



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2006

VIII Legislatura

Núm. 651

SANIDAD Y CONSUMO

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

Sesión núm. 33

celebrada el jueves, 28 de septiembre de 2006

Página

ORDEN DEL DÍA:

Proposiciones no de ley:

- | | |
|--|---|
| — Relativa a la equidad de la ratio de enfermería por cada 100.000 habitantes dentro del Sistema Nacional de Salud. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/000954.) | 2 |
| — Relativa a la enfermedad de Parkinson. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/001574.) | 5 |
| — Relativa a actuaciones del Gobierno para dar a conocer la enfermedad de Parkinson y mejorar la calidad de vida de los enfermos. Presentada por el Grupo Parlamentario Mixto. (Número de expediente 161/001804.) | 5 |

	Página
— Sobre los efectos de la contaminación acústica sobre la salud. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista del Congreso. (Número de expediente 161/001705.)	8
— Relativa a la inspección sanitaria en el puerto de Vigo (Pontevedra). Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/001765.)	11
— Relativa a la defensa del modelo español de oficinas de farmacia. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/001854.)	14
— Relativa al impulso de las acciones necesarias para la no discriminación de los seropositivos. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista del Congreso. (Número de expediente 16/001856.)	17

Se abre la sesión a las dos y cinco minutos de la tarde.

PROPOSICIONES NO DE LEY:

- **RELATIVA A LA EQUIDAD DE LA RATIO DE ENFERMERÍA POR CADA 100.000 HABITANTES DENTRO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/000954.)**

La señora **PRESIDENTA**: Se abre la sesión.

Comienza la sesión número 33 de la Comisión de Sanidad y Consumo dedicada al debate y votación de proposiciones no de ley, es decir, a la actividad de instar al Gobierno. La primera de las numeradas, puesto que no ha habido ninguna solicitud de cambio de orden, es la relativa al equilibrio de la ratio de enfermería por cada 100.000 habitantes dentro del Sistema Nacional de Salud. Su autor es el Grupo Parlamentario Popular y, para su defensa, tiene la palabra la señora Velasco.

La señora **VELASCO MORILLO**: El Grupo Popular, y esta diputada en particular, tiene hoy el honor de presentar y debatir en esta Cámara y en la Comisión de Sanidad y Consumo una iniciativa de gran trascendencia para unos profesionales que ya solo por el número, cerca de 250.000 profesionales de enfermería entre los que me incluyo, merecen que se tengan en cuenta cuáles son sus necesidades para poder ejercer su profesión al nivel que se merecen todos los ciudadanos que acuden al Sistema Nacional de Salud en nuestro país. Dentro de las múltiples carencias que tiene esta profesión sanitaria, una de ellas es la que aparece en esta iniciativa que hoy trae a la Cámara mi grupo parlamentario: la equidad de la ratio de enfermería por cada 100.000

habitantes dentro del Sistema Nacional de Salud, ratio que no guarda ningún tipo de equidad en nuestro sistema sanitario incumpliendo, por tanto, cada uno de los principios fundamentales del sistema, la equidad en la asistencia sanitaria en todo el territorio español, asistencia que es prestada, entre otros profesionales que forman parte del equipo multidisciplinar, por los profesionales de enfermería. España tiene uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo, pero dispone de un número de enfermeras por cada 100.000 habitantes que, aunque ha crecido en los últimos años, está aún muy por debajo de la media europea. Ejemplo, si destacamos cuál es la media en una selección de países europeos del entorno español, observamos el importante contraste que existe entre todos ellos, puesto que el número de enfermeras por cada 100.000 habitantes que tiene, por ejemplo, Finlandia, 2.181, es más de cinco veces mayor que las ratios de Portugal, 349, Grecia, 391, e Italia y 4,3 veces mayor que la ratio de España, 500. Los dos siguientes países con mayor ratio de enfermeras por cada 100.000 habitantes siguen estando muy lejos de las ratios, más bajas, que tiene España. Así, Suecia, 1.093, Dinamarca, 950, Irlanda, 947, ó el Reino Unido, 894, tienen unas ratios que prácticamente suponen el doble que España, 500. En Europa existe una media de 843 enfermeras por cada 100.000 habitantes, un dato muy superior a la ratio española, 500, que se queda a 343 enfermeras de la media europea y supone un 40 por ciento menos de profesionales. Cabe destacar que estas 343 enfermeras sería la dotación estimada para un hospital de 300 camas, diferencia que nos separa de la media europea. Como ejemplo también son apreciables los datos que reflejan por comunidades autónomas, existiendo grandes contrastes entre todas ellas, un dato que pone en evidencia el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad, y la participación en el sistema sanitario. La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud establece acciones de coordinación y cooperación de las administraciones públicas

sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho de protección de la salud. Pues bien, el actual Gobierno del señor Rodríguez Zapatero no está llevando a cabo ni una sola medida para subsanar los desequilibrios de las ratios de enfermería entre las diferentes comunidades autónomas, donde ni una sola de las comunidades autónomas llega a la media europea. Cabe destacar que, por ejemplo, Navarra es la comunidad autónoma que mayor número de enfermeras tiene por cada 100.000 habitantes, 833, estando tan solo a cinco de la media europea. El contraste citado anteriormente queda manifestado cuando comparamos el dato de Navarra con, por ejemplo, el de Murcia, 378, Galicia, 396, Valencia, 406, Castilla-La Mancha, 415, o con el de mi comunidad, por ejemplo, 507, que es la de Castilla y León. En general todas ellas, excepto Navarra, están a más de 250 enfermeras por cada 100.000 habitantes para acercarse a la media europea, lo que supone entre un 32 y un 40 por ciento menos de profesionales. Se mantienen dentro de la media nacional comunidades autónomas como Castilla y León, que antes he citado, 507, Extremadura, 502 y Cataluña, 495. Atendiendo a las ratios del número de enfermeras por cada 100.000 habitantes, de cada una de las 52 provincias españolas se vuelven a detectar importantes contrastes entre todas ellas. Señorías, estos desequilibrios que tenemos en todo el territorio español, como habrán podido valorar, hacen que exista un verdadero descontento entre los profesionales de enfermería, porque, aunque forman parte del motor de nuestro Sistema Nacional de Salud, no ven que existan unos criterios comunes claros entre las diferentes necesidades de pacientes y los cuidados de enfermería necesarios en cada servicio. Que sean homologables en todo el territorio español hace que permanentemente los representantes de estos profesionales, como son, por ejemplo, el Consejo General de Enfermería o los agentes sociales, les recuerden a los responsables sanitarios la necesidad de abordar esta situación. Desde mi grupo entendemos que es trascendental que el Congreso de los Diputados, a través de esta Comisión de Sanidad y Consumo, inste al Gobierno a que no pueda dar la espalda a esta situación y, por supuesto, a los cerca de 250.000 enfermeros que hay en España y que quieren desarrollar su profesión en las mejores condiciones, como así se lo reconocen en el ámbito internacional, ya que cada vez son más demandados en el mercado laboral de la Unión Europea. En países como el Reino Unido, Francia, Italia y Portugal encontramos unas condiciones laborales mejores que en España. En definitiva, España está formando a magníficos profesionales y no les estamos ofreciendo unas condiciones laborales que hagan que vayan aumentando esas ratios de enfermería. Las necesidades de profesionales es una de las asignaturas pendientes que tiene este Gobierno y en concreto la de los profesionales de enfermería. No solo se lo dice este grupo parlamentario, se lo están demandando los representantes de los profesionales y los responsables de los gobiernos de las comu-

nidades autónomas. Hagan un estudio serio de cuál es la situación y den participación a los representantes de la profesión, que tienen perfectamente definidas esas carencias, conociendo así, de una forma real y seria, cuál es la realidad de la enfermería española.

El Grupo Parlamentario Popular —en particular, esta diputada que, como enfermera que soy, estoy en permanente contacto con la profesión, lo cual me permite conocer el sentir por el que está pasando esta profesión, el más absoluto abandono de este Gobierno— no quiere que se mantengan estas necesidades de profesionales que, por otro lado, podíamos haber conocido los miembros de esta Comisión si se hubiera admitido la creación de una subcomisión sobre las necesidades de profesionales. Señorías, los profesionales de enfermería son un pilar fundamental en el desarrollo y la mejora de nuestro sistema, y la implicación de todas las administraciones sanitarias dentro del marco del Consejo Interterritorial hará posible que se unifiquen esas desigualdades en las ratios de enfermeras para todo el territorio español, logrando una mayor calidad de los cuidados de enfermería en la sociedad y acercarnos así a la media europea. Por ese motivo, el Grupo Parlamentario Popular presenta la siguiente proposición no de ley, para que el Congreso de los Diputados inste al Gobierno a que impulse, dentro de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, los oportunos criterios de homologación básicos para que la ratio de enfermería por cada 100.000 habitantes se incremente en todo el territorio español para contribuir a la mejor calidad de la asistencia sanitaria, que se garantice el mejor nivel de cuidados de enfermería dentro del sistema nacional y que en el Consejo Interterritorial se vele por que se cumplan criterios comunes de cuidados de enfermería para que exista una equidad de la ratio de enfermera en todo el Sistema Nacional de Salud.

A nuestra iniciativa se ha presentado por parte del Grupo Parlamentario Socialista una enmienda de sustitución. En primer lugar, tengo que decirles que es una auténtica desconsideración hacia la profesión de enfermería, porque en su iniciativa lo primero que habría que definir es si va a ser dentro del siglo XXI, porque después de conocer el decreto de especialidades, que desde abril del año 2005 aún está pendiente de empezar a desarrollarse, tenemos serias dudas de que quieran hacer algo por la profesión de enfermería. Por otro lado, con su enmienda lo que hacen es reproducir una iniciativa que ya aprobamos aquí, a propuesta del Grupo Parlamentario Socialista con una transaccional del Grupo Parlamentario Popular, en la última Comisión de Sanidad que se celebró en esta Cámara, el día 27 de junio, y en la que ya se reconocía que había que presentar un informe antes de final de año sobre las necesidades actuales y futuras de profesionales sanitarios. Mi grupo parlamentario entiende que el Gobierno está trabajando en ello y esperamos que sea verdad que antes de final de año conozcamos cómo van los trabajos, como así se votó, con el apoyo de mi grupo, en esa transaccional. Quiero recordar

que mi grupo parlamentario lo único que pretende con esta iniciativa es definir los criterios de homologación de las ratios de enfermería por cada 100.000 habitantes, garantizar el mismo nivel de cuidados en todo el territorio español y, por otro lado, que el Consejo Interterritorial se implique en el cumplimiento de esos criterios comunes de cuidados de enfermería, ya que en su iniciativa está a años luz de recogerse algunas de las cuestiones planteadas en nuestra proposición no de ley.

La señora **PRESIDENTA:** Señora Velasco, usted ha mencionado la existencia de una enmienda a esta proposición no de ley y, efectivamente, así es, ha sido presentada por el Grupo Parlamentario Socialista y para su defensa tiene la palabra la señora Grande.

