



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2005

VIII Legislatura

Núm. 232

SANIDAD Y CONSUMO

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

Sesión núm. 9

celebrada el martes, 15 de marzo de 2005

Página

ORDEN DEL DÍA:

Proposiciones no de Ley:

- | | |
|---|----|
| — Relativa al Plan nacional de prevención y control del tabaquismo. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/000531.)..... | 2 |
| — Relativa a la inclusión de la licenciatura en Psicología entre las profesiones sanitarias. Presentada por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana (ERC). (Número de expediente 161/000446.)..... | 5 |
| — Relativa a definir la licenciatura en Psicología como profesión sanitaria. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/000666.)..... | 5 |
| — Relativa a la regulación del uso del desfibrilador externo automático (DEA). Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista del Congreso. (Número de expediente 161/000534.)..... | 13 |

- **Relativa a la figura del médico responsable. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista del Congreso. (Número de expediente 161/000540.)** 15
- **Relativa a la carrera profesional de los profesionales del Sistema Nacional de Salud. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/000586.)** 18

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

PROPOSICIONES NO DE LEY:

- **RELATIVA AL PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL TABAQUISMO. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente: 161/000531.)**

La señora **PRESIDENTA**: Señoras diputadas y señores diputados, comenzamos esta sesión de la Comisión de Sanidad y Consumo con un cierto retraso, por lo que pido disculpas a sus señorías, pero es que estábamos esperando —las cosas de los martes y los aviones— al diputado que iba a intervenir en nombre del grupo que ha presentado la primera de las iniciativas. Por ello les anuncio que haremos un pequeño cambio en el orden del día: los puntos 1 y 6, que se iban a debatir en primer lugar, se debatirán en segundo, y en primer lugar vamos a ver la iniciativa que tienen en el orden del día numerada como 2, relativa al Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo, que ha sido presentada en esta Comisión por el Grupo Parlamentario Popular. Para su defensa tiene la palabra la señora Pan.

La señora **PAN VÁZQUEZ**: Intervengo en nombre del Grupo Popular para defender la proposición no de ley en relación con la prevención y control del tabaquismo.

En el año 1988, la Organización Mundial de la Salud instauró el día 31 de mayo como Día Mundial sin Tabaco, con la finalidad de centrar la atención de todos los países en este que es sin duda el principal problema de salud pública. Y digo el principal problema, ya que el tabaquismo es y supone la primera causa de muerte evitable —y esto habría que subrayarlo con negrita y con mayúsculas— en nuestro país y en el mundo. La mortalidad anual atribuible al tabaco se sitúa en cifras superiores a las 55.000 personas de más de 35 años, lo cual supone un 16 por ciento aproximadamente de las muertes en este grupo de edad. Es además el responsable de la cuarta parte de las muertes prematuras en los mayores de 65 años.

El tabaco, señorías, está en relación directa con el 30 por ciento de todos los cánceres, siendo, podríamos decir, el primero o el más directamente implicado el cáncer de pulmón. También está relacionado directamente con la cardiopatía isquémica, con las enfermedades coronarias, con las enfermedades pulmonares, como la EPOC, etcétera; como todos ustedes saben, es el factor de riesgo que está presente en las primeras causas de muerte en nuestro país, en España. La prevalencia del consumo del tabaco en España se sitúa en torno al 35,7 por ciento en la población mayor de 16 años. Y comprobamos que, a pesar de que en los últimos años el número de ex fumadores se incrementa lentamente, las políticas y programas puestos en marcha van haciendo que cada vez más la población vaya tomando conciencia de los riesgos que asume cuando mantiene conductas tabaquicas. Aun así, España es uno de los países de la Unión Europea que presenta una mayor prevalencia de consumo, tanto en hombres como en mujeres. Cada vez son más los fumadores, eso también hay que decirlo y es bueno señalarlo, que respetan y se preocupan de la salud de las personas que no comparten su hábito, que no fuman en presencia de niños, que no fuman en presencia de embarazadas o que no fuman simplemente en presencia de no fumadores.

Comenzaba mi intervención dando una fecha, un dato del año 1988, en que la OMS dedica el 31 de mayo al Día Mundial sin Tabaco en el mundo. Conscientes de la necesidad de tomar medidas, a partir sobre todo de esa fecha, los países y también nuestras comunidades autónomas iniciaron programas de educación para la salud, programas de deshabituación, programas de divulgación en las escuelas, en los servicios de salud, en los medios de comunicación. Sin duda, todos ellos contribuyen de forma importante en este que es un problema de todos y que entre todos debemos abordar en todas sus vertientes. También los gobiernos adoptaron medidas legislativas para regular la venta, la promoción y la publicidad del tabaco, así como para restringir los lugares donde se pueda fumar libremente. Durante la anterior etapa del Gobierno socialista, hasta el año 1996, se aprobó un real decreto de limitación de la venta, una ley sobre publicidad y una ley que incorporaba una directiva comunitaria relativa a las actividades de radiodifusión televisiva. Desde el año 1996, en la etapa del Gobierno popular, se aprobaron dos leyes,

cinco reales decretos y una orden, con la finalidad de avanzar en la protección de la salud de los no fumadores, y se colaboró activamente en la elaboración del convenio marco de la OMS para el control del tabaquismo que se realizó en Ginebra el 21 de mayo de 2003 y que fue autorizado y publicado en el Boletín Oficial de las Cortes, ratificado, por tanto, el 28 de junio de 2004. En este convenio, en el convenio de la OMS, ya se reconoce que la epidemia del tabaquismo es un problema mundial con graves consecuencias sanitarias, sociales y económicas, y que tiene que ser abordado desde todas las vertientes legislativas, pero también desde las otras vertientes a las que yo me he referido antes.

Como estamos comentando, este es un problema de todos y nuestras comunidades autónomas han ido regulándolo en el ámbito de su legítima capacidad normativa, con la misma finalidad de proteger y mejorar la salud de todos los ciudadanos, conscientes, además, de que la reducción del consumo del tabaco es la medida más importante de salud pública que se puede adoptar en beneficio de la salud. El 13 de enero de 2003 se acordó en el seno del pleno del Consejo Interterritorial el Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo 2003/2007, con el que se pretendía disminuir esta prevalencia tabáquica, proteger la salud de la población y potenciar la coordinación institucional y la participación social. Este plan trata de hacer frente al tabaquismo desde una perspectiva global: defiende la salud, respeta a quienes fuman, pero respeta, cómo no, por encima de todo esto el derecho de los no fumadores a proteger su salud, reconoce la enorme capacidad adictiva de la nicotina, establece las bases para una convivencia saludable, identifica los factores que influyen en el consumo del tabaco y las acciones para su prevención, facilita ayuda a los que desean dejar de fumar y responde al compromiso y competencias de las autoridades sanitarias. Contempla asimismo una serie de objetivos para que los centros sanitarios, los centros docentes y la Administración pública sean espacios sin humo y que de forma gradual se vayan ampliando estos espacios. Se plantean también en este plan acciones formativas, asistenciales, de investigación y legales. Es por tanto un plan que, como acabo de decir, quiere hacer frente al tabaquismo desde una perspectiva global, en todas sus vertientes.

Tras las conclusiones, además, del informe de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III sobre la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar, el informe señala que el tratamiento farmacológico del tabaquismo, de probada eficacia, constituye un apoyo al consejo médico y al tratamiento psicológico, que contribuye a mejorar las tasas de abstinencia cuando está debidamente indicado. Se propuso en el seno del Consejo Interterritorial la puesta en marcha de un programa piloto del Sistema Nacional de Salud de ayuda terapéutica para dejar de fumar. Este programa se desarrollaría mediante los

oportunos convenios entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y las comunidades autónomas que desearan adherirse a él. El plan lo que pretende es la defensa de la salud por encima de otras valoraciones, respetando la libertad individual. Pretende asimismo disminuir la prevalencia tabáquica, prevenir la incorporación de nuevos fumadores y facilitar el abandono para los que ya lo son, potenciar los espacios sin humo y la colaboración institucional y la participación social, haciendo hincapié en que no fumar sea la norma social más aceptada y en que avancemos hacia una sociedad libre de aire contaminado por el humo del tabaco. Es por tanto un plan integral, como acabo de señalar, no solamente contempla acciones legislativas y restrictivas, sino que es mucho más ambicioso.

Por todo ello esperamos que, al igual que en el seno del Consejo Interterritorial se aprobó y se ratificó posteriormente con la firma y la aceptación del convenio marco de la OMS para el control del tabaco, desde aquí, desde esta Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados, se dé una respuesta positiva a esta proposición no de ley, que sin duda va a ir en beneficio de la salud colectiva de todos los ciudadanos y en la que pretendemos instar al Gobierno, primero, a que haga efectivo el Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo 2003/2007, en coordinación y colaboración con las comunidades autónomas; segundo, a que a la mayor brevedad posible aplique todas las medidas contenidas en ese plan, todas; y tercero, a que se dote suficientemente y se adopten las medidas oportunas para el desarrollo urgente de dicho plan nacional.

La señora **PRESIDENTA**: No se han presentado enmiendas a esta iniciativa; por lo tanto, procede dar turno a los representantes de los grupos parlamentarios que deseen intervenir fijando su posición.

Por el Grupo Mixto, la representante del Bloque Nacionalista Galego, señora Fernández Davila, tiene la palabra.

La señora **FERNÁNDEZ DAVILA**: Siendo partidaria de ir avanzando en la reducción del tabaquismo, tratando de ser consecuente, quiero decir que considero necesario hacer campañas y que exista un plan contra el tabaquismo como este del que se habla. Pero también pienso que hay cuestiones que me parecen excesivamente represivas. En estos momentos se está generando incluso una situación bastante discriminatoria con las personas fumadoras, y no lo digo por la iniciativa del Grupo Popular ni porque sea una iniciativa del Grupo Popular. Yo acabo de decidir dejar de fumar y llevo quince días sin hacerlo, pero compruebo que es algo tremendo lo que está pasando con las personas fumadoras. Y una cosa es prevenir en materia de salud y otra cosa es actuar de manera represiva.

Hay cuestiones que a mí me llaman muchísimo la atención, no por lo que acaba de exponer la señora Pan, aunque ha incidido en ello; es una constante en nuestra

sociedad el alarmismo o la predisposición a resolver un problema ambiental, generado por los humos del tabaco, mientras que resulta que no somos capaces de afrontar un problema ambiental generado por el humo de diversos orígenes, entre ellos, la contaminación por los carburantes de los vehículos que circulan por nuestras carreteras y por nuestras calles en las ciudades. Yo estaba recordando ahora a un compañero que, cuando hablábamos de la necesidad de dejar de fumar, y éste fumaba en pipa, me decía que estaba de acuerdo pero que poco podía significar que estuviéramos en aquel ambiente fumando si después íbamos a salir a la calle y nos íbamos a encontrar con toda la contaminación de los vehículos, etcétera. Efectivamente, el tabaquismo incide en la contaminación, pero no seamos tan alarmistas ni tan represivos. Es verdad que se genera un problema, pero hay otras muchísimas cuestiones que también generan problemas y, como tienen que ver con la economía, no estamos dispuestos a afrontarlas. También esto tiene que ver con la economía, porque está el problema de la venta del tabaco y por lo tanto la cuestión de las diferentes industrias tabaqueras.

En definitiva, considerando que son convenientes las campañas de prevención de las consecuencias que el tabaquismo genera, nos vamos a abstener porque nos parece que en el plan existen algunas medidas represivas y nosotros pensamos que la prevención no debe ser de esa manera.

La señora **PRESIDENTA**: De fumadora arrepentida a fumadora arrepentida, le doy la enhorabuena y le deseo perseverancia en su decisión.

El Grupo de Izquierda Verde-Izquierda Unida no desea intervenir; por lo tanto, procede dar la palabra —no veo que insista otra formación— al Grupo Parlamentario Socialista, en cuyo nombre va a intervenir el señor Elola.

El señor **ELOLA RAMÓN**: En principio quiero aclarar, con relación a esta última exposición, que no se puede comparar la contaminación atmosférica producida por el uso de carburantes orgánicos con la contaminación producida por el tabaco, por los efectos adversos, sobre todo debido a su concentración. Estamos hablando de lugares cerrados donde la concentración de humo es muy grande y por lo tanto el efecto negativo también es muy grande. Además, el humo del tabaco se aspira directamente y pasa directamente al pulmón, con lo cual el efecto es muy directo. Por otra parte, considerando la utilidad que tiene el tabaco frente a la utilidad que tiene el uso de carburantes, nuestra actitud es claramente en contra del tabaco.

