



# CORTES GENERALES

## DIARIO DE SESIONES DEL

# CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Año 2006

VIII Legislatura

Núm. 717

## SANIDAD Y CONSUMO

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

Sesión núm. 36

celebrada el miércoles, 22 de noviembre de 2006

Página

### ORDEN DEL DÍA:

Comparecencia del señor presidente de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria (Lobo Aleu), para informar sobre:

- |   |    |
|---|----|
| — La evaluación, gestión y comunicación de alertas alimentarias en el año 2004. A petición del Gobierno. (Núm. expte. 212/000595.) .....  | 2  |
| — Las actuaciones de la Agencia en materia de seguridad alimentaria y nutrición. A petición del Gobierno. (Núm. expte. 212/001435.) ..... | 2  |
| Proposiciones no de Ley:  |    |
| — Sobre estudio epidemiológico. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista del Congreso. (Núm. expte. 161/001802.) .....            | 17 |

	Página
— Sobre la prescripción de medicamentos por parte del colectivo de diplomados/as en enfermería. Presentada por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió). (Núm. expte. 161/001830.).....	20
— Sobre la prescripción de medicamentos por parte del colectivo de diplomados en podología. Presentada por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió). (Núm. expte. 161/001831.) .....	20
— Relativa a la financiación de la vacuna antineumocócica conjugada para su inclusión en el calendario de vacunación infantil. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Núm. expte. 161/001922.) .....	27
— Relativa a la inclusión de la vacuna neumocócica conjugada heptavalente en el calendario sistemático de vacunación infantil. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Núm. expte. 161/001924.) .....	27
— Relativa a la inclusión de la Ezetimiba en el grupo de medicamentos de aportación reducida. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Núm. expte. 161/001923.)...	30

**COMPARECENCIA DEL SEÑOR PRESIDENTE DE LA AGENCIA ESPAÑOLA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA (LOBO ALEU), PARA INFORMAR SOBRE:**

- **LA EVALUACIÓN, GESTIÓN Y COMUNICACIÓN DE ALERTAS ALIMENTARIAS EN EL AÑO 2004. A PETICIÓN DEL GOBIERNO. (Número de expediente 212/000595.)**
- **LAS ACTUACIONES DE LA AGENCIA ESPAÑOLA EN MATERIA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIÓN. A PETICIÓN DEL GOBIERNO. (Número de expediente 212/001435.)**

La señora **PRESIDENTA**: Comenzamos con el orden del día de esta sesión número 36 que, como todos ustedes conocen, tiene dos partes. La primera está dedicada a la celebración de comparecencias de autoridades y la segunda al debate y votación de proposiciones no de ley. Para comenzar con lo puntos primero y segundo —quiero pensar que se expondrán juntamente—, nos acompaña el compareciente, el presidente de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Sin más, señor Lobo, tiene la palabra.

El señor **PRESIDENTE DE LA AGENCIA ESPAÑOLA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA** (Lobo Aleu): Quiero dar las gracias a la Comisión por la invitación a comparecer y por interesarse por el trabajo de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria. En mi intervención me voy a referir a los dos temas que la Comisión ha sugerido: a las alertas alimentarias y su gestión y, más en general, a las actuaciones y a la política

de la agencia. Haré una intervención única, pero procuraré hacer más hincapié en las alertas.

Como saben SS.SS. no me voy a extender, la Agencia Española de Seguridad Alimentaria fue creada por Ley en 2001. Me interesa solo destacar acerca de la agencia y de su estructura que en su órganos de gobierno están representados muchos sectores sociales y las administraciones públicas; por ejemplo, la comisión institucional y las 17 comunidades autónomas, de tal manera que la agencia no es solo un órgano del Administración del Estado, sino que en sus órganos de gobierno hay una representación amplia de todas las administraciones públicas y de los sectores sociales: asociaciones de consumidores, empresarios, etc. Me interesa resaltar una pequeña observación: la agencia sería incompresible si no tuviéramos en cuenta el marco europeo. Forma parte de toda una red de agencias europeas que gira en torno a los organismos comunitarios relevantes en esta materia, que son la propia Agencia Europea de Seguridad Alimentaria, la Dirección General de Sanidad y Consumo de la Comisión y la Oficina de Alimentos y Veterinaria de la Unión Europea. Naturalmente, el objetivo primordial de la agencia es la seguridad alimentaria, pero, para lograr ese objetivo, tiene como objetivos intermedios las ideas de colaboración institucional con otras administraciones públicas y de colaboración intersectorial. La palabra clave de agencia sería la coordinación, la colaboración. Y también es, según la ley, centro de referencia de evaluación y comunicación de los riesgos alimentarios. La agencia se tiene que basar en el conocimiento científico y por eso entre sus órganos existe un consejo científico integrado por 20 personas de la máxima solvencia técnica. Según nuestra ley, tenemos obligaciones especiales de transparencia y hemos de tomar nuestras decisiones con independencia.

No me voy detener en las funciones generales, sino que voy a detallarlas. Hablamos hace un momento del comité científico. El comité científico es el órgano más importante en nuestras tareas de evaluación de riesgos, que serían las primeras que le incumben a la agencia. En primer lugar hay que conocer, hay que saber y hay que tener información. Esa es la evaluación de los riesgos: conocer ante un problema cuál es su magnitud, cuáles pueden ser sus implicaciones para la salud pública. Entre las actuaciones que realiza la agencia es este orden de cosas, tenemos, como he dicho, el comité científico, la relación con la agencia europea, porque la agencia europea es fundamentalmente un órgano de evaluación. Tenemos también responsabilidades en la evaluación de nuevos alimentos y organismos genéticamente modificados, en el seguimiento de los medicamentos veterinarios, bases de datos, etcétera. Nuestro comité científico realiza un trabajo continuo y recientemente ha emitido informes sobre el uso de cloruro de litio como marcador en vinos; está en marcha una evaluación de riesgos sobre el consumo de harina de almortas, un problema concreto pero interesante porque las gachas son un plato muy popular en muchas partes de España y tradicionalmente se prepara con harina de almortas, hecho que puede plantear algún problema de salud, por eso están literalmente prohibidas por el código alimentario español, y ahora esto se está reevaluando, porque en las circunstancias actuales no sería tan lógica esta prohibición. Es solo un ejemplo de la actividad que continuamente desarrolla el comité científico, que lo hace *gratis et amore*. Yo quiero aquí agradecer a sus 20 integrantes su colaboración con la agencia, porque es totalmente desinteresada. La agencia realiza estudios. Estamos embarcados en el lanzamiento de un estudio sobre dieta total; luego hablaremos de un estudio sobre el contenido en sal del pan. Un empeño importante de la agencia, que está empezando a concretarse, es la creación de lo que llamamos nodo AESA, es decir, una red de instituciones, organismos científicos relevantes para la evaluación de riesgos alimentarios, que se va presentar a principios del año 2007. De lo que se trata es de censar los recursos disponibles, de interrelacionarlos y así darles un valor añadido. También tenemos algunas actividades de formación. Recientemente hicimos con la Universidad Internacional Méndez Pelayo un encuentro sobre seguridad alimentaria y nutrición, que vamos a repetir, y tenemos previstas otras actividades en el año 2007. La agencia necesita naturalmente un soporte laboratorial. Tenemos integrado en la agencia el Centro Nacional de Alimentación, centro de referencia que, no realiza tareas de control rutinarias y también tenemos el laboratorio de la Unión Europea de referencia para la detección de biotoxinas marinas, con sede en Vigo. Ambos laboratorios son un elemento fundamental en las tareas de la agencia.

Si pasamos a la gestión de riesgos, una faceta muy importante es la producción normativa, y naturalmente en una gran medida estamos hablando de normas comu-

nitarias, algunas de las cuales se tienen que trasponer y todas se tienen que observar en nuestro país. Para esa tarea de realización de desarrollo de normas, de elaboración normativa en el seno de las instituciones europeas, tenemos una participación amplísima en grupos de trabajo y en comisiones, el más importante de los cuales sería el Comité Permanente de la Cadena Alimentaria; el Codex Alimentario ya fuera de la Unión Europea, con ámbito mundial. Esa participación es una carga de trabajo muy importante para la agencia, el estar presente en la instituciones europeas, en la tareas de elaboración normativa y también de gestión.

Tenemos algunos datos sobre disposiciones aprobadas en 2006 y previstas para 2007. Tenemos una relación de las últimas disposiciones y órdenes. Muchas de estas disposiciones tienen un carácter altamente técnico. En muchísimas ocasiones se trata de introducir un contaminante en una lista positiva, de establecer un tope máximo para una exposición, etcétera. Como voy a dejar mi presentación a su disposición, tienen aquí la información y podemos complementarla en el momento en que quieran. Es inminente la entrada en trámite de Consejo de Ministros —ya tiene informe del Consejo de Estado— de un real decreto sobre prevención de la anisakis en los productos de la pesca. Con este real decreto vamos a tratar de atajar el problema creciente del anisakis, pensando en pescado que se va a consumir en crudo o prácticamente crudo. Seguramente a primeros de diciembre estará aprobado ya por el Consejo de Ministros. La agencia tiene un trabajo importante para uniformizar, dar consistencia a la interpretación de las disposiciones generales, especialmente de las de la Unión Europea. Hay un grupo de trabajo permanente con las comunidades autónomas, que son las que tienen las competencias de ejecución, para la interpretación de los reglamentos comunitarios, especialmente de aquellos que se llaman en lenguaje coloquial, el paquete de higiene, que fue aprobado a partir del año 2002.

Las alertas alimentarias son una faceta muy importante del trabajo de la agencia por la que se ha interesado la Comisión y sobre la que me voy a detener algunos minutos. Para la gestión de las alertas alimentarias, tenemos hasta tres sistemas. En primer lugar, nuestro sistema nacional, el que llamamos sistema coordinado de intercambio rápido de información y nuestro sistema nacional está naturalmente integrado en el sistema europeo, cuya denominación aparece en pantalla. Luego tenemos también un sistema internacional, bajo el gobierno de la Organización Mundial de la Salud, en cuyo lanzamiento participó España destacadamente, con colaboración técnica y presupuestaria. A nuestros efectos, los más importantes son el sistema nacional y el sistema europeo. Infosan es una red de segundo orden de apoyo a la red nacional y europea. ¿Qué tareas realizamos en materia de alertas? En primer lugar, la coordinación y la gestión de las propias alertas alimentarias y de las informaciones que pueden tener relevancia en este ámbito —ahora definiremos más claramente lo que se

entiende por alerta y lo que se entiende simplemente por información—, los rechazos de mercancías en los puestos de inspección fronterizos, así como la información y gestión de ciertas notificaciones a sustancias prohibidas o con superación de límites en medicamentos veterinarios.

La red española es el sistema de coordinado de intercambio rápido de información, que trata de informar, y de notificar sobre riesgos graves para la salud humana que deriven de alimentos o de piensos. La red se asienta sobre una serie de nodos, de puntos de contacto, desde luego la Unión Europea, uno por cada Estado miembro; también la Comisión, la autoridad europea, es punto de contacto. En España para alimentos son puntos de contacto la propia agencia, las 17 comunidades autónomas, las ciudades autónomas, la Federación de Industrias de Alimentos y Bebidas, el Ministerio de Defensa, en algunas circunstancias la sanidad exterior, servicios de epidemiología, el Ministerio de Agricultura, y hemos incluido muy recientemente a los distribuidores, por convenio que se acaba de firmar a principios de noviembre, con lo cual se ha dado cumplimiento a una de las propuestas que se hicieron a raíz del incidente de los pollos contaminados por salmonela de verano del 2005.

Como he dicho antes, hay que distinguir entre los que estrictamente un alerta, una información o un rechazo. Una alerta es aquella situación que exige una actuación inmediata de las autoridades competentes porque hay un riesgo grave o inmediato, o alternativamente, si se trata de un riesgo grave aunque no inmediato si el origen o la distribución del producto ha tenido lugar en territorio nacional. Esos son los criterios para identificar una alerta. Meramente es una información cuando no se exige una actuación inmediata, cuando la actuación puede ser no inmediata. Estamos hablando de un riesgo grave no inmediato y cuando además, concurrentemente, no existe una distribución nacional. El caso de los rechazos tiene que ver con mercancías que llegan a frontera y que no cumplen las condiciones que deben cumplir, siempre que exista un riesgo grave para la salud. Un aspecto importante de la red de alerta es la confidencialidad. Hay determinadas informaciones que pueden llegar a ser sensibles, pero naturalmente hay una obligación de transparencia y de dar conocimiento al público de los problemas que se puedan presentar, de tal manera que es pública la información sobre identificación del producto, la naturaleza del riesgo y la medida adoptada. Pero si hay informaciones que están protegidas por el secreto profesional, esas informaciones quedan restringidas a los miembros de la red, a no ser que existan razones de protección de la salud de las personas que hagan necesario hacer pública esta información. Son unos criterios de ámbito europeo que parecen bastante razonables.