La señora **GRANDE PESQUERO:** En su exposición de motivos el grupo proponente hace afirmaciones con las cuales los que creemos en un sistema sanitario público, universal y de calidad, no podemos dejar de coincidir. Sin embargo, discrepamos en algunas otras que parecen inspiradas por el presidente de algún sindicato concreto, ya que parte de su argumentación coincide casi literalmente con declaraciones del susodicho y es imposible no deducir que o ustedes le inspiran a él o él les inspira a ustedes, pero no puede ser pura coincidencia tanta similitud. Señorías, estamos hablando de asistencia sanitaria, de su calidad y de su equidad. Por tanto, me atrevo a afirmar —creo que estaremos todos de acuerdo— que de su mantenimiento y de su progresiva mejora depende en gran medida la continuidad de uno de los elementos fundamentales que sustentan nuestro Estado del bienestar. Por ello, mi grupo no quiere hacer un discurso partidario a favor de colectivos determinados o de sectores concretos y propongo que nos centremos en el análisis de nuestra propuesta alternativa, que en esencia es bastante coincidente y persigue el mismo fin, mejorar la calidad, la seguridad de los pacientes y la equidad del sistema. Sobre este concepto de equidad en la asistencia sanitaria coincidiremos en que constituye uno de los principios básicos de nuestro sistema, por lo que el Ministerio de Sanidad y Consumo, en el ejercicio de sus competencias, realiza un atento seguimiento de la actividad de los diferentes servicios de salud e impulsa las medidas que considera oportunas donde debe, que es en el seno del Consejo Interterritorial, para garantizar su cumplimiento. Por eso, afirmar, como hacen en su propuesta, que existen desigualdades en la asistencia sanitaria entre los servicios de salud de las comunidades autónomas derivadas de la diferencia en las ratios del número de profesionales de enfermería por cada 100.000 habitantes, es, diciéndolo solo con una operación matemática, como poco una interpretación algo sesgada si no acompañamos este dato de otras variables tan decisivas para su correcta interpretación, como son entre otras la dispersión geográfica de la población, la posible integración de los servicios sociales en los servicios de salud, la composición de los equipos de enfermería o el nivel de

la atención, es decir, si estamos hablando de atención primaria o atención especializada, para no seguir nombrando algunas variables más. Si tuviéramos en cuenta la ratio que utiliza la OMS en todos los estudios y análisis poblacionales que hace en relación con la necesidad de profesionales para el cuidado de la población, observaríamos que engloba no solo a lo que en nuestro país son los diplomados universitarios en enfermería, sino también a otros profesionales sanitarios que igualmente se dedican a los cuidados de enfermería, como son los técnicos de formación profesional en cuidados auxiliares de enfermería. Por ello, al comparar las ratios, en España hay una tendencia a la baja y en otros países de la Comunidad Europea al alza. Desde luego, en lo que sí estamos de acuerdo es en que los profesionales de enfermería son un pilar fundamental del Sistema Nacional de Salud, pero su reconocida profesionalidad y la calidad de la asistencia que prestan no pueden reducirse a un simple análisis cuantitativo, ya que existen también aspectos cualitativos relativos a la especificidad, en la que las diferentes comunidades autónomas pueden determinar variaciones en el número de profesionales sanitarios necesarios sin que ello implique mermar la equidad y la calidad. Desde luego, yo no creo que equidad sea sinónimo de uniformidad. Por otra parte, no hay que olvidar que la dimensión de las plantillas en las instituciones sanitarias de atención especializada y centros de atención primaria debe abordarse en el marco de la planificación y gestión de los recursos sanitarios, siendo los servicios de salud los que deben priorizar y planificar sus propios recursos humanos, según, desde luego, la disponibilidad de los presupuestos y las necesidades de estos profesionales.

Sinceramente, señorías del Grupo Popular, no termino de comprender por qué caen una y otra vez en la tentación de dirigir desde esta Comisión de Sanidad algo que debe hacerse desde las instituciones que tienen la competencia, como son las comunidades autónomas, el Consejo Interterritorial y sus diferentes comisiones y el propio Ministerio de Sanidad y Consumo. Creo que es la cuarta vez que en esta legislatura nos presentan una iniciativa sobre recursos humanos y es la cuarta vez que les tenemos que recordar que lo que reiteradamente ustedes pretenden va en contra de la Ley de Cohesión y del propio proceso de transferencias. Les sugiero, señorías, que repasen los acuerdos tomados —por cierto, por unanimidad— en el último pleno de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud. En ese pleno, la ministra Salgado afirmó una vez más que la adecuada planificación de los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud es un elemento fundamental para garantizar una asistencia sanitaria de calidad. Habló de la necesidad de un registro de profesionales sanitarios —por cierto, aún no existía en nuestro país— que permitiría a las administraciones sanitarias dotarse de un instrumento clave para la ordenación de recursos, que se complementará con el estudio de necesidades de especialistas que se está elaborando. Y es en el seno de esta Comisión de Recursos Humanos donde están representadas todas las comunidades autónomas y

donde se adoptarán los criterios de planificación cuantitativa y cualitativa para responder a las necesidades detectadas de dicho estudio, que está a punto de presentarse. Por eso, acordaron que el Ministerio de Sanidad y Consumo podría complementar este trabajo de los especialistas, ya casi concluido, con el estudio sobre las necesidades futuras de la enfermería, para, como señaló la ministra, tener una visión más completa de las necesidades del sistema y además en un momento en que se van a desarrollar sus especialidades. Por todo lo expuesto, señoría, someto a su consideración la enmienda de sustitución que hemos presentado.

La señora **PRESIDENTA**: Mi consideración no será, será la de la Comisión, señora Grande.

La señora **GRANDE PESQUERO**: Sí, de la Comisión; de sus señorías.

La señora **VELASCO MORILLO**: ¿No hay turno de réplica?

La señora **PRESIDENTA**: Me ha parecido que no había más allá de lo que debe ser el planteamiento de una cuestión y la contestación por parte del grupo siguiente.

La señora **VELASCO MORILLO**: Serán diez segundos simplemente.

La señora **PRESIDENTA**: Tendré que conceder lo mismo a la representante del Grupo Socialista y no era ese el criterio que habíamos manifestado con los portavoces al comienzo de la sesión, pero tiene usted la palabra. Por favor, sea muy breve.

La señora **VELASCO MORILLO**: Intervengo simplemente para que quede muy claro que los únicos profesionales que tienen las competencias, y se las atribuye la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias, en materia de cuidados de enfermería son los diplomados universitarios en enfermería, ni los técnicos ni los auxiliares de enfermería.

La señora **PRESIDENTA**: Señora Grande, ¿quiere usted matizar algo?

La señora **GRANDE PESQUERO**: A lo mejor me ha malinterpretado la señora diputada, pero yo cuando he hablado de otros técnicos estoy hablando de las ratios, de los datos que toma la OMS, por ejemplo, y de los profesionales que incluye, con la diferencia de que, efectivamente, en España solo se incluyen los diplomados en enfermería, pero en la OMS incluyen a otros que en España equivaldrían a los técnicos auxiliares que también prestan cuidados de enfermería.

La señora **PRESIDENTA**: Aclarado queda.

— **RELATIVA A LA ENFERMEDAD DE PARKINSON. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/001574.)**

— **RELATIVA A ACTUACIONES DEL GOBIERNO PARA DAR A CONOCER LA ENFERMEDAD DE PARKINSON Y MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ENFERMOS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO MIXTO. (Número de expediente 161/001804.)**

La señora **PRESIDENTA**: Pasamos a los puntos 2 y 3 del orden del día, que se debatirán conjuntamente, relativos a la enfermedad de Parkinson. El primero de ellos es una iniciativa del Grupo Parlamentario Popular, para cuya defensa tiene la palabra el diputado señor Vadillo.

El señor **VADILLO ARNÁEZ**: Señorías, el Grupo Popular ha presentado una proposición no de ley relativa a la enfermedad de Parkinson, porque entendemos que es de una enorme importancia social, económica y de manera personal e individual que afecta a un colectivo muy importante de personas en España. Hablamos de cifras que, según estudios internacionales, podrían rondar en España entre los 100.000 y los 250.000 enfermos de Parkinson. Esta diferencia de cifras no habla ya de que tenemos un problema de conocimiento sobre esta enfermedad y las necesidades que puede ocasionar. Es una enfermedad —y permítame que haga una breve reseña— de tipo crónico, progresiva e invalidante y que en el momento actual no se conocen sus causas ni tampoco existe un tratamiento efectivo curativo, sino simplemente paliativo para desarrollar una cierta calidad de vida, muy limitada, por otra parte. Es una enfermedad en la que el desconocimiento es natural y comprensible, porque, aunque se describió a principios del siglo XIX, en 1817, hasta los años sesenta no se averiguaron ciertas causas fisiopatológicas por las que se desencadenaba y esto mismo, como una enfermedad de cercano descubrimiento científico en cuanto a algunas de las causas de su desarrollo, nos habla de desconocimiento general por parte de personas que no sean especialistas concretos. Este desconocimiento hace que profesionales de la salud, incluso cualificados —médicos, enfermeras— tengan diferentes procedimientos, diferentes protocolos, diferentes maneras de abordar el problema de un paciente que se acerca a una consulta, y esto mismo ocasiona el que su calidad de vida no se vea mejorada en todo lo posible por aplicar diferentes protocolos en todo el territorio nacional, incluso europeo y mundial, porque afecta también a más sitios. Son pacientes a los que la fisioterapia no se les plantea de una manera habitual o total a todos los pacientes, que tienen dificultades de ayudas, de personas o de cuidadores. No es fácil incluso, como se refleja en la proposición no de ley que está presentada, que puedan sacar sus propios medicamentos de los

envases para que puedan tomarlos, son pacientes que necesitan ayuda para la vida diaria y estarían inmersos como tal enfermedad en una problemática que tenemos pendiente en el Sistema Nacional de Salud y también en el sistema social, que es la atención sociosanitaria. Esta atención sociosanitaria está reflejada como obligación a desarrollar en la Ley de Cohesión, y estamos perdiendo oportunidades de desarrollo, por ejemplo, en la futura Ley de Dependencia, del Sistema Nacional de Atención a la Dependencia. Es una enfermedad que entraría de lleno dentro de este tipo de atención y pensamos que este Gobierno está perdiendo oportunidades. Tampoco es una enfermedad cualquiera, cuando estamos hablando de la segunda enfermedad neurodegenerativa por número de importancia en el mundo y, por tanto, también en nuestro país. Afecta a un número muy importante de personas, muchas de las cuales, sobre todo en las primeras fases de tratamiento, no saben que son enfermos de parkinson y no le dan muchas veces importancia a sus síntomas, por lo que el problema es aún mayor, porque en estas fases también se podrían beneficiar de tratamientos fisioterápicos, rehabilitadores y medicamentosos para retrasar o disminuir los efectos negativos que les produce esta enfermedad; efectos negativos de todo tipo, tanto psíquicos, derivados de la propia asunción vital de tener una enfermedad neurodegenerativa progresiva e invalidante, como físicos, producidos por los déficits de neurotransmisores o de la actuación de los neurotransmisores. Por tanto, es importante —y lo defendemos con pasión en este momento— que se cree un grupo de trabajo en el seno del Consejo Interterritorial que estudie, al igual que se ha hecho con otras enfermedades —los propios enfermos no entenderían, y nosotros tampoco, que no se hiciera así—, incluso de menor impacto social, económico y número de personas, la realidad de la enfermedad por un lado y, por otro lado, que se desarrolle posibilidades de investigación. Aquí tengo en cuenta al CIEN, Centro de Investigaciones de Enfermedades Neurológicas, que no sabemos que se está haciendo con él en estos últimos dos años y pico; algo que nació como una iniciativa potente se ha quedado paralizada, sus inversiones están paralizadas y sus presupuestos congelados, y pensamos que estamos perdiendo oportunidades. También las estamos perdiendo en cuanto al tema de atención sociosanitaria en estas enfermedades y en otras. Quisiera recordar que en mayo de 2003 se firmó un convenio con la Comunidad Autónoma de Murcia y con el Ayuntamiento de Cartagena para desarrollar un centro de referencia nacional en materia de enfermedad de Parkinson y este Gobierno lo tiene paralizado diciendo que para después de 2009 ya veremos si se empieza a desarrollar, a pesar de las promesas de confirmación que se hicieron sobre este centro. En consecuencia, es oportuno que se cree este grupo de trabajo en el seno el Consejo Interterritorial, que se estudie el impacto tecnológico, social y económico de esta enfermedad y que se adopten propuestas para una mejor atención tanto médica

como psíquica, como social y sociosanitaria a este importante y numeroso colectivo de personas.

Se ha presentado una enmienda a nuestra proposición no de ley y otra proposición no de ley sobre Alzheimer, que estaríamos dispuestos a aceptar como enmienda de adición, sobre todo la proposición no de ley presentada por la diputada del Grupo Mixto, porque entendemos que este grupo de trabajo no impide que estas medidas que se proponen en esta proposición no de ley se adicionen y se empiece a trabajar sobre el asunto antes de que lleguen las conclusiones del grupo de trabajo.

La señora **PRESIDENTA**: La enmienda del Grupo Parlamentario Socialista es de sustitución.

El señor **VADILLO ARNÁEZ**: Estaríamos dispuestos a aceptar la del Partido Socialista, que quita dos puntos de la proposición no de ley del Grupo Mixto que consideramos que son beneficiosos y pensamos que sería coherente que la proposición no de ley del Grupo Mixto se adicionara a la nuestra y se contemplaran todos los puntos.

La señora **PRESIDENTA**: Negóciemelo con claridad para la hora de someterlo a votación.

El señor **VADILLO ARNÁEZ**: Estamos a la espera de lo que digan los portavoces.

La señora **PRESIDENTA**: En todo caso, como la enmienda socialista presentada a las dos iniciativas es idéntica, parece más lógico, por el buen orden del debate, que a continuación se conceda la palabra a la representante del Bloque Nacionalista Galego, que ha presentado la otra iniciativa relativa a actuaciones del Gobierno para dar a conocer la enfermedad de Parkinson y mejorar la calidad de vida de los enfermos. Para su defensa tiene la palabra la señora Fernández Davila.

La señora **FERNÁNDEZ DAVILA**: Señorías, seguramente los argumentos que voy a dar para defender nuestra proposición no de ley van a coincidir con algunos de los que se acaban de dar, porque la razón de la presentación de esta propuesta es precisamente el desconocimiento que existe con respecto a la enfermedad de Parkinson, que implica que en muchas ocasiones las personas que padecen esta enfermedad en muchas ocasiones tengan dificultades en su actividad diaria. Aunque se estima que la mayoría de estos enfermos son mayores de 64 años, son muchos los que la padecen a una edad más temprana, dependiendo del grado de la misma, y en unos casos pueden desarrollar su actividad laboral y en otros podrían hacerlo si contasen con el reconocimiento y la ayuda que precisan.