Respecto a la exposición del portavoz del Grupo Popular, hay un par de cosas que habría que aclarar. Al inicio de su exposición parecía que se iban a centrar más en los efectos negativos del tabaco, pero finalmente han terminado dando por hecho la clara prioridad que tenía el Partido Popular con el tema de la lucha

contra el tabaquismo, con el tema del mantenimiento de los espacios libres de humo. A mí me gustaría puntualizar alguna cosita con respecto a esa prioridad que ha mantenido el Partido Popular. Por ejemplo, salvando lo que es la adaptación de directivas europeas, de obligado cumplimiento y por tanto de obligada trasposición a la legislación española, los primeros datos, las primeras intervenciones de responsables del Ministerio de Sanidad y Consumo referentes a la posibilidad de que hubiera un proyecto, de que hubiera un plan nacional, que todavía no tenía un nombre, datan del año 1999; poca prisa se dieron cuando ya llevaban más de tres años gobernando. Proporcionalmente, deberían haber esperado hasta el año 2007, para que un Gobierno socialista, que llegó al Gobierno en el año 2004, diera algún indicio de preocuparse del tema del tabaco. En el año 2001 se presenta el primer borrador. Desde el año 1999 hasta 2001 pasan dos años y unas elecciones, ya se ha agotado la primera legislatura en la que el Partido Popular no ha sacado ese proyecto o ese borrador ni nada similar, y poca prisa se vuelven a dar cuando dos años después es cuando sacan el primer borrador del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo. Se aprueba el borrador, se convierte ya en plan en el año 2003. De nuevo dejan pasar dos años para la aprobación de ese borrador; otra vez asistimos a una prioridad para cuyo establecimiento se da muy poca prisa. Después del año 2003, el año y medio que están todavía en el Gobierno, no se hace prácticamente nada; se dan muy poca prisa para la aplicación de medidas contra el tabaco y medidas para espacios libres de humo. Se dedican en ese año y medio algo más de 3 millones de euros para la financiación a las comunidades autónomas de los planes contra el tabaco. De hecho, existe una nota de prensa sacada por la Separ, por la Sociedad Española de Neumología, en febrero de 2004, quejándose de que, después de un año largo de aplicación del Plan Nacional contra el Tabaco todavía no se hubiera tomado ninguna medida seria.

En el año 2004, el Gobierno socialista actual pone algo más de 12 millones de euros encima de la mesa, repartidos entre las comunidades autónomas, para tomar medidas contra el tabaco dentro de ese Plan Nacional contra el Tabaco. Y en el año 2005, del que han transcurrido tres meses escasos, ya en marzo, se ponen otra vez 12,15 millones de euros, a repartir entre las comunidades autónomas, para tomar de nuevo medidas en el Plan Nacional contra el Tabaco.

Ahora quieren ir más rápido. ¿Más rápido que qué? ¿Más rápido que este último año o más rápido que los ocho años del Partido Popular, donde las medidas fueron no solo insuficientes, sino, a las pruebas me remito, más bien escasas? Ahora mismo, llevamos un mes entero hablando de medidas contra el tabaco. No hace falta que lo traigamos a la Cámara, llevamos un mes entero donde los periódicos y los medios de comunicación están continuamente hablando de las medidas que se van a tomar contra el tabaco, y, además, nos consideran

al Congreso de los Diputados o al Gobierno actual como el azote de los fumadores. Parece más bien que estamos pasándonos por exceso que por defecto. Hemos avanzado muchísimo más —yo tengo puestas tres cruces, como médico— en un año en medidas anti-tabaco que en las dos legislaturas anteriores, que en los ocho años anteriores. Hemos pasado de un plan nacional a una ley. ¿Considera el Partido Popular que es peor tener una ley, que regula la venta, el suministro, el consumo y la publicidad, que un plan nacional, que al fin y al cabo regula lo mismo? Hemos pasado de las palabras del Partido Popular, de un plan escrito, sobre el papel, sin financiación, a los hechos, a más de 24 millones, casi 25 millones de euros repartidos en año y medio a las comunidades autónomas para tomar medidas contra el tabaco. ¿Es peor o le parece poco al Partido Popular que se haga así? ¿Le parece que se hacía mejor antes? Se pasa de medidas como promover y fomentar, que son las que se toman con el plan nacional, a legislar y regular, que es lo que se hace ahora con un anteproyecto de ley que ya ha pasado la fase de alegaciones; por ejemplo, los espacios sin humo, de promoverlos se pasa a legislarlos y a regularlos. ¿Es peor, o le parece al Partido Popular que se debería hacer más deprisa? Hemos pasado de una financiación incógnita, de una financiación en duda, de una financiación que en el borrador del proyecto se define con un porcentaje equis —en el borrador del proyecto, los recursos financieros dotados por la Administración central son el equis por ciento de lo recaudado— a un proyecto definitivo. En el plan nacional aprobado, la Administración General del Estado aportará un porcentaje de lo recaudado por los impuestos especiales del tabaco, un porcentaje obviamente sin definir. Se define muy bien: 0,25 euros per cápita y año deben destinar las comunidades autónomas, se pone una equis cuando decimos lo que debe destinar la Administración central del Estado. Pasamos de una equis a 25 millones en poco más de un año. ¿Es peor o les parece poco?

Yo le rogaría que cuando terminemos esta sesión, si les parece poco, saquen una nota de prensa exigiendo al Gobierno medidas más duras contra el tabaco o diciendo que las medidas que se están tomando les parecen insuficientes. Se lo agradecería porque en esta batalla contra el tabaco cualquier aliado que exija que pasemos a una situación más activa será bienvenido. Si no, la impresión que da es que lo único que están reivindicando es un nombre, que lo único que piden es la autoría de un nombre, el llamado plan nacional, para poder apuntarse la paternidad del plan o la paternidad de las medidas que se tomen. Están pidiendo la patria potestad de un proyecto y no están pidiendo otra cosa. Además, están pidiendo la patria potestad de un proyecto que no les corresponde, porque se ha quedado ya bastante obsoleto, y que ha alcanzado ampliamente la mayoría de edad, con lo cual nadie se la va a dar.

Estamos hablando de ocho años de gobierno del Partido Popular, de dos legislaturas y de un balance que

parece más bien pobre, por no decir muy pobre. Lo único positivo realmente que puede decirse de esos ocho años fue que en 2002, camino de 2003, ya aprobando los planes de 2003/2007, al final prácticamente de la segunda legislatura, repito, la segunda, o sea, cuando ya llevaban seis o siete años de gobierno, se consideró la EPOC como una enfermedad prevalente, lo cual le dio fundamento para poder ser objetivo prioritario en el plan de investigación 2003/2007. Eso estaría muy bien si además se hubieran aportado más fondos para la investigación, pero al no haber más fondos para la investigación, pues el único resultado es que el mismo dinero para investigación o incluso un poco menos se repartió entre más proyectos, o, como dirían muy claramente en mi pueblo y en unas fechas como las que vienen de Semana Santa, muy propiamente lo que se hizo fue desnudar a un santo para vestir a otro, y no se hizo otra cosa.

Nosotros nos vamos a oponer a la aprobación de esta proposición no de ley, porque nos parece que el plan está altamente superado. Como ya he dicho, ese plan ya ha pasado a ley, ha cumplido la mayoría de edad, las medidas que se toman están muy bien encaminadas, en el mismo sentido que ustedes dicen, pero con un anteproyecto de ley, lo cual le da un rango de ley, le da mucha más fuerza legislativa. Yo les aconsejaría que leyeran ese anteproyecto, que me imagino que los consejeros de las comunidades autónomas con representación del PP tendrán en su poder, y que, después de leerlo, hagan las peticiones del rango que consideren oportunas.

— **RELATIVA A LA INCLUSIÓN DE LA LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA ENTRE LAS PROFESIONES SANITARIAS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO DE ESQUERRA REPUBLICANA (ERC). (Número de expediente: 161/000446.)**

— **RELATIVA A DEFINIR LA LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA COMO PROFESIÓN SANITARIA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente: 161/000666.)**

La señora **PRESIDENTA**: Concluido el debate de este segundo punto del orden del día, quiero anunciar a sus señorías, para su buen gobierno, que las votaciones se harán de manera conjunta, pero casi seguro que no podrán ser antes de la una y media del mediodía. Lo digo para que todos lo sepan y puedan disponer de su tiempo.

A continuación, como he indicado al comienzo, pasamos al debate de dos iniciativas de manera conjunta: la relativa a la inclusión de la licenciatura en psicología entre los profesionales sanitarios, presentada por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana, y la

que aparece como número 6 del orden del día, relativa a definir la licenciatura de psicología como profesión sanitaria.

Para presentar la iniciativa del Grupo de Esquerra Republicana, tiene la palabra el señor Canet.

El señor **CANET COMA**: Quiero pedir disculpas por mi retraso, que se ha debido a problemas en el transporte. En cualquier caso, es una proposición no de ley que tenía que defender mi compañera Rosa María Bonàs, que por razones de un viaje, no puede hacerlo, pero el texto es absolutamente suyo.

El objeto de esta proposición no de ley es transmitir al Gobierno la preocupación por la incertidumbre que representa para el colectivo de psicólogos la entrada en vigor de que la Ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias, no haya incluido la licenciatura de psicología entre las profesiones sanitarias. Antes de la promulgación de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias no existía ninguna ley que delimitara qué profesiones eran sanitarias y que, por exclusión, definiera cuáles no lo eran.

Los licenciados en psicología se forman con programas de estudios oficialmente aprobados por el Ministerio de Educación con gran parte del contenido sanitario. Basándose en esta formación oficial, los psicólogos realizaban actividades sanitarias en su ejercicio profesional. En 1998 se promulga el Real Decreto 2490/1998, por el que se crea y regula el título oficial de psicólogo especialista en psicología clínica. El título de psicólogo especialista en psicología clínica será necesario, según lo dispuesto en el artículo 16.3, para utilizar de modo expreso la denominación de especialista, para ejercer la profesión con tal carácter y para ocupar puestos de trabajo con tal denominación en centros y establecimientos públicos y privados. Los licenciados en psicología no especialistas podían realizar actividades sanitarias que no exigieran el carácter de especialista tanto en el sector público como en el privado. Como prueba de ello, algunas comunidades autónomas recogieron en sus normativas que las consultas de psicología dirigidas por licenciados no especialistas eran centros sanitarios y debían registrarse como tales Administraciones como la Administración de Justicia o el ejército contrataban psicólogos sin el carácter de especialista para realizar funciones sanitarias y están reconocidos como sanitarios por dichas administraciones. En cambio, en la situación actual, la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias no incluye la licenciatura en psicología entre las profesiones sanitarias, artículo 2.2. La LOPS solo considera profesionales sanitarios a los psicólogos especialistas en psicología clínica, artículo 6.3. En conjunción con esta ley, aunque anterior a ella, el Real Decreto 1.277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, incluye como sanitarias las unidades de psicología clínica, pero no las de psicología.

La LOPS crea una situación de ambigüedad legal e inseguridad jurídica al cuestionar que los licenciados en psicología puedan trabajar en un ámbito que les es propio, como el de la salud, al no ser reconocidos como profesionales sanitarios. En efecto, en el artículo 2.a) de la mencionada ley no se menciona la licenciatura de psicología como profesión sanitaria, solamente se considera profesional sanitario a los psicólogos que posean el título oficial de psicólogo especialista en psicología clínica, artículo 6.3. Por otra parte, el real decreto ya mencionado, 1.277/2003, por el que se establecen las bases generales sobre la autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, en el artículo 2, apartados c) y d), define como actividad sanitaria aquella que está realizada por personal sanitario. Por tanto, teniendo como referencia la LOPS, que establece que solamente son profesionales sanitarios los psicólogos especialistas en psicología clínica, quedan excluidos de toda actividad sanitaria los licenciados en psicología, lo cual afecta gravemente tanto a los psicólogos que desarrollan su labor en establecimientos públicos como privados, pues ambos están regulados por este real decreto. El mismo real decreto, en el anexo segundo, define la unidad de psicología clínica como la unidad asistencial en la que un psicólogo especialista en psicología clínica, dentro del campo de su titulación, es responsable de realizar diagnósticos, evaluaciones y tratamientos de carácter psicológico de aquellos fenómenos psicológicos, conductuales y relacionales que inciden en la salud de los seres humanos. En cambio, las funciones de estudio, diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales y comportamiento son atribuidas al médico especialista en psiquiatría. Esta delimitación de competencias no debería ser objeto de este decreto teniendo en cuenta que la atención a la salud se suele dar por parte de equipos interdisciplinarios de los que forman parte profesionales con competencias compartidas.

En conjunto, la LOPS, junto con el decreto de autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, deja en una situación muy preocupante no sólo a los psicólogos que deseen comenzar a ejercer, sino también a los que llevan ya años realizando actividades sanitarias como psicólogos, ya que, sobre la base de este nuevo ámbito normativo, cuando se desarrollen las funciones de las profesiones sanitarias en futuras normas reglamentarias, los licenciados en psicología parece que no tendrán funciones sanitarias definidas que desempeñar ni en el ámbito público ni en el privado, ni por cuenta propia ni por cuenta ajena.

A diferencia de la opinión del Ministerio de Sanidad, nuestra interpretación y la de los juristas que hemos consultado coincide en que la LOPS sí repercute en el ejercicio profesional. La interpretación de que la LOPS afecta al ejercicio profesional de los licenciados en psicología, en contra de lo opinado por el ministerio, es compartida por el Defensor del Pueblo, que, ante las más de 7.000 solicitudes de interposición de recurso de inconstitucionalidad presentadas en su oficina, en su

informe anual de 2003, presentado en el Parlamento, afirma: Por otra parte, coloca a este numerosísimo colectivo de estudiantes y de profesionales de la psicología en una incierta situación que afecta de manera notable a sus expectativas profesionales de presente y de futuro.

Por todo ello, nuestro grupo insta al Gobierno a emprender en un plazo de tres meses todas las modificaciones o iniciativas legislativas necesarias a fin de que la licenciatura en psicología se incluya entre las profesiones sanitarias previstas en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

La señora **PRESIDENTA**: Para la defensa de la proposición no de ley presentada sobre la misma materia por el Grupo Popular, tiene la palabra la señora Velasco.

