra propuesta es muy concreta, es clara y evidente y que lo que se debe es votar sobre esa propuesta.

La señora **PRESIDENTA**: Como los grupos son dueños de sus iniciativas, quizá el Grupo Popular pida la votación separada de alguno de los apartados de la propuesta. ¿Me indica cuál, por favor?

La señora **PAN VÁZQUEZ**: Señora presidenta, nosotros pediríamos la votación por separado de este punto.

La señora **PRESIDENTA**: Votaríamos, en primer lugar, el contenido íntegro de la propuesta, excepción hecha de este apartado, que ha quedado en el texto como consecuencia de la introducción de una enmienda de adición in voce y luego dada por escrito a esta Mesa, formulada por el Grupo de Esquerra Republicana de Catalunya. Votamos en este momento todo con excepción de este párrafo.

**Efectuada la votación, dijo**

La señora **PRESIDENTA**: Queda aprobado por unanimidad el texto de la iniciativa, excepción hecha de este apartado, que procedemos a votar ahora.

**Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 23; en contra, 15.**

La señora **PRESIDENTA**: Queda aprobado el texto tal y como ha quedado votado.

El señor **MINGO ZAPATERO**: Señora presidenta, mi grupo solicita la palabra excepcionalmente.

La señora **PRESIDENTA**: Lamentando que se haya llegado a esta situación, concedo la palabra al señor Mingo.

El señor **MINGO ZAPATERO**: En representación de nuestro grupo tiene la palabra la señora Pan.

La señora **PAN VÁZQUEZ**: Señora presidenta, señorías, queremos explicar el voto en contra del Grupo Popular con respecto solamente a este punto. Entendemos que los españoles han de tener derecho a las mismas prestaciones económicas, y de asistencia sanitaria, se encuentren donde se encuentren dentro del Estado español. Este punto, como he dicho antes, es seguro que ha sido redactado con toda la buena voluntad, para que el Partido Socialista pudiera estudiar que los enfermos celíacos están en este momento con una presión económica que no deberían de tener. Por otra parte, no creemos que el Partido Socialista acepte otro estudio para aliviar esta situación, con lo que el punto en el que se recoge la posibilidad de aplicar un IVA reducido a los alimentos de celíacos quedaría incompleto y no llegaría a todos los ciudadanos por igual. Por este motivo el Grupo Popular ha votado en contra de este punto.

La señora **PRESIDENTA**: Por parte del Grupo Socialista tiene la palabra la señora Pozuelo.

La señora **POZUELO MEÑO**: Con muchísima brevedad, para explicar también el voto del Grupo Socialista. Cuando decimos en la proposición no de ley que el Gobierno analice y evalúe la posibilidad de un IVA reducido en beneficio de los afectados por la enfermedad celíaca y de sus familias, entendemos que ese estudio y esa evaluación se realizará de manera similar para la Comunidad Autónoma canaria, que tiene otro tipo de aplicación. Nos parecía superfluo añadir esa mención cuando de oficio se entiende que si se trata de un beneficio en la posible modificación del impuesto del IVA, a la citada comunidad le sería de aplicación el correspondiente.

La señora **PRESIDENTA**: Concluida la votación de este punto, procedemos a continuación a votar el que figu-

ra como número 6 del orden del día, que es la proposición no de ley relativa a la atención sanitaria de los inmigrantes. En este caso la iniciativa del Grupo Popular ha tenido una enmienda del Grupo Socialista y ambos grupos han acordado una enmienda transaccional, que creo conocen sus señorías y cuya lectura, por lo tanto, les ahorro.

**Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 33; en contra, dos; abstenciones, una.**

La señora **PRESIDENTA**: Queda aprobada.

Proposición no de ley número 7, relativa a la participación activa de los pacientes en el Sistema Nacional de Salud. Es autor de la iniciativa el Grupo Parlamentario Popular, ha tenido una enmienda del Grupo Parlamentario Socialista, y de los términos del debate ha quedado ya antes aclarado que esa enmienda no era aceptada por parte del grupo proponente. Por lo tanto, votamos la proposición no de ley en sus propios términos.

**Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 16; en contra, 23.**

La señora **PRESIDENTA**: Queda rechazada.

Proposición no de ley número 8, referida a la transparencia informativa en el Sistema Nacional de Salud, propuesta por el Grupo Parlamentario Socialista, se ha efectuado finalmente, con la enmienda presentada por el Grupo Parlamentario Popular, un texto transaccional en los términos que creo que han quedado aclarados ya en el debate y a cuya votación se puede proceder si los señores portavoces, que creo que sí, tienen conocimiento del texto definitivamente acordado.

**Efectuada la votación, dijo**

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

Proposición no de ley número 9, referida a consumo, sobre la necesidad de medidas con relación a los coleccionables que se sacan al mercado, con información veraz y de fácil acceso para los consumidores. Se vota la iniciativa en sus propios términos porque presentada una enmienda por el Grupo Popular, ésta ha sido rechazada por el grupo autor de la iniciativa. Por lo tanto, votamos la proposición no de ley en los términos que figuran en el Boletín Oficial del Congreso.

**Efectuada la votación, dijo**

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

Exhortándoles a que la próxima vez me traigan las enmiendas formuladas por escrito para evitar discusiones de última hora, se levanta la sesión.

**Eran las dos y veinticinco 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**