La red nacional ha gestionado las alertas, informaciones y rechazos que aparecen en pantalla. Podemos apreciar que hay un crecimiento sostenido hasta el 2005

del total de estas actuaciones, año en el que ya se moderaron algo. ¿A qué se debe este crecimiento? No se debe a que haya más problemas. Se debe, primero, a que hay más países que son miembros de la Unión Europea y están integrados en la red europea, y por tanto nos llegan notificaciones procedentes de estos países; y también a mayor sensibilidad de la red. En el 2006, hasta 21 de noviembre, hay una cierta moderación de las notificaciones porque se discute a nivel europeo el que el sistema tiene que ser sensible, pero tiene que ser específico y no convertirse un filtro tan amplio que pase cualquier cosa por él; hay que mantener un equilibrio. Aquí tenemos una distribución de los tipos de productos alimenticios que se vieron afectados por notificaciones de alerta de información en el año 2005. Hay una distribución casi igual entre productos de origen animal y productos de origen vegetal. Hay mucha más información sobre las características de las alertas y las informaciones, que están a su disposición. Recientemente se han efectuado algunas mejoras en la gestión del sistema, mejoras que tratamos de impulsar continuamente. Se ha aprobado un nuevo procedimiento general de gestión y un procedimiento general de actuación para situaciones de crisis alimentarias cuya elaboración viene exigida por la propia ley; existía un procedimiento pero que se ha mejorado. También se ha aprobado un nuevo procedimiento general de comunicación del riesgo, y consideramos una mejora la inclusión de los distribuidores como punto de contacto. Aquí aparecen ejemplos o notificaciones que más nos han podido preocupar en el año 2006: problemas de toxinas en mejillones procedentes de España que fueron detectadas en Italia; problemas de contaminación biológica en lasaña congelada; sospecha de botulismo en un producto cárnico y el último, que tuvo algún reflejo en la prensa, fue un incidente que quizás pueda servir de ejemplo de cómo se gestionan estos problemas: se trataba de una res de más treinta meses sacrificada en Inglaterra, que por su edad debía haber sido sometida al test de la encefalopatía esponjiforme. Por un error de identificación esto no fue así y hubo que localizar todo el lote que había sido sacrificado en un día, lo que significaba una cantidad de carne no despreciable. Había habido exportaciones de esta carne a países europeos, entre ellos España. Se localizó enseguida cuál había sido el destino del envío procedente de Inglaterra en Madrid, en un almacén de Leganés; actuó la Comunidad de Madrid en colaboración con la agencia. Afortunadamente, estaba todo el producto almacenado y fue destruido, de tal manera que un error que se comete en Inglaterra es detectado, se puede identificar la carne en nuestro país y ser intervenida y destruida. Para el año 2007 seguimos con nuestro propósito de mejorar la eficacia de estas redes de alerta mejorando los tiempos de respuesta. Para esos estamos introduciendo las tecnologías de la información, llevar completamente —ya lo está en parte— la gestión a la página web y generalizar la firma



electrónica en los contactos que se hacen entre la distinta autoridades. Pensemos que la relación de puntos de contacto es amplia, hay casi 25 puntos de contacto, lo cual supone mucha información que se mueve entre estos puntos. La aplicación de las tecnologías de información es fundamental para que esto sea más ágil.

Además de las alertas —con esto concluiría el apartado referente a este tema— tenemos las labores de control oficial o de inspección. Me voy a centrar en el proyecto del Plan nacional de seguridad y calidad alimentaria. Hay otros epígrafes sobre los que podremos tratar en las preguntas si lo desean, pero por no alargarme excesivamente, de todos los temas incluidos en las actividades de control oficial, nos vamos a centrar en el Plan nacional de seguridad y calidad alimentaria. Este plan esta exigido por la legislación europea a todos lo países miembros y debe estar elaborado para el año 2007. Para España esta obligación es una oportunidad, porque he dicho que la coordinación es el concepto básico en esta materia. Tenemos 17 comunidades autónomas y 2 ciudades autónomas que son competentes, que tienen sus competencias de regulación, de ejecución y de gestión en estas materias, por lo que es imperativo que tengamos una buena coordinación. Esa tarea de coordinación es la que tiene que realizar la agencia. La coordinación es también hacia las instituciones europeas, porque estamos plenamente integrados en ellas en esta materia, y la regulación europea es extraordinariamente detallada. La elaboración de este plan es una oportunidad para mejorar la coordinación de entre todas las autoridades sanitarias del país y con la Unión Europea. La fase de elaboración del plan en la que estamos es la siguiente. Ya hay un documento técnico en el cual están las principales directrices, y la enumeración de los epígrafes y de los temas que el plan debe tocar; ya hay una elaboración que ha superado la fase técnica y en el inmediato futuro, en los próximos días, va a estudiarse por las autoridades del Ministerio de Sanidad y de los demás ministerios, especialmente por el Ministerio de Agricultura, para darle luz verde y hacer que el plan se detalle por las comunidades autónomas. Aquí hay algunos temas importantes que afectan a la estructura constitucional del Estado, por ejemplo, a cómo vamos a seguir las disconformidades que aprecia la inspección de la Oficina Veterinaria y de Alimentos de la Unión Europea que, como saben, tiene competencia para inspeccionar todos los establecimientos de la cadena alimentaria de todos los países miembros, es decir, tiene competencia en materia de control oficial y de inspección que la agencia no posee. Es muy importante organizar las inspecciones que realiza la FVO, y sobre todo el seguimiento de los problemas que estas inspecciones detectan, de las posibles disconformidades que se aprecian. Esperamos que el plan esté listo para en el año 2007 y sea un instrumento fundamental en materia de seguridad alimentaria. Por ser un poco más específico, tenemos también el problema de las auditorías. La legislación europea, muy sensatamente, obliga a hacer auditorías, a hacer una evaluación externa

de los mecanismos de inspección de los distintos países. Cómo se monten esas auditorías, dada nuestra estructura constitucional, es complicado. Los técnicos han hecho algunas propuestas que ahora han de ser analizadas a nivel político. ¿Temas materiales que tendrían que están integrados en el plan? Por ejemplo, problemas de contaminación biológica como puede ser la salmonela, el caso que hemos mencionado del anisakis, etcétera.

Entro ya a hablar de otra dimensión del trabajo de la agencia, la que se refiere a cuestiones de nutrición humana, y en particular al desarrollo de la estrategia NAOS sobre nutrición, actividad física, prevención de la obesidad y salud. Como SS.SS. saben, la estrategia fue lanzada en febrero de 2005, con la presentación de un documento en el se fijan cuáles son los objetivos y las directrices. La tarea de desarrollo de la estrategia ha sido encomendada por el ministerio a la Agencia Española de Seguridad Alimentaria. He decir que esta es una nueva distribución de trabajo, anteriormente esto estaba en el seno de la salud pública, pero la complejidad de los temas y la necesaria especialización están haciendo en muchos países que grandes problemas de salud pública se descentralicen y se encomienden a órganos especializados. Pongamos por caso la sanidad ambiental, que sería el otro ejemplo más claro; en este caso, la seguridad alimentaria y los problemas alimentarios de salud pública. En muchos países europeos se está viendo esta tendencia de encomendar a las agencias de seguridad alimentaria también los problemas de nutrición humana y especialmente la prevención de la obesidad. Esto es notorio en los casos de Inglaterra y de Suecia. La propia agencia europea, que tenía un mandato inicial referido a evaluación de riesgos en seguridad alimentaria, está ampliando sus cometidos al ámbito de la nutrición. Para la agencia este es un reto importante. Coincidimos naturalmente en que los problemas de obesidad son muy importantes, difíciles de resolver y van a exigir tiempo. A la agencia se le ha encomendado la prosecución de este objetivo general de la estrategia NAOS: fomentar una alimentación saludable y promover la actividad física para invertir la tendencia ascendente de la prevalencia de la obesidad.

La estrategia NAOS tiene una prioridad política destacada en el Ministerio de Sanidad. El propio presidente del Gobierno en el último discurso sobre el estado de la Nación hizo una referencia a la obesidad infantil. Esto para la agencia ha sido un estímulo. Y dentro de la estrategia NAOS tenemos una serie de actuaciones, que ahora voy a enumerar rápidamente, de sensibilización e información. Todavía falta mucha información, hay muchos ciudadanos que no son conscientes de la importancia de los hábitos alimentarios saludables; hay mucha educación sanitaria que hacer y mucha información que transmitir. En este sentido, la agencia está haciendo un esfuerzo en esta dirección. En estos momentos hay en televisión una campaña para promover el desayuno en los niños, porque tenemos hasta un 8 por ciento de niños que van a la escuela sin haber desayunado nada, lo cual

desencadena una serie de comportamientos que van a promover la obesidad. Por eso tenemos una campaña actualmente en los medios de comunicación sobre esta cuestión. También hemos procurado (es una tónica de toda la estrategia NAOS), buscar la colaboración de los sectores sociales y privados a través del mecanismo de los convenios. Hay un gran número, más de 30 convenios firmados en el ámbito de la estrategia NAOS. A mí me parece muy interesante lo que se ha hecho Liga Española de Baloncesto, con la ACB, en cuyos partidos hay unas actuaciones y actividades orientadas a niños para promover la actividad física, porque la obesidad no es solo un problema de hábitos alimentarios, sino muy especialmente, de actividad física. Las autoridades locales son fundamentales en esta materia para que tengamos ciudades de diseño saludable. Hicimos un congreso en Santander el otoño pasado al cual concurrieron un gran número de autoridades locales y en el que se aprobó una declaración sobre la estrategia NAOS, la que hemos llamado declaración de Santander, que ha sido adoptada por la Red española de ciudades saludables, que forma parte de la Federación Española de Municipios y Provincias. Tenemos también en marcha un convenio con la FEMP para el desarrollo de planes municipales en esta materia. Yo podría mencionar actuaciones recientes de algunos municipios ejemplares en esta materia, por ejemplo, el carril bicicleta que se han construido en San Sebastián, las actuaciones que están desarrollando el Ayuntamiento de Guadix, las del Ayuntamiento de Carmona, o las del Ayuntamiento de Sant Andreu de la Barca.

Tenemos también en marcha desde julio un programa piloto escolar para promover los hábitos alimentarios saludables y el ejercicio físico. Este programa se realiza en colaboración con el Ministerio de Educación y con las comunidades autónomas implicadas, con fondos del plan de calidad. Están seleccionadas para participar en el programa piloto seis comunidades autónomas, aquellas que en los estudios se identifican como las que tienen un mayor problema de obesidad, las que aparecen en el gráfico: Canarias, que es la región que tiene más problemas; Andalucía; Murcia; Extremadura; Castilla y León y Galicia. Va a realizarse esta actuación en alrededor de unos 50 centros escolares. Se está terminando en estos momentos la selección de los mismos y unos 8.000 niños podrían beneficiarse del desarrollo de este programa. El programa tiene como objetivos evaluar cuál es la situación inicial en esos centros a través de una serie de sencillas mediciones antropométricas con colaboración de personal sanitario de los centros de salud próximos; evaluar los conocimientos, las actitudes y los hábitos de los escolares y su entorno, especialmente su familia; y realizar acciones de promoción de alimentación saludable y actividad física en los centros y con las familias. Naturalmente se hará una evaluación del programa piloto. Este sería un cronograma del desarrollo del programa. Es un programa complejo, hemos pensar que intervienen dos ministerios, seis comunidades autó-

nomas, doce consejerías, cinco o seis sociedades científicas, personal sanitario de centros de salud de distintas comunidades, y ha exigido un cierto esfuerzo de programación. La estrategia NAOS tiene en cuenta el ámbito sanitario, nuestro sistema sanitario. Aquí ha habido una acción que ha sido muy importante: en el mes de septiembre se ha aprobado el real decreto con la cartera de servicios actualizada común para todas las comunidades autónomas del Sistema Nacional de Salud. En esta cartera de servicios hay algunas novedades importantísimas que afectan a la salud pública y, dentro de la salud pública, a los temas de hábitos alimentarios y de obesidad, de tal manera que están incluidas las actividades de prevención, formando parte de la cartera de servicios por supuesto las de tratamiento, y además están muy bien detalladas tanto para la infancia y para la adolescencia como para la población adulta y la población de la tercera edad. Esto quiere decir, como no se les oculta, que desde que ha sido promulgado este decreto los ciudadanos tiene un derecho subjetivo para exigir atención sanitaria en esta materia, lo que significa que las comunidades autónomas tienen que dedicar recursos a este tipo de actuaciones, porque los ciudadanos ahora tienen derecho a reclamarlos. Antes la salud pública de prevención era una materia muy limitada y discutible que estuviera en la cartera de servicios. Aquí ha habido una gran mejora, se ha colaborado muy positivamente en el Sistema Nacional de Salud, y en lo que a nosotros afecta, estamos muy satisfechos porque el fundamento jurídico de las actuaciones del sector sanitario está ahora muy bien establecido. También estamos realizando actuaciones sobre todo en relación con la atención primaria y la medicina de familia para formar a los médicos, elaborando protocolos y difundiendo para la detección, prevención y tratamiento de la obesidad. Otro ámbito de la estrategia NAOS en esta tónica de colaboración y de interrelación con la sociedad es el de las industrias alimentarias y de restauración, los sectores económicos directamente implicados en la alimentación. Con ellos tenemos convenios con la Federación de Industrias Alimentarias y de Bebidas, con la Federación Española de Hostelería y de Restauración, para que se mejore la información nutricional, la composición de alimentos y la publicidad.

