



# CORTES GENERALES

## DIARIO DE SESIONES DEL

# CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Año 2005

VIII Legislatura

Núm. 277

## SANIDAD Y CONSUMO

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

Sesión núm. 11

celebrada el martes, 10 de mayo de 2005

Página

### ORDEN DEL DÍA:

- |  |   |
|--|---|
| — Para analizar la problemática de la fibromialgia, difundir entre los profesionales de la atención sanitaria su conocimiento y para incrementar los recursos destinados a su investigación. Presentada por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) (Número de expediente 161/000690.)..... | 2 |
| — Sobre elaboración de un plan en relación con la fibromialgia y el síndrome de la fatiga crónica. Presentada por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana (ERC). (Número de expediente 161/000773.).....  | 2 |
| — Sobre adopción de medidas para mejorar la diagnosis, el tratamiento y la investigación de la fibromialgia, la fatiga crónica y otras patologías relacionadas con el dolor. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista del Congreso. (Número de expediente 161/000845.).....                      | 2 |

	Página
— Relativa a la fibromialgia y al síndrome de fatiga crónica. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/000861.) . . . . .	2
— Relativa al desarrollo de un plan de control de enfermedades nosocomiales. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/000402.) . . . . .	7
— Relativa al Instituto Nacional de Silicosis. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista del Congreso y por el Grupo Parlamentario de Izquierda Verde-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds. (Número de expediente 161/000439.) . . . . .	10
— Relativa a la exigencia de visado para la prescripción con financiación pública de los nuevos antipsicóticos. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/000496.) . . . . .	12
— Sobre cuidados paliativos. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista del Congreso. (Número de expediente 161/000846.) . . . . .	15

**Se abre la sesión a las cuatro y cuarenta minutos de la tarde.**

La señora **PRESIDENTA**: Buenas tardes, señoras diputadas, señores diputados. Comenzamos el orden del día de esta sesión que, en realidad, es la que fue pospuesta por decisión de esta Presidencia —decisión que sé que ha provocado controversia— y respecto de la cual solicito de SS.SS. perdón. Fue asunción personal de esta Presidencia después de haber sido oídos los portavoces —cierto es que con desigual criterio— y dentro de lo que fueron las incidencias del día concreto —previo a un puente en el que muchos señores diputados que no son residentes en Madrid iban a desplazarse— respecto del que varias señoras y señores diputados habían manifestado las dificultades de traslado a su residencia. Esto, unido a que el Pleno duró más de lo que era previsible, llevó a la adopción de esta decisión que asumo en su integridad. Si pudo molestar o parecer negativa respecto de las expectativas de determinadas formaciones políticas, esta Presidencia ha asumido también una cierta reparación, instando de las mismas y también del propio Gobierno, en la medida en que tenga que ver con ello, la posibilidad de señalamiento de un día distinto para la celebración de otra sesión —además de ésta en la que recuperamos el orden del día que estaba señalado para el 28 de abril— que pueda celebrarse antes de la del día 29 de junio, que es la siguiente ordinaria que tenía prevista esta comisión. Como al acabar la sesión de hoy hay reunión de Mesa y portavoces, intentaremos llegar a un orden del día que sea de la satisfacción de SS.SS. Insisto, fue esta Presidencia la que adoptó esa decisión. Por el contenido de las funciones que el Reglamento nos atribuye, quizá no con acierto y quizá, por supuesto —y eso me consta—, a pesar de la contrariedad de alguna formación política, insisto, me pareció que las circunstancias del día concreto lo hacían conveniente, sobre todo oído el parecer de distintos grupos políticos. No siempre se

acierta. Lo lamento, en el caso de que haya ocasionado contrariedad a alguna formación política e intentaremos paliarlo encontrando entre todos una fecha en la que sea posible recuperar la posibilidad de que haya una sesión, además de la ordinaria prevista para el día 29 de junio.

**PROPOSICIONES NO DE LEY:**

- **PARA ANALIZAR LA PROBLEMÁTICA DE LA FIBROMIALGIA, DIFUNDIR ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA ATENCIÓN SANITARIA SU CONOCIMIENTO Y PARA INCREMENTAR LOS RECURSOS DESTINADOS A SU INVESTIGACIÓN. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO CATALÁN (CONVERGÈNCIA I UNIÓ) (Número de expediente 161/000690.)**
- **SOBRE ELABORACIÓN DE UN PLAN EN RELACIÓN CON LA FIBROMIALGIA Y EL SÍNDROME DE LA FATIGA CRÓNICA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO DE ESQUERRA REPUBLICANA (ERC) (Número de expediente 161/000773.)**
- **SOBRE ADOPCIÓN DE MEDIDAS PARA MEJORAR LA DIAGNOSIS, EL TRATAMIENTO Y LA INVESTIGACIÓN DE LA FIBROMIALGIA, LA FATIGA CRÓNICA Y OTRAS PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON EL DOLOR. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA DEL CONGRESO. (Número de expediente 161/000845.)**
- **RELATIVA A LA FIBROMIALGIA Y AL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA. PRESENTADAS POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/000861.)**

La señora **PRESIDENTA**: Quiero poner en conocimiento de SS.SS. que se ha solicitado por distintos portavoces de determinadas formaciones políticas que sean debatidas en primer lugar —dado que el orden del día previsto para hoy, como todos ustedes saben, es de proposiciones no de ley— aquellas proposiciones que hacen referencia a la problemática de la fibromialgia. Creo que hay un consenso entre todas las formaciones políticas y, por tanto, habrá en ese sentido una alteración del orden del día, siendo debatidas, en primer lugar, las hasta número de cuatro, creo, que hay en el orden del día referidas a este problema. Igualmente y para el buen gobierno de SS.SS., teniendo en cuenta que hay otras comisiones reunidas en este momento y que quizás algunos de ustedes tengan otras ocupaciones, creo que la votación de las proposiciones no de ley no se producirá en ningún caso antes de las seis y media de la tarde, lo que pongo en conocimiento de SS.SS., a los efectos oportunos.

Con esto, creo que podríamos entrar en el debate de las distintas iniciativas que hay referidas a la fibromialgia o a la fatiga crónica. La primera de ellas, creo que es la que lleva el número cuatro, presentada por el Grupo Catalán de Convergència i Unió y que hace referencia a analizar la problemática de esta dolencia, la fibromialgia, difundir entre los profesionales de la atención sanitaria su conocimiento e incrementar los recursos destinados a su investigación. Para su defensa tiene la palabra, si es el caso, el portavoz del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), señor Xuclà.

El señor **XUCLÀ I COSTA**: Atendiendo a esta alteración del orden del día y debido a que en este momento estoy concentrado en otra cosa y quisiera hacer una defensa mínimamente fundamentada, rigurosa y con papeles de esta proposición no de ley, pido, si se puede, alterar el orden —dentro de la acumulación del debate a los temas referidos a la fibromialgia y la fatiga crónica—, y que pueda defenderlo posteriormente, ya sea en el siguiente punto o al final de los otros tres puntos.

La señora **PRESIDENTA**: Creo que no hay ningún problema, señor Xuclà en atender su petición, puesto que estoy convencida de que no habrá por parte de la señora Bonás, del Grupo de Esquerra Republicana, ningún inconveniente en que sea ella quien comience con el debate de este punto. Tiene, por tanto, la palabra para iniciar la defensa del punto quinto del orden del día, la proposición no de ley sobre la elaboración de un plan en relación con la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica, la señora Bonás.

La señora **BONÁS PAHISA**: Señorías, Esquerra Republicana ha creído conveniente elevar a esta comisión el estudio de dos síndromes, la fibromialgia y la fatiga crónica porque, a pesar de que son dos síndromes distintos, como reconoce la OMS —la fibromialgia es

un desorden del músculo y el síndrome de fatiga crónica es un desorden de tipo nervioso—, hemos creído que era interesante abordarlos conjuntamente, ya que tienen varios puntos en común. Primero, la etiología es desconocida y esto provoca también un gran desconocimiento entre los profesionales de la salud, de medicina general y de los especialistas —aún podemos oír entre los reumatólogos la expresión de que la fibromialgia no existe—. Este desconocimiento en las áreas básicas de la salud y los especialistas provoca peregrinaciones por distintos médicos por parte de las personas que sufren estos síndromes y que muchas veces tengan que esperar largo tiempo hasta que se les diagnostique. Por tanto, hay también una infradetección. Es posible que la cifra que se maneja ahora de un 5 por ciento de población afectada entre ambos síndromes sea mucho más alta. Además, este desconocimiento entre los profesionales, provoca para los pacientes, aparte de los peregrinajes, una baja autoestima y muchas veces una depresión. Por tanto, la primera consideración es la necesidad de un aumento de información entre los profesionales de la salud. La diagnosis se realiza siempre descartando otras enfermedades, partiendo de la clínica; no hay analítica y, por tanto, es importante adelantar en esta dirección, es necesario invertir en unidades especializadas con profesionales que puedan dar respuesta a estos afectados. El segundo punto en común entre ambos síndromes es que no hay tratamiento farmacológico, funcionan algunos tratamientos contra el dolor, especialmente en el caso de la fibromialgia —masajes especiales— y en el síndrome de la fatiga crónica —sesiones de yoga, de relajación, de medicina alternativa—, pero, sobre todo, en ambos casos funciona la psicología, para ayudar al paciente mismo a enfrentarse con una vida con dolor, una vida crónica con dolor. Debido a que la mayoría de estos tres tratamientos no están en el catálogo de prestaciones de la Seguridad Social, hay una clara discriminación. Los afectados o afectadas —mayoritariamente son afectadas— con recursos económicos pueden llevar la enfermedad con una cierta calidad de vida, pero las personas afectadas sin recursos económicos se ven abocadas a soportar en silencio este dolor durante años sin que se les aporte una solución. Uno de los principios a considerar después de este breve análisis es que es importante aumentar el número de psicólogos en los centros de atención primaria. Otro punto en común es que las dos enfermedades o los dos síndromes son muy invalidantes, mucho más en el caso de la fatiga crónica. Se supone que un 80 por ciento de los afectados o afectadas tienen incapacidad permanente, son incapaces de trabajar. El problema de las personas afectadas es que, al no reconocerse los síndromes, los tribunales que designan el grado de incapacidad, tienen graves problemas para hacerlo. Otro de los puntos en los que habría que trabajar es que personal y médicos cualificados estén presentes en los juzgados. En algunas comunidades autónomas se han elaborado planes para

avanzar en el diagnóstico, se han hecho inversiones para crear en hospitales centros de perfeccionamiento de especialistas, lo que está provocando que haya una migración de pacientes de las comunidades donde no existen estos planes a otras en las que sí, lo que, como todos sabemos, va a producir estrés en el Sistema Nacional de Salud.

Por tanto, el objetivo de esta proposición no de ley es que este plan de estudio de la fibromialgia y de la fatiga crónica se extienda a nivel estatal para que las comunidades que han empezado el trabajo no se vean estresadas por un aluvión de pacientes. Por tanto, en este sentido —de hecho coincidimos con la mayoría de las propuestas—, es necesario un mayor conocimiento de la enfermedad, una inversión en investigación, un reconocimiento de terapias alternativas, una aceptación de que la psicología en este caso es imprescindible y, además, el tema de la invalidez. Creo que todos vamos por el mismo camino —podemos discrepar en algunos puntos en cuanto a cómo debe abordarse el tema— y espero que al final de la sesión podamos llegar a una posición conjunta.

La señora **PRESIDENTA**: Siguiendo el orden del día y una vez que por parte del Grupo Catalán se nos ha solicitado el aplazamiento de su intervención, creemos que es al Grupo Parlamentario Socialista a quien le corresponde intervenir.

Para la defensa de su proposición no de ley, tiene la palabra la señora Esteve.