La señora **VELASCO MORILLO**: El Grupo Popular trae a esta Cámara una iniciativa relativa a definir la licenciatura en psicología como profesión sanitaria y, tras su debate en esta Comisión, dar respuesta a una situación de incertidumbre en la que se encuentran los psicólogos de España.

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, tiene por finalidad dotar al sistema sanitario de un marco legal que establece los diversos instrumentos y recursos para la mayor integración de los profesionales en el sistema sanitario, tanto en su vertiente pública como privada, facilitando la corresponsabilidad en el logro de los fines comunes y en la mejora de la atención sanitaria prestada a la población, garantizando que todos los profesionales sanitarios cumplan con los niveles de competencia necesarios para seguir salvaguardando el derecho a la protección de la salud que el artículo 43 de la Constitución reconoce a todos los españoles. La ley establece cuáles son las profesiones sanitarias, regula la formación de los profesionales sanitarios, el desarrollo profesional, el ejercicio profesional en el ámbito privado y la participación de los profesionales sanitarios en la ordenación de las profesiones sanitarias.

La psicología es una profesión regulada, de carácter colegiado, para cuyo ejercicio, tanto en el ámbito público como en el privado, se requiere estar en posesión del título de licenciado en psicología. Dentro de las profesiones sanitarias de nivel licenciado que aparecen en el artículo 2 de la Ley 44/2003 no se encuentran como tales los psicólogos, aunque sí se consideran profesionales sanitarios de nivel licenciado quienes se encuentran en posesión del título oficial de especialista en ciencias de la salud, título de especialista en psicología clínica vía PIR, siendo esta vía claramente insuficiente. La actividad de los psicólogos se proyecta de manera cada vez más relevante en el ámbito sanitario, desarrollando funciones en los campos asistenciales, de investigación, docente, de gestión clínica, de prevención, de información y de educación sanitaria. Esta realidad debe ser objeto de consideración por parte de la legislación apli-

cable, lo que conllevaría su incorporación a la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, siendo preciso pasar por una fase de adaptación a la ley. Los planes de estudio de la licenciatura en psicología deberán incorporar un mayor contenido sanitario, pues según el Real Decreto 1.428/1990, de 25 de octubre, de los 137 créditos de obligatoria inclusión, sólo 25 se refieren a materias pertenecientes a áreas del conocimiento relacionadas con el campo de la salud, haciendo que la psicología esté dentro del catálogo de títulos universitarios oficiales recogidos en el Real Decreto 1955/1994, de 30 de septiembre, en el apartado 2, de ciencias sociales y jurídicas, en lugar de ser incluido en el apartado 1, de ciencias experimentales y de salud.

Estamos ante una oportunidad idónea para que se revisen los planes de estudio de la licenciatura en psicología para adaptarlos al nuevo marco de educación dentro del nuevo espacio europeo de educación. Dicho espacio europeo tiene como objetivo fundamental unificar los sistemas educativos de los Estados miembros de la Unión Europea en virtud del Real Decreto 55/2005, de 21 de enero, por el que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios oficiales de grado. Desde el Grupo Popular, pensamos que es un buen momento para abordar este tema y definir cuáles son los cambios que se van a incorporar al nuevo perfil del psicólogo. Dicho título de licenciado en psicología en la actualidad no se ajusta a lo previsto en el artículo 2.1 de la Ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias, que determina que son profesiones sanitarias tituladas y reguladas aquellas cuya formación pregraduada o especializada se dirige específica y fundamentalmente a dotar a los interesados de los conocimientos, habilidades y aptitudes propias de la atención de la salud.

Desde el Ministerio de Sanidad y Consumo se han dictado 2.108 resoluciones de concesión de títulos de especialista en psicología clínica de las 10.595 solicitudes de reconocimiento recibidas de los licenciados anteriores a 1998, medidas claramente insuficientes. Considerando a los profesionales sanitarios según el artículo 6.3, al encontrarse en posesión del título oficial de especialista en psicología clínica, y según el artículo 16.3 de la ley, la posesión del título de especialista será necesaria para utilizar de modo expreso la denominación de especialista para ejercer la profesión con tal carácter y para ocupar puestos de trabajo como tal denominación en centros y establecimientos públicos y privados. Pero estamos ante un colectivo de en torno a unos 50.000 psicólogos donde esta situación afecta no solo a los que en el futuro no obtengan el título de especialista en psicología clínica por las vías transitorias, sino también a las promociones posteriores que sólo pueden acceder a la especialidad a través de las aproximadamente 80 plazas que se convocan anualmente por la vía residencia, a la que en este año se presentaron 1.823 licenciados en psicología, así como al elevado número de estos profesionales que

hasta ahora vienen llevando a cabo el ejercicio autónomo y colegiado de la profesión a través de los numerosos gabinetes de psicología que desde siempre han supuesto una salida profesional.

Señorías, estamos ante una situación que requiere medidas claras y concretas, pues desde el Grupo Popular vemos cómo la práctica diaria de los psicólogos nos ofrece una realidad evidente. Un importante número de psicólogos están desarrollando ya actividades clínicas tanto en la sanidad pública como en la privada sin poseer el correspondiente título de especialista en psicología clínica, y esto no puede ser motivo de sanción por aplicar una ley, siendo conscientes de que si aún no se han producido problemas mayores, se debe a la espera de una resolución del problema, que depende, sin duda, del Ministerio de Sanidad y Consumo.

En España esta situación no es nueva, recuerda al problema que vivieron los médicos especialistas sin titulaciones oficiales, los mestos, y este problema fue resuelto mediante las correspondientes normas reglamentarias que establecieron un procedimiento extraordinario con el Real Decreto 1497/1999, de 24 de septiembre, por el que se regula un procedimiento excepcional de acceso al título de médico especialista. En el caso de los psicólogos, se deben articular medidas reglamentarias para que puedan obtener el título de psicólogo especialista mediante unos criterios de calidad formativa trazados por el sistema de formación psicológica especializada, establecida en el Real Decreto 2490/1998, que den respuesta a los cerca de 50.000 psicólogos que se encuentran ante una situación de incertidumbre. Para esta tramitación, será preciso que sean oídos los colegios y asociaciones científicas y profesionales, igual que la Comisión Nacional de Recursos Humanos, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y el Consejo Nacional de Especialidades en ciencias de la salud.

Por todo lo anterior, el Grupo Parlamentario Popular presenta esta proposición no de ley en la que instamos a que el Congreso de Diputados inste al Gobierno a que refuerce el contenido curricular en ciencias de la salud de la licenciatura de psicología, para que se modifique su inclusión en el catálogo de títulos universitarios oficiales del Real Decreto 1.954/1994, pasando del apartado 2, de ciencia social y jurídica, al apartado 1, de ciencias experimentales y de salud. Y segundo, que se establezca un sistema de homologación o reconocimiento para todos los psicólogos que acrediten haber desarrollado su trabajo en el aspecto clínico mediante un proceso de consolidación extraordinario al título de especialista en psicología clínica. Entendemos, señorías, que con esta medida se daría respuesta rápida y concreta ante esta situación del colectivo de psicólogos de España.

La señora **PRESIDENTA:** A la iniciativa presentada por el Grupo de Esquerra Republicana se ha presentado por el Grupo Socialista una enmienda, para cuya defensa tiene la palabra el señor Fidalgo.

El señor **FIDALGO FRANCISCO:** Está claro que es un asunto importante el que tratamos en este momento. El asunto de los psicólogos es un asunto heredado por el Gobierno del Partido Socialista, dado que tiene su origen en la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias, la Ley 44/2003, pero también de la aplicación del real decreto previo, 1277/2003, sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. De hecho, de la aplicación conjunta de las dos, como bien se ha expuesto, se limitan de hecho las competencias profesionales de los licenciados en psicología. Además, se tardó más de tres años en desarrollar los procesos transitorios que contemplaba el real decreto de 1998 para la homologación de los profesionales que tenían experiencia en psicología en relación con la salud, y por lo tanto se va acumulando de alguna manera toda la cantidad de profesionales afectados por esta cuestión.

Todo esto se da en un marco cambiante de formación, como bien se ha expuesto, de la formación universitaria a nivel de Europa en el espacio europeo de educación superior, y este marco yo creo que más que un problema representa quizás una vía de solución para este asunto que estamos tratando. Lo que sí es cierto también es que en este momento, fruto de aquella gestión, tanto de la Ley de Ordenación de Profesionales Sanitarios como de la aplicación de la ley y de la propia indefinición de los currículos y de la formación universitaria de los psicólogos, hay una incertidumbre, una indefinición profesional e incluso una inseguridad jurídica por lo que antes se comentó de que, al aplicar en determinadas comunidades autónomas el real decreto, se producen incluso disparidades. Llevado a las facultades de Psicología y a los propios colegios profesionales, esa sensación de incertidumbre ha dado origen a la situación que a su vez tenemos ahora de inquietud. Efectivamente, están afectados del orden de 50.000 psicólogos, por lo tanto, estamos hablando de algo importante, de muchas personas afectadas. Tenemos un problema importante y yo creo que hay que afrontarlo —y el Partido Socialista así lo cree— con rigor y seriedad. Hay vías para afrontar el problema con rigor y seriedad y hay que ponerlas en práctica.

El sistema PIR es escaso en este momento, dado que solo se producen anualmente 70 u 80 plazas y los acumulados hasta ahora son del orden de 700; es evidente que los psicólogos clínicos, la formación de psicología clínica a través de esa vía es escasa. Un dato comparativo: mientras que la ratio de los médicos cuando optan a plazas MIR prácticamente está en un 1,42, en los psicólogos está en el orden de 23 por plaza. Evidentemente está limitado. En cuanto a las vías alternativas, sí es cierto también que hay más de 10.000 solicitudes, hasta ahora 2.500 más o menos resueltas, pero sí que está establecido por real decreto que esa es una vía efectiva y que puede desarrollarse perfectamente.

Ante esto, además, tenemos el reto de los 6.000 psicólogos que anualmente pueden salir de las facultades. Y un dato similar, en la UNED en este momento

hay 20.000 psicólogos formándose. Cito estos datos desde el punto de vista también de lo que significa como reto para toda la sociedad el impacto que supone esa gran cantidad de psicólogos. Por eso es un tema importante, no sólo sanitario y propio de la Comisión de Sanidad, en la que hoy lo estamos viendo, sino que es un problema básicamente educativo, y en ese ámbito es donde parte de las soluciones deben buscarse.

Tenemos ese problema, y hay una manera simple de abordarlo, que es la modificación de la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias; Esquerra Republicana se orienta de alguna manera en ese sentido. Pero digamos que también esa manera simple, quizás sin analizarlo en profundidad, puede convertirse por sí misma en un objetivo, el objetivo de cambiar la ley. Nosotros creemos que hay soluciones mucho más fáciles, que se pueden poner ya de inmediato en marcha, soluciones eficaces y más duraderas que garanticen precisamente a la profesión de psicología un horizonte de seguridad y un horizonte de desarrollo profesional.

La Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias, como se ha dicho anteriormente, define que son profesiones sanitarias, tituladas y reguladas aquellas cuya formación pregraduada o especializada se dirige específica y fundamentalmente a dotar a los interesados de los conocimientos, habilidades y aptitudes propias de la atención de la salud. Ahí, evidentemente, ya hemos tenido debate suficiente sobre la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias, y está claro que incluso la organización colegial de psicólogos acepta el carácter polivalente de la psicología como profesión, hasta el punto de describir ocho perfiles, de los cuales solamente dos tendrían una relación que hoy consideramos estricta con los ámbitos de la salud, que serían la psicología clínica y la salud y el perfil de atención a las drogodependencias. Pero también tendremos que decir que ahí, en esos perfiles, hay, por ejemplo, trabajo y organizaciones, que, sinceramente, nos costaría relacionarlo directamente; indirectamente, evidentemente se puede relacionar todo, pero directamente, conforme a la definición de la ley, parece que cuesta relacionarlo. O también, por ejemplo, tráfico y seguridad. Por ejemplo, de los 137 créditos troncales solo 25 tienen relación directa con el campo de la salud, un 18 por ciento en algunos currículos, otros llegan al 30 ó 40 por ciento, pero, en todo caso, evidentemente escasos en relación a la definición de la propia ley específica y fundamentalmente dirigida a. Esto se da, como he dicho antes, en una situación cambiante que ha introducido el espacio europeo de educación superior, que ha sido afrontado, además, por el Gobierno mediante los reales decretos 55 y 56, en donde se regula la estructura de las enseñanzas universitarias, se regula también el estudio de grado y se regula el postgrado. Nosotros no creemos conveniente una modificación generalizada, como parece desprenderse de la propuesta que hace el Partido Popular, de los planes de estudio porque, entre otras cosas, en el marco actual que plantean los reales decre-

tos podría llevar a confusión, incluso solapamiento, no estaría bien ordenada la situación.