Voy detenerme un momento en algo que es prioritario, que es la mejora en la composición de los alimentos. Tenemos en marcha, todavía de forma incipiente pero queremos darle un gran impulso, un programa sobre reformulación de productos o composición de alimentos. Ya hay empresas que de forma individual y voluntaria, en el marco de esos acuerdos que algunas precisiones introducen en esta materia, ha realizado mejoras en la composición de los productos. Lo vamos a impulsar y vamos a intentar que de manera sistemática se avance en líneas de productos concretos, especialmente en lo que se refiere a reducción de contenido en sal, disminución o mejora del contenido en grasas y en azúcares, de tal manera que haya también

una reducción paulatina del aporte calórico y que no se fomente un consumo excesivo de calorías a través de raciones grandes. La reducción del consumo de sal se está revelando como una cuestión de gran trascendencia para la salud pública. Tenemos en España es este momento un consumo de sal medio por persona de unos 13 gramos por día. Es un consumo claramente excesivo, sería necesario ir reduciendo ese consumo hasta un óptimo de 6 gramos. La Organización Mundial de la Salud da como cifra óptima 5 gramos. Por experiencias de otros países se está revelando que es difícilísimo bajar el consumo en sal por debajo de 6 ó 7 gramos. Las autoridades inglesas tienen como objetivo 6 gramos por día. Aquí hemos iniciado algunas actuaciones que habrá que redoblar mediante un acuerdo con la panadería, porque el pan, es el producto que más influye en el consumo de sal. Ya hay un acuerdo en marcha desde el año 2005 para la reducción progresiva del contenido en sal de la harina que se destina a elaboraciones de pan y productos similares, de tal manera que haya reducciones de una décima anual en el contenido en sal de la harina que se destina a panadería. Estamos haciendo un estudio —ayer hubo una reunión con las comunidades autónomas en la que se habló de este tema— para ver cómo evoluciona el contenido en sal de los productos panaderos en nuestro país, para, seguir ese convenio y tener una evaluación de la situación.

Otro programa estrella dentro del marco de la estrategia NAOS es el código PAOS de mejora de la publicidad de alimentos dirigida a los niños. El código PAOS es un código voluntario en el sentido de que las empresas pueden o no acogerse a él, firmarlo o no pero una vez que lo firman sus reglas son obligatorias. Descansa sobre unas reglas que indican lo que no es conveniente hacer para la publicidad de alimentos dirigida a niños, está supervisado por un organismo autónomo e independiente, Autocontrol de la Publicidad, que tiene tareas de control de la publicidad en otros ámbitos distintos del que estamos hablando en este momento y que puede implicar sanciones económicas, aunque naturalmente la sanción más importante es la que afecta a la reputación. El código PAOS entró en vigor el 15 de septiembre de año pasado, tiene una comisión de seguimiento que preside la agencia, que ha desarrollado cuatro reuniones. En esa comisión de seguimiento se sientan las asociaciones de consumidores, la industria, Autocontrol, y la propia agencia, y tiene como mecanismo de trabajo fundamental una consulta previa, ex ante, de los anuncios que se van a emitir. En el año transcurrido desde que código está en vigor, se examinaron 104 anuncios, incluso antes de la entrada en vigor del código, porque la campañas de publicidad se programan con bastante tiempo; las empresas de Autocontrol y la agencia decidimos que incluso antes hubiera examen previo, y entre el 15 de septiembre de 2005 y 2006 se han analizado 435 anuncios, con el resultado que ahora diré. También tenemos la posibilidad de

reclamaciones ante el jurado de la publicidad, un control ex post, y ha habido 6 reclamaciones; de ellas, una ha resultado una sanción de 6.000 euros a una empresa. Las consultas previas se distribuyen como ven: hay un 9 por ciento de anuncios planteados a Autocontrol para verificar el cumplimiento de código PAOS que fueron rechazados que no se han llegado a emitir un 19 por ciento que exigieron modificaciones. Aquí aparecen los motivos de las consultas rechazadas o modificadas. La aparición de un personaje famoso en el anuncio dirigido a niños es el principal problema conflictivo. A la derecha del gráfico, vemos cómo ha disminuido sustancialmente después de un año de ejecución del código, la aparición de personajes famosos. Nuestra valoración del código PAOS es positiva dentro de sus limitaciones. Hay que decir que el código PAOS entra en funcionamiento solo cuando el anuncio se dirige a una población de 12 años o menos, y si el anuncio se emite en horario de protección reforzada de la infancia. En este marco, la publicidad de alimentos ha mejorado significativamente, y, como hemos visto en ese gráfico de barras, tenemos estudio que así lo confirman. Autocontrol ha valorado los estudios antes y después del código y ha comprobado que los anuncios emitidos antes del código infringían en mayor manera las normas del código que los emitidos con posterioridad, que ya habían sido sometidos a examen previo. Eso no quiere decir que este sea el único ámbito de la publicidad en el que queremos trabajar. Hay otros ámbitos en los cuales la agencia debe trabajar con la publicidad dirigida a adulto. Tenemos próxima la entrada en vigor —todavía no se ha aprobado definitivamente, ni se ha publicado, por retrasos de tipo burocrático en la Unión Europea— de un reglamento que va a tener una importancia trascendental, que regula las alegaciones nutricionales y de salud en la publicidad de alimentos, para cuya puesta en vigor nos estamos preparando.

Otra dimensión de la estrategia NAOS es generar conocimiento, porque hay mucho por saber sobre la obesidad. Es un tema que ya está configurado de grandísimo interés en la investigación biomédica, también en la investigación social. Uno de los centros de investigación en red, el que promociona el Instituto de Salud Carlos III, ha tenido como objetivo la fisiopatología de la obesidad y la nutrición. En la imagen ven el libro que se acaba de imprimir, que recoge los textos elaborados por los comités técnicos de la estrategia NAOS, en cuyo inicio desarrollaron una muy importante labor de valoración del estado de conocimiento sobre la obesidad en muchas dimensiones: puntos de vista epidemiológico, genético, de tratamiento, endocrinológico, etcétera. Esas contribuciones, realizadas de forma altruista por muchos científicos y clínicos españoles, se recogen en este libro que se presentará en las próximas semanas. Tenemos también actuaciones en relación con el Observatorio de la obesidad. El Observatorio de la obesidad entra en esta línea de mejora del conocimiento y la investigación sobre la obesidad y va a tener las funciones propias de un



observatorio: acumular información, promover que se realicen estudios y, sobre todo, evaluar y medir los progresos obtenidos en la prevención de esta enfermedad. Se va a regular por un real decreto, que antes de fin de año entrará en Consejo de Ministros. Sin esperar a la publicación del real decreto, ya tenemos en marcha un estudio de diseño del observatorio, que está haciendo el departamento de salud pública de la Universidad de Alicante, también están interviniendo científicos sociales de la Universidad de Educación a Distancia, que van a elaborar un informe referido al año 2006.

La estrategia NAOS ha tenido una gran proyección internacional. Lo puedo decir con orgullo porque soy español, pero también con preocupación porque nos coloca el listón muy alto. Tenemos aquí alguna de las proyecciones internacionales de la estrategia NAOS. En la Asamblea Mundial de la Salud en mayo, España fue invitada, juntos con otro dos países, a hacer una exposición de su política en esta materia, que tuve el honor de realizar yo mismo, y había unas 300 personas en la sala. Fuimos ponentes en una reunión conjunta OMS-Europa en relación con la plataforma que la Unión Europea ha lanzado en esta materia, reuniones técnicas de la OMS. Y muy recientemente, la semana pasada, en la Conferencia de la región europea de la OMS en Estambul, le fue otorgado a España un premio por la estrategia NAOS. Esta es la imagen del diploma. He decir que este es el único premio dirigido a un programa gubernamental. Tenemos por un lado el listón muy alto, pero por otro lado esto nos hace sentirnos orgullosos de este desarrollo.

Unas pinceladas, si me lo permite la Presidencia pues no quiero aburrirles, sobre los medios con que cuenta la agencia, porque naturalmente sus actuaciones no se pueden desarrollar sin medios. Hemos realizado un esfuerzo en el pasado año por mejorar los efectivos personales, porque la agencia básicamente son células grises. Tenemos una relación de puestos de trabajo nueva, aprobada en octubre, que se refleja en la cifras de efectivos. Vamos a incorporar algunas personas más de niveles superiores. Aquí tienen una imagen de la distribución por grupos administrativos y por edades de los funcionarios de la agencia actualmente en activo. Marginalmente diríamos que la Administración del Estado tiene un problema de envejecimiento bastante importante, en el cual yo me incluyo.

Presupuestos. Se ha conseguido que la agencia vaya incrementado paulatinamente su presupuesto. Para el de 2007 tenemos un aumento apreciable de 2 millones de euros, que nos hace pasar de 16 a 18 millones de euros. La ejecución del presupuesto en general para la agencia es muy buena. A 31 de octubre ya llevamos una ejecución del 90 por ciento y prevemos una ejecución a fin de año del 94 por ciento, que es una cifra muy alta para un organismo que no es subvencionador, sino que se tiene que gestionar sus programas de gastos; no son recursos que se subvencionen y realicen otros. Tenemos una gran cantidad de convenios en el marco de la estra-

tegia NAOS y en otras dimensiones que son un instrumento fundamental para nuestra gestión.

Con esto termino. Concluyo diciendo que en la agencia estamos intentando trabajar con entusiasmo y con dedicación en las misiones que se nos tienen encomendadas por nuestra ley, que es una buena ley en cuanto a la organización de la agencia, y que la incorporación de estas funciones nuevas en relación con la nutrición comunitaria son un campo de trabajo de gran interés y con el que nos estamos poniendo en línea con otros países europeos.

La señora **PRESIDENTA**: No estando en este momento presentes en la sala ninguna de la formaciones más pequeñas y puesto que es una petición de comparecencia del propio Gobierno, comenzaré de mayor a menor, que en este caso se circunscribe a los grupos parlamentarios Popular y Socialista. En primer lugar en nombre del Grupo Parlamentario Popular tiene la palabra la diputada doña Dolores Pan.

La señora **PAN VÁZQUEZ**: Bienvenido a esta Comisión, señor presidente de la Agencia de Seguridad Alimentaria. En nombre de mi grupo, voy a hacer algunas observaciones en relación con algunas de las cosas sobre las que hoy tan amablemente nos ha informado, sobre todo con la función que en estos años de Gobierno del Partido Socialista ha realizado la Agencia de Seguridad Alimentaria.

No puedo estar de acuerdo con la exposición que S.S. ha hecho. Nos ha pintado un mundo feliz de nuevo. Ya estamos acostumbrados a que los funcionarios del ministerio o los representantes de los organismos, en este caso de la AESA, hagan su papel y nos lo pinten todo muy bonito. Ha estado muy teórico, general, incluso filosófico en algunas cuestiones, pero ha pasado de puntillas por algunos de los graves problemas que este país ha tenido con la gestión que la Agencia de Seguridad Alimentaria tiene que hacer. No nos ha contado nada, por ejemplo, de esas disconformidades que la Unión Europea en sus distintas inspecciones o evaluaciones ha hecho en nuestro país a lo largo de estos años.