La señora **ESTEVE ORTEGA**: Aprovecho para felicitarla por su santo... ¿No? Me he equivocado. Llevo todo el día felicitando a Margaritas y creo que no es hoy el día.

La señora **PRESIDENTA**: En todo caso, se lo agradezco. Toda felicitación es bienvenida.

La señora **ESTEVE ORTEGA**: Lo llevo mal. Espero llevar mucho mejor el tema que nos ocupa hoy.

No voy a iniciar mi exposición con reflexiones científicas, porque no es mi campo de especialidad y, sobre todo, porque quiero situarme en el otro lado, en el lado de las personas que sufren dolor. He vivido durante bastante tiempo y desde la proximidad la problemática del dolor a través de una gran amiga mía, hoy ya diagnosticada como enferma de fibromialgia y síndrome de fatiga crónica. He visto su dolor manifestado en sus ojeras, en sus dificultades de movilidad, en sus lapsus, en su fatiga, que era tan grande que la sentía yo en mi propio cuerpo. Ella me decía que el dolor la desarmaba, que cada miembro de su cuerpo se quedaba sin baterías, que le afectaba a su capacidad intelectual, pero recuerdo que siempre me decía que lo que más le dolía era la incomprensión de los otros. Hablábamos de que quizás era mejor no referirnos a ello, no comentarlo en público, precisamente por esa incomprensión, hasta que un día

decidió darlo a conocer, hablar de ello y finalmente publicar todos y cada uno de sus dolores, de sus sentimientos y darle a su enfermedad un sentido. Me refiero a mi amiga Manuela de Madre, a la que cito en nombre de tantas y tantos, sobre todo de tantas, que sufren dolor, que sufren fibromialgia y/o el síndrome de la fatiga crónica. A ellos y a ellas creo que desde los poderes públicos y en concreto desde este Parlamento y desde el Gobierno les debemos el mejor esfuerzo para mejorar su situación, un esfuerzo que se inició en la anterior legislatura con una proposición no de ley en el año 2000 que dio lugar a la creación de la subcomisión de prestaciones en el marco del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Este organismo decidió realizar un análisis de la situación y, a la vista del mismo, la mencionada comisión decidió crear un grupo de trabajo para elaborar un documento de consenso que abordara la problemática y el manejo de la fibromialgia. Este documento fue revisado por cada comunidad autónoma, por las sociedades científicas y por los grupos de afectados y afectadas. Posteriormente se hizo una publicación que fue repartida a lo largo de 2004 a las diferentes instancias del sistema, así como a los profesionales de la salud. Aún está en proceso por parte del ministerio hacer exactamente el mismo procedimiento con el síndrome de fatiga crónica, cuyo grupo de trabajo suspendió su labor en el 2003, por lo que el documento sobre la fatiga crónica quedó sin realizar. Este objetivo de avanzar en el conocimiento, en la praxis y en la difusión, sigue ocupando hoy, indudablemente, un espacio importante en la acción del Gobierno y, cómo no, de este Parlamento.

Por este motivo y porque ambas dolencias afectan a un amplio sector de la población —con una prevalencia estimada de 300 casos por cada 10.000 habitantes, en el caso de la fibromialgia, y con unos índices algo menores, pero no menos importantes, en el síndrome de la fatiga crónica—, se convierte en una cuestión prioritaria por la incidencia que tiene en el desarrollo de la vida individual, familiar, profesional y social de las personas que lo sufren. Apostar por la investigación, por el trabajo transversal, por la cooperación interinstitucional, por el trabajo codo a codo con las asociaciones de afectados y afectadas, por la transferencia de conocimientos, es una obligación con la que mi grupo quiere seguir comprometiéndose. Sirva de testimonio ante la sociedad, ante este Parlamento y ante los afectados y afectadas esta proposición no de ley.

Quiero acabar, con dos cuestiones. La primera, aludir a los personajes mitológicos, a Dafne que, cuando se escondió en una isla para evitar el asedio de Apolo, pidió a su padre que la salvase. El padre, atendiendo a su súplica, la convirtió en un árbol rígido, duro, inanimado, sin peligro ni lugar para el temor ni el dolor. Utilizando a Dafne, les propongo devolverle su fuerza, su coraje, su alegría, su flexibilidad, su relajamiento, su seguridad en sí misma, porque ni la rigidez ni el aislamiento ni el

esconder el dolor son la solución para protegerse de Apolo, en este caso convertido en metáfora del dolor. Por otro lado, quisiera celebrar que hoy podamos aprobar entre todos, por consenso, una proposición no de ley; un texto que hemos trabajado los diferentes grupos y creo que con este consenso —si todos lo aprobamos después—, estaremos dando un ejemplo no individual, no partidista, sino un ejemplo a aquellos afectados y afectadas que están esperando hoy nuestro trabajo y nuestra resolución en esta comisión y en este Parlamento.

La señora **PRESIDENTA**: Aunque no es costumbre por parte de esta Presidencia, salvo en debates singulares, intervenir, sí quisiera que por lo menos quede constancia —y creo que en esto expresaré el sentir unánime de toda la comisión— del reconocimiento que usted ha hecho a la señora Manuela de Madre, de reconocida trayectoria política, con independencia de cuáles sean las divergencias ideológicas de todos; todos conocemos, además, que dicha trayectoria ha ido unida a unos padecimientos vinculados a la dolencia que ahora estamos examinando. Creo que el reconocimiento de su mérito personal, de haber unido la trayectoria política con un padecimiento físico por todos conocido, resulta importante y ha sido bien traído por usted a esta comisión.

Como he indicado con anterioridad, han sido presentadas varias iniciativas a este respecto —y ello también nos indica la importancia que se le da desde todas las formaciones políticas—, una de ellas, la que figura como iniciativa número 8 en el orden del día de hoy, ha sido presentada por el Grupo Parlamentario Popular, relativa a la fibromialgia y al síndrome de fatiga crónica, para cuya defensa tiene la palabra, si no me equivoco, la señora Roldós. **(Rumores.)** Perdón, sí me equivoco y quien iba a intervenir era la señora... **(Rumores.)** Me perdonará el señor Vadillo que esté por no verle en el día de hoy, a pesar de ser el primero. Suya es la palabra, por tanto.

El señor **VADILLO ARNÁEZ**: Le agradezco que no me vea del todo porque eso significa que mis esfuerzos por hacer dieta están dando resultados y además le agradezco que me haya confundido con estas dos señoras de excelencia política y personal.

En relación con la proposición, creo que estamos todos de acuerdo, por lo que he visto, en lo que hace referencia a unas bases de reconocimiento, por fin, de esta enfermedad, con un consenso y unanimidad que se ha puesto de manifiesto en los discursos que he oído del resto de SS.SS. Me gustaría hacer un repaso histórico a lo que ha sido esta enfermedad dentro de la historia de la medicina, porque de ahí viene quizá que hoy se presente una moción y una proposición no de ley en este Congreso para enfocar definitivamente esta enfermedad. La historia de esta enfermedad ha sido la incomprensión, debida muchas veces a los médicos. Soy médico, he practicado —*mea culpa* también, porque en muchas

ocasiones hemos podido ver a enfermos y, sobre todo, a enfermas de fibromialgia y no les hemos dado respuesta adecuada— entendiendo lo que es la medicina clásica occidental y científica de los últimos años, porque es una enfermedad que no disponía de marcadores diagnósticos. Esto hay que entenderlo y, aunque no disculpa, sí alivia un poco el sentir de los médicos —ahí me incluyo— respecto a la incomprensión de esta enfermedad. No hay ninguna prueba objetiva —no la había hasta ahora— y parece que la investigación, sobre todo en España, está dando algún resultado en encontrar ciertos marcadores diagnósticos, pero es una enfermedad que carecía de ellos. Incluso hoy, en mayo de 2005, hay médicos que no creen en su existencia y esto, aunque lo pudieran entender como un análisis corporativo, desde aquí no lo entiendo así y creo que tampoco se puede entender ya desde el conocimiento clínico y científico. De ahí la alegría que nos puede dar a todos esta proposición no de ley, porque hay que impulsar el conocimiento de esta enfermedad por parte de todo el colectivo sanitario para que los enfermos no solo no sufran el dolor físico que padecen, sino tampoco el dolor moral que les supone la incomprensión de sus propios médicos y del sistema sanitario respecto de su enfermedad y que, a nada que se hable con cualquier persona que sufra fibromialgia o con las asociaciones de afectados, les ocasiona un enorme daño moral; quizá lo que más les duele es el daño moral que han sufrido por no ver reconocida su enfermedad y que siempre utilizáramos derivaciones al psiquiatra para tratarles, cuando solamente es un componente más de la enfermedad y que posiblemente se derive del dolor y de la incomprensión que genera el desconocimiento de la misma. También me gustaría hacer referencia —como han hecho ya otros compañeros de la comisión— a la magnitud del problema. Estamos hablando de una enfermedad que afecta, según los últimos datos —e incluso si avanzamos más pueden ser mayores—, al 2,8 por ciento de la población y —hay que incidir en ello— a más de un 4 por ciento de la población femenina. Creo que esto es algo que marca el devenir que ha tenido esta enfermedad y también, en parte, su incomprensión. Estamos hablando de una enfermedad que es mayoritariamente femenina y, dado que la incorporación de la mujer al mundo social, laboral, etcétera no se ha producido hasta hace pocos años, quizás eso haya ayudado a que esta enfermedad haya pasado desapercibida, que no haya sido comprendida, que no se haya investigado, que no se le haya dado al problema la magnitud que tiene ni se haya avanzado en el conocimiento de esta enfermedad por parte de todos los profesionales sanitarios.

De aquí que este reconocimiento de una enfermedad como mayoritariamente femenina, aunque sin descuidar que un importante colectivo de hombres también la padece, es lo que ha marcado el devenir hasta hoy y creo que debe marcar el devenir desde hoy.

Por acuerdo de todos los grupos, en la proposición no de ley del Partido Popular, a través de esta transaccional

que ha comentado la compañera del Partido Socialista, hemos incluido que esta enfermedad se trate como una enfermedad de género y se aborde desde una perspectiva de género. Creemos que es fundamental porque el impacto del problema no es sólo individual, estamos hablando de algo que abarca un impacto social, familiar y económico más allá del propio sufrimiento individual, porque estamos hablando de la mujer en sus aspectos como trabajadora, como madre y como cuidadora —todavía hoy en día el papel de cuidadora en las familias es importante en el caso de las mujeres—, con lo cual el impacto de esta enfermedad es sobre todo su entorno y grupo y no sólo algo individual, como podrían ser otras enfermedades, y por tanto este dolor individual es ya un dolor colectivo y —algo que no hemos analizado nunca— un dolor de una importancia económica terrible, no sólo para la sociedad, sino para la mujer.

Creo que en este caso nos debemos felicitar de que se aborde esta enfermedad desde una perspectiva de género, y al hilo de ello creo que el Observatorio de la Mujer debería jugar en enfermedades como esta un papel muy importante en su análisis, estudio y propuesta de soluciones. Los enfermos y enfermas han pasado un enorme calvario y sufrimiento en estos años, pues hay que recordar que hasta el año 1990 no fue reconocida como enfermedad, y sólo por la Asociación Americana de Reumatología, y que desde el año 1992 lo fue por la OMS y el CIE, es decir, estamos hablando, en lo que es la historia, de ayer prácticamente.

A nuestro grupo le gustaría incidir en algo que todavía es hoy un problema, aunque se hable de la fibromialgia, que es el reconocimiento como una enfermedad capaz de producir discapacidad, minusvalía e incapacidad laboral. Esto es algo que todavía no está en el entorno social, aunque gracias al trabajo de las asociaciones, sobre todo las propias asociaciones de enfermas y enfermos, cada vez tiene más impacto social, pero yo creo que aquí no ha llegado todavía, y quizá una parte de este débito se deba a la falta de marcadores de diagnósticos, como ya hemos hablado, pero no nos debe disculpar, porque sí hay caracterización clínica suficiente de la enfermedad para poder diagnosticarla y catalogar su grado de minusvalía e incapacidad o discapacidad que produce.