En cuanto al segundo punto que plantea el Partido Popular, parece que propone una homologación generalizada, al menos así lo percibimos nosotros. Yo creo que eso es un riesgo porque no hay que perder de vista que lo que estamos y tenemos obligación de proteger es precisamente la salud, el derecho constitucional a la protección de la salud, y sabemos todos perfectamente, después, además, de lo expuesto, de los diferentes currículos, formaciones y demás, que una homologación generalizada no sería compatible con esa protección de la salud. Además, se daría, evidentemente, una devaluación de lo que es la psicología clínica, que creo yo que todos los grupos estamos de acuerdo como formación y actividad específica al servicio de la salud. Y en cuanto a plantearlo como los mestos o hacer una referencia al proceso que supuso los mestos, también quiero recordar que fue un proceso complicado que aún ahora está sujeto a muchas reclamaciones jurídicas, y que, habiendo otras vías alternativas, realmente yo no veo justificado impulsar un proceso similar a los mestos.

Por todo lo anterior, nosotros hemos presentado una enmienda de sustitución que está basada, además, en el dictamen de la comisión técnica del ministerio que ha trabajado sobre estas cuestiones, que viene trabajando de una manera dialogante con los psicólogos, con los colegios de psicólogos, pero también con las comunidades autónomas. Porque no hemos de olvidar que cualquier decisión que tomemos en este ámbito tiene una repercusión directa sobre el sistema sanitario, sobre los servicios de salud, incluso sobre la gestión e incluso sobre las expectativas, y pueden crearse incluso tensiones indebidas. Y yo creo que tenemos la oportunidad de hacer una reflexión, un trabajo tranquilo, sereno, como ya se está haciendo. En ese sentido, planteamos, como he dicho, la enmienda, e insisto también en que está basada prácticamente al cien por cien en las recomendaciones que hace la comisión técnica, recomendaciones que se acordaron, además, por unanimidad y que, por lo tanto, abren una vía prácticamente definitiva a arreglar el problema del que estamos hablando, independientemente, además, de que en el mundo cambiante del que hemos hablado y en donde la salud tiene aspectos y facetas diferentes, efectivamente, la psicología parece estar llamada a tener una atención creciente.

La enmienda de sustitución consta de tres puntos que tratan de dar respuesta y que básicamente, además, coinciden en el fondo con las propuestas que hace el Partido Popular. Dice en el primer punto que en el marco de los reales decretos 55/2005 y 56/2005, que establecen la estructura de las enseñanzas universitarias y regulan los estudios universitarios oficiales de grado y postgrado —competencia, por supuesto, del Ministerio de Educación y Ciencia— se analicen los contenidos de la futura titulación de grado y psicología a los efectos de su inclusión dentro del nuevo catálogo de

títulos universitarios, atendiendo al carácter polivalente que tiene el citado título en diferentes ámbitos, entre los que se encuentra el relativo a la ciencia de salud, abriéndose ahí una vía clara para la entrada en las profesiones sanitarias.

El segundo punto es que los ministerios de Sanidad y Consumo y Educación y Ciencia impulsen las modificaciones pertinentes del Real Decreto 2490/1998 para impulsar la vía que ya está abierta. En vez de abrir vías nuevas, vamos a impulsar esta vía, y en ese sentido, el ministerio tiene pensado hacer modificaciones para facilitar esa vía por la que se crea y regula el título oficial de psicólogo especialista en psicología clínica con el objetivo de que puedan solicitar el título de especialista el mayor número posible de licenciados que hayan concluido sus estudios antes de su entrada en vigor y, evidentemente, conforme a lo estipulado en el propio real decreto.

Y finalmente, el tercer punto, que se estudie el actual marco jurídico regulador de los establecimientos sanitarios para adoptar las modificaciones necesarias. Recordemos que el real decreto de establecimientos sanitarios estaba en colisión con la ley al no haber sido contemplado, o digamos que la ley fue posterior, y, por lo tanto, no se podía hacer una conexión directa, pero de hecho se hizo, entre el real decreto previo y la ley; de hecho se hizo y está causando algunos problemas, no muchos, pero algunos, con la inseguridad que conlleva en determinadas comunidades autónomas. Dice que se estudie el actual marco jurídico regulador de los establecimientos sanitarios para adoptar las modificaciones necesarias en el mismo con la finalidad de garantizar la atención prestada por los psicólogos cuando realicen actividades relacionadas con la evaluación y tratamiento psicológico vinculados con la salud mental de las personas. Esto es muy importante y quiero incidir en ello porque no se trata tanto de arreglar un problema referente a profesionales, sino de ordenar una profesión, el desarrollo también profesional, en cuanto toca a algo tan importante como la salud de las personas, que tenemos obligación, por supuesto, de contribuir a proteger.

Como he dicho, el Gobierno con el apoyo técnico y de las comunidades autónomas, más el diálogo con los interesados, ha establecido un camino de encuentro y trata de dar respuesta, una respuesta seria, como he dicho, a esta cuestión, y yo creo que estamos en camino de hacerlo. Sería oportuno que el Partido Popular aceptase la enmienda a efectos, sobre todo, de encaminar ya una solución definitiva a este problema, que, de no ser así, puede dilatarse indefinidamente.

La señora **PRESIDENTA**: ¿Otros grupos que deseen fijar su posición?

Por parte del Grupo Mixto, en representación del Bloque Nacionalista Galego, tiene la palabra la señora Fernández Dávila.

La señora **FERNÁNDEZ DÁVILA**: Brevemente, porque me acaban de avisar que me están esperando en otra reunión, pero quería manifestar la posición de nuestro grupo respecto a esta cuestión. Porque si bien es cierto que el que en la Ley 44/2003 no se contemple la profesión o la licenciatura de psicólogos como profesión sanitaria suscitó una preocupación en el colectivo de estos profesionales que hizo posible que en estos momentos esté este tema a debate en el Congreso, y yo creo que en las Cortes Generales, también es verdad que esa preocupación de los profesionales de la psicología, que hizo posible que distintos grupos, como el nuestro también, presentáramos una iniciativa de modificación de la Ley 44/2003 para que se considere la licenciatura de psicología como profesión sanitaria, como digo también es cierto que esa preocupación generó un debate que creo que sería necesario profundizáramos en él para poder llegar a una conclusión, tanto en la propuesta que hoy se plantea en esta Comisión como en las propias propuestas que otros grupos tenemos para Pleno y porque son proposiciones de ley, de si la licenciatura de psicología o si la profesión de psicólogo es una profesión sanitaria o no. Creo que en estos momentos sería importante aclararnos en esa cuestión, porque eso significaría que podríamos estar mucho más claros en la decisión que tuviéramos que tomar en la consideración legislativa. Porque si profesión sanitaria es toda aquella actividad relacionada con la salud o, cuando menos, con el bienestar de la salud y, por lo tanto, también en las cuestiones de prevención de la enfermedad, podríamos entender, efectivamente, que la psicología o el psicólogo, en este caso el profesional psicólogo, es un profesional sanitario, porque aunque no esté vinculado directamente a un servicio sanitario como tal y su actividad se esté desarrollando, por ejemplo, en un centro educativo o en un centro de trabajo, si ese trabajo que desenvuelve el psicólogo está relacionado con la atención a las personas que trabajan o a las personas que estudian y, por lo tanto, a la atención a la salud psíquica, tanto de manera preventiva como paliativa en el caso de la existencia de enfermedad, el psicólogo efectivamente ejerce una profesión sanitaria. Yo creo que todos tenemos nuestras dudas porque igual que los psicólogos están en estos momentos reclamando la consideración de su profesión como sanitaria, por otro lado hay otros profesionales que están efectivamente documentándonos a todos los diputados y diputadas respecto de la opinión contraria.

Por lo tanto, el inicio del debate con estas propuestas que hoy se hacen aquí es importante para llegar a una conclusión. Y a mí me gustaría, por eso quise intervenir, que fuésemos lo suficientemente flexibles como para que lo que aprobásemos, aunque el Congreso no sea el sitio o por lo menos a nivel legislativo no podemos definir nosotros si es profesión sanitaria o no, por lo menos que desde aquí se facilitara como Comisión de Sanidad un debate donde participaran las diferentes partes en el sentido de poder clarificarnos y poder tam-

bién legislar lo más adecuadamente posible. Porque yo creo que si no aclaramos si la profesión o la licenciatura de psicología es profesión sanitaria o no, vamos a encontrarnos con un problema, independientemente de lo que acordemos después a nivel legislativo, porque si podemos resolver el problema con un sector de profesionales, podemos abrir una brecha con otro sector de profesionales. Por lo tanto, sería conveniente el diálogo y la flexibilidad para conseguir llegar a un acuerdo y cuando menos clarificarnos lo máximo posible y poder legislar también lo más adecuadamente posible.

La señora **PRESIDENTA**: Por parte del Grupo de Izquierda Verde-Izquierda Unida-Iniciativa por Cataluña Verds, tiene la palabra la señora García.

La señora **GARCÍA SUÁREZ**: También por motivos de tener que asistir rápidamente a otra comisión, intentaré ser breve, a pesar de que es una intervención en la que no querría dejar de exponer todas aquellas cuestiones que nos preocupan.

En primer lugar, quiero informar al conjunto de diputados y diputadas que nuestro grupo parlamentario con fecha 10 de noviembre de 2004 registró precisamente también una proposición, en este caso de ley, de modificación de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Adelanto esta información porque será un poco la consecuencia también de lo que finalmente nosotros en este punto determinaremos.

Siguiendo con la intervención anterior de la diputada Olaia, nosotros consideramos, al margen ya del debate concreto de este punto hoy, que es fundamental e imprescindible realmente profundizar en la línea que nos comentaba la diputada, porque, en definitiva, nos parece, se nos antoja que estamos discutiendo algo bastante más profundo que simplemente la modificación o no de esta ley, sino que estamos quizás valorando de manera bastante diversa tanto aquí, en el conjunto de diputados y diputadas, lógicamente porque somos un reflejo de la sociedad, como fuera por parte de los diferentes sectores afectados, se está valorando, repito, de una manera muy diferente qué entendemos por profesión sanitaria y qué entendemos por salud mental. La salud mental precisamente en nuestro país, y a eso me referiré, no es precisamente —y valga la redundancia— una de las ramas sanitarias que se haya desarrollado. Lastimosamente, estamos en unos niveles de atención pública a nivel de salud mental de los más precarios en el conjunto de lo que es el sistema sanitario, y quizás esta es una de las razones por las que después nos encontramos con que no sabemos cómo catalogar y cómo valorar este aspecto.

La psicología, desde su implantación en España como licenciatura universitaria, ha demostrado una capacidad de penetración al servicio de la sociedad en múltiples áreas, con un predominio de la actividad profesional en el área de la salud ya sea en instituciones

públicas o privadas, y aquí, en todo caso, insisto en que fundamentalmente, más numerosamente en privadas que en públicas, debido al poco desarrollo precisamente de la salud pública en salud mental. La creación por el Real Decreto 2490/1998 de la especialidad sanitaria de la psicología clínica fue una conquista, sin duda, en aquel momento, respondiendo a una demanda tanto en el ámbito profesional como en el universitario del reconocimiento de la actividad que los psicólogos desarrollan en la sociedad. No obstante, es necesario reconocer que el ejercicio profesional de los psicólogos en el ámbito sanitario no puede desde nuestro punto de vista circunscribirse exclusivamente al desarrollado por estos especialistas. Baste señalar que el acceso a la especialidad, como ya se ha comentado por varios de los portavoces, a través del sistema de psicólogo interno residente, PIR, alcanza a no más de 70 u 80 plazas al año, que no cubren remotamente ni la demanda existente ni las necesidades de la sociedad.

La formación académica de los licenciados en psicología incluye en sus planes de estudio materias troncales tales como el conocimiento de los procesos psicológicos básicos como es memoria, lenguaje, percepción, y emoción de la personalidad humana; los fundamentos biológicos de esos procesos, la psicopatología, la evaluación, el diagnóstico y las técnicas de intervención en los trastornos del comportamiento. Los alumnos tienen, además, un período de prácticas que se desarrolla en hospitales, en centros de salud mental y en centros asistenciales de diverso carácter como drogodependencias, Alzheimer, maltrato de mujeres, etcétera, dependientes de instituciones públicas o privadas, mucho más privadas. Junto a esta formación obligatoria, los planes de estudio de la licenciatura en psicología contienen una amplia oferta de asignaturas optativas por las que los alumnos profundizan en estos conocimientos, como son: neuropsicología, psicofarmacología, técnicas psicoterapéuticas, tratamiento de las disfunciones sexuales, intervención en problemas de familia, trastornos del desarrollo, problemas de la vejez, informes periciales y un largo etcétera que desde nuestro punto de vista no dejan la menor duda, por tanto, de que estamos hablando de una profesión sanitaria.

Para no extenderme, nuestra posición en este sentido es que de cara a la idea de que entendemos que la proposición no de ley presentada por el Grupo de Esquerra Republicana se acercaba mucho a nuestra proposición de ley y que en caso de que fuera aceptada en su totalidad, nosotros la votaríamos favorablemente y veríamos, por tanto, seguramente innecesario el debate de nuestra proposición de ley. Si esto, repito, fuera en estos términos, nosotros votaríamos favorablemente esta proposición no de ley de Esquerra Republicana porque va totalmente en nuestra línea.