Nosotros opinamos que se han equivocado, en demasiadas cosas; iba a decir en todo, pero no existe el todo o el nada. No han sabido priorizar las necesidades y han sido incapaces de impulsar lo ya iniciado. Han estado ausentes cuando ha habido problemas en este país y no han sido capaces —o no quieren hacerlo, porque no sabemos muy bien si es que son capaces o no quieren hacerlo— de liderar estos temas. No han coordinado eficazmente las alertas —todos los hemos visto, los medios de comunicación también y así lo han reflejado, sobre todo los que informan con objetividad y neutralidad— y han dejado solas a las comunidades autónomas en muchas ocasiones cuando se representaba algún problema. Y este no es el papel para el que se creó la AESA, señor presidente. No se creó para que se fueran de vacaciones cuando hay problemas o para que les trasladen la



responsabilidad a las comunidades autónomas, por más que ya sabemos que tienen transferidas muchas de las competencias, pero su principal papel que ha comentado aquí en esa exposición tan teórica de coordinación y liderazgo, está en la AESA, que es donde se recaba toda la información que viene de cada comunidad autónoma.

Cuando uno se presenta ante una Comisión de este tipo hay que hacer el balance y el recorrido de estos dos años de legislatura. Ya han pasado más de dos años y medio desde que la ministra, cerveza en mano y apoyada en un bar, nos anunciara aquella campaña de buenos hábitos, buen negocio. Esto fue así, está en sus notas de prensa. Anunciaba un convenio para mejorar la seguridad alimentaria y adelantaba lo que iba a ser una constante en esta legislatura. Cito textual de su nota de prensa: «Es muy importante que los bares y restaurantes tengan no solo calidad y seguridad, sino también buena imagen». Lo dice la nota de prensa de la ministra en la presentación de esta campaña. Lo malo es que ustedes, como la señora ministra, se han quedado solo con esto último, con la imagen, la telegenia y el marketing. La seguridad, las buenas prácticas, la trazabilidad, la repuesta rápida y ágil, la comunicación y gestión de las alertas, de las crisis o de los posibles riesgos, la formación de los profesionales, los planes de inspección, la calidad, la acreditación de los laboratorios y de los procedimientos analíticos y administrativos, los laboratorios de referencia, la información a los consumidores, el liderazgo de los proyectos de mejora, la coordinación con las comunidades autónomas de sus actuaciones, materias que constituyen el meollo y la sustancia de la seguridad alimentaria, parece que no dan bien en las fotos.

En esta ocasión que les comento, la ministra ya se comprometía a incrementar la información, a incrementar asimismo la exigencias de aplicación en el sistema de autocontrol APPCC —análisis de peligros y puntos de control críticos—, a organizar cursos de formación para los encargados de establecimientos, a asesorar a los establecimientos, a mantenerlos informados, pero el compromiso estrella, si me permiten, estudiar fórmulas para facilitar microcréditos a las mejoras de la instalaciones de los establecimientos: cámaras, vitrinas expositoras, etcétera. A cambio de esto tendrían que exponer una pegatina en los establecimientos adheridos. No sabemos qué ha pasado con estas promesas, con todos estos anuncios. Esta campaña se completaba con la campaña del programa de control de salmonela en huevos y ovoproductos por el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, del cual no hemos vuelto a saber qué actuaciones ha tenido en esta línea ¿Qué paradoja que en los veranos siguientes, veranos 2005 y 2006, hemos sufrido dos infecciones por salmonela que incluso han llegado a producir defunciones, y el ministerio ha permanecido sordo y mudo, dejando a las comunidades solas? Esto es un abandono de sus responsabilidades de Gobierno, señor presidente. ¿Qué ha pasado con todo esto? No han

vuelto a informar, ni sabemos qué ha pasado con los microcréditos, los hemos buscado en los presupuestos el año pasado y este año pero no lo hemos visto; será que a lo mejor no tenemos la suficiente habilidad para encontrarlos. Le agradecería que me dijera dónde están, a quién se han dirigido, cuántos establecimientos se han beneficiado, o si se ha abandonado la idea de los microcréditos. ¿Cómo el misterio va a conceder ayudas para cámaras frigoríficas a los hosteleros y no le va a conceder ninguna ayuda para que se adapten a la Ley del Tabaco, por poner un ejemplo reciente? ¿O es que las relaciones con este sector ya no son lo que eran? Todos sabemos que hay una nueva ley que les va a obligar aunque no sabemos muy bien a quién porque no deja de un proyecto que no ha entrado en vigor como es la Ley del Alcohol. ¿Qué pasa, se han enfriado las relaciones con el sector de la hostelería?

La agencia se creó para dar respuesta a las necesidades y actuar como centro de referencia nacional en materia de seguridad alimentaria. Todo aquel que se dedique a la sanidad recordará que en 2001 pasábamos por una grave crisis que no afectó a nuestro país, pero entonces se vio la necesidad de coordinar con Europa las actuaciones en seguridad alimentaria. La crisis fue provocada por la encefalopatía espongiforme bovina. Pues bien, se creó para ser un centro de referencia de ámbito nacional en materia de seguridad alimentaria, pero también para programar, coordinar, impulsar y liderar las actuaciones. Tenía tendencia a aumentar la eficacia de los sistemas de control oficial de los alimentos. Sus actuaciones deben estar regidas siempre por el principio de eficacia, y esta eficacia se pone de manifiesto mediante la demostración de la cualificación técnica de sus actuaciones, siendo el caso de las normas ISO UNE/EN, que son las de mayor reconocimiento internacional. Este es el camino que inició el Gobierno del Partido Popular, pero no sabemos si se ha paralizado o han variado las actuaciones. Por el bien de todos, le instamos a que lo continúen y, si lo han abandonado, a que lo que retomen.

Como saben SS.SS., la libre circulación de los alimentos es una realidad a nivel comunitario e internacional, y las garantías y los principios de reconocimiento mutuo y de equivalencia, proporcionan a las autoridades competentes, tanto de origen como de destino, la seguridad de esos alimentos. Las auditorías que la Unión Europea hace (si S.S. no las tiene, tengo aquí varias) han sido un mecanismo eficaz para la verificación de esta equivalencia, y así está recogido en la propuesta de reglamento sobre controles oficiales de piensos y alimentos, en la que se establece uno de los posibles estándares de referencia para la acreditación de organismos de control, la norma europea EN-45004, criterios generales para el funcionamiento de los diversos tipos de organismos que realizan inspección, con el fin de ofrecer de forma objetiva y continua las garantías necesarias de uniformidad de los servicios de inspección a todas la administraciones públicas con competencia en seguridad alimentaria, y estimando que una de la principales acti-

vidades enmarcadas dentro del control oficial de alimentos es la inspección. La AESA junto con la ENA, Entidad Nacional de Acreditación, elaboró ya en la etapa del Gobierno de Partido Popular unos criterios específicos de acreditación, que permiten la adaptación a la norma UNE/EN 45004 a las entidades de inspección de la seguridad alimentaria en España, y de esta forma poder demostrar no solo su competencia técnica, sino también homogeneidad en sus actuaciones y en los resultados obtenidos. Se separaba entonces la autoridad competente en seguridad alimentaria y los propios servicios y unidades de inspección. También fue preciso clarificar lo que se refiere a concepto de procedimiento de inspección normalizado, que es suministrado por la autoridad sanitaria y en el que se establecen, con el grado de detalle que la autoridad sanitaria considere, los criterios de inspección.

Pues bien, ¿qué ha pasado con todos estos principios, con los procedimientos que conforman el eje y la esencia misma de la propia Agencia de Seguridad Alimentaria? La visión y los valores de la AESA, que antepone al consumidor como eje de su labor, dónde están? ¿Qué se ha hecho en este tiempo? Usted nos ha hecho una lectura somera pasando por encima de los problemas y muy teórica de algunas cosas, pero no sabemos en profundidad qué es lo que se ha hecho. Usted dirá que se ha progresado mucho, incluso será capaz de decir que la herencia recibida fue penosa, echar la culpa a las comunidades autónomas o decir que es competencia de otros, pero llevan más de dos años y medio de Gobierno y en esta materia lo mejor que han hecho es vender, vender humo, porque no conocemos los objetivos ni los plazos ni los indicadores ni los programas de inspección ni la acreditación de centros ni de laboratorios ni de procedimientos. En fin, son anuncios que en ocasiones, como los publicitarios, tienen incluso premios, pero que si no se concretan con todas estas cosas que le acabo de señalar no dejan de ser meros anuncios, que pueden ser muy ilusionantes y muy vendibles pero no son nada concretos.

Volviendo a la inspección, ¿cuántas se han hecho? ¿En qué comunidades? ¿De qué productos? ¿Cuál ha sido el resultado de estas inspecciones? ¿Cuáles son los programas de inspección anuales que deberían estar elaborados de un año para otro? España, según las inspecciones de la Unión Europea y con los datos que yo manejo —son oficiales, se los puedo enseñar porque los tengo aquí mismo, en las páginas públicas están—, España está el quinto por la cola en cuanto a alertas alimentarias. ¿Le parece que no hay que hacer más esfuerzos para mejorar? ¿Le parece que ha sido insuficiente el tiempo que llevan gobernando para haberlos hecho ya? ¿Cuántas inspecciones tienen programadas, de qué establecimientos, por qué autoridades y con qué objetivos? ¿Qué modelos de calidad van a utilizar para las auditorías? ¿Quiénes son los que las van a hacer y qué comunidades son las que se van a auditar? ¿Se ha auditado alguna? Con estos interrogantes parece lógico

lo acontecido durante todos estos años y que ha provocado que pidiéramos la comparecencia de la señora ministra en tres ocasiones; en una acudió usted, cuando la crisis de toxiinfección por salmonelosis del verano de 2005, con un número de afectados que casi es mejor olvidar e incluso con defunciones. El Gobierno estuvo ausente y de vacaciones. Esta es la realidad. En el verano de 2006, la Unión Europea alerta de nuevo sobre infección de aves de consumo español por salmonela. ¿Hasta cuándo se va a permanecer inmóvil, señor presidente? Esto provocó una nueva solicitud de comparecencia de la señora ministra por mi grupo, pero no sabemos qué actuaciones se van a hacer desde el ministerio, primero, para que no se menoscabe la seguridad de los consumidores y, segundo, para que no se deteriore esa confianza que los consumidores tienen que tener en los productos españoles y por tanto no se dañe a las empresas. En noviembre de 2005 —ya se me pasaba por alto porque son varias pero muy graves las cosas que han acontecido en este país—, alerta por contaminación de leche infantil, conocida por el ministerio desde septiembre y se hace la alerta en noviembre, y la información la dio la empresa, no la AESA, señor presidente, la información la dio fundamentalmente la empresa y el Gobierno estaba en paradero desconocido. Y este fin de semana, sin ir más lejos, en un medio radiofónico de audición nacional, y no minoritaria por cierto, se informaba de que Gran Bretaña denunciaba que de los huevos procedentes de España uno de cada ocho —fíjese qué cifra— presentaba contaminación. ¿Es esto cierto? ¿Qué es lo que van a hacer ustedes para paliar esta situación, señor presidente? Porque si esto continúa por este camino, nuestras empresas de alimentación no sé dónde van a poder vender sus productos. ¿No se dan cuenta del daño que hace a las empresas y a los consumidores este nivel de inseguridad y de falta de respuesta por la que debería ser y ejercer como autoridad sanitaria? Mientras todo esto ocurre, ustedes se dedican casi en exclusiva —no sé si con Vogue o con alguna más— a anunciar y solo anunciar la lucha contra la obesidad, que no digo yo ni dice mi grupo que no sea un tema importante, pero no puede ser la labor exclusiva de todo el Ministerio de Sanidad y Consumo. **(La señora vicepresidenta, Grande Pesquero, ocupa la Presidencia.)** ¿Todavía no han aprendido, señor presidente, que los hábitos no se cambian por decreto? Se enzarzan en luchas estos días —las estamos viendo otra vez en prensa— por el tamaño de una empresa, cuando no es esto lo importante. Sabe usted, o debería saber si fuera sanitario o conociera un poco más el mundo sanitario, que no hay alimentos buenos ni malos, salvo lógicamente los que tengan algún tipo de contaminación. Es una cuestión de calidad, de hábitos, de educación para la salud.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Grande Pesquero): Señora Pan, le ruego que vaya terminando. Lleva casi veinte minutos.

La señora **PAN VÁZQUEZ**: Voy terminando.

En este sentido le quiero recordar que no han regulado ni han aportado nada en la legislación en relación con los comedores escolares —lo pudieron haber hecho pero no lo han hecho; no debe dar bien en las fotos—, los contenidos mínimos de los grupos de nutrientes que debe llevar un buen menú infantil o la publicidad e incluso la venta de alimentos de nulo contenido alimenticio —hay que subrayar lo de nulo—, como puedan ser las golosinas, dentro de los propios centros escolares, en kioscos situados en sus inmediaciones o en la misma puerta. Le anuncio ya que mi grupo presentará iniciativas y espero del sentido común y de su responsabilidad que las apoye.