Agradezco a la portavoz del Partido Socialista el reconocimiento a una pequeña labor del Gobierno del Partido Popular recogiendo el sentir del Parlamento y la Comisión de Sanidad en el año 2000 y con la puesta en marcha del grupo de trabajo que sacó unas conclusiones en 2003. La fatiga crónica está en espera, todavía no sabemos si es la misma enfermedad o no, aunque la entidad parece que confluye de una manera bastante homogénea, pero, aunque las conclusiones puedan ser parecidas, hay cosas que las distinguen. Por tanto, hay que avanzar en el trabajo de lo que es la fatiga crónica.

Antes de terminar y dado que parece ser que todos los grupos nos vamos a poner de acuerdo en una transaccional —yo creo que las personas afectadas y las

asociaciones se podrán sentir un poco aliviadas por la incompreensión que han sufrido en todos estos años—, creo que es de rigor felicitar a las asociaciones de enfermos en este caso, porque todas trabajan en el reconocimiento de sus enfermedades, pero aquí ha sido una pelea contra un muro, y yo la he sufrido no sólo como médico, sino también como director general competente, y digo sufrido porque la incompreensión nos ha afectado a todos y su trabajo de derribar ese muro es lo que ha hecho que ahora comprendamos quizá la enfermedad. Hay que felicitar a la cabezonería y persistencia de estas enfermas y enfermos y de sus asociaciones en derribar este muro que a otras enfermedades les ha costado muchos más años, pero en este caso y aunque les haya costado mucho trabajo estamos hablando de poco más de diez años desde el reconocimiento como enfermedad al reconocimiento social y político de esta enfermedad como tal.

Por tanto, felicitamos a las asociaciones y nos felicitamos nosotros y a nuestros compañeros por el esfuerzo para lograr el consenso en esta transaccional.

La señora **PRESIDENTA**: Ahora sí, estando presente el representante del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), tiene la palabra, para la defensa de la iniciativa que aparece como número cuatro del orden del día, el señor Xuclà.

El señor **XUCLÀ I COSTA**: Gracias por la sensibilidad de los otros grupos al alterar mínimamente el orden para poder hacer una defensa más fundada de esta proposición no de ley que, como muy bien apuntaba la presidenta, por estricto orden de presentación en el registro fue la primera de las que se han discutido hoy y a la que afortunadamente, y creo que lo tenemos que celebrar, se sumaron iniciativas de otros grupos que las han defendido y que expresan esta voluntad de consenso al cual seguramente podremos llegar.

Sólo la casualidad nos ha llevado a discutir esta proposición no de ley justamente esta semana, cuando SS.SS. saben que el próximo día 12 de mayo es el día internacional de la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica, lo que algunas personas han venido a llamar una enfermedad invisible hasta hace muy poco. Como bien saben SS.SS., la fibromialgia es una enfermedad crónica que se caracteriza por el dolor constante en diversas partes del cuerpo pero de localización difusa y que afecta a ambos lados, derecho e izquierdo, y que aparece por encima y por debajo de la cintura. Además del dolor puede provocar rigidez generalizada, cansancio extremo y permanente, ansiedad y depresión como consecuencia de la irritabilidad que produce un estado crónico de dolor y fatiga. Puede afectar al sueño e ir acompañada de cefaleas, trastornos de la circulación en las extremidades y algunos otros síntomas.

Esta, señorías, es una enfermedad que tiene graves consecuencias en la vida de los que la padecen, siendo relativamente frecuente, pues algunos estudios calculan

que entre una y cuatro de cada cien personas lo padecen, pero de la cual prácticamente se desconocen las causas. Este último aspecto, unido al hecho de que es una patología relativamente nueva —la OMS la reconoció como enfermedad a principios de la década de los 90—, comporta que en la mayor parte de casos su diagnóstico no sea sencillo ni rápido, su tratamiento se inicie tarde y que por ello se sumen a la enfermedad los inconvenientes derivados de un proceso largo, lo que evidentemente tiene enormes repercusiones, tanto para los afectados como para el propio sistema de atención sanitaria.

Esta iniciativa del Grupo Parlamentario Catalán, y después del estímulo de los distintos colectivos de afectados y especialmente de la Fundación para la Fibromialgia y el Síndrome de Fatiga Crónica, nace con el aval de algunos datos que creo que nos tendrían que invitar a la reflexión. Esta enfermedad, que provoca situaciones de gran tensión, de gran irritabilidad y de grandes consecuencias de dolor físico para la persona que la sufre, pero también para el entorno familiar, en estos momentos —y creo que eso nos debe hacer reflexionar— aún tiene unas listas de espera de tres años en el Hospital Vall d'Ebron, de Barcelona, o de dos años en el Hospital Clínic, de Barcelona, y he querido hacer referencia especialmente a estos dos centros porque los centros con más tradición de investigación y reconocidos como tales por el Instituto Carlos III son precisamente el Hospital Vall d'Ebron, el Hospital Clínic y el Centro Médico CIMA, y estos tres centros, que llevan años trabajando en la investigación de la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica, apuntan algunos déficit importantes: en primer lugar, la falta de dotaciones económicas específicas de las comunidades autónomas para la investigación de estas enfermedades, y por otro lado la inexistencia de unidades específicas en los hospitales para el estudio y el tratamiento de estas enfermedades.

Es todo esto lo que nos ha llevado a la presentación de esta proposición no de ley, que, basándose también en los trabajos previos realizados en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, debe analizar la incidencia y la problemática de la fibromialgia, recogiendo, si se considera oportuno, los trabajos efectuados anteriormente; difundir entre los profesionales de la atención primaria y la atención especializada las evidencias científicas disponibles sobre esta patología, su protocolo diagnóstico y las alternativas terapéuticas disponibles; impulsar las ayudas que sean necesarias para mejorar su atención y en concreto la elaboración de protocolos de evaluación de las incapacidades, como se apuntaba, que como consecuencia de dicha enfermedad pueden sufrir los afectados para el desarrollo de sus profesiones habituales —es un handicap que inhabilita parcial o totalmente para el desarrollo de la vida profesional—; mantener la máxima coordinación y colaboración con las asociaciones de afectados —la coordinación con todas ellas y la interlocución con todas ellas, quiero subrayar este aspecto, y en pie de igualdad—, y finalmente algo esencial en el avance en este campo, que es

destinar un mayor volumen de recursos a la investigación de esta patología.

Para terminar, quiero expresar la predisposición de este grupo parlamentario a llegar a un acuerdo a partir de lo redactado por los distintos grupos con el ánimo de enviar un mensaje positivo a los afectados en las dos vertientes, pues los afectados nos piden que planteemos la diferencia en el enfoque entre el diagnóstico y el tratamiento de la fibromialgia y de la fatiga crónica, y creo que es un elemento de sensibilidad que reflejemos en este debate parlamentario que se trata de situaciones parecidas pero en ningún caso idénticas y que también requieren de protocolos y de procedimientos distintos de diagnóstico y de aplicaciones de resolución médica.

La señora **PRESIDENTA**: Advierto a los señores representantes de todas las formaciones políticas presentes en la Cámara que, teniendo conocimiento de que se ha llegado a un texto conjunto de todos los grupos, sería deseable que se hiciera llegar a esta Presidencia antes del momento de la votación, con la advertencia de que todo el mundo lo conoce, para poder saber qué es lo que se hace objeto de votación definitiva.

— **RELATIVA AL DESARROLLO DE UN PLAN DE CONTROL DE ENFERMEDADES NOSOCOMIALES. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/000402.)**

La señora **PRESIDENTA**: A continuación, y a pesar de la alteración que hemos hecho respecto del orden del día, volveríamos al punto primero, que es el relativo al desarrollo de un plan de control de enfermedades nosocomiales, proposición no de ley presentada por el Grupo Parlamentario Popular, para cuya defensa tiene la palabra el señor Gutiérrez Molina.

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA**: Señora presidenta, iba a hacer un ruego que no sé si es pertinente hacer en este momento. En el «Diario de Sesiones» correspondiente a la sesión del día 13 de abril, en la que compareció el señor subsecretario del Ministerio y en la que con la concreción que habitualmente le caracteriza respondió a dos preguntas mías, figura en una parte de mi intervención la palabra faltatorio, con efe, cuando lo que yo quise decir fue saltatorio, con ese. Quizá por la rapidez con la que se celebró el debate aquel día o por deficiente pronunciación mía de la palabra, en el «Diario de Sesiones» figura faltatorio, que inclusive los servicios de la Cámara lo introducen con cursiva porque ciertamente no tenía ningún sentido introducir semejante expresión, cuando lo que yo quise decir era saltatorio. No sé si es el momento de pedir a la señora presidenta que se pudiera corregir esto o hay que hacerlo en otro momento. En cualquier caso, lo expongo.

La señora **PRESIDENTA:** Señor Gutiérrez Molina, los servicios taquigráficos de esta Cámara son absolutamente escrupulosos y hasta ejemplares en la utilización del lenguaje castellano, como me consta, porque son de una corrección extraordinaria, permitiéndose incluso, siempre con la modestia que les caracteriza, sugerirnos a los diputados aquellos casos en los que no hemos hecho correcta utilización del lenguaje castellano, estando asimismo siempre dispuestos a hacer corrección en sus textos de lo que se les sugiere. No sé si es lo correcto, pero yo, cuando he visto alguna incorrección respecto a mi intervención, he acudido directamente a ellos, pero en todo caso no dude usted de que esta Presidencia tendrá en cuenta el pundonor que usted manifiesta en cuanto a la correcta utilización de la lengua y lo hará trasladar, aunque también estoy segura de que la señora estenotipista que está presente ha dejado puntual constancia y sin duda será objeto de corrección. En todo caso, enhorabuena, porque en tiempos en los que no se valora en exceso la buena utilización del lenguaje usted lo valora y bueno es que los señores diputados seamos ejemplo de la correcta utilización de este vehículo que es la lengua.

Está usted en el uso de la palabra para la defensa de la iniciativa de la que ahora se trataba.

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA:** En lo sucesivo, en caso de que por mi torpeza no se recoja bien, iré directamente a los servicios de la Cámara, pero no sabía exactamente cuál era el procedimiento.

Intervengo en nombre de mi grupo para exponer la proposición no de ley correspondiente a las enfermedades nosocomiales. Creemos que es necesario que se establezca un plan de control de dichas enfermedades que integre no solamente una serie de vigilancia, control y alerta de las mismas, sino un compromiso por todas las administraciones del Estado.

No es cuestión de abrumar con datos clínicos sobre algo en lo que todos los grupos estamos de acuerdo, que las enfermedades nosocomiales constituyen un creciente problema de salud mundial debido a la morbilidad que originan, y no es desdeñable tampoco el enorme impacto económico que estas infecciones tienen en los sistemas sanitarios, y los que somos profesionales de la salud quizá tenemos mayor sensibilidad, no solamente en el dato clínico, sino también en este impacto económico que va inmediatamente derivado del dato clínico y de los planes de medicina preventiva.

En segundo lugar, desde hace varios años y por la iniciativa de la Sociedad Española de Medicina Preventiva se realiza anualmente un estudio de prevalencia de dichas enfermedades nosocomiales. Estos estudios y algunos otros que puntualmente se han realizado en algunos hospitales de las distintas comunidades autónomas son una fuente de información ciertamente fiable de la que disponemos en la actualidad.

En tercer lugar, yo creo que los estudios a los que hago referencia, por su metodología, por su implantación,

también son válidos para conocer globalmente la situación de nuestros hospitales. Yo pienso, y lo comentaba antes en la sesión previa, que estos estudios requieren incontestablemente de otros medios que permitan, además de conocer la incidencia de las enfermedades o de las infecciones nosocomiales, reducir todo lo posible su número, y yo creo que ahí estaremos todos de acuerdo.