Desde hace algunos años, esta enfermedad, que teníamos asociada a personas mayores, de edad muy avanzada, está incidiendo en edades mucho más tempranas y, efectivamente, tiene niveles diferentes; por lo

tanto, aun padeciendo la enfermedad estas personas pueden continuar la vida laboral, la vida social, etcétera, y por no contar con las condiciones adecuadas tienen dificultades que en ocasiones no les permiten ejercer estas actividades, concretamente estamos hablando de la actividad laboral. Supongo que SS.SS. son conscientes, porque ocurrió en distintas localidades del territorio del Estado español, de que estos enfermos se están asociando, y esto no es producto de la casualidad, sino del incremento de personas que padecen la enfermedad y, repito, de que estas personas cada vez sean más jóvenes. De ahí la necesidad de asociarse para reivindicar ante la Administración, y sobre todo ante la Administración sanitaria, una serie de medidas que hoy no existen. No es extraño, sobre todo cuando las enfermedades son raras —como se denominan muchas veces—, que tenga que ser a partir del asociacionismo de las personas que padecen la enfermedad como empiezan a ser conocidas, no digo a ser investigadas —que a veces también—, sino a ser conocidas socialmente y, por lo tanto, a saber cómo tratar esa enfermedad y a las personas que la padecen. Nos parece muy oportuno el esfuerzo que está haciendo la Asociación de enfermos de Parkinson y las reclamaciones que plantean, y somos conscientes de que el Gobierno tiene conocimiento de ellas porque se las hicieron llegar.

Nosotros hacemos una propuesta que esperamos que hoy se apruebe, si no tal y como la proponemos, al menos con el acuerdo al que los distintos grupos podamos llegar. Es una propuesta que no es exactamente la que plantean las asociaciones de la enfermedad de Parkinson, pero que sí está sustentada en su filosofía y en muchas de sus reivindicaciones. Ya fuimos incluso cautos a la hora de hacer propuestas en el sentido de que las necesidades son muchas y, por lo tanto, las reivindicaciones también, pero fuimos cautos, repito, y presentamos unas propuestas que pueden ser asumidas. De hecho, la propuesta de enmienda que nos hace el Grupo Socialista coincide básicamente con lo que nosotros proponemos, aunque elimina algo que es muy importante como es la cuestión de que la fisioterapia sea a cargo de la Seguridad Social. Antes, el portavoz del Grupo Popular comentaba las dificultades de rehabilitación de estas personas e incluso la necesidad de que tuvieran cabida en la regulación de la Ley de Dependencia y, en la medida en que efectivamente la rehabilitación es muy importante para la mejora de la calidad de vida de estas personas, nosotros creemos conveniente que sea a cargo de la Seguridad Social. De todas maneras, estaríamos dispuestos a llegar a un acuerdo con los otros grupos en la medida en que, al menos de lo que nosotros tenemos conocimiento, es la primera vez que se aprueba algo en el Congreso respecto a la enfermedad de Parkinson. Si se aprobara, podría ser un incentivo para que el Gobierno actúe en relación con los acuerdos a que lleguemos y también para que las personas que viven con esta enfermedad se den cuenta de que no están solas y de que la Administración, y sobre todo el Congreso de los Dipu-

tados, considera sus propuestas y está dispuesta a defenderlas.

La posición que mantenemos es que, además de aceptar ese acuerdo al que podamos llegar, y en vista de que recorta las propuestas que presentamos, volveremos a incidir en esto, esperando el tiempo prudencial para que el debate sobre las necesidades de los enfermos de parkinson avance y la Administración sea más sensible a las mismas.

La señora **PRESIDENTA**: Para defender la enmienda que el Grupo Socialista presenta a ambas proposiciones no de ley tiene la palabra la diputada señora Álvarez.

La señora **ÁLVAREZ OTEO**: Coincidimos con la descripción y las preocupaciones de los portavoces que me han precedido en el uso de la palabra en cuanto al diagnóstico, la importancia de la enfermedad y su prevalencia. Efectivamente, geográficamente se manejan distintos datos, en función del envejecimiento de la población, pero todos coincidimos en que es una enfermedad neurológica muy importante, con toda la descripción que también ha hecho el Partido Popular. Ahora bien, me gustaría discrepar un poco de la percepción que el portavoz del Partido Popular tiene en cuanto a la asistencia o en cuanto a cómo se está abordando esta enfermedad en la actualidad.

Todos los colectivos de pacientes, también los enfermos de parkinson, pueden verse beneficiados por los estudios que se realizan de sus necesidades y la propuesta de medidas para mejorar su atención, siendo muy difícil priorizar de forma objetiva un grupo de pacientes sobre otros. Se están haciendo estudios sobre todas las enfermedades y es difícil, insisto, discriminar. Entiendo la preocupación, tal como la han planteado, del portavoz del Partido Popular y de la señora Fernández Davila, pero creo que hay otras alternativas para estos colectivos de enfermos. Se han estudiado vías para las convocatorias de investigación evolutiva, y creo que pueden acudir a las convocatorias que se establecen. Por otra parte, en cuanto a la preocupación por la atención que han descrito ambos portavoces, deben saber que en breve va a ser aprobado el real decreto por el que se establece la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Esta norma supone el desarrollo normativo de lo establecido en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, y recoge entre las prestaciones financiadas por el Sistema Nacional de Salud los tratamientos fisioterapéuticos, en el anexo de cartera de servicios comunes de atención primaria, y la rehabilitación de las afecciones del sistema nervioso, en el anexo de la cartera de servicios comunes de atención especializada. Es decir, que se estaba abordando. Tampoco voy a coincidir, y no es este el debate, con la percepción que puedan tener sobre la Ley de Dependencia, que pienso que es un gran avance para nuestra sociedad. Creo que deberemos esperar a

dicha ley y ver cómo también van a encontrar un espacio adecuado los enfermos de parkinson.

No obstante, y coincidiendo con el planteamiento de la portavoz del Bloque Nacionalista Galego, creo que si mira detenidamente la enmienda verá que están incluidas casi todas sus preocupaciones. Incluso el punto número 2 —esto lo podríamos hablar después, y el portavoz del Partido Popular podría ver también de alguna manera reflejadas sus inquietudes— podría decir: estudiar el plan estratégico para el tratamiento integral de las enfermedades neurológicas elaborado por la Sociedad de Neurología a fin de analizar sus posibilidades de aplicación en el momento actual dirigidas a un adecuado tratamiento y rehabilitación de los afectados, valorando además las aportaciones de los mismos. Con esta enmienda se abordarían las inquietudes de ambos grupos proponentes. Después tendremos ocasión de hacer nuestra transaccional y plantearla a la Mesa para que sea aprobada, porque esto interesa a todos. Es la primera vez que se habla de esta enfermedad y tanto los enfermos como aquellos a quienes nos inquietan podemos estar perfectamente satisfechos.

La señora **PRESIDENTA**: Esperamos que a la hora de producirse las votaciones tengamos un texto concreto, una solución concreta respecto a lo que será objeto de aceptación o no. No sé si este es el momento o si los autores de la iniciativa prefieren esperar a un momento posterior para decirnos en qué términos se somete esto a votación.

Señor Vadillo.

El señor **VADILLO ARNÁEZ**: No podemos aceptar la enmienda de sustitución como tal porque se obvia lo que sería un grupo de trabajo, en el que además estarían representadas las comunidades autónomas. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud no está en la enmienda presentada por el Partido Socialista, que obvia a las comunidades autónomas a la hora de estudiar y elaborar un plan estratégico nacional sobre este asunto. No podemos admitir que se obvie a las comunidades autónomas en algo tan importante como son las necesidades de atención de estos pacientes.

La señora **PRESIDENTA**: ¿Debo entender, entonces, que su iniciativa se someterá a votación en sus propios términos?

El señor **VADILLO ARNÁEZ**: Si no se acepta nuestra proposición no de ley como adición a la otra propuesta, no se aceptaría.

La señora **PRESIDENTA**: Señora Fernández Davila, ¿usted aceptaría lo que el Grupo Socialista le ofrece?

La señora **FERNÁNDEZ DAVILA**: Sí.

La señora **PRESIDENTA**: Entonces, respecto de la suya sí se podría llegar a un texto transaccional.

De todos modos, si lo prefieren, posponemos la postura concreta respecto a lo que haya de ser sometido a votación al momento en el que haya de efectuarse esta. Así cuentan ustedes con un tiempo por delante para llegar a un acuerdo.

La señora **ÁLVAREZ OTEO**: En función del interés, que todos compartimos, podríamos seguir hablando y decirle luego a la Mesa si hemos llegado a un acuerdo unánime.

La señora **PRESIDENTA**: Perfecto.

— **SOBRE LOS EFECTOS DE LA CONTAMINACIÓN ACÚSTICA SOBRE LA SALUD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA DEL CONGRESO. (Número de expediente 161/001705.)**

La señora **PRESIDENTA**: Iniciamos el debate del cuarto punto del orden del día, sobre los efectos de la contaminación acústica sobre la salud. Es una iniciativa del Grupo Parlamentario Socialista y para exponerla a la Comisión tiene la palabra la diputada señora Coello.

La señora **COELLO FERNÁNDEZ-TRUJILLO**: Muchas gracias, señora presidenta.

El objeto de esta proposición no de ley es determinar la relación que existe entre la contaminación acústica y la salud de los ciudadanos. Es difícil definir el ruido con precisión. Se han dado diferentes definiciones que giran alrededor de los conceptos de sonido desagradable, no deseado, perjudicial, perturbador o dañino para quien lo percibe. La función de la percepción del ruido para los animales y también para las personas es la alarma, en contraste con la de los sonidos no ruidosos que es la de la comunicación, si bien la alarma es un tipo de comunicación cuando ocurre algo amenazante a lo que urge darle una atención inmediata, con el consiguiente abandono de la actividad en curso e incluso del descanso. Los ciudadanos y ciudadanas de los países industrializados o con cierto nivel de desarrollo vivimos inmersos en un mundo lleno de ruidos. Este problema, que no cabe duda es universal, ha crecido desproporcionadamente en las últimas décadas, siendo nuestro país el segundo del mundo, por detrás de Japón, en mayor número de población expuesta a altos niveles de contaminación acústica. Este hecho pone de manifiesto que no existe una correlación directa entre el desarrollo económico y el nivel de ruido y que además existen otros factores que inciden, como son el grado de concienciación ciudadana sobre sus efectos y la posibilidad de evitarlo. Son múltiples los científicos y organismos oficiales que desde hace ya mucho tiempo vienen alertando sobre los efectos negativos que sobre la salud humana tiene el ruido. El efecto más comúnmente relatado es el denominado malestar y la causa de la mayor parte de las quejas. La sensación de

malestar procede no solo de las interferencias con la actividad en curso y con el reposo, sino también de sensaciones menos definidas, pero a veces muy intensas, de estar siendo perturbado y que en ocasiones depende de cada individuo en particular, que hablan de intranquilidad, desasosiego, depresión, desamparo, ansiedad o rabia. Todo ello contrasta con la definición de salud dada por la Organización Mundial de la Salud, un estado completo de bienestar físico, psíquico y social, y no solo la ausencia de enfermedad.