Y qué decir de lo que ha ocurrido con los mejillones en España. Somos el primer país del mundo en producción y es una vergüenza que desde nuestro país, sin el debido control —que antes lo había— salgan mejillones con toxina, porque lógicamente eso hará que nuestras industrias pierdan puestos en ese ranking tan importante. Nos ha anunciado un plan de calidad; mucha, mucha teoría.

Nos ha dicho (a veces los mensajes subliminales van quedando; saben ustedes mucho de marketing) que la estrategia NAOS se presentó en febrero de 2005. Será la renombrada estrategia NAOS porque el plan integral de nutrición, actividad física y obesidad fue presentado en el Consejo interterritorial en diciembre de 2003, señor presidente de la AESA. Lo que pasa es que ustedes cambian un nombre y ya han hecho un proyecto nuevo, y esto no es así; desde diciembre de 2003 a febrero de 2005, que renombran ustedes la estrategia, única y exclusivamente cambian el nombre a un programa que ya estaba iniciado. Si eso es buena gestión que venga Dios a verlo. Hay convenios con muchos anuncios publicitarios, como nos decía, y algunos programas pilotos. De la cartera de servicios se ha sentido usted muy satisfecho, pero no olvide que la misma se ha olvidado de las necesidades específicas de muchos colectivos, entre ellos —le he mencionado los comedores escolares—, por ejemplo, los enfermos celíacos, a los que su grupo se niega a dar lo que a otros se les da y que además es un derecho que hay que atender en algún momento. Hablan ahora de que van a formar a los médicos de atención primaria, pero en el programa de actividades preventivas de primaria, el Papps, ya está recogido todo esto. ¿Cómo es posible que ahora nos lo vengan a decir como si fuera una novedad o como si los médicos de atención primaria y medicina familiar no supieran cómo se detecta una obesidad y como se puede empezar a dar pasos para reconducir esta situación? Lo que tendrán que hacer es que los médicos tengan tiempo para dedicar a sus pacientes y poder hacer esta labor que tienen recogida ya en sus programas. Y crean ustedes el Observatorio de la obesidad, o lo pretenden crear por real decreto, porque todavía tienen en marcha el estudio. A ver si con este estudio no ocurre como con los microcréditos y se queda

en el limbo de los justos, que como todos ustedes saben ya ha desaparecido.

La proyección internacional ha de tener la AESA y nuestro país es importantísima, pero para que tenga de verdad peso específico y para que España no pierda la seguridad que tenía ustedes tienen ustedes que hacer algo más que anunciar, hacer bonitas diapositivas y luego presentarlas. Díganos cuáles son los objetivos a corto, medio y largo plazo en la reducción del índice de masa corporal del NAOS, cuál es el cronograma de actividades y qué financiación va a tener. ¿En qué periodos tienen previsto el cumplimiento de estos objetivos? ¿Qué indicadores van a introducir de seguimiento, control y evaluación de estos objetivos y qué presupuesto van a dar a las comunidades autónomas para que puedan implementar de alguna forma estos programas? No hagan como con el tabaquismo, que lo anuncian ustedes y que luego lo paguen otros o que el consumidor se las arregle como pueda. Ustedes solo a sancionar y a denunciar. (**La señora presidenta ...**)

Y para acabar con un punto de humor, nos gustaría saber también, como les gustaría saber a algunos españoles, si en estas navidades nos van a permitir tomar turrónes. Como se han enzarzado con algunas cadenas en cuanto a que no se pueden consumir ciertas cosas, me gustaría saber si van a permitir tomar turrónes, polvorones y esos dulces que son tan característicos de la Navidad española, o si van a abrir otra brecha con alguna otra empresa, porque como le dije antes no es la cantidad sino la calidad; da igual la talla que tenga determinado alimento porque se pueden consumir cuatro o cinco mucho más pequeños.

La señora **PRESIDENTA**: En nombre del Grupo Parlamentario Socialista tiene la palabra la señora Montón Giménez.

La señora **MONTÓN GIMÉNEZ**: Señor presidente de la Agencia de Seguridad Alimentaria, en primer lugar, quiero trasladarle un saludo y lo que nos complace que tome la iniciativa para venir a esta Comisión de Sanidad. La exposición que ha realizado sobre las actuaciones en materia de seguridad alimentaria y nutrición y sobre las alertas alimentarias nos ha parecido muy completa. Desde mi grupo quisiéramos resaltar algunos aspectos de los que ha tratado en su exposición y que nos parecen especialmente importantes, comenzando con las alertas alimentarias.

Uno de los papeles fundamentales de la agencia es la coordinación de la red de alerta alimentaria. Muestra de que esta coordinación se está haciendo bien es la percepción que los ciudadanos tienen en estos momentos. Los ciudadanos están tranquilos, no es una de sus preocupaciones principales los riesgos derivados de la seguridad alimentaria, como demuestra el 51 por ciento de la encuesta de septiembre del CIS, que confía bastante o mucho en que se asegura el control y la vigilancia alimentaria. La agencia cumple su objetivo: ha devuelto



la confianza a la ciudadanía en el sistema de seguridad alimentaria. Esa confianza es fundamental y a nada ayuda la imagen que desde el PP se da de las empresas no responsables que tienen que estar sometidas a una inspección férrea, inspección sí, pero responsabilidad de las empresas también. Como siempre, se busca crear alarma o preocupación sin pensar cómo afectará a la industria avícola española, por ejemplo. Señor presidente, en su exposición ha hecho referencia a que este año, con el fin de aumentar la colaboración para la rápida retirada de aquellos productos que puedan suponer un riesgo para los consumidores, se ha dado un paso más por parte de la agencia al firmar el convenio con los distribuidores. Por este motivo felicito a la agencia, ya que con la creación de este nuevo punto de contacto se mejorará el funcionamiento de la red de alerta al completarla. Señorías, la red de alertas alimentarias es el instrumento que nos da seguridad en nuestra alimentación y la aspiración de todos nosotros debería estar en el objetivo general de consolidar a España entre los países a la cabeza de Europa en higiene y seguridad alimentaria. Por ello son bienvenidas las mejoras en la gestión del sistema que usted ha comentado. La seguridad alimentaria es una cuestión en la que conviene concitar el máximo consenso y la máxima unión para conseguir así cotas más altas de seguridad en salud para los ciudadanos. Supongo que en esto estamos todos de acuerdo. En su momento mi grupo apoyó la creación de la agencia; ahora también nos gustaría que hubiera ese clima de consenso y corresponsabilidad. No se entiende muy bien el porqué de la crítica de incluir la nutrición en la agencia, pues entendemos que es suficientemente importante como para incluirla en un organismo autónomo específico como la agencia responsable de la seguridad alimentaria, con la que la conexión con la nutrición es evidente.

Haciendo referencia al segundo punto del orden del día, las actuaciones de la agencia en materia de seguridad alimentaria y nutrición, quiero destacar el premio otorgado por la Organización Mundial de la Salud, en la conferencia de Estambul, con el título de *Actuando contra la obesidad* a la estrategia NAOS de prevención de la obesidad y fomento de la actividad física, algo que nos satisface y coloca a España como referente internacional en esta materia, certificando los hechos, el buen hacer y los buenos frutos que está dando. La estrategia NAOS ha sido, sin duda, una medida pionera en materia de nutrición, actividad física y prevención de la obesidad. Era una iniciativa necesaria ya que los datos hablan por sí solos. Actualmente uno de cada dos adultos, sobre todo mujeres, y en general el 40 por ciento de los niños y jóvenes presentan un peso superior al recomendable. Y por supuesto que podemos comer turrón, pero no creo que estemos de broma o chiste en un tema que en realidad es serio. En resumen, si hacemos un retrato robot de la obesidad en España vemos que hay más obesidad en el sur que en el norte, más en zonas rurales que en urbanas, más cuanto menor es el nivel socioeconómico

y educativo y más en mujeres adultas que en hombres, y sobre todo más en niños. Mirando este retrato vemos que precisamente los más desfavorecidos lo son también en esto, por lo que la estrategia NAOS también tiene esta dimensión de equidad, además de evitar el coste humano por ser la obesidad un problema importante de morbilidad. En el marco de la estrategia NAOS quiero detenerme en el código PAOS, de autorregulación de la publicidad de alimentos dirigida a menores, prevención de la obesidad y salud. He querido hacer referencia a ello porque debemos incidir en la información y educación que reciben los niños en cuanto a qué y cómo consumir. Y aquí entre otros influye también la publicidad. Por ello nos parece tan conveniente extremar la cautela y garantizar una mayor protección a los menores, que son más vulnerables, para que no reciban una excesiva presión publicitaria y comercial que les incite al consumo desproporcionado. Hacía referencia la portavoz del PP a los comedores, a las golosinas, etcétera. Este tema se trató en el Consejo Interterritorial de Sanidad, como supongo que sabe, y lo que se expuso por parte de las comunidades autónomas gobernadas por el PP era que se incurría en una interferencia de competencias con estas comunidades autónomas. Por tanto, está muy bien que aquí mantengamos una postura, pero estaría muy bien que esa misma postura se llevara al Consejo interterritorial. Quisiera destacar también el programa Perseo. A nuestro grupo le preocupa que desde la infancia se adopten hábitos de vida adecuados que permitan el desarrollo de una vida sana, y qué mejor aprendizaje que trabajando en los centros escolares para lograr un cambio social y personal en los hábitos alimentarios y en la actividad física. En estos momentos es un programa piloto, pero esperamos que se implante definitivamente en la totalidad de los territorios y dé pie a intervenciones más complejas.

Finalizo recalcando que a mi grupo le parece muy conveniente apostar por invertir la tendencia de la obesidad realizando un abordaje integral, como el que se está llevando a cabo y que usted ha explicado. Termino valorando positivamente el viraje de la agencia al pasar de ser un órgano solo de control a ser promotor de la salud pública, promotor de una nutrición adecuada, y haciendo hincapié en que el presupuesto de la agencia para este año casi duplica el del año 2003, demostrando claramente la apuesta decidida por el papel de la Agencia de Seguridad Alimentaria. Continúen con este buen trabajo.

La señora **PRESIDENTA**: Para contestar en los términos que desee, tiene nuevamente la palabra el señor presidente de la Agencia de Seguridad Alimentaria.

El señor **PRESIDENTE DE LA AGENCIA ESPAÑOLA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA** (Lobo Aleu): Muchas gracias a las dos diputadas intervinientes por sus observaciones.

Voy a hacer algunos comentarios y aclaraciones en relación con las observaciones formuladas por la repre-



sentante del Grupo Popular. En primer lugar le tengo que decir, si me lo permite, que gran parte de su exposición han sido juicios de valor partidistas. Creo que es mejor, como ha hecho la diputada del PSOE, mirar las estadísticas del Centro de Investigaciones Sociológicas y hablar sobre datos. También es conveniente conocer la Ley de la agencia que aprobó este Congreso por unanimidad, por cierto.

Nosotros no tenemos inspectores, señora Pan. No es nuestra función hacer inspecciones ni elaborar programas de inspección concretos de productos ni visitar establecimientos en funciones de inspección. Según nuestra organización constitucional eso corresponde a las comunidades autónomas. Nuestra labor es de coordinación y precisamente yo estaba hablando del plan nacional, que es el instrumento fundamental de coordinación de esa tarea de inspección o de control oficial que corresponde a las comunidades autónomas, que son las que tienen las competencias. La agencia solo realiza inspecciones en buques de propiedad española que no tocan en puertos españoles. Esa es la única competencia concreta de inspección que tenemos. Sí nos corresponde la coordinación de esas inspecciones y ya digo que para eso va a ser instrumento fundamental el Plan nacional de control.