Por último, de hacerse así, puede reducirse, incluso en un número significativamente importante, en un 30 por ciento, empleando para ello los planes de control no esporádicamente, sino continuados en el tiempo. Por eso el desarrollo sanitario español, la actividad que se realiza en nuestros hospitales y el interés de los ciudadanos demandan que se ponga en marcha un plan de vigilancia y control de dichas enfermedades a nivel nacional que permita mejorar, si es que cabe, u optimizar en cualquier caso los datos que año tras año se obtienen en los estudios de las infecciones nosocomiales.

Por la conversación que he mantenido antes con la portavoz socialista estoy seguro de que vamos a llegar a un entendimiento a lo largo del debate. Hemos estudiado con el interés y con la atención que merece la enmienda transaccional de sustitución que seguramente ahora ella defenderá y esperamos que en el debate podamos llegar a un texto común que recoja la sensibilidad tanto del Grupo Popular como de los otros grupos de la Cámara, con el fin de que esta proposición no de ley vaya amparada por el mayor consenso posible porque el tema lo merece y porque estimamos que de esa forma los estudios no serán esporádicos, sino continuados a lo largo del tiempo.

La señora **PRESIDENTA:** ¿Algún otro grupo desea fijar posición en relación con esta iniciativa presentada por el Grupo Popular?

Tiene la palabra la señora Álvarez en nombre del Grupo Socialista.

La señora **ÁLVAREZ OTEO:** Coincidimos con la preocupación mostrada por el Partido Popular en su intervención y en la exposición de motivos que sustancia esta proposición no de ley sobre las enfermedades nosocomiales, preocupación por pacientes especialmente vulnerables, ya con unas patologías, que adquieren en el ámbito hospitalario estas infecciones que producen, como antes ha dicho el portavoz del Partido Popular, no solamente gastos económicos importantes para los hospitales, sino, lo que es más preocupante, daño para los pacientes. De ahí que el control deba ser un objetivo prioritario para la red sanitaria pública.

El control de las infecciones está protocolizado, las distintas comisiones de especialidades revisan y actualizan dichos protocolos y en todos los hospitales públicos es obligatoria la comisión de infecciones dentro de las comisiones de control de calidad. Los servicios de bacteriología y los de medicina preventiva tienen un papel muy relevante en el control de dichas infecciones, ayu-

dando y auditando al resto de los servicios para que se cumplan las normas y los estándares de calidad.

No es responsabilidad del Ministerio de Sanidad dotar de los recursos pertinentes a los hospitales, sino de las comunidades autónomas, que tienen la responsabilidad de la gestión por la transferencia de las competencias, y por otra parte entendemos que no se trata tanto de implementar recursos, por lo menos en la mayoría de los hospitales, sino de que los recursos disponibles se utilicen de forma eficiente y que los profesionales perciban la necesidad de implicarse en dicho control.

Todos sabemos que las infecciones hospitalarias siguen patrones epidemiológicos básicos que llevan a aportar los protocolos de prevención y control y que los patógenos hospitalarios tienen sus reservorios, y también es conocida su forma de transmisión y que para eso necesitan los huéspedes susceptibles de padecer estas infecciones. Sabemos asimismo que en el entorno hospitalario estos reservorios muchas veces son inertes, están en el entorno hospitalario —podríamos poner el ejemplo de la legionella en el agua—, y otras están en el entorno vivo, en los mismos pacientes, en el personal sanitario e incluso en aquellos familiares que van a visitar a los enfermos y que tienen estas infecciones o están colonizados. Con todo esto quiero recalcar lo que decía antes de la importancia de que el personal se implique en la formación, y a veces con el sentido común y el uso de las buenas prácticas se puede adelantar en el control y prevención de estas infecciones.

Para este Gobierno la mejora de la vigilancia de la infección nosocomial es uno de los objetivos que el Ministerio de Sanidad y Consumo tiene planteados, habiendo desarrollado ya actuaciones tendentes a que se haga efectivo. Conviene recordar que dentro de las directrices de la Unión Europea el conocimiento y el control de la infección nosocomial está considerado como un importante problema de salud, y en esos términos se recoge en la decisión 2119/1998 del Consejo por la que se crea una red de vigilancia epidemiológica y control de las enfermedades transmisibles en la Comunidad. Desde esa perspectiva existen distintos proyectos a nivel europeo en los cuales España participa a través de los diferentes hospitales.

Como ejemplo de algunos de los proyectos europeos se puede citar el proyecto Infección Hospitalaria Eldis, en el cual están implicadas la Sociedad Española de Medicina Preventiva e Higiene Hospitalaria y la Sociedad Española de Medicina Interna y Unidades Coronarias, las cuales han participado en dicho proyecto durante los últimos años con sus programas de vigilancia de infecciones hospitalarias.

Sin embargo, hasta el momento en la red nacional de vigilancia epidemiológica no está incluida la infección nosocomial y, por tanto, no se contemplaban acciones de control sobre estas enfermedades y su vigilancia en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. El Ministerio de Sanidad y Consumo, como ya he dicho anteriormente, considera imprescindible el control de estas

infecciones, por lo que a través de la Dirección General de Salud Pública ha elaborado un documento de consenso para desarrollar un problema de vigilancia de la infección nosocomial a nivel nacional, coordinándose un grupo de trabajo formado por miembros de la administración sanitaria del Estado, entre ellos el Instituto de Salud Carlos III, centros nacionales de epidemiología y microbiología y las principales sociedades científicas implicadas en la vigilancia y control de la infección nosocomial.

Este grupo de trabajo ha elaborado un documento de consenso para desarrollar un programa de vigilancia de la infección nosocomial a nivel nacional que ha servido de base para el articulado sobre la vigilancia de la infección nosocomial que se ha incluido en la propuesta de Real Decreto de vigilancia de la salud pública, el cual vendrá a sustituir al actual Real Decreto de vigilancia epidemiológica, ya que consideramos que la infección nosocomial debe estar integrada en la red nacional de vigilancia. Además del interés concreto de este departamento se hace necesario también, para seguir las directrices de la Unión Europea, que incluya la infección nosocomial en la lista de enfermedades transmisibles incluida en su red de vigilancia.

En función de todo lo expuesto es por lo que nosotros proponíamos esta enmienda de sustitución a la propuesta del Partido Popular. Es cierto que antes hemos hablado —y yo agradezco la receptividad del portavoz del Partido Popular— de que, en conclusión, el objetivo es común, es avanzar en el control de estas enfermedades, y yo creo que podemos llegar a una transaccional porque en definitiva venimos a decir lo mismo, y, cómo no, se va a incluir a las comunidades autónomas en todo este procedimiento, puesto que, como decía antes, tienen la competencia sanitaria en casi todo el territorio, excepto Ceuta y Melilla.

La señora **PRESIDENTA**: Dejo a la decisión del grupo proponente y del grupo que ha presentado la enmienda si en este momento quieren manifestar ya cuál va a ser el sentido de la transacción a la que lleguen o prefieren posponerlo al momento de la votación. Si existe ya algún elemento cierto y se acepta la enmienda podrían manifestarlo en este momento a la Presidencia.

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA**: Salvo que la señora portavoz del Grupo Parlamentario Socialista quisiera matizar alguno de los aspectos del párrafo que previamente hemos pactado, yo le puedo leer el texto de la transaccional en la que hemos llegado a un acuerdo por si en este momento puede considerarse como elemento cierto de aceptación y que dice así: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a integrar, en el menor plazo posible, la vigilancia de las infecciones nosocomiales en la red nacional de vigilancia epidemiológica con la consiguiente elaboración de un protocolo de vigilancia, prevención y control de estas infecciones en el

que participen activamente las distintas comunidades autónomas.

Este era el texto que ahora, si la señora portavoz está de acuerdo, haremos llegar a la Presidencia para que conste en acta.

La señora **PRESIDENTA**: ¿Está de acuerdo la portavoz del Grupo Socialista?

La señora **ÁLVAREZ OTEO**: Totalmente de acuerdo.

La señora **PRESIDENTA**: Les pido, por tanto, que hagan llegar a la Mesa el texto que han manifestado.

— **RELATIVA AL INSTITUTO NACIONAL DE SILICOSIS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA DEL CONGRESO Y POR EL GRUPO PARLAMENTARIO DE IZQUIERDA VERDE-IZQUIERDA UNIDA-INICIATIVA PER CATALUNYA VERDS. (Número de expediente 161/000439.)**

La señora **PRESIDENTA**: Pasamos a debatir el punto que figura como número dos del orden del día, que es el relativo al Instituto Nacional de Silicosis, que está planteado por el Grupo Socialista y por el Grupo Parlamentario de Izquierda Verde-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds, para cuya defensa tiene la palabra, en primer lugar, la señora Carcedo.

La señora **CARCEDO ROCES**: Presentamos esta iniciativa conjuntamente los dos grupos parlamentarios con la finalidad de cerrar un lamentable paréntesis de desencuentros que vino a ser la excepción en las tradicionalmente excelentes relaciones de colaboración y de cooperación entre la Administración General del Estado y el Principado de Asturias en materia sanitaria. Este paréntesis fue producido durante los gobiernos del Partido Popular en el Estado, en los que vinieron a escenificar desavenencias sobre el futuro de uno de los equipamientos más importantes quizás para las próximas décadas en Asturias y que constituye el llamado Hospital Universitario Central de Asturias, y esta escenificación de desencuentros con el Principado de Asturias vino a traer como consecuencia la falta de colaboración en la financiación de este equipamiento que es el centro de referencia hospitalaria para el Principado de Asturias y para el Servicio de Salud del Principado de Asturias.

A efectos de conocimiento de SS.SS., el Hospital Universitario Central de Asturias está compuesto por la fusión de tres hospitales en su origen, dos de ellos pertenecientes al anterior Instituto Nacional de la Salud y otro perteneciente a la antigua Diputación, el Hospital General de Asturias.

Fruto de esa excelente cooperación y coordinación a la que hacía referencia, en el año 1990 se promovió un

convenio entre las dos administraciones para crear una gestión única de estos dos centros hospitalarios que eran anexos y disponían de servicios duplicados en un mismo espacio, por lo que era de sentido establecer esa gestión conjunta de los dos hospitales. Ese esfuerzo de coordinación supuso la firma de un convenio que posteriormente se renovó en el año 1994, constituyendo lo que hoy día se denomina Hospital Universitario Central de Asturias. El Instituto Nacional de Silicosis forma parte de este complejo, como centro dependiente del anterior Instituto Nacional de la Salud. La disposición adicional segunda de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales establece que el Instituto Nacional de Silicosis mantendrá su condición de centro de referencia nacional de prevención técnico-sanitaria de las enfermedades profesionales que afecten al sistema cardiorrespiratorio. En el momento de producirse las transferencias esta circunstancia fue puesta de manifiesto por la Administración del Principado de Asturias a fin de tener una consideración singular a efectos financieros, demandando en ese momento de la Administración General del Estado que esta consideración se contemplase en un convenio específico para la financiación de la construcción del nuevo Hospital Universitario Central de Asturias, en el que se pretendía edificar un centro moderno que fusionara las viejas instalaciones que, como antes comentaba, albergaban tres hospitales diferentes. En ese momento el entonces secretario general de Política fiscal, territorial y comunitaria responde por escrito al Gobierno de Asturias que es imposible atender su demanda porque, según dice, no se está yendo a ningún tipo de convenio con ninguna comunidad autónoma y añade que dicha tesis es uniforme en todas las comunidades autónomas. Esto se firma en diciembre de 2001. Pues bien, poco tiempo después, en agosto de 2002, la Administración General del Estado firma un convenio con la Comunidad Autónoma de Cantabria, con esta misma justificación política y jurídica, para la cofinanciación del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, precisamente por su condición de centro de referencia nacional, siendo su importe total de 250 millones de euros. Consideramos que este punto que culmina una estrategia de confrontación de esta envergadura por las repercusiones sociales que tiene, pone de manifiesto lo que escondía esta negativa a colaborar con el Principado de Asturias en la construcción y ejecución de este hospital de referencia para el servicio de salud asturiano. Con esta iniciativa venimos a salvar el agravio que se produjo en Asturias en el proceso de transferencia y la falta de consideración que eso supone hacia un centro que, como antes veíamos, está explícitamente contemplado en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales como centro de referencia para enfermedades profesionales cardiorrespiratorias.