El ruido también interfiere en la comunicación, produce pérdida de atención, de concentración y del rendimiento en muchos tipos de trabajo, especialmente en aquellos que precisan un cierto nivel de concentración, teniéndose la certeza de que algunos accidentes, tanto laborales como de circulación, pueden ser debidos a este efecto. También son sabidas las dificultades que conlleva conciliar el sueño con determinados niveles de ruido, interfiriendo no sólo en la conciliación del mismo, sino también en la calidad. Como consecuencia de esto, la persona no habrá descansado bien y será incapaz de realizar adecuadamente sus tareas cotidianas al día siguiente. El ruido produce también pérdidas de audición, que irán desde la fatiga auditiva a la sordera permanente, según el grado y los niveles de exposición al mismo. Asimismo, el ruido se puede considerar como una agresión física con efectos nocivos sobre la salud y que además tiene el agravante de entrometerse en el ámbito privado de las personas, a las que les impide gozar en libertad de su domicilio. Por otro lado, tanto la Declaración Universal de los Derechos Humanos como el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos, así como la Constitución española, contienen preceptos que son aplicables a estas situaciones. En nuestra Carta Magna, el artículo 18 garantiza el derecho a la intimidad personal y familiar y a la inviolabilidad del domicilio, y el artículo 43, como ustedes saben, acoge el derecho a la salud, además de figurar en él que las competencias para proteger la salud de los individuos están en los poderes públicos. Todo lo expuesto dio como resultado que el Parlamento aprobara en el año 2003 la conocida como Ley del ruido, así como el real decreto posterior, que hacía referencia a la evaluación y gestión del ruido ambiental y regula determinadas actuaciones, como la elaboración de mapas estratégicos de ruidos para determinar la exposición de la población al ruido ambiental, en particular cuando los niveles de exposición pueden tener efectos nocivos sobre la salud humana, así como poner a disposición de la población información sobre el ruido ambiental y sus efectos. De acuerdo con esto, en estos momentos las autoridades competentes están realizando para la primera fase del proyecto los mapas estratégicos de ruidos correspondientes a las quince grandes ciudades españolas con una población superior a 250.000 habitantes, los veinticuatro ejes viarios con más de seis millones de vehículos, los grandes ejes ferroviarios y los once grandes aeropuertos. Según los requisitos de la directiva, un mapa estratégico de

ruido es un instrumento diseñado para evaluar la exposición al ruido, y deberá constar, al menos, de dos partes diferenciadas: un mapa de nivel sonoro y un mapa de exposición al ruido. La información obtenida de estos mapas permitirá conocer datos detallados, tanto de los niveles de ruido en el entorno de las carreteras como sobre la población y viviendas expuestas a determinados niveles de ruidos. En esos mapas figuran el número de personas, edificios y superficies sometidas a los diferentes intervalos de niveles de ruidos.

Por todo lo expuesto, formulo la siguiente proposición no de ley. El Congreso de los Diputados insta al Gobierno, primero, a elaborar, a través del Instituto de Salud Carlos III, un estudio que valore el impacto que la contaminación acústica está teniendo sobre la salud de los ciudadanos. El segundo punto de la enmienda formulada por el Grupo Parlamentario Popular no he tenido oportunidad de hablarlo con la diputada que lleva este tema, pero debido a las causas que ya he enumerado anteriormente —que se están elaborando los mapas de impacto sonoro por parte del Ministerio de Medio Ambiente y que la empresa encargada al efecto tiene como fecha límite finales de 2007— podría solucionarse. Es decir, no hay ningún problema en aceptar el primer punto de la enmienda presentada por el Partido Popular, y en lo referente al segundo y al tercero, como ponen una fecha límite de seis meses y la fecha límite que tiene el Ministerio de Medio Ambiente para la primera fase del estudio, la elaboración de los mapas de impacto sonoro, es finales de 2007, podría solucionarse de la siguiente manera. Que a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y en colaboración con el Instituto de Salud Carlos III, una vez finalizados los estudios pertinentes de impacto sonoro en la población que se están llevando a cabo por parte del Ministerio de Medio Ambiente, se desarrolle un programa destinado a impulsar la introducción de medidas correctoras en materia de ruido ambiental por parte de las administraciones públicas responsables en la materia. Esto incluiría los dos puntos que tenía la enmienda del Partido Popular, con la pequeña modificación relativa al fin del estudio de impacto sonoro.

La señora **PRESIDENTA**: Hay que esperar a ver lo que manifiesta el Partido Popular cuando defienda su enmienda —aunque el dueño de la iniciativa es el Grupo Parlamentario Socialista, sin ninguna duda— para ver si finalmente es posible votar algún texto en conjunto. Por tanto, para la defensa de la enmienda del Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la señora Pan.

La señora **PAN VÁZQUEZ**: Como ya se ha adelantado, al menos en parte, la voluntad del Partido Socialista de llegar a un acuerdo en la redacción de esta proposición no de ley, trataré de realizar una intervención lo más breve posible.

A mi grupo le ha llamado la atención que tras dos años y medio de Gobierno del Partido Socialista se trajera una proposición que nos parecía bastante genérica y poco concreta, aunque parece ser que podemos llegar a un texto común, que sería lo deseable. Si digo esto no es porque el tema del ruido, de la contaminación acústica, no sea importante, que sí lo es —y así lo consideramos nosotros—, sino porque nos daba la sensación de que se trataba de mostrar el problema como algo nuevo. Ya he visto que no es así, porque aunque en la exposición de motivos y en el texto de la proposición no de ley no se mencionaba la Ley del Ruido, sí lo ha hecho la diputada que ha defendido la propuesta. No es la primera vez que se trata en esta Cámara este asunto, que realmente cada vez tiene más importancia. Ya en el Boletín Oficial del Estado de 18 de noviembre de 2003 se publicaba la Ley 37/2003, Ley del Ruido, y en ella se asumía de forma manifiesta la importancia de este problema, se recogía y se mencionaba también cómo desde la Unión Europea, preocupados por este asunto, ya se había adoptado la Directiva 2002/43/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 25 de junio de 2002, sobre evaluación y gestión del ruido ambiental. Ello también nos obligaba a nosotros, como país miembro de pleno derecho, a regular de alguna manera e incluir en nuestra legislación esta directiva comunitaria. Pues bien, cuatro capítulos, 31 artículos, 12 disposiciones adicionales, tres transitorias, una derogatoria y tres finales en un texto que, respetando las competencias de las comunidades autónomas y las municipales, viene a poner orden y aclara cuáles son las medidas que hay que adoptar para dar solución a este problema. Incluso —lo recoge el propio texto de la norma— va más allá de la propia directiva comunitaria, porque se pretendía sacar a España de este furgón de cola en el que se encontraba con respecto a la contaminación ambiental, concretamente referida al ruido, a la contaminación acústica.

En el capítulo 1 de la ley se recoge de forma textual: Prevenir, vigilar y reducir la contaminación acústica para evitar y reducir los daños que de esta se puedan derivar para la salud humana, los bienes o el medio ambiente. Por tanto, la norma está ahí. En los siguientes capítulos se habla de la calidad acústica, de la prevención, de la corrección de la contaminación y de los planes de acción que hay que adoptar, así como de los mapas que hay que elaborar. Se habla, además, de unas fechas límites, se dan unas fechas que creo que son muy reales, pero, vuelvo a decirlo, esto está publicado desde el año 2003 y antes del 30 de junio de 2007 hay que tener aprobados los mapas de ruido y antes de julio de 2008 habrá que tener hechos los planes de acción. Como saben SS.SS., estamos en el último trimestre del año 2006, por tanto, los plazos que vamos dando no son sino para urgir al Gobierno, porque nos urge también el cumplimiento íntegro de esta ley.

Nos preguntamos qué se ha hecho en estos dos años y medio de Gobierno socialista para dar cumplimiento a esta ley. Poca cosa o casi nada, señorías. Nos preocupa

que ahora se pretenda envolvernos en una especie de anestesia mediante anuncios y con una propuesta que, a nuestro juicio, era incompleta y poco ambiciosa, como dije antes, con los intereses generales de salud de los ciudadanos. Pero en nuestro ánimo está llegar a un acuerdo con el grupo proponente —a lo largo de la sesión de esta Comisión de Sanidad trataremos de hacerlo— para ver si realmente podemos dejar escrita negro sobre blanco una propuesta que sea más concreta, más coherente y más en la línea de los intereses de la salud y bienestar de las personas. Sabemos y reconocemos que estamos en los países de cola, pero tenemos una ley aprobada desde hace más de dos años y medio. Sabemos y reconocemos cuáles son las recomendaciones de la OMS y de otros organismos, nos las ha recordado la diputada del Partido Socialista. Por tanto, señoría, le proponemos que no haya más demoras, que no dilatemos esto más en el tiempo y que pasemos a trabajar y a dar cumplimiento a esta ley.

Pedimos también, señorías, que se apoye y se ayude de forma efectiva, activa y firme a los ayuntamientos y a las comunidades autónomas, que son los que tienen este problema mucho más próximo y los que de alguna forma van a tener que aplicar esta ley. Por tanto, las declaraciones de intenciones no les van a ayudar para nada en esta tarea. Así lo demuestra además que comunidades autónomas como Madrid, Valencia, Baleares, Castilla y León, Galicia, Cataluña, País Vasco y otras muchas que no cito para no alargarme hayan ido poniéndose al día regulando la materia que hoy nos ocupa. Nosotros proponemos esos tres puntos que recoge nuestra enmienda. Habiendo una ley que está en vigor, que ya contempla plazos y obligaciones, el Gobierno tiene el deber de impulsar el cumplimiento y la agilidad en su puesta en marcha. Nuestros tres puntos consideramos que son importantes.

Quiero hacer una mención especial a nuestro punto 3 en el que recogemos a los menores. Es necesario hacer esta mención porque, además de ser una población vulnerable, en ocasiones al legislador se le escapa de las previsiones que clásicamente se entienden como generadores de ruido, pero los menores sí están sometidos al ruido, igual que toda la población y de forma más individual. Piensen ustedes en las nuevas tecnologías que ya ocupan la mayor parte del ocio de los menores —de nuestros niños y jóvenes—, como pueden ser los MP3, los aparatos de sonido, las consolas, los videojuegos, que portan auriculares, o los propios locales que están dirigidos al público joven y que emiten unos decibelios que todas SS.SS. conocen. Por eso proponemos que se haga mención expresa a esto en nuestro punto 3.

De la salud laboral no he hablado ni voy a hablar porque, como ya ha mencionado la diputada del Grupo Socialista, esta materia ya es objeto de un real decreto que vela por ella y recoge de forma expresa este tema del ruido. Al resto de los grupos les pido su apoyo para que, entre todos, podamos llegar a un texto común que debería haberse presentado desde el principio en esta

casa si queremos avanzar en esta materia y conseguir mayores beneficios para la salud y bienestar de los ciudadanos. Hay una ley, hay que hacerla cumplir y hay que instar al Gobierno a que ponga en marcha todas las medidas que estén en su mano para que esto se haga de la forma más ágil posible.

La señora **PRESIDENTA**: Señora Coello, ¿en este momento nos puede manifestar los términos de la aceptación o acuerdo transaccional o esperamos al momento de la votación?

La señora **COELLO FERNÁNDEZ-TRUJILLO**: No hemos tenido oportunidad de intercambiar opiniones al respecto. Vamos a intentar llegar a un texto transaccional y si lo conseguimos lo comunicaremos.

La señora **PRESIDENTA**: Perfectamente.

— **RELATIVA A LA INSPECCIÓN SANITARIA EN EL PUERTO DE VIGO (PONTEVEDRA). PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/001765.)**

La señora **PRESIDENTA**: Pasamos al punto 5º del orden del día, que es el relativo a la proposición no de ley sobre inspección sanitaria en el puerto de Vigo (Pontevedra). Es una iniciativa del Grupo Parlamentario Popular y va a ser defendida por el diputado señor Mantilla.

El señor **MANTILLA RODRÍGUEZ**: El Grupo Parlamentario Popular ha presentado una proposición no de ley para agilizar los trámites sanitarios de los contenedores frigoríficos que se depositan en el puerto de Vigo. La importancia del puerto de Vigo en la entrada de mercancías, especialmente en materia de productos de la pesca, transformados o congelados, está fuera de toda duda; no obstante, esta situación se está viendo amenazada en los últimos tiempos porque desde hace aproximadamente más de un año la inspección sanitaria de dichas mercancía está sufriendo un importante retraso que irroga a los usuarios importantes perjuicios económicos que no tienen la obligación jurídica de soportar. En primer lugar, hay que destacar que el tiempo medio de espera para la inspección sanitaria de los contenedores ronda en las instalaciones frigoríficas del puerto de Vigo de 20 a 25 días mientras que en otros puertos de España este periodo es de 7 a 10 días. Obviamente, este retraso repercute en los gastos que el importador debe abonar a la naviera, dueña del contenedor, ya que, aun cuando normalmente los tres primeros días de espera son libres, posteriormente debe pagar en concepto de demoras por cada contenedor tarifas que rondan los cien euros. Así, por ejemplo, a una empresa que tiene 50 contenedores en espera cada día de retraso en la inspección sanitaria le cuesta 5.000 euros y eso multiplicado por 20 días da

como resultado la nada despreciable cantidad de 100.000 euros. Además de estos gastos de demora el importador debe abonar la tasa sanitaria que ronda los 120 euros y la tarifa por uso de las instalaciones portuarias que es la cuantía fija de 33,24 euros por un contenedor de 20 pies.