Permítame, señora presidenta, que haga alguna observación acerca de la referencia a la señora ministra de Sanidad que habla cerveza en mano. En primer lugar, creo que la ministra de Sanidad y cualquier ministro se pueden tomar una cerveza. No hay nada malo en ello. Ahora bien, si quiere insinuar algo en relación con los problemas del alcohol, le tengo que decir —usted lo sabe— que el ministerio ha presentado un proyecto de ley sobre el alcohol y que el partido en un gobierno de comunidad autónoma que ha favorecido el consumo de alcohol derogando un artículo de una ley promovida por el mismo —estoy hablando de la Comunidad de Madrid— ha sido el Partido Popular. La Asamblea de Madrid, con mayoría del Partido Popular, aprobó la derogación del artículo de la ley que promovió el señor Gallardón, la Ley antibotellón, que prohibía la venta de alcohol en gasolineras. Le pregunto qué significa en la lucha contra el alcohol que la Comunidad de Madrid derogue un artículo que prohibía la venta de alcohol en gasolineras. Yo me atrevería a decir que este es el único país del mundo donde se vende alcohol en gasolineras. Gracias al señor Gallardón nos habíamos quedado sin ese problema en la Comunidad de Madrid. Desgraciadamente eso lo han revertido y han derogado ese artículo. Me parece un auténtico escándalo como presidente de la Agencia de Seguridad Alimentaria que eso se haya hecho. El ministerio está actuando muy correctamente en la Ley del alcohol. No puede ser que en España haya comunidades autónomas, alguna gobernada por el Partido Popular, en las que puedan comprar alcohol legalmente los menores de 18 años, desde los 16 años. Eso es intolerable. Así que yo creo que el ministerio no tiene nada que aprender de su grupo acerca de prevención de

problemas de alcohol, como no tiene nada que aprender en relación con la Ley del tabaco. No soy miembro de ningún partido político aunque voto al PSOE, pero como profesional que llevo 35 años en el área de la salud —soy economista de la salud y me reclamo tan entusiasmado por los problemas del sector sanitario como cualquier otro profesional—, he de decir que la Ley del tabaco va a estar en la historia de la salud pública española, ya está en la historia de la salud pública española. El éxito de la Ley del tabaco es realmente impresionante. Que no se fume en ningún local de trabajo español hoy en día es algo sencillamente maravilloso. En todos los países está el comentario acerca de los resultados de la Ley española antitabaco. Eso ya está en la historia de la salud pública española, y se lo dice un profesional que lleva mucho tiempo trabajando desde la perspectiva de las ciencias sociales en materia de salud.

Ha hablado usted de la salmonela. Yo no he pintado una imagen idílica. He dicho, por ejemplo, en relación con la obesidad que es un problema muy difícil y que se va a tardar tiempo en llegar a mejoras. También es un problema muy difícil el de la salmonela y que viene de atrás. La salmonela, si tiene usted conocimientos técnicos, no aparece por casualidad en un momento determinado en una determinada granja o en un determinado producto. La salmonela exige una lucha a lo largo del tiempo muy prolongada y muy difícil. Desgraciadamente la salmonela es un microorganismo muy insidioso contra el que no es nada fácil luchar y exige una lucha continuada y a lo largo del tiempo. Actualmente, sobre todo por parte del Ministerio de Agricultura, se están desarrollando las actuaciones necesarias para disminuir este problema. Es un hecho —no tengo los datos aquí conmigo pero sí que los traje a mi comparecencia anterior en esta Cámara, hace un año, cuando hablamos del problema de los pollos de Sada— que la incidencia de salmonela en nuestro país está disminuyendo en los últimos años. Estamos mejorando; no digo que estemos todavía bien, pero estamos mejorando. En cuanto a que no damos información, le tengo que decir que comparecí personalmente en esta Cámara después del problema de los pollos de Sada y comparecí en el Senado en el mes de mayo para hablar de posibles toxiinfecciones alimentarias de cara a la campaña veraniega. De modo que no hay escasa información. El informe final sobre el problema de los pollos Sada, que es muy extenso, está a su disposición en nuestra web. De modo que no podemos decir de ninguna manera que en el ministerio ni en el Gobierno haya dejación. Existe un plan contra la salmonelosis, acordado por los dos ministerios, el de Sanidad y el de Agricultura, que se está desarrollando muy eficazmente. En la agencia tenemos un grupo de trabajo con las comunidades autónomas que se reúne constantemente para impulsar la marcha del plan antisalmonela y en el que se están consiguiendo resultados importantes, así que no creo que se pueda decir que estuviéramos de vacaciones.

En cuanto a otras alertas que ha mencionado, la alerta realmente importante que ha habido en estos dos años efectivamente fue la de pollos Sada porque hubo afectados. Pues bien, como todo el mundo sabe, está probado e incluso aclarado en un expediente sancionador de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha que hubo una grave incompetencia, una actuación manifiestamente incompetente de la empresa. La respuesta que dieron las autoridades sanitarias fue extraordinariamente positiva, y para empezar la de Valencia. Los servicios de epidemiología de Valencia se comportaron con gran celeridad y con gran perspicacia. También fue importantísimo el comportamiento de la empresa distribuidora, que asimismo se comportó con gran perspicacia y con gran celeridad. Y la respuesta que dio la agencia fue realmente ejemplar. Lo puedo decir porque yo no estaba al cargo de esta presidencia cuando eso ocurre; yo fui nombrado en esos días y estaba enfermo, estaba hospitalizado, como también es público, de manera que no estoy alabándome a mí mismo sino que lo hago como espectador privilegiado. Todo el mundo ha coincidido en que fue una operación concluida con gran éxito, sobre todo teniendo en cuenta que había nada menos que 300.000 pollos potencialmente contaminados en el mercado, de los cuales se recuperaron en 48 horas la inmensa mayoría. Los datos que presenté en esta Cámara hace un año revelaban sin lugar a dudas (se ve en la curva de incidencia de la toxiinfección) cómo en el momento en que se declara la alerta dejan de aparecer nuevos enfermos. Realmente esta alerta fue todo un modelo de gestión.

Los problemas que hubo con una leche infantil fueron, en primer lugar, potenciales. Se pensaba que podía haber ocurrido alguna contaminación, que no se llegó a confirmar en ningún país europeo. En el problema de la leche infantil, que fue en noviembre pasado, no se descubrió ni un solo envase contaminado en ningún sitio, ni hubo nadie infectado ni nadie se puso enfermo. Simplemente se detectó un problema en el proceso de fabricación del cual la Comisión Europea tenía conocimiento previamente, y también aquí la respuesta fue muy adecuada.

Respecto al liderazgo de la agencia, creo que la mejor prueba de liderazgo es el trabajo que estamos haciendo con las comunidades autónomas y la redacción y la aprobación —esperamos que en pocos meses— del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria. Esto es lo que tenemos que hacer. Ya digo que no nos corresponde inspeccionar productos concretos ni empresas concretas, etcétera.

En cuanto a la observancia e incorporación de normas de tipo técnico, normas de la legislación europea, etcétera, tenemos una colaboración continua con la ENAC. Estamos trabajando con esta entidad nacional de acreditación continuamente en los laboratorios y en los distintos procedimientos que se tienen que aprobar como, por ejemplo, en materia de antibióticos, de micotoxinas, de corticosteroides, de hormonas anabolizantes. El

ámbito de aplicación de la acreditación se ha incrementado desde 2004 en más de un 40 por ciento. Podemos remitir las técnicas concretas cuando lo desee. Hay un trabajo técnico continuo en las comisiones de la agencia con las comunidades autónomas tanto en el ámbito de la regulación como en el ámbito de los laboratorios.

Dice usted que peleamos por el tamaño de una empresa. Si se refiere al conflicto que ha habido con la empresa Burger King, se lo voy a aclarar. La empresa Burger King había firmado por dos veces, a través de las asociaciones de las que forma parte, un acuerdo en el marco de la estrategia NAOS con el Ministerio de Sanidad y la agencia, comprometiéndose a no promover en las campañas de publicidad las raciones grandes. A la empresa Burger King se le llamó la atención por la entidad Autocontrol, que es independiente del ministerio, en relación con una campaña que emitió en los meses de septiembre y principios de octubre. Autocontrol le advirtió de que esa campaña podía no ser coherente con el código PAOS. La empresa Burger King no atendió estas observaciones de Autocontrol y ha hecho publicidad de una nueva campaña en la que incluso con más agresividad promovía las raciones grandes. La agencia convocó a esta empresa para expresarle los problemas que una campaña de este tipo puede ocasionar, cómo infringía con ello un contrato, y por eso el Ministerio de Sanidad se ha visto en la obligación de tomar algunas medidas, entre ellas la de informar a los consumidores. ¿O es que no tenemos que informar a los consumidores de que las hamburguesas de Burger King tienen cada una de ellas 975 calorías y un 30 por ciento de contenido en grasa, y decir que no puede ser que a los jóvenes y adolescente se les haga publicidad de esta manera? Primero, es posible que sea ilegal, y lo estamos estudiando porque la regulación de la publicidad en España tiene sus complejidades, pero desde luego era contrario a un contrato firmado. ¿Entonces el ministerio no tiene que exigir a las empresas que cumplan sus contratos? Me enseñaron de joven a ser liberal en el buen sentido de la palabra, y ser liberal es que se cumplan las leyes y se observen los contratos. Nosotros lo único que estamos exigiendo es que se cumplan los contratos, porque ese es el fundamento de un Estado de derecho. Esta empresa, muy erróneamente, incluso desde el punto de vista empresarial, lo está haciendo mal, y eso va a dar lugar a que alguna asociación de consumidores plantee alguna reclamación judicial. Nosotros también lo estamos planteando con las asociaciones de las que esta empresa forma parte, con las que tenemos excelente relación por cierto, la Federación Española de Hostelería y Restauración o la Asociación Española de Restauración Moderna, que es la asociación concreta a la que pertenece esta empresa, y estamos estudiando qué medidas tomar cuando alguna empresa o entidad infringe flagrantemente convenios que ha firmado antes. De manera que creo que hemos hecho lo apropiado y que debíamos informar a los consumidores y decir: Cuidado que aquí hay un problema, que una persona de cada dos en España tiene problemas

de sobrepeso e incluso de obesidad y uno de cada siete niños puede ser también obeso.

En cuanto a los comedores escolares, está clara la información. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en su reunión de Oviedo en junio de 2005, aprobó unas directrices a las que se tiene que sujetar la normativa de las comunidades autónomas en materia de comedores escolares. Nuevamente hemos de tener en cuenta cuál es nuestra organización constitucional. Este es un tema competencia de las comunidades autónomas. Naturalmente el ministerio puede promover, y así lo hizo, un acuerdo que se tomó por todo el Consejo interterritorial con unas directrices sobre la forma de gestionar los comedores escolares y observar las normas de una nutrición saludable. En ese trabajo con los comedores escolares seguimos. En la Comisión institucional en la que reunimos, como he dicho antes, a todas las comunidades autónomas, hay también en este momento una actuación en este sentido recogiendo toda la información acerca de la normativa y los programas sobre comedores escolares que están desarrollando las comunidades autónomas.

Ha mencionado también algún problema sobre los mejillones. Los mejillones españoles que salen al mercado son excelentes. Tenemos un problema de marea roja en las aguas en las que se crían los mejillones que aparece ocasionalmente. Como es sabido, en los últimos años ha habido más mareas rojas que antes, ha habido problemas en ese sentido, pero afortunadamente, como he dicho, tenemos un laboratorio que está acreditado por la Unión Europea como el laboratorio de referencia en la detección de toxinas de este tipo, que está en Vigo, y que impide que los mejillones que han podido sufrir contaminación por la toxina, por el alga que provoca la marea roja, salgan al mercado. No salen al mercado mejillones contaminados. ¿Qué ocurrió en Italia? Cosas que ocurren en Italia. Parece ser que se trataba de una partida que se había llevado a replantar a Italia y las autoridades italianas detectaron alguna toxicidad. Los análisis que se hicieron en España no detectaron ninguna toxicidad en los mejillones que salían al mercado en nuestro país o para exportación. Así que la alerta se cerró sin más resultado.

Ha hablado de los celíacos. Los enfermos celíacos son objeto de continua atención por parte de la agencia. El ministerio tiene desde hace tiempo un convenio con la Asociación de Celíacos. Nosotros les prestamos atención continua y les hemos financiado un congreso que se va a celebrar en Valencia en las próximas semanas, con la colaboración del ministerio y de la agencia.

En definitiva, no quiero yo ni mucho menos dar la idea de que vivimos en un mundo feliz. Vivimos en un mundo con problemas, pero podemos tener una visión positiva. Creo que la creación de la agencia y su regulación en términos generales, especialmente en lo que afecta a la organización, fue una buena idea; que la agencia está mejorando y progresando y eso se refleja en la gran confianza que los consumidores españoles y también las

empresas tienen en la seguridad alimentaria española y se refleja también en estos datos que muy recientemente ha publicado el CIS.