Termino ya, señorías, recalando que con esta iniciativa pretendemos poner fin a este paréntesis de desencuentro y recuperar esa colaboración que vino siendo tradicional entre el Principado de Asturias, en la ejecución de las materias de planificación y coordinación

hospitalaria que en su momento le correspondían, y la Administración General del Estado, en cuanto a su competencia de asistencia sanitaria. Ahora todas las competencias de gestión radican en el Principado de Asturias, pero la Administración General del Estado sigue manteniendo su responsabilidad con los centros de referencia nacional. Basándonos en esa responsabilidad proponemos que entre ambas administraciones se firme este convenio para favorecer la culminación de la ejecución de este equipamiento fundamental y de excelencia del servicio de salud del Principado de Asturias.

La señora **PRESIDENTA**: Para la defensa de la iniciativa en nombre del Grupo Parlamentario de Izquierda Verde-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds, tiene la palabra el señor Llamazares.

El señor **LLAMAZARES TRIGO**: En el mismo sentido de la intervención del Grupo Parlamentario Socialista, con esta iniciativa venimos a sanar, nunca mejor dicho, una herida y un desencuentro que ha tenido una trascendencia sanitaria muy importante en nuestra comunidad autónoma. No hay que olvidar que el gasto que supone el Hospital Central de Asturias es un cuarto del gasto sanitario total de la comunidad autónoma asturiana y que la inversión que requiere el nuevo Hospital Central de Asturias supone aproximadamente 250 millones de euros, lo que equivale al gasto de dicho hospital a lo largo de un año. Es, pues, una materia importante que ha provocado desavenencias y debates en nuestra comunidad autónoma durante mucho tiempo. Ahora estamos intentando sanar una cuestión relevante que tiene que ver con la cooperación entre las administraciones en una materia delicada como es la sanitaria, pero también hay que tener en cuenta que otro aspecto que está en el trasfondo del Hospital Central de Asturias es la integración de los hospitales de la comunidad autónoma asturiana, en este caso de los tres centros que formaban su cabecera hospitalaria; tres hospitales que tenían distintas culturas sanitarias y distintas vinculaciones administrativas y cuya integración y coordinación fue un laberinto muy complicado a lo largo de los años, que parecía que se iba a solucionar con la construcción del nuevo Hospital Central de Asturias pero que finalmente quedó frustrado, como dije al principio de mi intervención, por el desencuentro entre las administraciones. Esta discrepancia ha provocado, por una parte, que no sea posible culminar el proceso de coordinación e integración hospitalaria y, por otra, que no haya sido posible la cooperación entre administraciones sanitarias que debieron ser cooperativas antes y que deben continuar siéndolo en el día de hoy.

Por eso nuestra propuesta pretende corregir los errores del pasado y provocar una negociación y un convenio entre las dos administraciones para la financiación del Hospital Central de la Comunidad Autónoma de Asturias. Ese es el sentido de la iniciativa y no queremos ir más allá. No queremos suplantar las competencias del

Gobierno —no estamos de acuerdo con marcarle las cifras del presupuesto que tiene que presentar ante esta Cámara ni una determinada cantidad presupuestaria en la negociación con el Gobierno del Principado—, ni sustituir las competencias del Principado de Asturias o las de otras comunidades autónomas en esta Cámara a iniciativa de un grupo parlamentario. Esa no es la materia que hoy nos trae aquí, sino una cuestión que ha tenido un largo recorrido de desencuentro entre la Administración autonómica y la Administración central; un camino también —por qué no decirlo— de divergencias entre culturas sanitarias de origen diverso. Lo que intentamos es superar la discrepancia mediante un acuerdo que llame al diálogo y al convenio entre la Administración central y la administración sanitaria asturiana. Como he dicho antes, mediante esta iniciativa no pretendemos ni suplantar al Gobierno ni lanzar una iniciativa que provoque nuevas desavenencias entre las administraciones autonómicas y la Administración central. Hace unos años tenía que haberse producido un acuerdo porque estaba previsto e incluso alguna cantidad fue presupuestada, pero finalmente no hubo tal acuerdo porque la planificación sanitaria del Estado y la ordenación del Principado de Asturias no coincidieron. Uno de ellos proponía la remodelación del hospital y el otro proponía la construcción de uno nuevo. A causa de ese desencuentro no hubo cofinanciación y se frustró la construcción del nuevo Hospital Central de Asturias. Consideramos que, una vez que se ha producido la transferencia de las competencias sanitarias, está claro de quién es la competencia y que en función de esa competencia debe producirse el convenio necesario para cofinanciar dicho hospital. Se da la circunstancia de que dentro del Hospital Central de Asturias hay unidades de referencia estatal, como son el Instituto Nacional de Silicosis —el centro de referencia en materia de enfermedades respiratorias de carácter profesional— y otras unidades de referencia que motivaron entonces y motivan ahora la necesidad del acuerdo entre las dos administraciones para llegar a una solución. En este caso la solución es única porque el que la tiene que determinar —que es el Principado de Asturias— ya la ha determinado y ha decidido bajo su estricta responsabilidad que no se trata de una remodelación sino de la construcción de un nuevo hospital. Por tanto, ahí es donde nos tenemos que situar en estricto respeto a las competencias de la comunidad autónoma asturiana.

Este es el sentido de la iniciativa que presentamos: que mediante el diálogo y el convenio se supere una vieja herida que ha permitido que en Asturias se deje de desarrollar un proceso de construcción del Hospital Central mucho más lógico y normal, que pudiera culminar el proceso de coordinación e integración hospitalaria. Como nunca es tarde, pensamos que sigue siendo el momento para concretar el convenio de cofinanciación del futuro Hospital Central de Asturias.

La señora **PRESIDENTA**: A esta iniciativa se ha presentado una enmienda por parte del Grupo Popular para cuya defensa tiene la palabra el señor González López.

El señor **GONZÁLEZ LÓPEZ**: La enmienda que el Grupo Popular presenta es consecuencia de una larga historia de más de 15 años a la que han hecho alusión tanto la portavoz del Grupo Socialista como el representante del Grupo de Izquierda Unida. Durante el periodo de Gobierno socialista de Felipe González no hubo compromisos ni presupuestos concretos para resolver el problema de los distintos pabellones y edificios de los hospitales asturianos, incluyendo el Instituto de Silicosis. A partir de la llegada al Gobierno del Partido Popular, siendo ministro el señor Romay Beccaria y posteriormente con otros ministros, se presupuestó una cantidad de 20.000 millones de pesetas para resolver el problema de infraestructura de los pabellones que componían el Hospital de Asturias. Finalmente no se llevó a cabo a causa de los problemas de ubicación anteriormente mencionados, ya que por parte del ministerio se consideraba más adecuada la ubicación en El Cristo y la reparación de los pabellones, mientras que el Gobierno autonómico socialista opinaba que se debía construir un nuevo hospital en La Cadellada.

Nuestra enmienda va orientada a que para valorar la aportación que debe hacer el ministerio al nuevo hospital se tome como referencia, como mínimo, la cantidad de 20.000 millones de pesetas, sumando el IPC acumulado desde entonces. Esta cantidad coincide con la que solicita el Gobierno socialista del Principado de Asturias. De la misma manera que esta cifra no sería de aplicación exclusiva al Instituto de Silicosis o centro de referencia para las enfermedades respiratorias de origen laboral y sí para la financiación de otras partes de este hospital de nueva creación, consideramos que también deben ser financiados otros hospitales que fueron transferidos en una situación de precariedad y que también forman parte del Sistema Nacional de Salud. La enmienda está a disposición de los distintos grupos. El Grupo Popular defiende no solo que se apoye la financiación del Hospital Universitario Central de Asturias sino también que se cuantifique —para que no quede en vanas palabras, como ocurría con el Gobierno socialista de Felipe González o con la propuesta que están formulando ahora el Grupo Socialista y el Grupo de Izquierda Unida, que no se ajustan a una cantidad—, proponiendo nosotros la cifra que ya figuraba en los presupuestos, es decir, un mínimo de 20.000 millones de pesetas y además que si esta cantidad no es aplicada exclusivamente al centro de referencia, como así creemos que es, se aplique esta misma regla a otros hospitales, pongamos que hablamos de La Rioja, pongamos que hablamos de Galicia o pongamos que hablamos de Madrid.

La señora **PRESIDENTA**: Al igual que hemos hecho con iniciativas anteriormente debatidas, me gustaría que,

si están en condiciones de hacerlo, manifiesten a esta Presidencia cuál es la situación respecto de la iniciativa y la enmienda presentada. Si no es así, no hay inconveniente en que se posponga al momento de la votación. ¿Pueden ya manifestar los autores de la iniciativa si aceptan o no la enmienda?

La señora **CARCEDO ROCES**: No vamos a aceptar la enmienda. Sinceramente, quisiéramos poder aceptarla y llegar a una enmienda transaccional, pero no es así. Durante muchos años estuvimos manifestando en Asturias este deseo de llegar a un acuerdo entre las distintas fuerzas políticas sobre un equipamiento tan importante, pero no fue posible. No podemos aceptar esta enmienda por dos razones...

La señora **PRESIDENTA**: No se trata de reabrir un debate.

La señora **CARCEDO ROCES**: Simplemente, por tener el carácter singular de centro de referencia nacional...

La señora **PRESIDENTA**: Se trata de establecer con certeza qué someteremos a votación después.

La señora **CARCEDO ROCES**: Pretendemos preservar la singularidad de este centro de referencia nacional porque eso es lo que justifica la intervención de la Administración General del Estado.

La señora **PRESIDENTA**: Quede claro, por tanto, que lo que se someterá a votación es la iniciativa presentada conjuntamente por el Grupo Socialista y el Grupo Parlamentario de Izquierda Verde-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds.

— **RELATIVA A LA EXIGENCIA DE VISADO PARA LA PRESCRIPCIÓN CON FINANCIACIÓN PÚBLICA DE LOS NUEVOS ANTIPSI-CÓTICOS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/000496.)**

La señora **PRESIDENTA**: A continuación examinaremos el que figura como punto 3 del orden del día: proposición no de ley relativa a la exigencia de visado para la prescripción con financiación pública de los nuevos antipsicóticos, que es iniciativa del Grupo Parlamentario Popular y para cuya defensa tiene la palabra el diputado Martín Soledad.

El señor **MARTÍN SOLEDAD**: Como introducción, quiero aclarar a la señora Esteve que la felicitación que le transmitía la diputada del Grupo Socialista era porque la semana pasada fue su cumpleaños, aunque no diremos cuántos años ha cumplido.