Entendemos la enmienda que ha sido expuesta y presentada por el Grupo Socialista. En este caso, lamentándolo mucho, para nosotros no resuelve realmente el problema de fondo que estamos tratando en estos

momentos y deja todavía con una gran ambigüedad el problema que nos atañe. Por eso, y lamentándolo, si el Grupo de Esquerra Republicana acepta esta enmienda, que está absolutamente en todo su derecho, nosotros votaríamos en contra. Por tanto, sí a su proposición, pero en contra de la enmienda, porque nuestro planteamiento sería volver a discutir, a ser posible, esta proposición de ley en el marco del debate parlamentario.

La señora **PRESIDENTA**: Por el Grupo Catalán intervendrá el señor Guinart.

El señor **GUINART SOLÁ**: Voy a ser muy breve para fijar la posición del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) en relación a estas dos PNL de Esquerra Republicana y del Partido Popular, saludando la iniciativa que han tenido ambos grupos, supongo que también a petición y en contacto con el sector, con los profesionales, con los colegios de psicólogos, que llevan mucho tiempo, un largo camino, con esta reivindicación, con esta voluntad de hacerse un lugar, de hacer más visualizable su profesión en todos los ámbitos. Sin duda, el más emblemático es el ámbito de la sanidad, y en esta reivindicación tanto los colegios de Cataluña, que conozco más de cerca, como del resto del Estado, llevan mucho tiempo insistiendo, trabajando, presionando, argumentando que se avance en este sentido.

La profesión de psicólogo, sin duda, tiene varias especialidades, varios perfiles, se comentaban ocho. Los más clásicos o los más importantes son el ámbito sanitario, el ámbito clínico, especialmente en psicología clínica, aunque esta definición o este perfil ha venido históricamente relacionándose más con la psiquiatría y con otros aspectos de la psicología de ámbito más general. Por otro lado, la psicología en el ámbito escolar, pedagógico, y en el ámbito industrial, aunque cada uno de ellos luego también tenga sus propias especialidades o subespecialidades. Estamos hablando sobre todo de la psicología en el ámbito sanitario, el cual tiene, como se ha dicho, cierto reconocimiento, sobre todo en el ámbito psiquiátrico, a través de esa especialización de psicología clínica, que no abarca ni mucho menos a todo el colectivo. Y entendemos que es legítima esa pretensión de los psicólogos para ser más reconocidos, tener una posición profesional más adecuada a toda su trayectoria en la evolución de esta profesión y también para que sea mejor comprendida por parte de la población, de la opinión pública, esa pretensión de que sea reconocida como profesión sanitaria. Qué duda cabe que, además de esa pretensión profesional legítima, también hay un argumento de carácter social de calidad asistencial, y nuestro grupo está convencido de que la intervención de psicólogos y su reconocimiento en el ámbito asistencial sanitario va en beneficio de esta mejor calidad asistencial a la cual todos aspiramos. Si la salud es el estado general de bienestar, sin duda la participación de psicólogos en todo el proceso sanitario de salud asistencial puede beneficiar a este mayor grado de salud al que

debemos aspirar todos y especialmente nosotros como legisladores. Curiosamente, una de las ocasiones en que más se visualiza la profesión de psicólogo es lamentablemente en las grandes catástrofes, en los atentados terroristas y en otras catástrofes de tipo natural, en donde rápidamente los psicólogos ejercen, junto con los médicos u otro tipo de profesiones, una actividad que es reconocida por todos y no es precisamente la de curar ninguna enfermedad, como sería un concepto más restringido de la sanidad, sino acompañar, dar apoyo a las personas que han sufrido un trauma directamente o en su entorno más próximo o familiar. Si en todo el proceso de la curación de las enfermedades los psicólogos tienen un papel a jugar, seguro que el trauma que significa la enfermedad y su curación y también la de los familiares que están alrededor de esos procesos de enfermedad, será mucho más llevadero y, sin duda, los psicólogos pueden jugar aquí un papel importante.

Entendemos que la reivindicación comprende un colectivo que no es de descartar, pues 50.000 personas es un colectivo importante, y, lógicamente, la trascendencia de incluirlos como profesionales sanitarios de forma global tiene sus efectos en el ámbito sanitario con otros profesionales que también defienden, por decirlo así, sus propias posiciones, especialmente los psiquiatras. Entendemos que es necesario afrontar esa posibilidad, darse un período de trabajo previo, de análisis de todo este proceso, de prever cuáles son los cambios legislativos necesarios, y en este sentido nosotros daríamos apoyo a la PNL de Esquerra Republicana, que ya da un margen para poder estudiar las medidas normativas necesarias, pero, al mismo tiempo, lo ciñe en el tiempo para no caer en la enmienda del Partido Socialista, que en parte acomete y concreta algunas de las medidas a realizar, pero que no las fija en el tiempo, con lo cual podemos encontrarnos con que dentro de un cierto tiempo estaríamos ahí mismo donde estamos ahora, habiendo analizado, eso sí, las posibles alternativas para resolver esta cuestión. Sin duda, en este período de tiempo de estudio deberán tenerse en cuenta los intereses, las opiniones y los argumentos de los colegios profesionales desde el punto de vista también técnico y, sobre todo, ya se ha dicho, en coordinación y diálogo con las comunidades autónomas, que tienen la mayoría, por no decir todas, de las competencias en el ámbito sanitario y también la regulación de los colegios profesionales. En este sentido, daríamos apoyo a las PNL de Esquerra Republicana y del Partido Popular.

La señora **PRESIDENTA**: En principio, pensaba dar la palabra a los grupos autores de las iniciativas para que se pronunciasen sobre la enmienda presentada. Por el Grupo de Esquerra Republicana se me ha manifestado, y creo que no forzamos el Reglamento si posponemos esta consideración hasta el momento de efectuar las votaciones, en el bien entendido supuesto de que daríamos por bueno el que se pudiera llegar a una transacción entre las distintas formaciones.

Solicito la opinión del Grupo Popular para saber si es idéntica en este sentido o tiene algún inconveniente. **(Asentimiento.)** Perfecto.

— **RELATIVA A LA REGULACIÓN DEL USO DEL DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO (DEA). PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA DEL CONGRESO. (Número de expediente 161/000534.)**

La señora **PRESIDENTA:** Procedemos al debate del tercer punto del orden del día relativo a la regulación del uso del desfibrilador externo automático, que ha sido presentado por el Grupo Parlamentario Socialista en el Congreso, para cuya defensa tiene la palabra la señora Coello.

La señora **COELLO FERNÁNDEZ-TRUJILLO:** La mayoría de las muertes evitables se deben a enfermedad coronaria. Es lo que en medicina se denomina vulgarmente muerte súbita, que no necesariamente es debida a enfermedades coronarias, pero la mayor proporción sí es debida a enfermedad coronaria, y se produce en el medio extrahospitalario. Actualmente, se calcula que en el oeste de Europa aproximadamente 150.000 personas sufren cada año muerte súbita. En España, se calcula que aproximadamente 20.000 personas mueren anualmente por esta causa. En mayo de 1991, la Asociación americana del corazón introdujo el concepto de cadena de supervivencia. La cadena representa la secuencia de actuaciones necesarias para asegurar que un mayor número de personas pueda sobrevivir a una parada cardíaca súbita. Como ya se conoce, los eslabones de esta cadena incluyen el acceso precoz al sistema de emergencia, la RCP precoz básica, la desfibrilación precoz y el apoyo vital cardiopulmonar avanzado lo más precozmente posible. Teniendo en cuenta que el apoyo vital cardiopulmonar avanzado debe darse en los hospitales, cabe esperar que los tres primeros puntos de la cadena son los estrictamente necesarios. Este concepto identificó la idea de que todas las comunidades deberían adoptar el principio de desfibrilación precoz.

Históricamente, uno de los cambios fundamentales que han propuesto las iniciativas de la desfibrilación precoz ha sido la necesidad de que exista una legislación que permita a los diferentes niveles de profesionales de cuidados de la salud, personal de servicio público, de seguridad y, en algunos casos, a ciudadanos legos, la utilización del DEA. En Europa, la situación es muy variada, desde países donde su utilización está estrictamente reservada a los médicos, como son Grecia y Turquía, a otros países en los que no existe ninguna teórica limitación legal para su uso, pero tampoco ninguna legislación específica que positive que lo autoricen. España cuenta en este momento, con 17 comuni-

dades autónomas, de las cuales la primera en legislar el uso del DEA fue Galicia en el año 2000. Actualmente, existen distintas legislaciones específicas para el uso de los desfibriladores externos semiautomáticos por personal no médico en tres comunidades más: Andalucía, en 2001; Navarra, en 2002; y Cataluña, en 2003. Hace tan solo unos meses, el País Vasco legisló el uso de los desfibriladores, y la Comunidad Autónoma de Canarias está a punto de sacar su propia legislación al respecto.

Hay que decir que, a lo largo del tiempo, en todas estas legislaciones, cada una tiene su propia descripción en cuanto al uso y la colocación de los mismos, el personal autorizado, los cursos de formación y los cursos de reformación. Cada comunidad tiene su propia legislación, por supuesto, y la más antigua de ellas se ha quedado un poquito pasada en el tiempo, y están planteándose relegislar estas mismas legislaciones. En todas ellas se contemplan tanto las personas que están capacitadas para la utilización de los desfibriladores externos semiautomáticos como los programas de formación que se deben de realizar para su capacitación, aunque existen ligeras diferencias entre unas y otras legislaciones. De todo esto se desprende la necesidad de unificar la normativa en España para que los contenidos de los decretos reguladores de los desfibriladores externos semiautomáticos sean iguales en todo el Estado.

El Sistema Nacional de Salud es un pilar esencial del bienestar social español y una de las instituciones que más beneficios ha producido a millones de ciudadanos y ciudadanas en nuestro país, además de ser una fuente de cohesión social y seguridad para las personas. El PSOE, desde su programa político, impulsa el Sistema Nacional de Salud como elemento aglutinante de las políticas sanitarias impulsando programas que coordinen y unifiquen aquellos criterios sanitarios comunes para todo el Estado y creando mayor equidad y universalización. En el Plan integral de cardiopatía isquémica, aprobado en el pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en su reunión celebrada en julio de 2003 en Santiago de Compostela, se incluyó en su objetivo número 19 la asistencia in situ, con capacidad de desfibrilar en el menor tiempo posible, siendo deseable en los primeros ocho minutos desde la llamada. Efectivamente, la desfibrilación, como toda intervención sanitaria, puede tener efectos adversos, y en estos momentos la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud está coordinando la elaboración por parte de los autores del Plan integral de cardiopatía isquémica de un informe cuyo objetivo es priorizar los objetivos fundamentales del plan. Dentro de esta estrategia global, sería muy conveniente elaborar un informe sobre la instalación y utilización de los desfibriladores externos semiautomáticos.

Por todo ello, se presenta la siguiente proposición no de ley. El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a impulsar la unificación y homologación de los criterios técnicos de utilización de desfibriladores externos semiautomáticos en concordancia con criterios euro-

peos, incluyendo el personal autorizado y los cursos de formación, para su aceptación en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Y punto número 2, que, a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, se diseñen estrategias para su instalación en determinados lugares de tránsito y afluencia de público con la finalidad de que su utilización por parte del personal adiestrado optimice las oportunidades ofrecidas al paciente con síndrome coronario agudo.

Tengo que decir que el Grupo Popular ha presentado dos enmiendas. La primera ha quedado refundida dentro del texto que yo he defendido, y la segunda decía de alguna manera que el Gobierno debería de legislar ya. Tenemos el compromiso implícito del Ministerio de Sanidad de que esto va a ser así, pero vamos a mantener la proposición no de ley tal y como la hemos redactado.

La señora **PRESIDENTA**: Se ha hecho referencia a la presentación de una enmienda por parte del Grupo Popular a esta iniciativa, para cuya defensa tiene la palabra la señora Pan.

La señora **PAN VÁZQUEZ**: Cuando en el Grupo del Partido Popular vimos la proposición no de ley del Partido Socialista, dudamos en principio en hacer una enmienda de sustitución en lugar de hacer una enmienda de adición, porque entendíamos que había puntos en la exposición de motivos que no compartíamos y que, francamente, eran mejorables, como puede ser el que se asuma que la reducción del tiempo de respuesta de las ambulancias es difícil de mejorar; entendemos que este sería un criterio a valorar y a hablar en el resto de comunidades autónomas, porque, evidentemente, los tiempos de respuesta de los servicios de emergencia siempre son mejorables porque siempre se pueden poner más unidades a ciertos puntos o a proximidades, pero es un tema que se podría debatir. En aras del consenso y al acuerdo en un asunto y en un tema de esta relevancia, presentamos esta enmienda de adición que propone dos puntos a esta proposición no de ley socialista, que creemos que sirven para mejorarla y esperamos de la buena voluntad del resto de grupos políticos y del propio Partido Socialista, que es el proponente de la proposición no de ley, que se aprueben o se mejoren en algo que se supone entendemos que es un beneficio para toda la sociedad. De las situaciones de emergencia sanitaria, que aquí se han señalado de alguna manera, la parada cardiorrespiratoria se contempla como una situación única en la que el objetivo fundamental es recuperar la vida evitando o minimizando las secuelas. Las causas más frecuentes de esta situación en un adulto en el medio extrahospitalario son la fibrilación ventricular y la taquicardia ventricular, que tienen como piedra angular de su tratamiento la desfibrilación eléctrica mediante la aplicación de una descarga eléctrica en el pecho del paciente, tal y como recomienda la comunidad científica. Es primordial en estas situacio-

nes realizar un diagnóstico y un tratamiento lo más rápido o, mejor dicho, lo más inmediatamente posible. Los trabajos científicos de investigación han demostrado la utilidad de los desfibriladores en los programas de atención inmediata realizados por personal no sanitario. Es por esto que la Asociación americana del corazón y el propio Consejo Europeo de Resucitación promueven la formación de este personal no médico y la implantación en distintas ubicaciones, además de las propiamente sanitarias, de estos desfibriladores, como pueden ser aeropuertos, estaciones, centros comerciales o vehículos propios de las fuerzas del orden.