Quiero dar las gracias también a Carmen Montón, que nos ha expresado su preocupación por el problema de la obesidad. Querría insistir y subrayar este problema. Todos los indicadores llevan a la preocupación y todos los técnicos están de acuerdo en que es difícil revertir este problema en el corto plazo. La Carta contra la obesidad acordada en la Conferencia de Estambul, en la que tuvimos esa destacada participación y España recibió ese premio, introduce como objetivo un plazo de cinco años para conseguir que la obesidad infantil deje de crecer y se piensa que para 2010, haciendo todas las cosas bien y desarrollando programas activos en contra de la obesidad, podríamos ver con mayor optimismo el futuro. En esa tarea debemos todos arrimar el hombro. Es un problema importante en salud pública que tenemos, que quizá sea más difícil de abordar que otros de seguridad alimentaria para los cuales hay métodos, organismos de evaluación y toda una comunidad científica trabajando. El tema de la obesidad es relativamente novedoso en sus consecuencias clínicas, en sus consecuencias de salud pública. Tenemos un reto importante y yo reitero que tenemos una voluntad de trabajo inquebrantable. **(La señora Pan Vázquez pide ...)**

La señora **PRESIDENTA**: Señora Pan, ha tenido una primera intervención extensísima; creo que es consciente de ello. Le voy a dar la palabra pero le ruego que sea al efecto de puntualizar y que no invierta más de tres minutos.

La señora **PAN VÁZQUEZ**: Muchas gracias, señora presidenta. Voy a ser lo más breve posible y a ver si soy capaz incluso de no llegar a los tres minutos.

Señor presidente, yo no hago juicios de valor partidistas, como usted ha afirmado, sino con los datos en la mano —aquí los tiene usted— de la Comisión Europea, Dirección General de Salud y Protección de Consumidores —estoy traduciendo porque está en francés—, con los datos en la mano de la definición de lo que es la agencia, misión, valores y líneas estratégicas, que dice que las actuaciones sobre los agentes productivos y comerciales para conseguir que en sus procesos no sean origen de nuevos riesgos para los alimentos y/o se retire la producción con riesgo, estas actuaciones de la AESA, señor presidente, tendrán medidas regulatorias de intervención y sancionadoras que son realizadas a través de procesos legislativos inspectores —no sé si se lo había leído pero se lo recuerdo yo hoy aquí—, sancionadores y de intervención, promoverá la autorregulación, etcétera. Como no tengo tiempo, si quiere le paso el documento. Por tanto, no son juicios partidistas sino sobre la base de documentos que están encima de la mesa. El que hace juicios partidistas es usted, que parece mentira que siendo Gobierno no gobierne para todos los españoles, para todas las comunidades autónomas, que es su obli-



gación; para todos, sean del PP o no sean del Partido Popular, ¿o es que el PSOE lo hace todo muy bien? Tienen ustedes una fijación con determinadas comunidades autónomas. No sé si entra dentro de eso que ha ocurrido con la elección de candidato, que ha sido una vergüenza, para el Ayuntamiento de Madrid; no sé si entra dentro de esas fijaciones o de esos líos internos que tienen ustedes; desde luego, del nuestro no. La Comunidad de Madrid es una comunidad más, gobernada por el Partido Popular, pero que a ustedes les molesta. Ustedes sí son sectarios y partidistas, señor presidente. **(Rumores.)**

No quiero hablar del tabaco porque no es esta la comparecencia del tabaco. Tenemos pedida una comparecencia de la ministra para que haga balance de ello y no seré yo la que hable del tabaco en la comparecencia del presidente de la AESA.

Respecto a las comunidades del PP que venden alcohol a menores de 16 años, me parece bastante lamentable que un responsable del Gobierno venga aquí a hacer esas acusaciones. Se lo digo como lo siento.

En cuanto al tamaño de los productos, por lo que ustedes están enzarzados con una determinada empresa, que me da igual cómo se llame, ¿qué van a hacer ustedes si de repente hay otra empresa que saca un dos por uno o similares? ¿Qué es lo que van a hacer? Creo que estas cosas hay que llevarlas con un poco más de eficiencia y un poco menos de publicidad.

Ustedes se escudan en la competencia de las comunidades autónomas cuando les interesa, cuando hay problemas, cuando no manejan el tema, no lo controlan o se les va de las manos, como ha ocurrido siempre. Dicen: Esto es competencia de las comunidades autónomas y nosotros no vamos a entrar. Pero las comunidades autónomas tienen que tener una coordinación y un liderazgo que está por encima de ellas, sobre todo para temas que afectan tanto a la salud de los españoles y que implican además actuaciones internacionales.

De los mejillones no me hable, señor presidente de la AESA. He padecido muchas mareas rojas, no son nuevas, no les han aparecido a ustedes ahora por debajo de la manga, como yo he padecido y he tenido que gestionar otros problemas como aquel del Prestige, ¿se acuerda? Está otra vez en actividad. ¿Qué van a hacer usted? ¿Están haciendo algún estudio?

En cuanto a los celíacos, el convenio parece ser que no se cumple y lo que ustedes les dan como respuesta es pagarles un congreso. Creo que esta no es la primera demanda de estos enfermos.

Y a largo plazo me fíjan el único objetivo que me han dado respecto a la obesidad. Cinco años para que deje de crecer el problema. Ni un solo indicador, ni un solo objetivo más, ni un plazo ni una sola concreción. Me parece demasiado corto. Por tanto, como tengo muy poco tiempo trasladaré mis preguntas por escrito al señor presidente de la AESA y al Gobierno.

La señora **PRESIDENTA**: En justa reciprocidad tiene también la palabra, por un tiempo breve, la diputada del Grupo Socialista señora Montón.

La señora **MONTÓN GIMÉNEZ**: Veo que se busca la polémica con las comunidades autónomas, tanto aquí como en el Consejo interterritorial, y sinceramente no creo que sea esa la intención del ministerio y tampoco va a ser la intención de este grupo parlamentario. No es justo decir que se abandona a las comunidades autónomas. Tan solo hay que remitirse a los presupuestos de 2006 y ver los fondos destinados a las comunidades autónomas para las estrategias de salud. Podemos consultar también lo que hay para la prevención de sida, para la prevención de tabaquismo, para la formación de profesionales sanitarios en cumplimiento de la Ley del medicamento y otros apartados.

Termino diciendo que reitero que la agencia ha devuelto la confianza, y que esa confianza se ha fundamentado en la información, en la coordinación y en una actuación rápida y eficaz. Son los hechos y están demostrados. Y llamo al consenso y a la corresponsabilidad porque creo que en estos temas es lo que más conviene a la ciudadanía.

La señora **PRESIDENTA**: Tiene de nuevo la palabra el señor presidente de la Agencia de Seguridad Alimentaria.

El señor **PRESIDENTE DE LA AGENCIA ESPAÑOLA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA** (Lobo Aleu): En la agencia trabajamos en colaboración con las 17 comunidades autónomas y las dos ciudades autónomas, y realmente no se plantean problemas de ningún tipo por el color político de sus gobernantes, de ninguna manera. Todas ellas participan en nuestros programas y nosotros estamos muy satisfechos de esa participación y tenemos muy buena relación. A lo largo de mi exposición he dicho que hemos tenido una relación excelente con la Comunidad de Madrid, naturalmente, en la gestión de esta alerta que acabo de decir, y también la tuvimos con Valencia hace tiempo, con Murcia y con Baleares, que participan en el programa Perseo, de suerte que no hay ninguna discriminación ni nada por el estilo. Por el contrario, he de manifestar que en general estoy muy satisfecho de esa colaboración. La coordinación es nuestra principal misión y, aunque no es fácil porque los agentes a coordinar son numerosos, creo que estamos teniendo éxito y con la ayuda de todos así estamos llevando y haciendo que la seguridad alimentaria en España sea un tema en el que los españoles confían.

La señora **PRESIDENTA**: Gracias por su comparecencia, señor presidente.

Se suspende la sesión un momento para despedir al compareciente y continuaremos luego con las proposiciones no de ley que figuran en el orden del día. **(Pausa.)**



**PROPOSICIONES NO DE LEY:****— SOBRE ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA DEL CONGRESO. (Número de expediente 161/001802.)**

La señora **PRESIDENTA**: Señorías, reanudamos la sesión con la advertencia preliminar, para que sus señorías organicen su tiempo, de que las votaciones no se producirán en ningún caso antes de la una del mediodía.

Pasamos a debatir la proposición no de ley presentada por el Grupo Parlamentario Socialista sobre estudio epidemiológico, para cuya defensa tiene la palabra la diputada señora Coello.

La señora **COELLO FERNÁNDEZ-TRUJILLO**: Señora presidenta, tomo la palabra para defender la proposición no de ley en la que llevo trabajando durante muchísimo tiempo, a raíz de mi asistencia a una conferencia en la que se trataba del tema de los contaminantes orgánicos persistentes y su efecto sobre la salud en un territorio como es la Comunidad Autónoma canaria. A lo largo de mi vida profesional activa he tenido ocasión de reflexionar con compañeros médicos la excesiva presencia de determinadas patologías en las islas Canarias y muchas veces terminábamos concluyendo en la posibilidad de que existieran causas exógenas en la aparición de las mismas. Les hablo de patologías como son las enfermedades alérgicas, las diabetes, disfunciones endocrinas, pero sobre todo cánceres relacionados con el torrente circulatorio y en las mujeres el cáncer de mama, por esa apetencia casi morbosa que presentan los contaminantes persistentes por el tejido graso. En la Comunidad Autónoma canaria, sobre todo en las islas occidentales, el agua que se utiliza para el consumo humano y para el regadío en general es la de filtración de la lluvia. Saben ustedes que existen agriculturas extensivas en toda Canarias en las que se utilizan fertilizantes y todo tipo de productos químicos que al llover se filtran en el terreno, permaneciendo en él y pasando a la cadena alimenticia y a los humanos. Como profesional de la salud todo esto me preocupa profundamente, así que decidí ponerme en contacto con los investigadores y saber cómo iban los estudios al respecto. Afortunadamente, en este periodo legislativo, el Gobierno ha decidido apostar por la investigación y en ese sentido se dirige mi proposición no de ley. Además, a la vista de los resultados de los estudios de patrones de distribución geográfica de la mortalidad por cáncer en España, las islas Canarias muestran un patrón de distribución diferencial que hace pensar en la posibilidad de que los habitantes de esta comunidad autónoma puedan presentar exposiciones específicas no puestas de manifiesto todavía en estudios epidemiológicos. La población canaria tiene una incidencia y mortalidad por cáncer de mama y de tumores hematológicos superior a otras

regiones de España, circunstancia que ha sido comunicada en diferentes publicaciones científicas. Parece ser que por una vez los comentarios que se producen diariamente en los offices de los hospitales coinciden con la realidad científicamente probada.

Señorías, a modo de resumen les voy a hacer una breve introducción sobre lo que se denominan contaminantes tóxicos persistentes. En esta denominación se engloban todos aquellos compuestos químicamente estables, ubicuos, que contaminan suelo, agua y seres vivos, que permanecen inalterados durante décadas y tienen conocidos efectos tóxicos sobre la salud. Entre ellos habría que nombrar elementos inorgánicos tales como los metales pesados, plomo, mercurio o cadmio, o sustancias orgánicas altamente contaminantes y muy tóxicas, como son las dioxinas, los hidrocarburos aromáticos, bifenilos policlorados o los pesticidas organoclorados. Todas esas sustancias que les nombro están recogidas en el denominado convenio de Estocolmo, suscrito y ratificado por el Gobierno español. Uno de los hechos primordiales que hizo que se incluyeran estos compuestos en el citado convenio y que se hablara de una docena sucia en el mismo, la docena de sustancias más peligrosas que debían de erradicarse y desaparecer del planeta, es el hecho de que las mismas pasan del suelo a las aguas, o viceversa, y posteriormente se introducen en la cadena trófica, incorporándose a los alimentos. Dado que el ser humano se sitúa en la parte más elevada de la cadena alimentaria, es en el ser vivo donde finalmente van a acumularse estos compuestos, y por lo tanto es en la especie humana donde se van a poner de manifiesto sus efectos tóxicos, especialmente en las edades de mayor vulnerabilidad, fundamentalmente en la infancia.