Esta iniciativa surge como respuesta a una realidad social que se está planteando. Gracias a Dios en este Parlamento los temas de salud mental han entrado con fuerza y con brío a la hora de reclamar unos derechos que, como a cualquier otro miembro de la sociedad, corresponden también al colectivo de enfermos mentales y sus familias. Ha habido distintas iniciativas y los portavoces hemos podido ser testigos de diferentes puntos de vista sobre la reforma de la Ley de Enjuiciamiento Civil, sobre la percepción que se tenía acerca de las reglas adoptadas en la redacción del Libro Blanco sobre la discapacidad —tema que se ha tratado esta mañana— y, oídos distintos colectivos, se ha concluido que el grupo de enfermos mentales —este es un pensamiento unánime— es frágil y está sometido a una doble discriminación: la propia de su enfermedad —lo que se viene a llamar el estigma— y la derivada de la escasez de recursos asistenciales, de manera que en mayo de 2005 este colectivo todavía presenta carencias importantes. Nos encontramos, por lo tanto, ante un grupo para el que la aparición de los medicamentos conocidos como los antipsicóticos atípicos supuso una ventaja cualitativa a la hora de abordar determinados síntomas de la esquizofrenia, al tiempo que minimizaba los efectos secundarios producidos por los antipsicóticos clásicos. Dados los beneficios que producían al generar menos efectos secundarios y al actuar sobre unos síntomas concretos que producían grandes dificultades de resocialización, como era la sintomatología negativa en este tipo de pacientes, desde la aparición de estos medicamentos su uso se generalizó, aun teniendo un precio considerable.

Dada la condición de colectivo sensible, a la vista de unos informes basados en una casuística de dos o tres individuos en los que un determinado antipsicótico atípico había producido accidentes cerebrovasculares en pacientes psicóticos mayores de 75 años, el Ministerio de Sanidad hizo pública una nota por la que se establecía la exigencia de visado para los antipsicóticos atípicos, sin ningún tipo de categoría de edad, lo que podríamos calificar, por lo menos, de reacción imprudente y un poco temeraria. Esta medida fue contestada por todos los colectivos profesionales, por asociaciones de familiares de enfermos mentales, por el Cermi y por cualquier profesional de la psiquiatría que se preciara, pues se hacía recaer sobre el paciente una medida de carácter científico y se exigía un visado que tenía unas características administrativas, lo cual suponía añadir a la situación de discriminación de los pacientes psiquiátricos una nueva fuente de discriminación, ya que el visado generaba una dificultad más para acceder a un tratamiento tan necesario y tan beneficioso como era el basado en los antipsicóticos atípicos. Menos mal que el ministerio tuvo la capacidad de rectificar una decisión que había sido precipitada, a la vista de los informes y de las reacciones producidas.

Esta proposición no de ley se está debatiendo en un momento procesal posterior a la rectificación del ministerio de su medida inicial. Al final el ministerio entró en razón y la exigencia de visado únicamente se estableció

para pacientes mayores de 75 años, persistiendo una cierta situación de conflicto entre una resolución administrativa, como puede ser la exigencia de visado, y la resolución del médico prescriptor, que es quien debería asumir la responsabilidad del tratamiento y no el paciente, que es el sujeto pasivo de la prescripción. Una vez que se ha entrado en razón y considerando que la medida garantiza que no habrá limitaciones en el acceso a los nuevos medicamentos antipsicóticos para el colectivo de pacientes mentales, y a la vista de que esta proposición no de ley se está defendido a toro pasado, creo que vale la pena que extraigamos una serie de conclusiones en relación con un colectivo sensible. Estos interrogantes a los que intentamos dar respuesta pretenden, sobre todo, no crear alarma en un colectivo cuyo proceso de tratamiento y de rehabilitación posterior, por sus especiales características, puede quedar muy condicionado por cualquier medida administrativa. La decisión de la exigencia de este visado para mayores de 75 años puede conducir incluso a situaciones de inequidad en función del territorio donde resida el paciente. No es lo mismo la exigencia de visado para un paciente que vive en zonas urbanas que para uno que vive en zonas rurales. Con este visado estamos estableciendo una dificultad, amén de la que ya supone que la responsabilidad última de la prescripción no recaiga sobre el médico prescriptor sino sobre el paciente.

Hoy valdría la pena hacer un esfuerzo para garantizar a los pacientes, presenten la patología que presenten y residan donde residan, que el acceso a los medicamentos necesarios para su tratamiento será más fácil, más equitativo y que no crearemos diferencias. Señorías, hoy tenemos la posibilidad de trabajar para garantizar que el derecho a la salud llegue por igual a todos los ciudadanos del país, eliminando trabas, facilitando trámites y garantizando la libertad de prescripción de los médicos, exigiendo a estos la justificación de la prescripción y no responsabilizando al paciente de las decisiones del prescriptor. Quizás la necesidad de hacer recaer la responsabilidad del visado sobre el médico facilitaría al máximo y sin demoras el acceso de los pacientes a los nuevos tratamientos antipsicóticos.

Termino la defensa de esta proposición no de ley que se ha prolongado en el tiempo y que quizás no sea oportuna pero que tiene la vista puesta en el futuro. El texto de la proposición no de ley dice que el Congreso de los Diputados insta al Gobierno a promover un acceso fácil a los nuevos antipsicóticos atípicos en los grupos de pacientes donde estén indicados para cumplir con los principios de la OMS de facilidad de acceso y eliminación de obstáculos a los medicamentos más adecuados y menos perturbadores por el colectivo de enfermos psicóticos.

La señora **PRESIDENTA**: Señor Llamazares.

El señor **LLAMAZARES TRIGO**: Nos parece una iniciativa anacrónica, como ha dicho el propio portavoz. Inicialmente esta medida provocó bastante inquietud entre

quienes podían considerarse afectados: los pacientes psicóticos, y sus familias, así como entre sectores profesionales, pero esa iniciativa que era de carácter general —afectaba prácticamente a todos los antipsicóticos atípicos y a todas las edades— finalmente quedo restringida.

En este sentido, esta iniciativa no resulta en estos momentos imprescindible o necesaria. Hicimos en su momento también preguntas parlamentarias y creemos que todos, incluso en esta iniciativa anunciada por el Grupo Popular, situaron mejor una propuesta inicial del ministerio que era equivocada porque afectaba a un tipo de pacientes a los que este tipo de visados plantean especiales dificultades, no solamente a los profesionales sino particularmente a los pacientes. Nos parece que se ha reconducido la situación, aunque no totalmente y esperamos ver en el futuro, por parte del Ministerio de Sanidad, una mayor coherencia en la política hacia los pacientes de salud mental, porque recientemente hemos sabido también de la supresión de otro medicamento generalizado en los pacientes de salud mental, el Meleril con lo cual los profesionales de la salud mental no saben muy bien a qué carta quedarse en los últimos tiempos. Sería conveniente que esta iniciativa supusiese una llamada de atención para que estas materias que son muy delicadas no se hagan como una iniciativa previa que crea alarma, que luego provoca una rectificación por parte del Gobierno, sino que tengan el consenso necesario entre los profesionales y, si es posible también, entre las familias de los pacientes.

La señora **PRESIDENTA**: Ahora sí. Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Martel Gómez.

La señora **MARTEL GÓMEZ**: Señorías, los días 9 de marzo y 10 de mayo del pasado año la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios emitió notas informativas en las que se hacía referencia a la seguridad de los antipsicóticos Olanzapina y Risperidona. La Agencia, en las notas emitidas, alertaba de un incremento de la mortalidad frente al placebo, así como un incremento del riesgo de accidente cerebrovascular en pacientes ancianos con trastornos psicóticos y/o conductas asociadas a demencia, a los que se estaba administrando los mencionados antipsicóticos. Con estos datos en la mano no se podían descartar o confirmar los posibles riesgos para el resto de los fármacos antipsicóticos atípicos. Paralelamente a estas noticias emitidas, la Dirección General de Farmacia constató la existencia de un elevado porcentaje de pacientes, especialmente mayores de 75 años, a los que se les venía prescribiendo antipsicóticos fuera de indicación. La información aportada por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios emitidos al Consejo de Farmacia del Consejo Interterritorial con relación a los datos de los ensayos clínicos, muestra de forma inequívoca que la Risperidona aumenta el riesgo de episodios isquémicos cerebrales en pacientes ancianos con demencia. Se resal-

taba el incremento de riesgo cuantitativo y cualitativo, se triplicaba el riesgo aumentando la gravedad del cuadro con secuelas que podrían ser permanentes. En relación con la Olanzapina, los ensayos clínicos realizados a pacientes ancianos con trastornos psicóticos y/o conductas asociadas a demencia, no habían demostrado la eficacia. Sin embargo, muestra que los pacientes en tratamientos con la Olanzapina presentaban un incremento de mortalidad respecto a los pacientes en tratamiento con placebo y un incremento del riesgo de accidente cerebrovascular en casi tres veces.

Estos datos llevaron a la Comisión de Farmacia del Consejo Interterritorial a estudiar la prescripción de estos medicamentos en nuestro país. Consecuencia de esto fue que por principio de precaución la Comisión de Farmacia del Consejo Interterritorial, en su reunión del día 14 de septiembre del pasado año, instó al Ministerio de Sanidad y Consumo a adoptar el establecimiento con carácter general del visado de inspección previo a la dispensación de antipsicóticos atípicos en beneficio de los pacientes. El control sanitario del visado, señorías, no tiene como finalidad, según se ha dicho, el control del gasto sanitario. En todo caso, y de querer adjudicarle algún tipo de control, sería el de garantizar que la prescripción es conforme a las indicaciones y requisitos establecidos para estos medicamentos por el Ministerio de Sanidad y Consumo y desde la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios en la autorización de comercialización y fichas técnicas correspondientes.

Señorías, la esquizofrenia es una enfermedad que se caracteriza por la presencia de distintos síntomas que pueden dividirse en síntomas positivos como alucinaciones, delirios, conductas extravagantes y síntomas considerados negativos como retraimiento emocional, social y afectivo, abulia, depresión, ansiedad, síntomas todos que ocasionan un progresivo deterioro cognitivo asociado también a un deterioro de las funciones mentales. Una vez iniciada la enfermedad, que suele manifestarse en la adolescencia, se ponen en marcha mecanismos neurotóxicos que conducen a la muerte y pérdida de neuronas que conllevan un empeoramiento de la enfermedad. Estos mecanismos neurotóxicos son inhibidos por tratamientos farmacológicos y más eficazmente por los de segunda generación o nuevos antipsicóticos, siendo más eficaces cuanto más precozmente y de forma continuada se administran. Señorías, el Ministerio de Sanidad y Consumo, teniendo en cuenta que el cumplimiento terapéutico es uno de los requerimientos más importantes en el tratamiento de la esquizofrenia y que la exigencia de visado para toda la población afectada podría contribuir a que se elevasen los niveles de incumplimiento terapéutico de este colectivo, con las consiguientes consecuencias de recaídas y agravamiento irreversible de la enfermedad unido a que los enfermos mentales no son conscientes de su enfermedad y que con frecuencia incumplen con la medicación, haría que el índice de abandono de los tratamientos se viera incrementado. Teniendo en cuenta los riesgos señalados en la nota de seguridad de la Agencia Española de Medi-

camentos y Productos Sanitarios, en los que se señalaba que los riesgos afectaban únicamente a los pacientes mayores de 75 años y con demencia vascular, el Ministerio de Sanidad y Consumo tomó la decisión de establecer el visado selectivo. Por tanto, la exigencia por parte del Ministerio de Sanidad de un visado para la prescripción con financiación pública de los nuevos antipsicóticos ha sido una reflexión medida y reflexionada, siempre sobre la base científica de la información emitida por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y oídas sociedades científicas y asociaciones de pacientes.