Es necesario señalar que las comunidades autónomas han iniciado ya su uso, algunas de ellas al menos. La comunidad autónoma a la que pertenezco y tengo el honor de representar, Galicia, fue pionera, como ya se ha dicho aquí, en la legislación del uso no médico de los desfibriladores en el año 2000. Andalucía, en 2001; Navarra, en 2002; Cataluña, en 2003; el País Vasco, que la tiene en trámite; y la Comunidad Autónoma de Canarias, en donde también está en trámite; así como la propia Galicia, que presenta ahora un nuevo decreto actualizando el anterior y acercando a estas nuevas ubicaciones de las que estaba yo hablando los desfibriladores semiautomáticos. En esta misma línea, de acuerdo con el portavoz del Grupo Socialista, el Plan integral de cardiopatía isquémica, en su objetivo 19, recogía la precocidad en el tratamiento de estas situaciones; plan, por cierto, en el que no estamos viendo el impulso decidido que debería tener por parte del Gobierno socialista. Lo que la comunidad científica, los servicios de emergencia y las propias comunidades autónomas que lo tienen regulado quieren es que se deje una constancia clara, y que, además, no haya posibilidad de error, de que, aunque los aparatos desfibriladores se definan habitualmente con las mayúsculas DEA, su utilización debe ser siempre semiautomática, en la cual la descarga se realice mediante la orden de un operador y no de forma totalmente automática, con lo que se garantiza la seguridad de utilización. De ahí surge el primer párrafo de nuestra enmienda, que agradezco que el proponente asuma y que de alguna manera la incorpore a su texto.

Por otra parte, en la exposición de motivos, el propio Grupo Socialista reconoce que las comunidades autónomas —Galicia, mi tierra, la primera— están acometiendo ya una regulación de los desfibriladores dentro del ámbito de las competencias legislativas que tienen, así como de los programas de formación específica. Siendo éste, como es, un asunto de esta relevancia y de esta importancia, se hace necesario que el Gobierno, el ministerio, lidere la regulación de estos aparatos, de los DESA, de los desfibriladores semiautomáticos, por personal no médico, y que lo haga con carácter básico para todo territorio nacional, así como la formación debidamente acreditada que tiene que tener este personal que pueda acceder y utilizar estos aparatos. No deben ser diferentes las exigencias de formación que se utilicen en unas comunidades autónomas con respecto

a las que se realicen en otras. La lógica, la cohesión y la equidad nos indican que un catalán, un andaluz, un gallego, un vasco o un madrileño han de tener las mismas garantías de asistencia si se encuentran en esta situación, y que, por poner un ejemplo, si un policía, un bombero o un miembro de protección civil están capacitados o de alguna manera tienen la posibilidad de utilizarlo en una comunidad autónoma deberían de tener esa misma acreditación, esa misma posibilidad de utilizarlo, porque sus conocimientos serán los mismos, en otra comunidad autónoma. Las comunidades autónomas ya lo están haciendo, están haciendo los esfuerzos que son posibles en este sentido y regulan, pero entendemos que el propio ministerio, el propio Gobierno, no ha de renunciar a liderar este asunto tan importante y a regularlo en aras de un consenso que han de tener, evidentemente, a la hora de acometer la legislación, pero no deben renunciar a su capacidad legislativa. Ya se han hecho regulaciones y normativas en otro tipo de asuntos y aparatos que comportan menos inmediatez sobre la salud como puedan ser los solarium, que no tienen una repercusión tan inmediata sobre la vida de las personas.

Por tanto, agradecemos que el primer punto ya se haya refundido, pero esperamos que no se renuncie a ese liderazgo a la hora de regular en aras de un consenso en el seno del consejo interterritorial, sobre todo a la vista de las circunstancias que están aconteciendo en el seno del mismo. Entendemos que nunca debe renunciarse a la regulación del Estado y menos en un asunto que, como señalé en mi exposición, es de la importancia de los desfibriladores externos semiautomáticos.

La señora **PRESIDENTA**: Al no haber más formaciones políticas presentes en la sala, procede, aunque ya se deduce de la intervención de la señora Pan, formular a la señora Coello la pregunta de si se procede o no a la aceptación de la enmienda presentada por parte del Grupo Popular.

La señora **COELLO FERNÁNDEZ-TRUJILLO**: Desde el Grupo Socialista queremos poner en valor lo que es el consejo interterritorial como elemento que aglutine las políticas sanitarias que deberían llevar todas las comunidades autónomas. Los compromisos que adquiriera el Gobierno a lo largo de la legislatura son los que son, y estamos seguros de que el Ministerio de Sanidad está en ese camino, pero queremos poner en valor el consejo interterritorial de manera que cada comunidad explique qué sentido tiene su propio real decreto regulador del DEA y que a partir de ahí se cree una única legislación, y será en ese momento y solo en ese momento cuando el Gobierno pase a acreditarlo y convertirlo. Por lo tanto, no vamos a ponerle una fecha de caducidad al estudio de los desfibriladores a nivel del consejo interterritorial, sino que lo que pretendemos es que se aglutine, se estudie y en ese momento será cuando se regularice mediante una ley.

La señora **PRESIDENTA**: Entiendo, señora Coello, que no es el tenor literal de la enmienda presentada por el Grupo Popular, ni conocen si les es aceptado desde el grupo mayoritario de la oposición y si están en condiciones de presentar a la mesa el texto que definitivamente someteremos a votación, si es que en algo hay coincidencia.

La señora **COELLO FERNÁNDEZ-TRUJILLO**: En la primera parte de los desfibriladores semiautomáticos, lo aceptamos perfectamente porque es así como se denominan. En toda la terminología americana se pone DEA, pero los aparatos que se están utilizando actualmente en el mercado son semiautomáticos absolutamente todos. De hecho, yo en la proposición no de ley he puesto DEAS, terminado en ese, pues son semiautomáticos. Esa parte la aceptamos. En cuanto a la segunda parte, no la podemos aceptar por los motivos que ya le he señalado.

La señora **PRESIDENTA**: Perfecto. Entendemos que existe una transacción en cuanto a la mitad de la enmienda presentada, y como tal lo someteremos a votación.

— **RELATIVA A LA FIGURA DEL MÉDICO RESPONSABLE. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA DEL CONGRESO. (Número de expediente 161/000540.)**

La señora **PRESIDENTA**: Pasamos a debatir el punto 4 del orden del día, proposición no de ley relativa a la figura del médico responsable. Es iniciativa del Grupo Parlamentario Socialista y la va a presentar el señor Fidalgo, que tiene la palabra.

El señor **FIDALGO FRANCISCO**: Vamos a debatir ahora algo que el Grupo Socialista quiere traer a la Comisión de Sanidad en virtud del desarrollo de la Ley de autonomía del paciente, pero que consideramos muy importante porque refuerza el derecho a la información. Desde siempre, la relación de cuidado que había y que hay entre cuidadores y los que son cuidados es una relación de confianza. Ha cambiado a lo largo del tiempo, esa relación ha estado supeditada a los avances científicos e incluso también a la manera de ver los cuidados en las diferentes culturas, pero, efectivamente, se dio esa relación de confianza como algo inherente al propio cuidado. Esto es así, y además los médicos han sido conscientes de ello, y ha sido así porque lo exige la naturaleza misma de la confianza, la responsabilidad ética con el enfermo y la propia necesidad del médico para mantenerla como parte importantísima de su facultad profesional. Es decir, el médico se apoya en esa relación de confianza para su actuación profesional. Digo que es una constante a lo largo de la humanidad, pero también es cierto que la relación médico-enfermo

no ha sido la misma a lo largo de la historia, e incluso los avances científicos han conllevado a veces actuaciones no consecuentes con lo que se supone es la ética, y ahí tenemos, por ejemplo, todos los horrores de la Segunda Guerra Mundial; quizás por eso los hombres se dotaron de una Carta de Derechos Humanos y, entre ellos, el derecho a la protección de la salud y a la vida. Pero también fruto quizás de aquello se formalizó un marco de convivencia, la democracia, y como elemento clave la ciudadanía, con el conocimiento explícito de derechos y potestades individuales. Se produjo con ello un cambio de paradigma en las relaciones sociales al que no fue ajena la sanidad.

La salud como derecho subjetivo y su protección encomendada a la sociedad, la confianza interpersonal ampliada a la responsabilidad colectiva, el acto médico individual como servicio pactado directamente según las posibilidades de cada uno, la creación de los sistemas de protección colectivos, todos estos principios, la Ley General de Sanidad los desarrolla combinando derechos de ciudadanía y la obligación de las administraciones, y se crea el Sistema Nacional de Salud como organización instrumental, de la que, evidentemente, huelga decir que estamos todos satisfechos. Pero ese gran desarrollo tanto organizativo como científico del Sistema Nacional de Salud y su propia complejidad chocan con las expectativas de un ciudadano que ha madurado en democracia y que, por tanto, quiere participar activamente en la toma de decisiones en todo lo que le concierne, especialmente la salud, y necesita y reclama cada vez más mayor y mejor información. Se añade, además, el desajuste brutal existente entre la necesidad subjetiva de los ciudadanos, su propia angustia de enfermos cuando acuden a un centro sanitario y la magnitud y saberes de aquellos en los que ha depositado sus esperanzas de curación. El médico, por tanto, como referente es aun hoy más necesario. La Ley 14/1986, General de Sanidad, prevé ya o preveía esa situación, y en el apartado 7 del artículo 10 hacía referencia a que se le asignara un médico como interlocutor principal en el equipo asistencial superada luego la ley en este aspecto concreto por la propia Ley de autonomía del paciente.

La propia dinámica del sistema sanitario, más centrado efectivamente en aspectos resolutivos, inmediatos, quizás también por la demanda que la sociedad conlleva, digo que más centrado en los aspectos resolutivos que en consideraciones que hasta hace bien poco se consideraban secundarias, dio lugar a una deficiente interlocución entre el paciente y el sistema, y digo el sistema. Así, si bien en atención primaria, su propia naturaleza y configuración han resuelto más o menos aceptablemente esta cuestión, la complejidad de la atención hospitalaria implica en la mayoría de los casos la pérdida del referente asistencial, diluido en el conjunto de la asistencia. El día a día de muchos de nuestros hospitales así lo demuestra, y la coordinación de la información es manifiestamente mejorable en muchos

de ellos. Al mismo tiempo, los ciudadanos son conscientes de sus derechos como pacientes en el eje básico de las relaciones clínico-asistenciales y la confianza entre profesional y paciente ha de basarse en el respeto mutuo, superando ya actitudes paternalistas que podían implicar potestades excesivas por parte de los profesionales, pero también una cierta dejación digamos cómplice y hasta cierto punto cómoda por parte del enfermo a la hora de tomar decisiones sobre sí mismo.

Esta nueva situación trae consigo, pues, un cambio tanto para los médicos como para los enfermos y exige un nuevo y leal reparto de responsabilidades sobre la salud y también un cambio del modo de operar bien correspondido con el cambio de paradigma sanitario que se ha producido y que se refleja perfectamente en la Ley 41/2002. Esta ley, en el artículo 2, define los principios básicos. Empieza con la dignidad de la persona, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad, sigue con la obligación del consentimiento y la información adecuada, y el apartado 3 recoge expresamente el derecho del paciente o usuario a decidir libremente. Estamos hablando entonces de autonomía y de libertad, después de recibir, eso sí, información adecuada, para elegir entre las opciones clínicas disponibles, y se establecen también sus obligaciones. La información pasa a ser así elemento capital en las relaciones clínico-asistenciales y es, por tanto, parte inseparable del proceso asistencial, y esto es importante. Por eso, la Ley 41, que quiere ser garantista y confía al médico el papel de coordinador e interlocutor principal en todo el proceso asistencial, define un médico como referente asistencial y garante del cumplimiento del derecho a la información. Es esto, pues, para el médico un aspecto más de su responsabilidad y ética profesional, ligada al conocimiento y alejada de connotaciones jurídicas que quisieran dársele a veces o que incluso aquí podrían traerse en las típicas actitudes defensivas por parte de algunos estamentos médicos y hasta cierto punto conservadores que tanto daño hacen en la estima de la profesión médica. La información sobre todo es una herramienta eficaz en la relación de confianza que el nuevo paradigma clínico-asistencial necesita y que debe contribuir decisivamente a establecer, por el contrario, el clima adecuado y proclive para prevenir y evitar posteriores reclamaciones. Y esto considero importante afirmarlo por las prevenciones jurídicas a la defensiva que a veces se hacen de este tipo de cuestiones y del derecho a la información por parte de los pacientes. Pero no solo es un cambio de paradigma en la relación médico-enfermo, sino que es un debate que se está instalando en la propia profesión médica —los propios colegios médicos han entrado, por supuesto, en este debate— con un avance importantísimo de ciudadanía y un avance importantísimo en la relación entre los médicos y los enfermos. Por eso, creemos que esta figura debe extenderse a todo el Sistema Nacional de Salud de una manera efectiva y creemos, eso sí, que merece la pena hacerlo todo lo bien que se pueda, apro-

vechando incluso experiencias autonómicas de figuras similares y que pueden aportar mucho a esta cuestión, teniendo en cuenta también opiniones de los profesionales, técnicos, pacientes, etcétera.