En relación con las bocas de inspección de que dispone este servicio, y que es el lugar donde se efectúa la labor de los inspectores, actualmente se disponen de seis bocas de inspección en las que solamente pueden trabajar simultáneamente dos inspectores o como mucho tres. Es preciso acometer reformas estructurales en estas instalaciones para que quepan más bocas de inspección y puedan trabajar más inspectores al mismo tiempo. Es preciso mejorar las instalaciones frigoríficas del puerto porque ofrecen escasez de espacio, lo cual merma aún más la eficacia del personal existente, y así podrán trabajar simultáneamente por lo menos cinco inspectores. En relación con el número de bocas de inspección otros puertos españoles cuentan con hasta 16 bocas de inspección, por lo que existe un importante agravio comparativo. Considerando estas circunstancias nos encontramos con una saturación en el puerto de Vigo que en el momento del colapso se sitúa entre los 300-400 expedientes de inspección en cola, aun cuando el número real de contenedores puede llegar al millar, dependiendo del número de contenedores que haya en cada expediente de inspección. Sin embargo, la capacidad del puerto hasta la actualidad y trabajando en horario solo de mañana es de 45 a 50 contenedores inspeccionados por día. En relación con los datos de entrada diaria en el puerto el presidente de la Autoridad Portuaria asevera que esta situación de colapso se debe al fuerte incremento de tráfico en contenedores, en torno al 10 por ciento según sus estimaciones. Así, cada día entran aproximadamente unos cien contenedores en el puerto de Vigo pero la capacidad de los servicios de inspección en un solo horario es, como he dicho, la mitad de esa cifra.

Otra de las medidas que se ha acometido durante el verano ha sido el acuerdo suscrito con Renfe para que le cediese al puerto 15.000 metros cuadrados de superficie junto a la terminal y que permitirán albergar 40.000 contenedores más, considerando que la capacidad actual es de 200.000. Esta medida facilita habilitar más enchufes y generadores eléctricos para mantener el frío de los contenedores en espera pero en sí no agiliza la actuación inspectora. El panorama descrito es el que se ha vivido en el puerto de Vigo en el último año, con especiales colapsos en Semana Santa, en el mes de julio y a principios de septiembre. Fruto de esta insostenible situación ha sido la presión que diversas asociaciones vinculadas al uso de puertos han ejercido para que se busque una solución a esta demora por cuanto las empresas asociadas a estas entidades han colmado su paciencia y buscan otros puertos alternativos, como el vecino de Leixoes en Portugal o el de Algeciras o Valencia. Sin embargo y a raíz de esas presiones y de la

mediación de la Autoridad Portuaria, la subdelegación del Gobierno de Pontevedra firma el día 13 de septiembre de 2005 un acuerdo con los servicios de sanidad exterior del puerto de Vigo en el cual se vienen a suscribir medidas específicas para paliar temporalmente las carencias humanas y materiales que sufre este servicio. En concreto estas medidas son —repito, son temporales—: trabajar en horario de tarde hasta finales de diciembre, recibiendo a cambio un plus de productividad; contratación de ocho nuevos inspectores antes de que finalice el año, dotado presupuestariamente el próximo año con una partida para nuevas contrataciones; mejoras estructurales en la instalación de inspección que permita contar con mayores bocas de inspección e igualmente los inspectores cuestionan en dicho acuerdo la adecuada ubicación del PIF actualmente.

Estas medidas, especialmente el incremento del número de inspectores, pretenden implantar el añorado horario de 24 horas los 365 días al año, aunque no se espera que esta medida se aplique hasta finales del año 2006 o principios de 2007, medida que ya se previó en la resolución del 11 de abril de 2006 de la subsecretaría por la que se da publicidad al acuerdo del Consejo de Ministros de 17 de febrero de 2006, por el que se establece el plan de medidas para la mejora de los servicios de sanidad exterior. Así, se hace mención en el punto 3 de dicha resolución al establecimiento de un horario de inspección de 24 horas todos los días del año en los PIF, entre otros, de Vigo, así como una consecuente adecuación de plantilla. Desgraciadamente dicho texto habla de prioridad y no de obligación; por lo demás, hasta la fecha no se han implantado estas medidas. En definitiva, hasta que las reformas estructurales como la adecuada dotación de personal no se materialicen de un modo estable la celeridad y eficacia del puerto de Vigo están seriamente comprometidas con las consecuencias económicas que comporta para esta ciudad, impulsada en su mayor parte por la pujanza de su puerto.

Por tanto, señorías, señor presidente, no podemos aceptar la enmienda que nos propone el Grupo Socialista —ya lo anticipo— porque en definitiva se refiere a la resolución que habíamos comentado anteriormente que habla de prioridad en las medidas pero no de su puesta en funcionamiento de forma más o menos inminente. Como no se han puesto en funcionamiento estas medidas, el Grupo Parlamentario Socialista lo único que pretende es una dilación más y que no se solventa el problema de la inspección sanitaria de los contenedores frigoríficos en Vigo, que se está derivando a otros puertos, no solamente nacionales sino incluso extranjeros. Lógicamente mantenemos la proposición no de ley en todo su contenido y en su contexto. Gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Gracias a usted, señor Mantilla, a la vez que recibe el saludo de esta Presidencia por ser la primera vez que actúa en esta Comisión.

Aunque ya se ha manifestado el deseo de no aceptarla, existe una enmienda presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. Para su defensa tiene la palabra el diputado señor Fidalgo.

El señor **FIDALGO FRANCISCO**: Por supuesto yo también quiero dar la bienvenida al señor Mantilla a esta Comisión.

Manifestado esto, me corresponde defender la posición del Grupo Parlamentario Socialista en este asunto, y lo hago además gustoso, como gallego y por supuesto como orensano, dada la importancia histórica que tiene Vigo para Orense, una relación histórica, social e incluso afectiva. No existiría Vigo si no existieran los orensanos; ellos lo saben, aunque a veces les duele un poquito, pero así es. De hecho nosotros tenemos un gran puerto. Orense tiene un gran puerto que es el puerto de Vigo. La preocupación del señor Mantilla la compartí durante el mes de junio cuando efectivamente había algún problema sin resolver y se presentó la proposición no de ley del Grupo Parlamentario Popular. En todo caso lo que es cierto es que, compartido aquello y reconociendo que había un problema en aquel momento, ahora la situación está perfectamente normalizada, incluso encauzada desde el punto de vista reglamentario, como bien ha expuesto el señor Mantilla; además en una materia como es la sanidad exterior.

Ya en la anterior legislatura los diferentes grupos expresamos una y otra vez nuestra preocupación por la situación de la sanidad exterior en nuestro país y fue objeto de diferentes iniciativas sin que desde el punto de vista presupuestario se avanzara mucho más en la desidia que manifestaba el Grupo Parlamentario Popular por aquel entonces. Desde hace dos años el Gobierno del Estado corresponde al Partido Socialista, y como en otras muchas situaciones se han observado deficiencias y se han tomado las medidas oportunas. Por supuesto entre ellas cabe señalar que ya en febrero de este año se elaboró y publicó un real decreto, aprobado previamente por el Consejo de Ministros de 17 de febrero y publicado después en el BOE el 17 de abril de 2006, que era un conjunto de medidas de mejora de los servicios de sanidad exterior; del conjunto de las necesidades de sanidad exterior en todo el territorio, que lógicamente afectan a Vigo.

Convendría aquí hacer un pequeño inciso, por clarificar la situación, respecto a lo que es la sanidad exterior. Aunque ya se ha argumentado conviene decir que tiene dos aspectos, una dependencia funcional y una dependencia orgánica. Lo digo porque depende de varios ministerios y la Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril, determina en su artículo 38 tanto el contenido de la competencia de sanidad exterior como todas aquellas funciones que se realizan en materia de vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de mercancías y del tráfico internacional de viajeros. Esta competencia se desarrolló posteriormente por medio del Real Decreto-

ley 1418/1986, sobre funciones del Ministerio de Sanidad y Consumo en materia de sanidad exterior. A su vez, la Ley 26/1984, general para la defensa de los consumidores y usuarios, establece también medidas de protección e información al consumidor —que deben ser verificadas en las fronteras— de los productos importados. Asimismo la dependencia orgánica del personal adscrito a los servicios de sanidad exterior viene determinada por la Ley 6/1997, de organización y funcionamiento de la Administración General del Estado, que establece que los servicios de sanidad exterior se integrarán en las áreas de sanidad de las delegaciones y subdelegaciones del Gobierno de los distintos territorios de las comunidades autónomas y dependiendo del Ministerio de Administraciones Públicas. Otros ministerios también tienen de alguna manera incidencia sobre la materia.

En todo caso el plan de medidas al que había aludido se está desarrollando ya. De hecho, insisto, durante el verano —ha hecho referencia a ello también el señor Mantilla— se han introducido una serie de medidas correctoras en el puerto de Vigo que han permitido, como he dicho, con el trabajo de la Subdelegación del Gobierno y también de la Autoridad Portuaria, normalizar absolutamente la situación a través de la incorporación de personal y también de incentivos profesionales que han permitido ampliar los horarios, de tal manera que en este momento el funcionamiento ya es de mañana y tarde, absolutamente normalizado, como digo.

Convendría decir que es un plan de medidas elaborado por el Ministerio de Sanidad y que se propone al Ministerio de Administraciones Públicas para que ellos ejecuten esas medidas en cuanto a la dependencia orgánica del personal. Dice: Los ministerios competentes realizarán un estudio de la actual estructura de los servicios de inspección, de mercancías y de control de viajeros internacionales con el fin de asegurar la eficacia y calidad de las diferentes unidades. En este estudio se contemplarán las nuevas actuaciones, las cargas de trabajo, así como las repercusiones de las medidas que se adopten en aplicación del presente plan en el número y características de los puestos de trabajo de las unidades afectadas, efectivamente también la previsión de desarrollo futuro del puerto de Vigo —todos apostamos por ello lógicamente—, y ahí están las actuaciones de la Autoridad Portuaria. El Ministerio de Sanidad y Consumo ha efectuado dicha evaluación de las necesidades teniendo en cuenta fundamentalmente los siguientes parámetros: las actividades a realizar, los análisis de las actuales y previstas cargas de trabajo de los diferentes servicios de sanidad exterior y una propuesta final de mejora de las actuales relaciones de puestos de trabajo para responder a todos los puntos anteriores. En concreto, y en lo que se refiere al puerto de Vigo, para atender las necesidades de personal de los servicios de sanidad exterior y poder así responder no solo a los incrementos de despacho de las mercancías previstas de aquí a 2008 sino también a los nuevos horarios estable-

cidos, se ha propuesto un incremento de ocho inspectores veterinarios —como bien se ha reconocido— y seis auxiliares administrativos, además de los ya existentes y que se están incorporando paulatinamente. De hecho, en este momento, como he dicho, ya se ha procedido a un importante refuerzo del personal, además de los incentivos profesionales que han permitido ampliar los horarios.

Si bien en aquel momento su propuesta podría ser oportuna, en este momento es absolutamente extemporánea; pero en aras del buen entendimiento entre los grupos y porque es una cuestión que efectivamente atañe al puerto de Vigo, que nos interesa conjuntamente, hemos presentado una enmienda, que paso a la Mesa. Resume lo dicho y solicita que se aceleren todas las medidas puestas en marcha, entre las que se encuentran la prolongación de horarios de los servicios de inspección del puerto de Vigo y la adecuación de las plantillas de personal a las necesidades existentes en el marco general de la mejora de la sanidad exterior en todos los puertos del Estado.

La señora **PRESIDENTA**: Señor Mantilla, usted había indicado que la literalidad de la enmienda socialista no le satisfacía y le ruego que se manifieste en relación con lo últimamente expuesto por el señor Fidalgo.

El señor **MANTILLA RODRÍGUEZ**: Mantenemos nuestro criterio de rechazar la enmienda del Grupo Parlamentario Socialista. **(La señora Fernández Davila pide la palabra.)**

La señora **PRESIDENTA**: Señora Fernández, no sabía que iba a intervenir, pero le doy la palabra en ese momento.

La señora **FERNÁNDEZ DAVILA**: Queremos intervenir porque nosotros también tenemos presentada una iniciativa a este respecto, en este caso una pregunta por escrito, preocupándonos efectivamente por un problema que se acaba de exponer, y que es serio e importante, en el puerto de Vigo. También es verdad que cuando nosotros optamos por la pregunta fue porque teníamos conocimiento, incluso no solamente por las autoridades portuarias sino a través de los medios de comunicación, de parte de la información que acaba de aportarnos el diputado del Grupo Socialista. Por tanto, la postura que nosotros vamos a mantener —por eso he pedido la palabra, porque quería que constaran las razones de por qué nos vamos a abstener— es que, si bien entendemos que es necesario incrementar el número de inspectores para resolver el problema que tiene el puerto de Vigo, también somos conscientes, porque ya lo sabíamos por las informaciones que teníamos, repito, de que el acuerdo para incrementar ese número de profesionales ya estaba hecho por el Ministerio de Sanidad; por tanto es necesario instar al Gobierno desde esta Comisión de Sanidad

para que acelere, porque realmente es urgente. Dándole la razón, aunque no es una cuestión de dar la razón, entendiendo perfectamente la propuesta que el Grupo Popular hace, sería lógico que se llegase a un acuerdo entre el Grupo Popular y el Grupo Socialista que propone una enmienda, porque sería bueno para Vigo y para el puerto de Vigo que hoy se aprobase aquí una proposición no de ley para que el Gobierno y concretamente el Ministerio de Sanidad y el de Administraciones Públicas acelere la dotación de los profesionales que en este momento está siendo urgentemente necesaria en el puerto de Vigo, sobre todo en sanidad de exterior. Si no se acepta un acuerdo entre las partes nosotros nos vamos a abstener, porque no tendría mucha lógica una postura diferente.