La exigencia recogida en el real decreto 1910/1984, de reflejar la fecha de nacimiento del paciente en la receta médica como uno de los datos obligatorios de consignación, es un aspecto de gran importancia para el seguimiento de los intereses en juego. La protección de la salud de los pacientes que pueden tenerla en riesgo, como son los pacientes mayores de 75 años, se realizará con el uso de los medicamentos antipsicóticos mediante un visado selectivo, de igual forma que a los pacientes afectados por esquizofrenia con edad inferior en los que no están identificados estos riesgos. El ministerio considera que el visado podría perturbar la accesibilidad a los tratamientos más eficaces para su patología. Por ello, la decisión final del Ministerio de Sanidad y Consumo, como les digo, ha sido la del establecimiento de un visado selectivo para este tipo de medicamentos, para de esta manera cumplir con la obligación de garantizar una mayor protección para los pacientes que pueden tener un mayor riesgo en la utilización de estos productos. Por otra parte, en consonancia con los postulados defendidos por la Organización Mundial de la Salud y otras organizaciones y asociaciones internacionales, se proporcionará un acceso fácil y en las condiciones menos perturbadoras a los antipsicóticos de segunda generación o atípicos para aquellos pacientes en que se encuentre indicado y no están afectados por los riesgos señalados en las notas de seguridad emitidas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Por tanto, el objetivo de esta decisión, que entró en vigor el primero de febrero, es garantizar y asegurar la salud de estos pacientes, así como el cumplimiento terapéutico en el resto del colectivo de enfermos mentales en los que está indicado el tratamiento de antipsicóticos atípicos.

Por todo lo expuesto, señorías, el Grupo Socialista votará en contra de la proposición no de ley presentada por el Grupo Popular.

— **SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA DEL CONGRESO. (Número de expediente 161/000846.)**

La señora **PRESIDENTA**: Nos queda un último punto del orden del día que es el que figura como séptimo y hace referencia a cuidados paliativos. El autor de la iniciativa es el Grupo Socialista.

Para exponerla tiene la palabra el señor Elola.

El señor **ELOLA RAMÓN**: Me gustaría comentar, en primer lugar, que esta proposición no de ley que vamos a aprobar hoy, se supone, fue aprobada la semana pasada, según se ha escrito en algún medio de comunicación. Eso que en principio parece una simple anécdota es un indicativo, sobre todo, de que el tema está ahora mismo en la agenda mediática y que está en la preocupación de los ciudadanos. Por eso, quisiera invitar, hemos llegado a un acuerdo, hemos llegado a una transaccional con el Grupo Popular, a los grupos minoritarios a que apoyasen esta proposición no de ley para que pudiera aprobarse por unanimidad. En primer lugar, quiero aclarar que no debe existir la intención de crear una planificación detallada del Plan nacional de cuidados paliativos, únicamente una definición del mismo, ya que el plan evidencia la necesidad sólo del establecimiento de una política general de cuidados paliativos, cuyo desarrollo posterior corresponderá a las comunidades autónomas. Ahora bien, visto el Plan Cost Data de 2001 y el estado actual del mismo, es manifiesto que falta el desarrollo de las bases que están definidas en el plan, la implantación de la mayor parte de las medidas que vienen contenidas en el mismo, equidad en la distribución territorial de los recursos, incluso gran parte de la población ahora mismo no tiene cobertura respecto a lo contemplado en este plan.

Me gustaría destacar dos aspectos sobre el texto del plan. Por un lado, fija comunidades susceptibles de abordar este tipo de actuaciones, las actuaciones paliativas, oncología, radioterapia, medicina interna, hematología, cirugía y urgencias, y también nombra las urgencias entre los equipos diana sobre los que desarrollar las medidas a tomar, las intervenciones o la preparación de profesionales. Proponemos en nuestra proposición en principio la necesidad de una nueva duración del plan. Es imprescindible porque sólo se hizo la evaluación inicial en el 2001, que es la que consta en el anexo 3 del plan, y aunque en su punto 10 establece que el Consejo Interterritorial evaluará periódicamente la puesta en marcha y el funcionamiento, consideramos que la evaluación debe realizarse porque no se ha hecho nada desde ese momento. Esta evaluación, como reflejamos, debe poder dar lugar, no tiene por qué obligatoriamente, a una nueva revisión y a una renovación del plan. Se nos ocurre, por ejemplo, que quizá haya que hacer mención explícita de la sedación paliativa en el registro de últimas voluntades. Por otro lado, son partes del desarrollo del plan el impulso, que se suponía en principio como objetivo prioritario de la creación de unidades de paliativos por parte de las comunidades autónomas, que todavía está muy falto de desarrollo y la creación de protocolos sobre esta área. En un principio, como en todas las áreas, los protocolos dependen disminuir la variabilidad en la práctica médica y no imponer una uniformidad. Sobre los protocolos, la Ley de ordenación de profesiones sanitarias, en su artículo 4, los define como que los protocolos deberán ser utilizados de forma orientativa como guía para todos los profesio-

nales de un equipo y serán regularmente actualizados con la participación de aquellos que los deben aplicar. No se pueden usar los protocolos como un chequeo para comprobar la buena o mala práctica médica.

Por último, en nuestra proposición se solicita que se mejore la relación médico-paciente con una defensa de los derechos de ambos, derechos que ahora mismo están ciertamente perjudicados. La alteración de la relación médico-paciente, la falta de confianza entre los dos términos de esta operación ocasiona en el paciente el miedo a la falta de información o a no ser atendido en condiciones. Eso suele desembocar en una consulta agresiva en los que ejercemos y conocemos algunos temas de este tipo y en la judicialización de la sanidad. Y en el médico el miedo a la judicialización de la sanidad nos lleva a una medicina defensiva. No nos equivoquemos porque el principal perjudicado siempre es el paciente, ya que es el que tiene la situación de mayor indefensión. Ahora mismo la relación entre los médicos y los pacientes está alterada. Se ha dañado el prestigio de los profesionales que trabajan en el Sistema Nacional de Salud y, por tanto, se ha menoscabado la confianza del paciente en el médico.

Debemos valorar de forma especial la defensa de la historia clínica como documento principal en esta relación. La Ley 41/2002, de la Autonomía del Paciente, fija la historia clínica como el conjunto de documentos que integran en la atención clínica a cada paciente, luego es el principal de los documentos que van a regular la relación médico-paciente. Este punto también es importante para contrarrestar la situación actual y para poder lograr una nueva relación entre los médicos y los pacientes, para poder lograr una nueva confianza en el Sistema Nacional de Salud.

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

La señora **ROLDÓS CABALLERO**: Señorías, para el Grupo Popular, para el Partido Popular los cuidados paliativos siempre han sido una auténtica prioridad. Y digo que han sido una auténtica prioridad porque me van a permitir que me remita a que en el año 1998 el Ministerio de Sanidad y Consumo, gobernado por el Partido Popular, y el Consejo General del Poder Judicial por primera vez en nuestro país hablan de cuidados paliativos en un documento importante que es el documento de consenso sobre situaciones al final de la vida. Es el Grupo Popular en el Senado quien en el año 1999 instó al Gobierno, al Gobierno del Partido Popular, a elaborar un Plan Nacional de Cuidados Paliativos, plan sobre el que se aprueban las bases para su desarrollo en diciembre del año 2000 en el Consejo Interterritorial. Es decir, por primera vez en la historia de nuestra democracia se va a elaborar un plan sobre cuidados paliativos, cuando en el mundo civilizado, por ejemplo, en el Reino Unido se empezó a trabajar en cuidados paliativos los años

sesenta-setenta. Quiero hacer aquí un reconocimiento expreso tanto de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos como de diversas organizaciones no gubernamentales, como la Asociación Española contra el Cáncer y como San Juan de Dios que tanto han hecho a favor de los pacientes en situación terminal y en el impulso decidido a que tuviéramos unos cuidados paliativos. No nos hemos quedado ahí en el Partido Popular, sino que en la legislatura pasada hemos aprobado tres leyes importantísimas para el desarrollo de los cuidados paliativos. En primer lugar, garantizar los derechos de los pacientes con la Ley de la Autonomía del Paciente y, por ello, en nuestra enmienda de sustitución pedimos, en primer lugar, que de manera urgente e inmediata el Ministerio de Sanidad apruebe de una vez por todas el real decreto para crear el registro nacional de instrucciones previas que está en el desarrollo reglamentario de la Ley de la Autonomía del Paciente. No nos hemos quedado ahí tampoco, sino que en una ley importantísima, la Ley de Cohesión y de Calidad del Sistema Nacional de Salud, por primera vez se reconoce dentro del catálogo de prestaciones a los cuidados paliativos tanto en atención especializada como en atención primaria. Por primera vez en una ley se reconoce el catálogo de prestaciones. Quien tiene ahora la responsabilidad de dirigir el Ministerio de Sanidad es el que tiene que elaborar por fin una cartera de servicios en la que se recojan los cuidados paliativos tanto en atención primaria como en atención especializada.

Hay algo más. Nos hemos ocupado de los profesionales también con la Ley de Ordenación de profesiones sanitarias y a esa larga reivindicación de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos y de los profesionales que trabajan en cuidados paliativos, hemos posibilitado la actuación o la intervención en lo que se llaman áreas de capacitación específica, que es una larga reivindicación de esos profesionales. De la misma manera recogemos expresamente en nuestra enmienda la financiación hacia las comunidades autónomas del Plan de Cuidados Paliativos porque así lo recoge la Ley de Cohesión y de Calidad en la disposición adicional quinta que dice: hay que adaptar el Fondo de Cohesión Sanitaria, fondo que estaba previsto en la Ley de Financiación Autonómica, que el Ministerio de Sanidad y Consumo realizará políticas que aseguren la cohesión sanitaria y la corrección de desigualdades entre las distintas comunidades autónomas. Por tanto, la financiación a través del Fondo de Cohesión de las Comunidades autónomas es clave para las mismas. Es verdad que ha habido un desarrollo desigual y una implantación desigual de los cuidados paliativos en las diferentes comunidades autónomas, pero es responsabilidad del Gobierno financiar y ayudar a esas comunidades autónomas para que desarrollen mejor los cuidados paliativos. En nuestro grupo parlamentario hay un representante de la Rioja que ha manifestado que en dicha comunidad las unidades de cuidados paliativos están desarrolladas al cien por cien.

Estamos satisfechos de que por primera vez en esta legislatura hablemos de cuidados paliativos y de que lo hablemos en el marco sanitario y no como hemos tenido que hacerlo en otras ocasiones, como solución a distintas propuestas de otros grupos parlamentarios cuando se habla de eutanasia o de acabar con la vida de los pacientes. Me gustaría señalar que el señor portavoz del Grupo Socialista ha dicho que en la actualidad estaba alterada, estaba dañada, menoscabada la confianza y la relación médico-paciente. Me remito a lo que la ministra de Sanidad ha venido a exponer estos días sobre la encuesta nacional de salud y del observatorio, donde los pacientes lo que mejor valoran del Sistema Nacional de Salud es a los profesionales. Flaco favor hacemos a los pacientes y a los profesionales cuando ponemos una mínima duda en la relación de confianza que debe existir siempre entre médicos y pacientes para ofrecer una atención de calidad.

En nuestra enmienda hacemos hincapié no solamente en esa área de capacitación específica, sino que se debe garantizar que en los programas de formación de los profesionales sanitarios, de todos los profesionales que intervienen en esa asistencia integral y multidisciplinar que deben ser los cuidados paliativos al enfermo y a su familia, los médicos, las enfermeras, los psicólogos, los asistentes sociales, deben tener una formación de pregrado y de postgrado específica en cuidados paliativos y que se debe garantizar su formación continuada y el apoyo psicológico de estos profesionales sanitarios que prestan la atención en cuidados paliativos. De la misma manera es necesario crear e impulsar centros de investigación, centros de enseñanza y centros de capacitación en cuidados paliativos, porque de mala manera podremos implantar los cuidados paliativos en las distintas comunidades autónomas al máximo nivel y con un nivel de excelencia, si no tenemos profesionales formados y capacitados para llevarla a cabo y si no impulsamos la investigación. Igualmente, es importante resaltar el impulso a la divulgación social de los cuidados paliativos como auténtica señal de identidad de calidad de los servicios sanitarios y no solamente de los servicios sanitarios, sino de una sociedad, aquella sociedad que es capaz de atender al que sufre, de atender al paciente terminal, al paciente moribundo, una sociedad con un alto nivel de calidad en el ámbito moral y en el social. Por tanto, señorías, estamos a favor de que hoy aquí haya el máximo consenso y podamos aprobar una enmienda transaccional sobre la que ya hemos hablado con el Grupo Socialista. Nos gustaría que el resto de fuerzas políticas se sumara, pero por hoy es una intención de mínimos, por así decirlo, y en el Grupo Popular entendemos que en la prestación en cuidados paliativos debemos de ir a lo que decía antes, a la excelencia en la prestación sanitaria. Por tanto, me gustaría que hubiera un acuerdo unánime de todos los miembros de esta Comisión de Sanidad. El patrón demográfico que tenemos actualmente en España es el siguiente: un gran envejecimiento de la población, una mayor duración en

cuanto a años de vida de la población, la aparición de mayor número de enfermedades crónicas y de enfermedades degenerativas. Por tanto, tener unos cuidados paliativos de calidad es una garantía para todos los pacientes que llegan hasta esta situación.