En ese aspecto, considero oportuna la enmienda presentada por el Grupo Popular, y creo que podríamos llegar perfectamente a un texto transaccionado, dado que los principios que defendemos son absolutamente coincidentes. En esa línea espero mantener ahora una conversación y fijar el texto definitivo.

La señora **PRESIDENTA**: Tal y como ha manifestado en su intervención el representante del Grupo Socialista, existe una enmienda presentada por parte del Grupo Parlamentario Popular, que será objeto de defensa junto con su postura general sobre esta iniciativa. Tiene la palabra para ello la señora Roldós.

La señora **ROLDÓS CABALLERO**: El Grupo Parlamentario Popular quiere destacar hoy aquí la importancia de los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones médico-asistenciales, y en esos derechos de los pacientes destaca el derecho a la información, y, por lo tanto, creemos que el objetivo de esta proposición no de ley del Grupo Socialista es hacer efectivo ese derecho a la información. Asimismo, destacar la beneficiosa y necesaria relación médico-paciente como un pilar básico del proceso asistencial.

En la exposición de motivos estamos absolutamente de acuerdo, pero la realidad es que desde que se aprobó esta ley básica, importantísima para hacer efectivos los derechos de los pacientes, que es la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente, ha habido dificultades para llevar la instauración de esa figura del médico responsable en las diferentes comunidades autónomas, en los diferentes centros públicos y privados, sobre todo en medicina especializada. Porque en la asistencia primaria es verdad que la figura del médico de cabecera, del médico de familia, del médico de familia comunitario, es el referente básico en la asistencia primaria y, por lo tanto, no hay problemas para llegar a esa figura del médico responsable, pero sí que en asistencia especializada ese establecimiento desigual en las distintas comunidades autónomas o en los centros públicos y privados viene derivado de la indefinición —por ejemplo, con relación a la asistencia prestada por los médicos internos residentes, que, indudablemente, ellos no pueden ser el médico responsable—, de la constatación clínica diaria de, por ejemplo, el paciente que es atendido en urgencias y que permanece durante horas o días en urgencias y luego es ingresado en la planta del hospital, o, por ejemplo, situaciones que se producen cada día: el paciente politraumatizado que debe ser atendido por el traumatólogo, pero tiene que ser intervenido también quirúrgicamente por el cirujano general y luego pasa a la unidad de cuidados intensivos. Esta es la práctica diaria en los hospitales tanto públicos como privados de nuestro

país. ¿Quién es el responsable, quién es el interlocutor único y principal en el caso de esos pacientes que han estado varios días en urgencias, que pasan a la planta, que luego están en cuidados intensivos durante días, que son intervenidos quirúrgicamente? Luego hay una serie de factores importantes también. No solamente son médicos quienes intervienen en el proceso asistencial y que tienen la obligación de dar información al paciente. Estamos hablando también de facultativos como médicos, biólogos, físicos, que intervienen en procesos diagnósticos y procesos terapéuticos y que también tienen que dar información al paciente. Y no solamente eso, sino que incluso hay diversas maneras de ver la figura del médico responsable, y hay quienes creen que podría condicionar o mediatizar la labor del profesional concreto que atiende al enfermo y que la labor de interlocución debía de ser inherente a cada acto médico y, por lo tanto, también en cuanto a la responsabilidad. El régimen sancionador que viene recogido en la disposición adicional sexta de la Ley 41/2002, daría lugar a que una misma conducta, por ejemplo, una información incompleta, originara una pluralidad de responsabilidades, daría lugar a responsabilidades de tipo penal, de tipo civil, profesional o estatutario y sancionador. Por otro lado, nosotros entendemos que incluso en la propia ley, en el artículo 5.3, relativo al titular del derecho a la información, ya no se utiliza el término médico responsable, sino que se utiliza el término médico que le asiste.

Por todas estas dificultades que entendemos que se han presentado a la hora de llevar a la práctica y de instaurar la figura del médico responsable en todos y cada uno de los centros sanitarios, sobre todo en especializada, en las diferentes comunidades autónomas, en los centros públicos y privados, es por lo que entendemos que en el seno del consejo interterritorial se debería de crear un grupo de trabajo que estudie las repercusiones funcionales y las repercusiones jurídicas de la figura del médico responsable, con el objeto de que ese grupo de trabajo formule las propuestas adecuadas, sean estudiadas por las diferentes comunidades autónomas y el propio ministerio en el consejo interterritorial, y que, de esa manera, se homogeneice y tenga una especie de norma básica que sea común a todas las comunidades autónomas y a todos los centros, y con ello consigamos impulsar y desarrollar ese derecho a la información de los pacientes conforme a la Ley 41/2002.

Nosotros, desde el Grupo Parlamentario Popular, estamos abiertos a la posibilidad de una transaccional con el texto de la proposición no de ley del Grupo Socialista, y estamos a la espera de su posición.

La señora **PRESIDENTA**: Le pregunto al representante del Grupo Socialista, aunque he creído entender de su intervención que en este momento no manifestará postura sobre su aceptación o rechazo, si lo pospone a la hora de la votación para poder negociar.

El señor **FIDALGO FRANCISCO:** En todo caso, ahora consensuaremos un texto que nos satisfaga a todos.

— **RELATIVA A LA CARRERA PROFESIONAL DE LOS PROFESIONALES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/000586.)**

La señora **PRESIDENTA:** Punto número 5 del orden del día, que será el último, relativo a la carrera profesional de los profesionales del Sistema Nacional de Salud, presentado como proposición no de ley por el Grupo Parlamentario Popular, para cuya defensa tiene la palabra la señora Velasco.

La señora **VELASCO MORILLO:** Señorías, el Grupo Popular trae hoy a esta Cámara un tema de gran trascendencia e importancia para los profesionales sanitarios del Sistema Nacional de Salud como es la carrera profesional. Tal y como se indica en la exposición de motivos de esta proposición no de ley, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, configura el desarrollo profesional como uno de los aspectos básicos para la modernización del Sistema Nacional de Salud, y así se ha reconocido por primera vez en nuestro ordenamiento jurídico. En dicha ley, en la sección segunda de su capítulo tercero, dedicado al desarrollo profesional, que lo define en el artículo 40, el desarrollo profesional constituye un aspecto básico en la modernización del Sistema Nacional de Salud y deberá responder a criterios comunes acordados en el seno del Consejo Interterritorial en relación a términos como la formación continuada, la carrera profesional y la evaluación de competencias. En el artículo 41 se recoge que la carrera profesional es un derecho de los profesionales a progresar de forma individualizada como reconocimiento a su derecho profesional en cuanto a conocimientos, experiencia en las tareas asistenciales, investigación y cumplimiento de los objetivos de la organización a la cual presta sus servicios. También, tanto el artículo 38 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, como el artículo 40 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud, atribuyen a las comunidades autónomas la competencia para implantar los sistemas de reconocimiento del desarrollo profesional y de carrera en sus respectivos ámbitos territoriales. Ambas normas establecen que con la Comisión Nacional de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud se determinarán los principios y criterios generales de homologación de los sistemas de carrera profesional de los diferentes servicios de salud, a fin de poder garantizar el reconocimiento mutuo de

los grados, sus efectos profesionales y la libre circulación de trabajadores dentro del Sistema Nacional de Salud.

Señorías, partiendo de esta realidad legislativa, hoy nadie discute la necesidad urgente de desarrollar la carrera profesional como una forma de reconocimiento del esfuerzo personal, la motivación y el compromiso de los profesionales con el Sistema Nacional de Salud. La carrera profesional implica permitir a cada profesional sanitario el desarrollo de los conocimientos, habilidades y aptitudes. Implica, asimismo, el reconocimiento individual de la experiencia asistencial, investigación, docencia o cumplimiento de objetivos, entre otros aspectos. Es decir, la Administración reconoce a un profesional la aptitud que tiene no sólo ante su trabajo sino también hacia su formación. Pero somos conscientes de la situación de insatisfacción y de falta de motivación que padecen muchos de nuestros profesionales del Sistema Nacional de Salud, porque están viendo que tienen un amplio y nuevo marco normativo y jurídico, fruto del diálogo y del consenso entre los grupos políticos y los profesionales sanitarios, que elaboró el anterior Gobierno del Partido Popular, con Ana Pastor al frente del Ministerio de Sanidad y Consumo, y que después de un año de haber ganado las elecciones el Partido Socialista, aún no conocemos cuáles son los oportunos desarrollos reglamentarios de este nuevo marco jurídico y la negociación colectiva para adecuarse a las necesidades específicas de los distintos servicios de salud y de los centros e instituciones de las diferentes comunidades autónomas.

La carrera profesional debe ser el pilar fundamental a partir del cual se sostengan los avances necesarios en la definición de las políticas de personal dentro de la sanidad española y evitar que pueden existir diecisiete carreras profesionales completamente diferentes e incompatibles entre sí. Muchas son las inquietudes de los profesionales sanitarios que, a través de sindicatos, colegios profesionales o asociaciones científicas, demandan que se identifiquen unos criterios mínimos compartidos y compatibles entre los servicios de salud, para garantizar así las mismas oportunidades a los profesionales sanitarios en todo el territorio nacional, de modo que sea efectiva la movilidad para dar cumplimiento a lo establecido por la Ley 16/2003 que atribuye a la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud la función de homologar los criterios generales de los diversos sistemas de carrera profesional para eliminar cualesquiera trabas que dificulten la libre circulación.

Para el Grupo Popular, ésta es una prioridad y como tal lo llevábamos en nuestro programa electoral, al igual que presentamos una enmienda al proyecto de ley de Presupuestos Generales del Estado para este año 2005, con una partida presupuestaria para la implantación de la carrera profesional en el ámbito nacional que permita la movilidad por todo el sistema sanitario. Hasta ahora, sólo conocemos actuaciones concretas a

través de preguntas escritas, donde no se han registrado avances significativos para resolver estos problemas en el seno de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud. Esperamos desde el Grupo Popular que los servicios correspondientes del Ministerio de Sanidad y Consumo sean ágiles a la hora de analizar y sistematizar la información facilitada por las comunidades autónomas para que en la comisión técnica de desarrollo profesional, que depende de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, se presente una propuesta de principios y criterios generales de homologación de los sistemas de carrera profesional de los diferentes servicios de salud, y no se duerman en el seno de los justos, aunque las diferencias que existen dentro del Ministerio de Sanidad entre el subdirector general de Ordenación Profesional y el secretario general de Sanidad, según conocimos ayer en algún medio de comunicación, donde el señor Lamata abogaba por redactar los criterios de carrera sin prisa pero con pausa, producen una cierta preocupación en los profesionales sanitarios, y esperamos que no sea realidad lo que aparecía ayer en prensa. Para el Grupo Popular esta inquietud es mayor y es por lo que presenta esta proposición no de ley, esperando contar con el apoyo del resto de grupos de la Cámara.

En nuestra proposición no de ley instamos al Gobierno a que impulse los trabajos de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud para que en un plazo no superior a seis meses puedan acordarse y establecerse principios y criterios comunes de carrera profesional aplicables en los servicios de salud de las comunidades autónomas, que garanticen el reconocimiento mutuo de los grados de carrera, sus distintos efectos profesionales y económicos y la plena movilidad en el conjunto del Sistema Nacional de Salud y que dé respuestas con medidas e iniciativas concretas a las expectativas y aspiraciones de los profesionales y a las necesidades del propio sistema con el respaldo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Nada más.

La señora **PRESIDENTA:** Ha sido presentada una enmienda por parte del Grupo Socialista, para cuya defensa y para manifestar la postura de su grupo tiene la palabra el señor Arola.

El señor **AROLA BLANQUET:** Señoría, cuando leímos esta proposición no de ley, y cuando la hemos oído a usted, recordaba la diferencia que hay entre oportunidad y oportunismo, que no son exactamente la misma cosa. Si su proposición no de ley es oportuna u oportunista, vamos a tener la posibilidad de verla a lo largo del debate.

Ya conoce usted nuestra enmienda, es decir, la conocía cuando ha hecho usted su intervención, y usted ha hecho su intervención y se ha referido nuevamente al texto de su proposición no de ley y se ha referido a la exposición de motivos y a los tres puntos que contiene,

y se me ocurre que estamos otra vez en el inicio de la discusión de qué es la carrera profesional. Y por eso quiero ver si estamos hablando de oportunidad o si estamos hablando de oportunismo. Le voy a poner un ejemplo del núcleo de donde arranca nuestra preocupación.