— **RELATIVA A LA DEFENSA DEL MODELO ESPAÑOL DE OFICINAS DE FARMACIA PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/001854.)**

La señora **PRESIDENTA**: Punto 6.º del orden del día: Proposición no de ley relativa a la defensa del modelo español de oficinas de farmacia. Su autor es el Grupo Parlamentario Popular y tiene la palabra para defender la iniciativa el señor Sánchez Fierro.

El señor **SÁNCHEZ FIERRO**: Señora presidenta, señorías, los medios de comunicación social informaron a finales del mes de junio, exactamente el día antes de aprobarse en el Pleno la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, que la Comisión Europea iba a remitir un dictamen sobre determinadas restricciones en materia de establecimiento de las oficinas de farmacia en España. Efectivamente, el día 4 de junio se procedió a la remisión de dicho dictamen cuyo contenido generó una grave inquietud. La inquietud fue y es evidente entre las más de 20.000 farmacias en España y sobre todo para quienes trabajan en ellas. Son las farmacias un servicio fundamental para la sanidad española, un servicio de alta calidad, de elevada cualificación, muy valorada por los ciudadanos, por eso no resulta aceptable ponerlo en cuestión. El contenido del dictamen produjo también una grave sensación de inseguridad por la inestabilidad que proyecta sobre un sector sanitario tan estratégico; pero la sorpresa fue mayor cuando se supo que en realidad el Ministerio de Sanidad y Consumo conocía ya este problema desde hacía tiempo. A nadie había informado el ministerio, ni a las comunidades autónomas responsables de la gestión de las oficinas de farmacia ni tampoco al sector. Esto sucedía a pesar de que el ministerio había recibido antes, exactamente en mayo de 2005, una carta de emplazamiento de la Comisión para abordar este asunto. El ministerio mantuvo, sin embargo, un silencio absoluto. No se nos alcanza a entender cuáles fueron las razones para mantener semejante hermetismo en un tema de

evidente trascendencia. En todo caso, señorías, el dictamen de la Comisión supone un ataque directo contra un modelo de oficina de farmacia del que legítimamente podemos sentirnos orgullosos defensores, al igual que la inmensa mayoría de los ciudadanos y pienso yo también que de los responsables políticos.

Las consideraciones a las que responde el repetido dictamen se inscriben directamente en el funcionamiento del mercado interior, olvidando las propias directivas comunitarias que garantizan algo a todas luces prioritario: la salud de los ciudadanos. El Grupo Parlamentario Popular, después de mantener muy diversos contactos con representantes del sector, presentó la proposición no de ley que estoy exponiendo. Recuerdo a SS.SS. que en esta proposición no de ley se ponen de relieve algunos elementos que resumo seguidamente. En primer lugar, considerar fundamental que el Ministerio de Sanidad y Consumo otorgue la máxima prioridad a la defensa del modelo español de oficinas de farmacia, aportando ante la Comisión cuantas consideraciones, elementos y fundamentos jurídicos conduzcan a este resultado. Según el Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas, las razones sanitarias deben prevalecer sobre las del mercado interior. También hay que pensar que las sentencias a las que se hace mención en el dictamen de la Comisión Europea tienen escasa, por no decir nula, conexión con las oficinas de farmacia en España, siendo significativo que el repetido dictamen no se refiera a algunas directivas comunitarias, en particular a la Directiva 432/85 y a la Directiva 36/2005. Es necesario tener en cuenta que las citadas directivas, que afectan a derechos de establecimiento y libertad de servicios de los profesionales en el mercado único, excluyen de su ámbito a las oficinas de farmacia. Asimismo, en nuestra proposición no de ley remarcamos que el dictamen de la Comisión no tiene en cuenta el artículo 152 del Tratado de las Comunidades Europeas, artículo que es base suficiente para que el derecho español regule las condiciones de apertura y de titularidad de las farmacias.

Asimismo, en nuestra proposición señalamos que las ventajas del modelo auspiciado por la Comisión Europea poco o nada tienen que ver con la evolución del gasto farmacéutico en nuestro país, ya que el grueso de los medicamentos está sujeto a precios intervenidos y fijados por las autoridades. También señalamos que el modelo al que responde el dictamen de la Comisión Europea tampoco produce mejoras en la atención a los ciudadanos, y ello porque en los países en que se ha experimentado, por ejemplo, Holanda, Noruega o Irlanda, se ha introducido este sistema con una rebaja real en los estándares de cualificación de los profesionales farmacéuticos. El modelo que parece auspiciar la Comisión Europea allí donde ha sido implantado no ha incrementado de una manera significativa el número de puntos de atención al público; por el contrario, estos se han concentrado en áreas urbanas, olvidando las zonas rurales. También señalamos que el modelo español, con sus tres elementos: planificación, ordenación, autorización admi-

nistrativa de los establecimientos y vinculación de la profesión farmacéutica al modelo de oficina de farmacia, viene generando desde hace años muy positivos efectos a favor de los ciudadanos. El modelo español es un modelo avanzado desde el punto de vista sanitario, y por ello tiene el pleno respaldo en la propia legislación española, en el artículo 16 de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que favorece una prestación farmacéutica que se traduce en un conjunto de actuaciones profesionales de alta cualificación. El modelo español ofrece una de las mejores ratios de atención a los ciudadanos, un promedio de 2.800 habitantes por farmacia y una amplia cobertura en las zonas rurales, ratios que en modo alguno han conseguido los países que parecen responder al modelo auspiciado por la Comisión. Por tanto, el modelo español de farmacia favorece el acceso equitativo de los ciudadanos al servicio farmacéutico.

Permítanme, señorías, hacer algunas consideraciones más. La principal de ellas es que estamos preocupados por el hecho de que el Gobierno, el pasado 4 de septiembre, haya enviado a la Comisión Europea un informe en respuesta al dictamen de ésta, sin que hasta la fecha haya sido posible conseguir que tal informe se facilite a las autoridades competentes de las comunidades autónomas que, como con frecuencia suele decirse, también son Estado. Lo más que se ha podido conseguir es una parca, una sucinta nota de prensa, a pesar de la petición expresa de ese informe por los directores generales de Farmacia en el seno de la Comisión Permanente de Farmacia del Sistema Nacional de Salud y a pesar también de la reclamación de dicho informe el pasado martes en la Comisión Delegada del Consejo Interterritorial. Sabemos que una petición similar de entrega del informe se ha hecho por entidades representativas del sector y, desde luego, por nuestro grupo parlamentario. Sorprenden los argumentos utilizados para no facilitar el informe: el ministerio ha dicho que no difundirlo es la mejor vía para defender los intereses del reino de España y que no dar más información es algo que está motivado. Señorías, sin duda habrá motivos, pero ¿hay alguna razón para que esos motivos no podamos conocerlos? Nos preocupa que la argumentación utilizada pudiera responder en mayor o menor medida a una actitud de resignación, que implicaría poner fin a mayor o menor velocidad a nuestro modelo de oficinas de farmacia. Nos preocupa que la estrategia de algunos pudiera consistir en dejar que el tema se resuelva solo, que se resuelva en suma en el Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas y, lo que aún sería peor, que nos lo den allí resuelto al hilo de la sentencia que recaerá respecto de algún otro Estado miembro de la Unión Europea, y me refiero, claro es, al caso de Italia. Espero, señoría, que estos temores no pasen de ser tales y que el Gobierno se emplee de verdad a fondo, adoptando todas y cada una de las iniciativas jurídicas, políticas y judiciales que sean precisas y por supuesto que dé cumplida información a esta Cámara, a esta Comisión, de los avances que se

vayan consiguiendo en defensa del modelo español de oficinas de farmacia. Por eso, señorías, mi grupo parlamentario pide a todos los grupos su apoyo a su proposición no de ley, que en suma consiste en algo bien sencillo: Instar al Ministerio de Sanidad y Consumo a que otorgue esa prioridad, aportando a la Comisión Europea cuantos argumentos contribuyan a la mejor defensa de dicho modelo y sobre todo a mantener informada a esta Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados, a las comunidades autónomas y al sector farmacéutico de las iniciativas que se llevan a cabo por el Gobierno a estos efectos.

La señora **PRESIDENTA**: Les voy a hacer una advertencia. Inicialmente se ha dado de una hora de votación cercana a las cinco, pero, tal y como se está desarrollando el debate, quizá la hora de votación esté más cercana a las cuatro y media si es que las transacciones en marcha nos lo permiten. Por eso ruego a los señores portavoces de los grupos parlamentarios que, si les es posible, estén aquí a las cuatro y media de la tarde, teniendo en cuenta que aún hay negociaciones en marcha para ver qué se somete a votación. En todo caso, si algún grupo tiene el problema de que sus miembros creían que la votación se iba a celebrar a las cinco, tampoco empezaríamos a votar en perjuicio de ninguno de los grupos.

El Grupo Parlamentario Socialista ha presentado una enmienda, para cuya defensa tiene la palabra la señora Martel.

La señora **MARTEL GÓMEZ**: Señorías, el día 24 de agosto el Ministerio de Sanidad y Consumo emitió un informe en respuesta al dictamen motivado de fecha 4 de julio, de la Comisión Europea, sobre presuntas restricciones a la libre competencia de la normativa española reguladora del establecimiento de las oficinas de farmacia. El día 5 de septiembre, dos semanas después, el Grupo Popular presentaba esta proposición no de ley, por la que se instaba al Gobierno a dar máxima prioridad a la defensa del modelo español de oficinas de farmacia, aportando ante la Comisión Europea argumentos para la defensa del modelo. Ya estaba hecho.

Las oficinas de farmacia en nuestro país son establecimientos sanitarios privados, de interés público, sujetos a la planificación sanitaria. La legislación española establece una relación especial entre el Estado y los farmacéuticos que sin duda singulariza a este colectivo. Las farmacias participan en la gestión del procedimiento de financiación con fondos públicos de los medicamentos y productos sanitarios incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud en virtud de conciertos suscritos entre la Organización Farmacéutica Colegial y las administraciones sanitarias de las comunidades autónomas. De esta forma, actúan como intermediarios entre el usuario y el Estado con el fin de hacer efectivo el derecho de los usuarios a obtener los medicamentos prescritos mediante receta oficial del Sistema

Nacional de Salud. Las oficinas de farmacia en nuestro país asumen de esta manera los riesgos propios de cualquier financiación durante el periodo que media entre la dispensación del medicamento o producto sanitario y el reembolso de las cantidades correspondientes por parte del Estado. De otro lado, las farmacias están obligadas a adecuar su actuación al cumplimiento de objetivos de interés público fijados por el Estado para contener el gasto público en medicamentos y productos sanitarios y promover su uso racional, ya que dicha contención contribuye a la mejora de la calidad de los servicios sanitarios que se ofrecen a los usuarios del sistema español de salud y que no solo son españoles, sino también comunitarios y nacionales de terceros países. De conformidad con la Ley 16/1997, están asimismo obligadas a realizar prestaciones no remuneradas en beneficio de la sociedad, lo cual constituye un factor adicional que singulariza al sector.

La ordenación y planificación de las farmacias establecidas por la legislación española hace que tengamos un nivel óptimo de cobertura de oficinas de farmacia. En el año 2005, con una población en torno a los 44.200.000 habitantes, España tenía una ratio media de 2.143 habitantes por farmacia, muy inferior a la del resto de los países de la Unión Europea, con población superior en número de habitantes por farmacia, salvo en los casos de Grecia y Bélgica. Con nuestro modelo de farmacia se ha logrado una distribución homogénea de farmacias en todo el territorio del Estado, adecuada a las características geográficas y poblacionales de cada territorio. En España existen 2.149 municipios de menos de mil habitantes y todos tienen oficinas de farmacia. De los 1.114 municipios de menos de 500 habitantes, tan solo 36 carecen de ellas. El servicio prestado por las oficinas de farmacia presenta un grado máximo de calidad y garantiza su servicio en condiciones de igualdad, sea la oficina de farmacia rural, urbana, semiurbana o turística. Como consecuencia de los servicios suscritos entre los farmacéuticos y las autoridades sanitarias, España es uno de los pocos países europeos que garantiza el acceso a los medicamentos prescritos financiados con fondos públicos, sin necesidad de que se anticipe el importe total de su precio. La diferencia entre lo aportado en su caso por el beneficiario y el importe total del medicamento es asumido por el farmacéutico durante el periodo que media entre la dispensación y el pago de la factura respectiva por parte del organismo público correspondiente. Por otro lado, la escala de cantidades a deducir de la factura, según el volumen de venta de medicamentos, al Sistema Nacional de Salud, introducida por el Real Decreto-ley 5/2000, y modificada por el Real Decreto 2402/2004, se ha traducido en una notable contribución del sector al sostenimiento del sistema. Otro aspecto a destacar es la alta valoración de los ciudadanos del servicio ofrecido por las farmacias españolas.