La señora **PRESIDENTA**: Ha manifestado usted en su intervención, también se ha hecho con anterioridad por el señor Elola, la idea de la aceptación o el haber llegado a una transacción respecto de la enmienda presentada por el Grupo Popular. Antes de proceder a la votación sería bueno que por parte del autor de la iniciativa, del dueño de la iniciativa se nos manifieste en qué términos se traslada a la Mesa el contenido del acuerdo si es que se ha producido.

Tiene la palabra el señor Elola.

El señor **ELOLA RAMÓN**: Ahora podremos trasladarlo a la Mesa, en cuanto la traigan. Aceptamos algunas de las propuestas que ha efectuado el Grupo Popular en su enmienda. Seguimos solicitando al Gobierno que se cree con la mayor urgencia posible el registro nacional de instrucciones previas sobre la base de una propuesta del Grupo Socialista del mes de septiembre. Si no me equivoco, ahora mismo ya está en el Consejo de Estado, con lo cual ya es inminente. Se incluye el promover la inclusión de contenidos de cuidados paliativos en la formación de los profesionales e impulsar la divulgación de la importancia social de los cuidados paliativos.

La señora **PRESIDENTA**: Señora Roldós.

La señora **ROLDÓS CABALLERO**: Señora presidenta, solicitamos que se dé lectura a la enmienda transaccional.

La señora **PRESIDENTA**: Se nos ha dicho que se nos va a hacer llegar. No sé si en este momento está a disposición. Iba a hacer yo, antes de proceder a la votación, una recapitulación de cual es el Estado de la cuestión respecto de los distintos puntos, porque también se ha solicitado la posibilidad de explicación de voto por parte del Grupo Popular, a la que no existe inconveniente, pero entiendo que es explicación de voto una vez producida la votación. Así lo prevé el Reglamento, pero tampoco hay inconveniente en que se produzca antes. Vamos a ir punto a punto del orden del día y veremos cuál es la situación respecto a lo que será sometido a la consideración de sus señorías.

El punto primero, que es el relativo a un plan de control de las enfermedades nosocomiales, del Grupo Popular, según ha deducido esta Presidencia, ha sido objeto de una enmienda presentada por el Grupo Socialista que parece es objeto de acuerdo por parte de las dos formaciones políticas y, será por tanto esto, lo que se someta a la consideración de sus señorías. En cuanto al punto número dos, punto respecto del cual por parte del Grupo Popular se ha pedido explicación de voto, existe,

siendo una iniciativa presentada por el Grupo Socialista y por el Grupo de Izquierda Verde-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds, una enmienda presentada por parte del Grupo Popular, pero no ha sido objeto de aceptación por parte de los dos grupos proponentes, con lo cual lo que se somete a votación será el texto literal de la iniciativa y, por tanto, se dará el turno correspondiente para la explicación de voto al Grupo Popular antes de votar, pero si me lo permite el representante del Grupo Popular una vez que hayamos hecho recuento de cómo está el conjunto de las iniciativas. A continuación, el punto número 3 del orden del día es el relativo a la exigencia de visado para la prescripción de financiación pública de los nuevos antipsicóticos, que ha sido presentado por el Grupo Popular. Lo que nos ha parecido deducir es que no existía acuerdo entre las dos formaciones, por tanto, nuevamente estamos ante una iniciativa que se votará en los propios términos manifestados por parte del Grupo Popular. Luego agruparé en una las cuatro iniciativas que se refieren a la fibromialgia o al síndrome de fatiga crónica, presentadas por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), por Esquerra Republicana de Catalunya, por el Grupo Socialista y por el Grupo Popular, respecto de las cuales, según se ha puesto en conocimiento de la Mesa, existe un texto consensuado por todas las formaciones políticas. Finalmente, está el punto 7.º, sobre cuidados paliativos, último en el orden de intervención, respecto del cual la iniciativa presentada por parte del Grupo Socialista ha sido objeto de transacción por parte del Grupo Popular y someteremos a votación un único texto que se solicitaba objeto de votación. Procederemos, por tanto, a la lectura previa de ese texto no sé si en este momento o antes de formularse la votación.

Mientras van acudiendo los señores diputados procederé a la lectura. Se dice: proposición no de ley sobre cuidados paliativos. El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a impulsar, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, la evaluación de la situación de los cuidados paliativos en España y de la aplicación del Plan Nacional de Cuidados Paliativos. La implantación y desarrollo de las medidas contenidas en dicho plan y, en su caso, la revisión del mismo para incorporar aquellas otras que se consideren necesarias. El fomento de la creación por las comunidades autónomas de unidades de cuidados paliativos. La adopción de medidas que afiancen la mejor relación médico-paciente basada en la confianza mutua, en el marco del respeto de los derechos de los pacientes y el de los profesionales sanitarios en su ejercicio profesional. Aprobar de manera inmediata el real decreto para crear el registro nacional de instrucciones previas. Promover la inclusión de contenidos sobre cuidados paliativos en la formación de los profesionales sanitarios y, finalmente, impulsar la divulgación acerca de la importancia social de los cuidados paliativos. Este será el texto que será sometido a votación. A continuación y tal como se solicitaba por parte del Grupo Popular, se concederá un turno de

palabra a quien ha intervenido en el punto número 2, relativo al Instituto Nacional de Silicosis, en el bien entendido supuesto de que tras la intervención del Grupo Popular podrán intervenir también por un tiempo muy breve los autores de la iniciativa, tanto la representación del Grupo Socialista, como del Grupo de Izquierda Verde-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds.

En nombre del Grupo Popular, que es quien ha solicitado la explicación de voto, tiene la palabra el señor González López.

El señor **GONZÁLEZ LÓPEZ:** Simplemente quiero explicar la intención de voto del Grupo Popular en este tema. El Grupo Popular se va a abstener con respecto a este punto no porque no esté de acuerdo con conveniar y con aportar financiación al Hospital Universitario Central de Asturias, que sí lo está y desde luego lo dejó más que claro durante el Gobierno del Partido Popular con estos 20.000 millones de pesetas encima de la mesa, la cuestión es que nos parece una propuesta de mínimos por parte de ambos grupos, inconcreta, que no asume ni tan siquiera los compromisos históricos con respecto a este centro. Por tanto, al no aceptar nuestra enmienda, que consideramos que va más allá, nos tenemos que abstener.

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

La señora **CARCEDO ROCES:** Si el Grupo Popular se abstiene, se abstiene, pero que no justifique su votación en esta iniciativa en función de supuestos y premisas no correctas o falsas. No existían tales 21.000 millones de maras, la única consignación presupuestaria existente en los Presupuestos Generales del Estado para el Hospital Central de Asturias en la anterior legislatura fueron 100 millones de pesetas en el año 2001. Ésa es la única partida presupuestaria incluida en los Presupuestos Generales del Estado. Por tanto, no argumente teorías basadas en hipótesis falsas. No podemos admitirle su argumentación. La otra cuestión es que la iniciativa de colaboración entre administraciones y en este caso en lo que afecta a la participación de la Administración general del Estado a través de los Presupuestos Generales del Estado, es sobre la base de la situación específica y singular del Instituto Nacional de Silicosis, que forma parte del complejo del Hospital Universitario Central de Asturias. Ésa es la razón que le diferencia del resto de hospitales en marcha y si, efectivamente, como usted manifestó en su intervención anterior, las transferencias fueron realizadas en situación precaria desde el punto de vista financiero, es una responsabilidad exclusiva del anterior Gobierno del Partido Popular. Por tanto, no nos traslade responsabilidades ni argumente en bases falsas su posición de voto respecto al convenio.

La señora **PRESIDENTA:** Tiene la palabra el señor Llamazares.

El señor **LLAMAZARES TRIGO**: Al Grupo Parlamentario Popular le pediría que no volvámos a caer en lo que nos llevó a un desacuerdo de años, y es volver a plantear a pie forzado la negociación entre las dos administraciones, o lo que es peor, volver a consolidar a una Administración superior a la otra. Eso fueron los factores que hicieron imposible el acuerdo. Por tanto, hagamos hincapié precisamente en lo contrario, en las antípodas de esa posición a pies forzados, y es la voluntad de diálogo, de acuerdo y de que haya un convenio de cofinanciación, que es el sentido de la iniciativa. Yo creo que son mayores las dos administraciones, la Administración central y la Administración autonómica, para que haya un acuerdo que permita que ese hospital sea un hospital para la Comunidad Autónoma Asturiana y que dentro del hospital sea financiado lo que tiene que ver con las enfermedades respiratorias, lo que tiene que ver con los elementos de referencia estatal. En esa confianza hacemos esta iniciativa confiando en el ejercicio de las plenas competencias de las dos administraciones y sin que haya ningún tipo de patronazgo por parte del Parlamento o por parte de una Administración sobre otra.

La señora **PRESIDENTA**: Concluida las intervenciones, vamos a proceder a la votación de los distintos puntos del orden del día.

Punto primero, relativo al desarrollo de un Plan de control de enfermedades nosocomiales. Existe un texto transaccional que es el que se somete a votación.

#### **Efectuada la votación, dijo**

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

Punto segundo, relativo al Instituto Nacional de Sili-cosis. Al no haber sido objeto de aceptación ni de transacción la enmienda presentada por el Grupo Popular se vota en los propios términos de la iniciativa presentada por el Grupo Socialista y por el Grupo de Izquierda Verde-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds.

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

La señora **PRESIDENTA**: Queda aprobado.

Punto tercero, relativo a la exigencia de visado para la prescripción con financiación pública de los nuevos antipsicóticos. Se somete a votación en sus propios términos, puesto que no había sido objeto de enmienda alguna.

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

La señora **PRESIDENTA**: Queda rechazado.

A continuación, votaremos el bloque de las proposiciones no de ley cuarta, quinta, sexta y octava, relativas a la fibromialgia o fatiga crónica, que han sido objeto de un texto transaccional, que creo que todas SS.SS. conocen.

#### **Efectuada la votación, dijo**

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

Finalmente, queda por votar el punto número siete del orden del día, que hace referencia a cuidados paliativos, en los términos de la iniciativa del Grupo Parlamentario Socialista, que después ha sido objeto de transacción con la enmienda del Grupo Parlamentario Popular.

#### **Efectuada la votación, dijo**

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

Se levanta la sesión, recordando a los señores portavoces y a la Mesa que tenemos ahora la correspondiente reunión de cara a fijar un día y un orden del día para una próxima sesión.

#### **Eran las seis y cuarenta minutos de la tarde.**

Corrección de errores.—En el «Diario de Sesiones» número 239, correspondiente a la sesión celebrada por esta Comisión de Sanidad y Consumo el miércoles, 13 de abril pasado, en la intervención del diputado señor Gutiérrez Molina, del Grupo Parlamentario Popular —página 25, primera columna, línea 46—, donde dice «carácter *faltatorio*» debe entenderse «carácter *sal-tatorio*».

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**