Este grupo está absolutamente de acuerdo, cuando usted dice que la carrera profesional es una oferta individualizada de la Administración que le hace al profesional sanitario, pero cuando usted invoca la negociación colectiva para resolver este problema, este grupo está en absoluto desacuerdo, porque no conoce este diputado, cuando se entra en esta negociación colectiva, una posición por parte de cualquier sindicato, reitero, de cualquier sindicato, que no sea la de café para todos. No crea que esto se le ocurre a este diputado así como así, porque ya lo decía como ponente en la ley, pero, fíjese, en mi comunidad autónoma, donde se acaba de firmar un acuerdo entre la administración sanitaria y los profesionales sanitarios, los editoriales hablan de los beneficios de la paz sanitaria, y acaban diciendo: Se ha firmado la paz sanitaria, pero, como se ve, quedan aún muchos flecos por cerrar, luego le diré por qué. Es decir, ¿habrá fondos para todos?

Un facultativo, jefe de servicio y catedrático, con el que por supuesto en este caso yo coincido, dice que la carrera profesional primará la excelencia profesional, la puesta al día en técnicas modernas, el compromiso en transmitir conocimientos a los más jóvenes, la implicación en programas de investigación clínica en estrecha colaboración con la investigación básica, etcétera. Totalmente de acuerdo. Y dice a su vez que, obviamente, no podrá ser objeto del mismo tratamiento aquella persona o aquellas personas que no reúnan estas condiciones. Luego, tenemos un problema de fondo: homologar o igualar lo que es voluntariamente desigual por parte, además, de cada una de las personas que va a reunir la condición de desarrollo de la carrera profesional. Y digo esto porque todos sabemos que a veces tenemos una cierta tendencia a simplificar. Las informaciones dicen, por ejemplo: La homologación salarial de los médicos aragoneses con sus colegas de las comunidades autónomas comparadas se ha saldado con un aumento lineal de 3.000, dice médicos, pero quiere decir 3.000 euros del Sistema Nacional, y añade; El concepto de carrera profesional ha quedado pendiente de desarrollar, pero se han fijado unas cantidades a cuenta mientras se completa su desarrollo. Aquí empezamos a igualar lo que, sin embargo, definimos que no es igualable. Pero no se crean que en una comunidad autónoma las cosas van a ser tan sencillas, porque, evidentemente, hay otros colectivos que reaccionan diciendo que exigen el mismo trato: Los profesores exigen a la DGA idéntico trato que los médicos por sus reivindicaciones. Y si yo le leo ahora, por ejemplo, cuál era la demanda, veremos por qué yo le decía lo difícil que es hacer homogéneo lo que es desigual y por qué, sin embargo, la demanda de fondo que se produce es la de igualar lo distinto y convertir el desarrollo de la

carrera profesional, que es absolutamente necesario, en una especie de subterfugio para conseguir como mucho lo que podríamos llamar trienios ilustrados. En vez de un puro trienio temporal se quiere conseguir una especie de trienios ilustrados, pero para todos, es decir, por el mismo hecho de haber conseguido ese trienio. Y no crea que lo digo yo, es el resumen de las peticiones en el último problema sanitario que no huelga, que ha tenido la comunidad autónoma a la que yo pertenezco; no diré que la represento, digo a la que yo pertenezco. Dice: Petición sobre carrera profesional: 3.600 euros para el primer grado; y yo podría añadir aquí: apaga y vámonos, porque si se acepta esta demanda, simplemente, no es posible incentivar de forma individualizada a aquella persona que está haciendo un desempeño distinto, mejor —por decirlo coloquialmente— que otro.

Pero en esta situación, usted dice: Nosotros no conocemos nada. Pues yo creo que ustedes conocen más. Ustedes conocen que ya existe, por ejemplo, la comisión que regula la Ley de Cohesión y Calidad, la Comisión de Recursos Humanos. Ustedes conocen que en su seno se ha constituido una ponencia técnica precisamente para estudiar el desarrollo de la carrera profesional en el mes de julio del año pasado, sin mirar exactamente los papeles. Ustedes esto lo conocen, pero ustedes también conocen que esa ponencia técnica ha requerido el estado de la cuestión al conjunto de las comunidades autónomas, que son las encargadas por ley de realizar, poner en marcha esa carrera. Y ustedes conocen que se ha recibido esa información, que hay que ponerla en común y que se va a hacer un primer borrador que se va a elevar a la Comisión de Recursos Humanos. Todas esas cosas ustedes las conocen, y por eso nosotros hemos pensado en presentar esta enmienda para ver si podemos ir transitando en el acuerdo de lo que debe ser la carrera profesional y no confundirla con otros elementos. Por ejemplo, habrá que distinguir en su momento lo que es la productividad variable de lo que es la carrera profesional, porque una será el cumplimiento de los objetivos establecidos, por ejemplo, en el contrato programa, y la otra será una aportación superior o mayor a la consecución de esos objetivos. La movilidad vendrá dada, además, señorita, por muchas razones y muy distintas, no sólo porque el número de grados que se pueden alcanzar vienen establecidos en una disposición transitoria de la ley, y en un apartado además, creo recordar, de los básicos, sino porque además sabemos que la propia ley nos da un plazo de cuatro años. ¿Lo recuerda?

Por lo tanto, nosotros queremos, tenemos voluntad de avanzar en el acuerdo y desbrozar lo que puede ser complicado. Reitero, homologar a los no homologables, que lo ha citado usted al final de su intervención, es harto complicado. Y le diré más, señorita. Algunas de las peticiones que usted realiza en su proposición no de ley, de verdad, me parecen tan bien intencionadas como imposibles. Ni más ni menos pretende usted que el

Ministerio dé respuesta con medidas e iniciativas concretas a las expectativas y a las aspiraciones. Pues yo creo que esto sí que es un trabajo muy complicado.

Y para cerrar, y reiterándole la oferta con la presentación de nuestra enmienda, que, enténdalo, en sí misma es un gesto de diálogo, lo contrario sería una intervención simplemente oponiéndonos a lo que ustedes han presentado, no puedo evitar remitirle a la memoria económica presentada en su momento sobre la LOPS y sobre el Estatuto marco, que decía que no había aumento de gasto para este centro de gasto, decía el Ministerio de Sanidad. Ésa fue una de las muchas razones por las que discutimos muchos en esa ley y por la que nos parece que la presentación de la enmienda que usted ha citado en los presupuestos o es extemporánea, porque llega tarde, o es insólita, porque contradice lo que usted ha dicho, el texto remitido por doña Ana Pastor. Dicho esto, le reitero la voluntad de acuerdo, y ésta es la situación vista desde el Grupo Parlamentario Socialista. Ahí tiene usted nuestra oferta para que se realice lo que dice la enmienda, y en función de cómo usted finalmente acabe aceptando o no la enmienda, podremos sacar cada uno la conclusión de si estamos ante un hecho de oportunidad o un hecho de oportunismo. Nada más.

La señora **PRESIDENTA**: Por parte del Grupo Popular, la señora Velasco puede manifestar ya en este momento, si lo desea, cuál es su postura respecto de la enmienda que plantea el Grupo Socialista.

La señora **VELASCO MORILLO**: Como gesto de diálogo y de consenso, le admitimos la enmienda no como una enmienda de sustitución sino de adición.

Usted ha hablado de oportunismo y de oportunidad. Yo le tengo que decir que es una necesidad que demandan los profesionales que trabajan en el Sistema Nacional de Salud. Y me parecen muy bien las diferencias que usted ha planteado con respecto a lo que nos ha dicho de su comunidad autónoma y de otros múltiples casos, pero, para evitar eso, lo que se tiene que hacer ya, a través de esa comisión, que ustedes también dicen que corresponde a la comisión técnica de desarrollo profesional, es definir claramente cuáles son los criterios que hay que tomar con respecto a medidas concretas en cuanto a la carrera profesional, porque no podemos tener diecisiete modelos de carrera profesional en cada una de las comunidades autónomas.

Yo creo que la oportunidad en cuanto a la oferta por parte de este grupo parlamentario con respecto a alcanzar ese diálogo que usted nos ofrecía es aceptar su enmienda, pero no de sustitución, sino de adición; dar respuestas con medidas concretas y definir ya cosas concretas con respecto a la carrera profesional, que es una demanda de todos los profesionales del Sistema Nacional de Salud. Nada más.

La señora **PRESIDENTA**: Nos sobra tiempo hasta la hora de la votación. **(El señor Arola Blanquet pide la palabra.)**

Tiene la palabra el señor Arola.

El señor **AROLA BLANQUET**: Por eso abuso un poco tal vez.

Nosotros no podemos entrar ahora en el debate de si hay o si debe haber o no debe haber diecisiete sistemas distintos. Señoría, nosotros le hemos presentado una enmienda de sustitución y no de adición, porque, además, esto acabaría pareciendo una ensaladilla rusa en vez de una proposición no de ley. La nuestra es una enmienda de sustitución, usted la puede aceptar o no la puede aceptar. Si el criterio es el que usted ha expuesto, yo, señoría, en nombre de mi grupo lo único que puedo hacer es anunciarle que nos opondremos a su proposición no de ley. Nada más.

La señora **PRESIDENTA**: Así pues, lo que someteremos después a votación es el texto literal de la iniciativa presentada como proposición no de ley por el Grupo Popular.

Señorías, esta presidenta ha hecho un mal cálculo de los tiempos, y, sin embargo, la buena fe nos lleva a dar a todos los grupos la posibilidad de que tengan a toda su gente presente en el momento de efectuarse la votación. Creemos que lo correcto es suspender en este momento la sesión y reanudarla a la una y media para proceder a las votaciones, alguna de las cuales todavía no sabemos cuál será su tenor. Exhorto, por tanto, a los señores portavoces a que en la hora que nos queda lleguen a acercar sus posturas, o no, pero lo expresen con claridad a esta Mesa.

Se suspende la sesión a las doce y media del mediodía.

Se reanuda la sesión a la una y treinta minutos de la tarde.

La señora **PRESIDENTA**: Ruego a los grupos que manifiesten si están en condiciones de proceder al comienzo de la votación, puesto que es la hora que habíamos acordado. **(Asentimiento)** Perfecto.

Antes de iniciar la votación, también sería bueno conocer en qué términos se ha producido acuerdo entre las formaciones políticas en relación con las iniciativas primera y sexta.

La primera hacía referencia a la licenciatura de psicología, que es la presentada por el Grupo de Esquerra Republicana, que han manifestado estar en condiciones de aceptar la enmienda que se les propone por parte del Grupo Socialista. Nos quedaría conocer entonces si en la sexta, que es respecto de la misma materia, pero distinta, presentada por el Grupo Popular, se produce igual aceptación de la enmienda socialista o, en este caso, no.

La señora **VELASCO MORILLO**: No, no se va a aceptar la propuesta de sustitución de la enmienda del Partido Socialista.

La señora **PRESIDENTA**: Procedemos, por tanto, a votar en primer lugar la número 1, que es la presentada por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana de Cataluña, con la incorporación de la enmienda que ha sido presentada por parte del Grupo Socialista.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 21; votos en contra, 16; abstenciones, una.

La señora **PRESIDENTA**: Queda aceptada la iniciativa presentada por el Grupo de Esquerra Republicana de Cataluña.

Puesto que se han debatido de manera conjunta, parece procedente pasar a la votación de la iniciativa número 6, que es la presentada por el Grupo Popular, que no ha aceptado la enmienda socialista.

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

La señora **PRESIDENTA**: Queda, por tanto, rechazada la iniciativa presentada por el Grupo Popular.

En tercer lugar, votamos la número 2 según el orden del día, relativa al Plan Nacional de prevención y control del tabaquismo.

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

La señora **PRESIDENTA**: Se considera rechazada la iniciativa presentada por el Grupo Popular sobre prevención y control del tabaquismo.

El punto número 3, que votamos en cuarto lugar, es la proposición no de ley relativa a la regulación del uso del desfibrilador externo automático. Respecto de esta iniciativa, existe una transacción que ha sido presentada a la Mesa y que haré objeto de lectura, salvo que las formaciones políticas me digan que la conocen de antemano. ¿Consideran necesaria su lectura? **(Denegaciones.)** Procedemos entonces a su votación.

Efectuada la votación, dijo

La señora **PRESIDENTA**: Ha sido aprobada por unanimidad la proposición no de ley presentada por el Grupo Parlamentario Socialista.

A continuación, votamos la proposición no de ley relativa a la figura del médico responsable. También respecto de ella existe una propuesta conjunta, creemos, fruto de la iniciativa presentada por el propio Grupo Socialista en su tenor literal, más lo que ha sido acordado con las demás formaciones políticas. Hago idéntica pregunta: ¿es conocida por parte de las formaciones políticas? (**Asentimiento.**) En ese caso, procedemos a su votación.

Efectuada la votación, dijo

La señora **PRESIDENTA:** Se considera también aprobado el punto cuarto del orden del día por unanimidad.

Y, finalmente, señorías, el punto número 5 del orden del día, relativo a la carrera profesional de los profesionales del Sistema Nacional de Salud, presentado por el

Grupo Parlamentario Popular. Se vota el tenor literal de la iniciativa, puesto que no ha sido objeto de aceptación la enmienda que se presentaba por parte del Grupo Socialista.

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

La señora **PRESIDENTA:** Consideramos que la iniciativa resulta rechazada.

Señorías, sin más asuntos que tratar, se levanta la sesión.

Se levanta la sesión a la una y cuarenta minutos de la tarde.

Edita: **Congreso de los Diputados**

Calle Floridablanca, s/n. 28071 Madrid

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

Imprime y distribuye: **Imprenta Nacional BOE**

Avenida de Manoteras, 54. 28050 Madrid

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



Depósito legal: **M. 12.580 - 1961**