Con fecha 4 de julio de este año, la Comisión Europea emitió un dictamen motivado dirigido al Reino de

España en el que se declaraba incompatible con el artículo 43 del tratado la normativa estatal y autonómica relativa a las aperturas de oficinas de farmacia y, en particular, a las restricciones cuantitativas y territoriales que regulan los procedimientos de autorización y en las que se imponen limitaciones a la propiedad de las farmacias. La Comisión realiza en este dictamen una interpretación extensiva del artículo 43 y obvia la relevancia de los artículos 142, apartado 5 y 295 del tratado, así como de la Directiva 2005/36, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales.

La Comisión exige una modificación del sistema susceptible de afectar a la calidad y continuidad del servicio sanitario, no tomando en consideración la contribución de las farmacias a la financiación mediante la aportación de una cantidad que se calcula según su volumen de facturación al Sistema Nacional de Salud y que se aplica en forma de deducción en el pago correspondiente al coste de los medicamentos dispensados mediante presentación de las recetas oficiales del sistema. El dictamen plantea que una liberalización mejoraría el suministro. Frente a esto, cabría reiterar la existencia de una relación directa entre el número de farmacias, su rentabilidad y los fondos públicos disponibles para financiar el gasto público farmacéutico y otros servicios sanitarios. Un incremento del número de farmacias causaría una disminución del nivel de rentabilidad de las farmacias con la consiguiente merma de la calidad de servicio y la menor capacidad de financiar un stock adecuado. La conclusión, señorías, es evidente. De nada sirve contar con más de una farmacia en una ratio de 250 metros si ninguna de ellas es capaz de asegurar un stock adecuado ni de mantener el actual nivel de la calidad del servicio. El dictamen constituye, en definitiva, una apuesta excesivamente arriesgada para nuestro sistema de cara a la consecución del objetivo de garantizar un nivel elevado de protección de la salud. El objetivo de la ordenación en nuestro país es garantizar una atención farmacéutica adecuada y un uso racional de los medicamentos al tiempo que posibilitar un más elevado nivel de calidad y equipamiento de la dispensación de medicamentos, teniendo en cuenta las características geográficas y las necesidades sanitarias. Señorías, la regulación del establecimiento de oficinas de farmacia constituye materia sanitaria y no económica. En este mercado, si se considera en términos económicos, no hay relación alguna entre oferta y demanda. Esta es inelástica al estímulo de la oferta por cuanto viene condicionada por un factor no económico —la enfermedad—; responde a la demanda de un tercero —la orden del médico— y el pagador la Administración pública —no se corresponde con el beneficiario, que es el paciente.

El Estado español ha optado por intervenir en las oficinas de farmacia mediante el establecimiento de una relación especial de colaboración instrumentada jurídicamente a través de un concierto. Dicha relación especial se complementa con la imposición de obligaciones en materia de servicios mínimos no remunerada. Con base en el artículo 43 del tratado, no cabe una injerencia

comunitaria en una decisión soberana del Estado español como esta. Todos y cada uno de los argumentos planteados en el dictamen de la Comisión Europea han sido rebatidos en el informe emitido por el Ministerio de Sanidad y Consumo con fecha 24 de agosto, por lo que, como les decía, esta proposición no de ley llega tarde pero aun así, estando de acuerdo en que todos queremos defender el modelo español de oficina de farmacia, mi grupo ha presentado una enmienda de sustitución buscando el acuerdo de todos los grupos en esta Comisión que quedaría redactada en los siguientes términos: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a que continúe manteniendo ante la Unión Europea los argumentos contenidos en el informe presentado ante la Comisión para la defensa del sistema español de farmacia y siga informando al Congreso de los Diputados, a las comunidades autónomas y al sector farmacéutico de las iniciativas que en tal sentido continúe llevando a cabo.

La señora **PRESIDENTA**: Señor Sánchez Fierro, para pronunciarse en relación con la transacción que deseen efectuar con el Grupo Parlamentario Socialista.

El señor **SÁNCHEZ FIERRO**: Evidentemente no podemos aceptar esta enmienda de sustitución, porque a nuestro juicio no describe una situación real. No se puede continuar informando al Congreso de los Diputados cuando no se ha informado ni una sola vez. Por tanto, a partir de este dato la enmienda de sustitución se cae por sí sola.

La señora **PRESIDENTA**: Por tanto, votamos la iniciativa en sus propios términos.

— **RELATIVA AL IMPULSO DE LAS ACCIONES NECESARIAS PARA LA NO DISCRIMINACIÓN DE LOS SEROPOSITIVOS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA DEL CONGRESO. (Número de expediente 161/001856.)**

La señora **PRESIDENTA**: Punto último del orden del día que es el relativo a la proposición no de ley sobre el impulso de las acciones necesarias para la no discriminación de los seropositivos. Es una iniciativa del Grupo Parlamentario Socialista y será defendida por la diputada, señora Salazar.

La señora **SALAZAR BELLO**: Esta es una proposición no de ley como consecuencia de una reflexión llevada a cabo por un informe muy importante que presentó la Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España hace unos días. En 1981 se diagnosticaron en los Estados Unidos los primeros casos de VIH, iniciándose así, podría decirse, la aparición de una nueva enfermedad ocasionada por un virus que, a través de los años evolucionó hacia un problema sanitario, social y de derechos humanos que necesitaría

—en ese momento ya se preveía— de grandes políticas. En 1994 la comunidad internacional fue la pionera en reconocer que esa enfermedad requería velar por todas las personas que viven con el VIH/SIDA para que puedan ejercer en pie de igualdad sus derechos y libertades fundamentales, luchando contra la discriminación y comprometiéndose a desarrollar unas políticas que protegieran a las personas, y en particular a los que viven con el VIH, a través de un entorno jurídico y social sostenible. Posteriormente, se establecieron las pautas consensuadas internacionalmente para las actuaciones prácticas y los principios por los que los Estados deberían regirse para proteger los derechos humanos y las políticas de salud. Este informe fue confirmado en el año 2001 y aprobado en la Asamblea de las Naciones Unidas, en el que se reconoce que el estigma, el silencio, la discriminación, la negación de esta realidad y la falta de confidencialidad dañan la prevención y atenúan el tratamiento, incrementando así el problema de la enfermedad del sida. Ese último informe fue lo que hizo que la Fundación para la Investigación y Prevención de Sida en España iniciara un estudio, que fue publicado posteriormente, cuyos resultados han hecho que en nuestro grupo parlamentario reflexionara y trajera a esta Cámara la proposición no de ley que se debate hoy aquí.

En el año 2005, el Ministerio de Sanidad y Consumo financió con 235.000 euros el estudio realizado por esa fundación sobre el tema de los derechos humanos y la discriminación en España de personas que viven con el VIH. Se detectó que en la normativa legislativa no existe discriminación, solo existe algún reglamento o protocolo interno de organismos e instituciones en el que se recoge esto, siendo realmente las discriminaciones más frecuentes en la vida cotidiana de los pacientes. Este estudio abarcaba múltiples ámbitos como el sanitario, el empleo, la educación, los seguros, etcétera, y en él se reflejaban 596 notificaciones de prácticas discriminatorias hacia esos ciudadanos. Tenemos, por ejemplo, en el ámbito sanitario, el marcaje de las historias con colores o con letras grandes en los que se avisaba de la enfermedad del sida o con carteles colgados delante de las camas en los que también se avisaban de la enfermedad del sida o el propio aislamiento en algunos hospitales cuando se confirma que son sidosos o el cambio de profesionales médico-quirúrgicos que no querían arriesgarse a operar a un enfermo sidoso. Por tanto, todo el mundo se enteraba de que era un enfermo portavoz de VIH. En el empleo, por ejemplo, todavía existen actualmente entrevistas en las que preguntan, tanto por escrito como oralmente, si son seropositivos o la aplicación errónea de la denominación de enfermedad infectocontagiosa que les limita tan fácilmente el acceso a sitios como los balnearios, las piscinas, los pisos tutelados, las becas de estudio, visados o la denegación de un seguro dentro de las mutualidades o el propio acceso a un crédito para las hipotecas. Todo ello puede hacer que los enfermos de VIH se autoexcluyan de sus derechos y

oculten, así, su seropositividad, o incluso no asistan a los controles ni a seguir su propio tratamiento por tener miedo a ser estigmatizados o identificados como enfermos portadores. Hay que luchar contra el estigma y la discriminación. Hay países en los que los propios medios de comunicación están realizando labores muy importantes tan solo con no utilizar palabras que ocasionen miedo y rechazo desde la sociedad. Al principio de esta enfermedad, decían la plaga del siglo XX, y en este momento no están utilizando esa terminología sino que se dice pandemia o epidemia. En España ya se habían dado subvenciones a entidades sin ánimo de lucro otros años, como en 2002 por el propio Gobierno del Partido Popular, y este año se ha multiplicado por 300.000. Hemos pasado a tener 3.150.000 euros para la lucha y la erradicación de la estigmatización y de la discriminación. También sabemos que se han producido las primeras acciones transversales destinadas para ello, y con este fin se financia el Observatorio de Derechos Humanos del VIH, que por supuesto el Grupo Popular conoce perfectamente porque se inició con ellos en el año 2002.

Por ello, desde el Grupo Parlamentario Socialista presentamos esta proposición no de ley para romper todos los obstáculos, para que la prevención sea efectiva y también para luchar contra la discriminación desde todas las comunidades autónomas, aunando actuaciones y esfuerzos. Al igual que hay que conseguir la concienciación de la sociedad, articulando desde el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, hay que convertir las actitudes de discriminación y de estigmatización en actitudes de compromiso, y aceptar y promocionar los derechos humanos, asegurando el respeto a la integración de todas las personas con el VIH. Por eso mismo mi grupo parlamentario presentó esta proposición no de ley que dice: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a que el Ministerio de Sanidad y Consumo a través del Consejo Interterritorial de Salud impulse todas las acciones necesarias para que favorezca la no discriminación de los seropositivos en el ámbito tanto sanitario como laboral y administrativo, y —segundo punto— se intensifiquen las políticas de sensibilización e información en colaboración con todas las administraciones públicas.

El Grupo Parlamentario Popular nos ha presentado una enmienda con dos puntos, y quisiera explicar al diputado que va a defender estas enmiendas que respecto al primer punto, donde dicen: Se incorporen a los Presupuestos Generales del Estado de 2007 los fondos económicos necesarios para llevar a cabo estas políticas, esto ya se hace dentro del presupuesto del Ministerio de Sanidad y Consumo. Sabe muy bien que hay unos programas específicos para ellos, como cuando le decía que en su Gobierno anterior se habían hecho. Le he especificado en este momento el aporte del Ministerio de Sanidad en 3.150.000 euros para las ONG o a fundaciones sin afán de lucro y también para las propias comunidades autónomas, a las que se ha destinado de

forma consensuada en este año por primera vez 4.800.000 euros. Sin embargo, en el segundo punto, donde dicen: Antes de junio de 2007 el Gobierno informará, nosotros creemos que podríamos llegar a un acuerdo si quitamos la fecha y ponemos: Durante el periodo próximo legislativo de sesiones, etcétera.

La señora **PRESIDENTA**: A esta iniciativa ha presentado una enmienda el Grupo Parlamentario Popular, para cuya defensa tiene la palabra el diputado señor Gutiérrez Molina.

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA**: Muy brevemente, porque no quisiera distraer demasiado la atención de la señora presidenta y de las señoras y señores diputados.

Ciertamente, a la hora de analizar esta proposición no de ley que presenta el Grupo Socialista, la primera apreciación que tenemos que hacer es que no es un debate nuevo sino de los que ya tenemos cierta experiencia en esta Comisión quienes llevamos algún tiempo en esta Cámara. No digo que sea un debate recurrente, pero sí que en cualquier momento en que se ha tratado este tema los distintos grupos políticos han mostrado su sensibilidad. Baste recordar para ello la proposición no de ley que en el año 2003 presentó el Grupo de Izquierda Unida sobre prevención, asistencia y solidaridad en materia del virus VIH; también la misma proposición no de ley sobre medidas urgentes para una nueva política relativa al virus del sida que presentó el Grupo Mixto en el año 2002; otra proposición no de ley que presentó el grupo parlamentario al que pertenezco sobre la epidemia del sida, que originó un brioso debate, así como una proposición no de ley que presentaron el Grupo Socialista y el Grupo Mixto relativa a la revisión de la valoración de la discapacidad conferida a las personas afectadas por la infección del virus VIH/SIDA.

Quiero decir como primer punto de defensa de la enmienda que hemos presentado y que he tenido la ocasión de compartir con la distinguida portavoz del Grupo Socialista que el debate no es nuevo; en segundo lugar, que demuestra la sensibilidad de todos los grupos políticos, y, por utilizar una frase de la misma señora presidenta cuando en octubre de 2002 se debatía en estos escaños una proposición no de ley que presentaba el Grupo Mixto, ciertamente el hecho de incluir facetas sanitarias, sociales, es lo que hace que cuantas veces se han discutido en el ámbito sanitario los problemas que lleva aparejada la condición de enfermo del virus VIH se haya tropezado una y otra vez con esa diversidad o disparidad de competencias, entendiéndose desde el Ministerio de Sanidad o desde la Administración responsable de la sanidad que alguno de los aspectos que se contienen son más propios del Ministerio de Sanidad y de la Seguridad Social, puesto que hacen referencia a las políticas sociales o a los problemas sociales de las personas que tienen sida y a la dificultad que esta problemática social genera a la hora de incorporarse al mundo laboral. Si me he permitido citar literalmente esta frase

de la señora presidenta es precisamente para mostrar nuestro acuerdo, la posición del Grupo Parlamentario Popular de avanzar desde un punto de partida en la consideración de las reflexiones que el Grupo Socialista hoy presenta ante esta Comisión.

¿Por qué presentamos esta enmienda de adición, señora presidenta? Pues por dos razones. En cuanto a una, ya nos ha sacado de dudas, vamos a partir de la buena disposición de mi grupo y de la creencia en las cifras que ha dado la señora portavoz del Grupo Parlamentario Socialista —no digo que no sean ciertas, sino que estén negro sobre blanco— de 3.150.000 euros para las ONG y para las distintas comunidades autónomas, porque nosotros en principio, seguramente por nuestra torpeza, no habíamos podido ver en los Presupuestos Generales del Estado del año 2007 los fondos necesarios para llevar a cabo estas políticas. Una filosofía a la que era difícil oponerse, como la que presenta el Grupo Parlamentario Socialista, necesitaba de una memoria económica, que la señora portavoz del Grupo Socialista acaba de citar aquí. Nosotros nos lo creemos en este momento, pero no como un dogma de fe, sino que quedaremos en una actitud vigilante, no porque desconfiemos de la palabra, sino porque ya se sabe que luego, como decimos por Melilla, hoy es lunes y mañana es martes y luego pasa lo que pasa. **(Risas)** Estaremos en una actitud vigilante y serena, pero —perdónenme la redundancia porque no estoy especialmente brillante esta tarde— vigilantes sobre lo que S.S. ha dicho, y ejerceremos el control necesario sobre la gestión —por utilizar la frase a la que tan dados son ustedes— de estas cantidades que nos han dicho y a las que nada tenemos que oponer. En este sentido llegaríamos a la transaccional que S.S. acaba de exponer.

En cuanto al segundo punto, me agrada que S.S. vaya por delante de nosotros siquiera en este punto. No es que me agrade, entiéndame, solamente lo digo a los efectos retóricos, no me agrada nada de lo que S.S. dice de ponerse delante de nosotros en cuanto a políticas sociales, pero lo digo a los efectos del debate. Dice S.S. que modificaba el texto del punto cuarto referente a que antes de junio de 2007 el Gobierno informará —eso era lo que decíamos nosotros— a la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados del grado de cumplimiento de los acuerdos antes mencionados. Su señoría dice que cambia la frase de antes de junio de 2007 por durante el actual periodo de sesiones. Yo quiero decir a S.S. —y seguramente será que yo, como siempre, interpreto las cosas regular— que el periodo de sesiones acaba en diciembre, porque los periodos de sesiones se dividen en dos, de febrero a junio —no me quiero poner didáctico a esta hora de la tarde, pero lo digo para ilustración de este diputado— y de junio a diciembre. Nosotros creíamos que antes de junio de 2007 le dábamos más —qué frase utilizaría yo para no molestar a S.S.— más *chance* al Grupo Parlamentario Socialista para cumplir con los objetivos. Su señoría dice que no, que durante el periodo de sesiones actual, o sea,

antes de diciembre. Mejor me lo pone la señora portavoz del Grupo Socialista. Nosotros no tendríamos ningún inconveniente en que sobre el grado del cumplimiento del Gobierno se informe a esta Comisión antes de diciembre. Lo que yo he creído entender del apresurado informe de S.S. es que intenta decir que es antes de acabar la presente legislatura. Fíjese que le doy hasta ventaja para que usted me lo diga, señora portavoz. Si es así, tampoco tendríamos inconveniente, siempre y cuando se informara a la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados del grado del cumplimiento, pero que no sea por cuestiones semánticas y luego —lo que no se va en lágrimas se va en suspiros— no se informa. Por tanto, entiendo que usted ha querido decir, señora portavoz, que a lo mejor no, es que será antes del final de la legislatura, es decir, hasta el año 2008, salvo mejor provee, y, si no, antes del actual periodo de sesiones, antes de diciembre. En cualquier caso —no queremos creer en una trampa saducea— tanto a una cosa como a otra nosotros vamos a decir que sí también pero me gustaría, si pudiera ser, que me parece que no es mucho pedir, una mayor concreción para que, por los menos, el diputado que habla sepa si se refiere a diciembre de 2007 ó a cuando el periodo actual de sesiones finalice.

Nosotros estamos dispuestos a llegar a esta transaccional en aras, como se dice, del consenso de los grupos parlamentarios de esta Comisión y en aras, como se dice, a que esta proposición no de ley, que viene ya signada por el interés de todos los grupos políticos desde hace ya bastante tiempo, tenga también el respaldo en esta sesión que ahora celebramos.

La señora **PRESIDENTA:** Ha estado usted, señor Gutiérrez Molina, ingenioso y brillante como siempre no se preocupe.

Concluido el debate de las iniciativas sería bueno que pudiésemos recapitular sobre qué es lo que definitivamente vamos a votar. En concreto, respecto de esta última sería bueno conocer cuál es la capacidad de aceptación de lo que el Grupo Popular propone, para lo que tiene la palabra en este momento la diputada señora Salazar.

La señora **SALAZAR BELLO:** Seguramente he tenido un lapsus lingüístico. No me cabe ninguna duda porque usted es sumamente agudo y posiblemente lo percibió perfectamente. Sin embargo, cuando estuvimos charlando previamente le expliqué claramente, porque lo llevaba por escrito, que era durante el próximo periodo de sesiones. Sin poner la fecha del 27 de junio porque a lo mejor en mayo podremos dar una solución a este tema. Con relación al punto 1 le agradezco mucho su confianza y estoy segura de que va a comprobar que los datos que le he dado son absolutamente ciertos.

La señora **PRESIDENTA**: Les ruego trasladen a la Mesa los términos concretos de lo que finalmente se someterá a votación.

Habíamos indicado a los grupos que esta se celebraría hacia las cuatro y media. Por tanto, suspenderemos momentáneamente la sesión para ver los términos estrictos de lo que va a ser objeto de votación. Ruego a los señores portavoces que se acerquen y también les pido que sus compañeros vayan pidiendo a quienes tengan que ejercer el derecho al voto que se aproximen a la Comisión a la hora señalada. **(Pausa.)**

La señora **PRESIDENTA**: Señorías, reanudamos la sesión.

Comienzan las votaciones; en primer lugar, la referida al punto 1º del orden del día, iniciativa del Grupo Parlamentario Popular. No se ha aceptado la enmienda presentada por el Grupo Socialista ni ha sido objeto de ninguna transacción, con lo cual sometemos a votación la iniciativa en sus propios términos.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 15; en contra, 19; abstención, una.

La señora **PRESIDENTA**: Queda rechazada.

No se ha llegado a ningún acuerdo con relación a las iniciativas segunda y tercera y las enmiendas que habían sido presentadas. **(El señor Fidalgo Francisco: No; se votan separadas.)** Perfecto. Entonces, se votan separadamente. Por lo tanto, respecto de la segunda iniciativa, se vota el texto propuesto por el Grupo Parlamentario Popular en sus propios términos.

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

La señora **PRESIDENTA**: Queda rechazada.

Entiendo que respecto del número 3º no se ha presentado a la Mesa ninguna transacción. Será que la iniciativa...

La señora **ÁLVAREZ OTEO**: Disculpe, señora presidenta. Estaba terminando de redactarla y se la llevo ya.

La señora **PRESIDENTA**: Creía que se iban a sumar los dos textos.

Existe una transacción fruto de la iniciativa del Bloque Nacionalista Galego, Grupo Parlamentario Mixto, más la oferta que hacía el Grupo Parlamentario Socialista. Lo que votamos, por lo tanto, es lo siguiente: Se insta al Gobierno: A promover un mejor conocimiento de esta enfermedad, primordialmente entre los profesionales sanitarios tanto de atención primaria como de atención

especializada, a través de una guía de práctica clínica que contenga los protocolos adecuados para el tratamiento de enfermedades neurológicas como el Parkinson. A estudiar el Plan estratégico para el tratamiento integral de la enfermedades neurológicas elaborado por la Sociedad de Neurología, a fin de analizar sus posibilidades de aplicación en el momento actual. A actualizar periódicamente los estudios de prevalencia de la enfermedad de Parkinson en España, en los que participa el Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III, en colaboración con otras administraciones e instituciones. A elevar, asimismo, estos acuerdos al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud para que coordinadamente con las comunidades autónomas se analice el desarrollo de los mismos, así como la oportunidad de la creación de un grupo de trabajo en relación con la enfermedad de Parkinson.

Efectuada la votación, dijo

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

En cuanto al punto número 4.º, sobre los efectos de la contaminación acústica sobre la salud, iniciativa del Grupo Parlamentario Socialista, el Grupo Parlamentario Popular ha presentado una enmienda; existe una transacción que procederé a leer a continuación: 1.º Se insta al Gobierno a adoptar e impulsar las medidas necesarias para el cumplimiento íntegro de la Ley 37/2003, de 17 de noviembre de 2003, la Ley del Ruido. 2.º Que junto al estudio de impacto sonoro que actualmente se está realizando a través del Instituto de Salud Carlos III, se elabore un estudio para conocer la prevalencia de las alteraciones secundarias del impacto sonoro. 3.º Consecuentemente a los anteriores estudios, el Gobierno y las comunidades autónomas a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, impulsarán las medidas correctoras para disminuir la contaminación acústica y su impacto sobre la salud, especialmente en la población infantil.

Efectuada la votación, dijo

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

Punto 5º del orden del día, relativo a la inspección sanitaria en el puerto de Vigo (Pontevedra). Es iniciativa del Grupo Parlamentario Popular y la enmienda del Grupo Socialista no ha sido aceptada ni objeto de negociación. Por lo tanto, se vota la iniciativa del Grupo Popular en sus propios términos.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 15; en contra, 18; abstenciones, una.

La señora **PRESIDENTA**: Queda rechazada.

El 6º punto del orden del día, es el relativo a la defensa del modelo español de oficinas de farmacia. Tampoco en este punto ha habido acercamiento de posturas. Por lo tanto, se vota la iniciativa del Grupo Parlamentario Popular en sus propios términos.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 15; en contra, 19.

La señora **PRESIDENTA**: Queda rechazada.

Finalmente, punto 7º, relativo al impulso de las acciones necesarias para la no discriminación de los seropositivos, iniciativa del Grupo Parlamentario Socialista. Tenía presentada una enmienda del Grupo Parlamentario Popular, en este caso ha habido acercamiento de posturas, y pasaré a dar lectura a lo que finalmente votaremos como texto objeto de transacción.

1. Se insta al Gobierno a que el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través del Consejo Interterritorial del

Sistema Nacional de Salud, impulse todas las acciones necesarias que favorezcan la no discriminación de los seropositivos en el ámbito tanto sanitario, como laboral y administrativo. 2. A que se intensifiquen las políticas de sensibilización e información en colaboración con todas las administraciones públicas. 3. A que durante el próximo periodo de sesiones el Gobierno informará a la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados, del grado de cumplimiento de los acuerdos antes mencionados.

Este es el texto que se somete a votación.

Efectuada la votación, dijo

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

Sin más asuntos que tratar, señorías, se levanta la sesión.

Eran las cuatro cuarenta y cinco minutos de la tarde.

Edita: **Congreso de los Diputados**

Calle Floridablanca, s/n. 28071 Madrid

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

Imprime y distribuye: **Imprenta Nacional BOE**

Avenida de Manoteras, 54. 28050 Madrid

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



Depósito legal: **M. 12.580 - 1961**