La contaminación de la población por contaminantes tóxicos persistentes es un hecho conocido desde hace décadas en todo el mundo y, por supuesto, en nuestro país. Se ha demostrado contaminación humana por este tipo de compuestos. Básicamente los contaminantes organopersistentes más importantes y mejor estudiados se encuentran en el medio ambiente como consecuencia de la utilización de plaguicidas y son los metales pesados y los contaminantes organoclorados, fundamentalmente el DDT y sus metabolitos, o bien aquellos productos que se obtienen como subproductos de los procesos industriales, por ejemplo, la conocidas dioxinas. Es destacable el hecho de que todos nosotros estemos expuestos directa o indirectamente a todos ellos a través de los alimentos. Lo preocupante es, como ya les dije antes, que son muchos los estudios científicos que relacionan la exposición crónica a dosis bajas de alguno de esos contaminantes con el desarrollo de diversas patologías, especialmente las hormonodependientes, ya que mucho de estos compuestos actúan en los seres vivos como estrógenos débiles, aunque otras enfermedades de alta prevalencia en nuestra población, como son el asma o la diabetes mellitus, también han tenido relación con la exposición crónica inadvertida a este tipo de contaminantes. La

preocupación social, política y científica por la situación es evidente. Por ello, para intentar controlar esta situación, la mayoría de los países occidentales se han adherido al mencionado convenio de Estocolmo, ratificado en nuestro país desde el año 2001, en el cual se prohíben y se ponen estrictos límites a la utilización o fabricación de una serie de sustancias que podrían ser catalogadas como la docena más sucia. Hemos de decir que en la Comunidad Autónoma de Canarias, como en el resto de nuestro país, se usaron indiscriminadamente como plaguicidas e insecticidas durante los años cincuenta, sesenta y setenta, hasta su prohibición en el año 1978. Otra consideración tendrían los contaminantes de origen industrial, con especial consideración a los bifenilos policlorados, las dioxinas y los compuestos plastificantes, los cuales se han utilizado extensivamente en nuestra industria y tienen efectos altamente tóxicos sobre nuestra salud. Indudablemente existe una gran variedad de compuestos presentes en el medio ambiente que ingresan en los seres vivos, principalmente con los alimentos, y cuya presencia en el organismo de manera prolongada, aunque sea en cantidades mínimas, puede tener consecuencias imprevisibles.

Existen en nuestro país distintas normas que regulan los suelos contaminados y los residuos que puedan afectar a nuestra salud, conjuntamente con la normativa europea en la materia, el mencionado anteriormente convenio de Estocolmo, así como las conocidas iniciativas Reach o Scale, que propugnan focalizar estos estudios en niños y en población general. La monitorización de la contaminación química en humanos, se ha descubierto como una estrategia eficaz para evaluar la exposición a contaminantes ambientales, y así evaluar los potenciales efectos que sobre la salud puedan ejercer tales sustancias, considerándose, pues, la biomonitorización de la presencia de tales compuestos químicos una estrategia indispensable para integrar salud y medio ambiente. Los datos obtenidos de estudios de exposición de una población general son más relevantes, para estudios de análisis de riesgos, que aquellos extrapolados a partir de concentraciones de contaminantes en suelo, agua, aire o alimentos. La monitorización periódica del grado de contaminación química de la población permite conocer con exactitud cuáles son las tendencias de la contaminación ambiental y alimentaria en una determinada zona. Asimismo, conocer el grado de contaminación permite, por otro lado, poder llevar a cabo medidas correctoras de la situación. Tales medidas suponen de un modo directo la prevención desde el punto de vista de la salud pública, de esa población, evitando la incidencia y la prevalencia de enfermedades de alto coste sanitario, como son el cáncer, el asma, la diabetes, el alzheimer, etcétera.

La iniciativa que proponemos es la de realizar, en colaboración con el Instituto de Salud Carlos III, concretamente con el área de medio ambiente, trabajos de investigación, incluyendo estudios epidemiológicos sobre la contaminación química y su relación con las

distintas enfermedades, entre ellas cánceres, en la Comunidad Autónoma de Canarias, y que además, de alguna manera, pueda extrapolarse a las distintas comunidades autónomas. Me he puesto en contacto con la portavoz del Grupo Popular, de la que tengo que decir que siempre hemos encontrado buena acogida, y hemos decidido realizar una enmienda transaccional que diría así: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a suscribir los necesarios convenios de colaboración entre el Centro Nacional de Sanidad Ambiental, del Instituto de Salud Carlos III, la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y la Comunidad Autónoma de Canarias, para proceder a la evaluación de riesgos debidos a la exposición a agentes químicos procedentes de la contaminación del suelo agrícola por productos fitosanitarios y valorar sus efectos sobre la salud de los ciudadanos.

La señora **PRESIDENTA**: Señora Coello, haga llegar a la Mesa, por favor, antes del momento de las votaciones, el texto de la transacción que usted ha anunciado. Para intervenir en nombre del Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la diputada señora Roldós.

La señora **ROLDÓS CABALLERO**: La preocupación por la relación entre la contaminación medioambiental y la salud no solamente por parte de la Organización Mundial de la Salud, sino incluso de toda la Unión Europea y por supuesto de nuestro país, no es nueva. Si que es verdad que esa preocupación cada vez es más creciente, porque es innegable que la exposición a riesgos medioambientales explica una proporción apreciable de enfermedades crónicas y de intoxicaciones agudas. El objetivo final de la estrategia europea de salud y medioambiente 2004-2010, a la que se refería la señora Coello, es crear un marco que ayude a comprender mejor las relaciones causa-efecto entre el medio ambiente y la salud, y disponer sobre todo de la información necesaria para desarrollar una política comunitaria integrada. Lamentablemente, nuestro país, España, a día de hoy, después de más de dos años y medio de Gobierno socialista, no cuenta con documentos o con un plan nacional de salud y medio ambiente para que se aborden directamente los objetivos planteados en esta estrategia europea. En este año 2006, el Ministerio de Sanidad y Consumo presentó el Plan nacional de calidad del Sistema Nacional de Salud, y ahí, en esa estrategia número 1 de proteger la salud, proponía reforzar las actuaciones en salud medioambiental desarrollando un plan de acción de salud y medio ambiente. Esto simplemente ha sido un anuncio más, como decía antes nuestra compañera la señora Pan, una nueva publicidad, un nuevo marketing sin contenido, sin un protocolo de actuación, sin objetivos marcados, sin fechas para constituirse ese necesario plan nacional de salud y de medio ambiente.

Señora Coello, usted sabe que Canarias es una de las comunidades autónomas con mayor consumo de productos fitosanitarios por hectárea, como consecuencia se producen procesos de contaminación del suelo y del

subsuelo por lixiviación; sin embargo, usted sabrá también que afortunadamente las islas Canarias son una comunidad autónoma que el 42 por ciento de su suelo está incluido en la red nacional de espacios protegidos, y que el dato —al menos el que yo he encontrado— en cuanto a la superficie que ocupan las zonas agrícolas en la islas Canarias es del año 2000, y solamente ocupan un 22 por ciento del territorio canario. Y usted sabe igual que yo que los cambios socioeconómicos de las últimas décadas en Canarias, sobre todo como consecuencia del fuerte desarrollo experimentado por la actividad turística, han favorecido los procesos de abandono de la actividad agrícola. He visto en su exposición de motivos cosas con las que no estoy de acuerdo, como que todo el agua que se utiliza para el riego es de procedencia de filtración. Usted sabe que eso no es verdad, porque afortunadamente en Canarias tenemos cada día más desaladoras que producen agua también para regadío, que se están reutilizando aguas de consumo doméstico, depuradas que posteriormente se utilizan para regadío, y que afortunadamente también tenemos presas y balsas. Concretamente en su isla, en La Palma, en estos días se inaugura una nueva balsa de agua de regadío. Por lo tanto, no todo el agua para el riego se produce por filtración. Además usted sabe que desgraciadamente los acuíferos subterráneos de Canarias están sobreexplotados y cada vez queda menos agua. No obstante, nos preocupa la situación del suelo agrícola de Canarias, porque es verdad que hasta el año 1977, en que estaba permitido en nuestro país el uso de organoclorados, en concreto del DDT, en las explotaciones agrícolas extensivas e intensivas, en Canarias se utilizaron de manera quizá abusiva, y tienen un efecto de bioacumulación y de persistencia en el medio ambiente que podría tener incidencia sobre la salud de los humanos. Pero yo creo que estamos hablando de una materia muy sensible, en la que no se puede crear alarma, en la que hay que actuar con un principio de cautela, con rigor científico, porque las islas Canarias tienen una doble agricultura: una agricultura de autoabastecimiento y una agricultura histórica de exportación, fundamentalmente de plátano y de tomate, a toda la Unión Europea. Es verdad que en Canarias hay una mayor incidencia de terminados cánceres, pero relacionarlos directamente con la contaminación medioambiental o la contaminación por agentes químicos del suelo agrícola de Canarias, me parece crear alarmismo, y creo que hay que ser riguroso, que hay que ser prudente. Usted hablaba de patologías con una alta prevalencia en Canarias como alergias, diabetes, enfermedades endocrinas y cánceres. Qué casualidad que todas esas enfermedades tienen una etiología con una importante carga genética, y no olvidemos que las islas Canarias, que están separadas por muchos kilómetros del continente europeo, han tenido problemas de comunicación en el pasado, lo que dio lugar a una consanguinidad importante y, por lo tanto, a que esa carga genética se haya perpetuado y tenga probablemente una mayor incidencia en la prevalencia y en la morbilidad de esas determinadas enfermedades que no la

contaminación medioambiental. No obstante, para luchar contra el alarmismo, contra la alarma social, no hay nada mejor que la información rigurosa, la información veraz y el que se efectúen los estudios científicos suficientes para dar tranquilidad a la propia población y para no crear alarmismo. Los organismos del Ministerio de Sanidad y Consumo encargados de la relación entre medio ambiente y la salud precisamente son, dentro del Instituto Carlos III, el Centro Nacional de Sanidad Ambiental, que tiene por objeto el apoyo científico técnico al propio ministerio y a los servicios de salud de las comunidades autónomas para evaluar, caracterizar y controlar los riesgos sanitarios en la salud humana derivados del medio ambiente, y la Agencia Española de Seguridad Alimentaria —hemos tenido hoy aquí a su presidente—, que es la encargada de promover la seguridad alimentaria y garantizar el más alto grado de seguridad y promover la salud de los ciudadanos. Por ello, en la enmienda de sustitución pedimos que se suscriban convenios de colaboración con la Comunidad Autónoma de Canarias para proceder a lo primero que hay que proceder, que es a evaluar los riesgos debidos a la exposición por agentes químicos procedentes del uso de productos sanitarios en el suelo agrícola de Canarias, y, a su vez, a valorar los efectos sobre la salud de los ciudadanos. Pero repito que no se pueden relacionar simplemente causa-efecto determinadas contaminaciones medioambientales con determinadas prevalencias de patologías graves, de las que es verdad que tenemos mayor incidencia en Canarias. Quizás deberíamos preocuparnos más por una asignatura pendiente que este Gobierno socialista no acaba de abordar, que es, por ejemplo, el cáncer laboral; ahí sí que hay una relación causa-efecto importante. Los sindicatos de los trabajadores denuncian que entre un 5 y un 10 por ciento de los cánceres en nuestro país son causados por las condiciones laborales. Y no digamos, por ejemplo, en Canarias, donde para el cultivo importantísimo de plátanos, somos el mayor productor de plátano a nivel de toda la Unión Europea, se siguen utilizando compuestos ya no solamente organoclorados, sino organofosforados como plaguicidas, que tienen un efecto realmente nocivo sobre la salud, y muchas veces esos trabajadores están desprotegidos ante la acción de estos agentes químicos. Por lo tanto, hemos llegado a un acuerdo con la portavoz del Grupo Socialista, porque entendíamos que el texto dispositivo de su PLN era poco concreto, era poco comprometido, porque únicamente hablaba de facilitar la colaboración de aquellos trabajos que eventualmente pudieran desarrollarse. Nosotros hemos pedido concreción, hemos pedido que esto no sea simplemente un canto al sol, sino que se concrete en convenios necesarios que se tienen que suscribir entre el Instituto Nacional de Sanidad Ambiental y la Agencia de Seguridad Alimentaria con la Comunidad Autónoma de Canarias, para tener la información y evaluar los riesgos que pueda haber como consecuencia de la utilización de productos fitosanitarios, y evitar en todo momento alarmismo, relacionando causa-efecto cuando



no se dispone de la información, y causar un daño a la confianza de los consumidores, tanto de las islas Canarias como de aquellos destinos de nuestra exportación agrícola.

— **SOBRE LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS POR PARTE DEL COLECTIVO DE DIPLOMADOS/AS EN ENFERMERÍA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO CATALÁN (CONVERGÈNCIA I UNIÓ.) (Número de expediente 161/001830.)**

— **SOBRE LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS POR PARTE DEL COLECTIVO DE DIPLOMADOS EN PODOLOGÍA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO CATALÁN (CONVERGÈNCIA I UNIÓ) (Número de expediente 161/001831.)**

La señora **PRESIDENTA**: Pasamos a debatir los puntos del orden del día numerados como 4 y 5, según acuerdo de la Mesa y portavoces. Es su contenido la prescripción de medicamentos por parte del colectivo de diplomados y diplomadas en enfermería, y la prescripción de medicamentos por parte del colectivo de diplomados, entiendo que también diplomadas, en este caso no hay lenguaje políticamente correcto, en podología. Tiene la palabra para su exposición el grupo autor de las mismas, y en su nombre intervendrá el diputado señor Xuclà.

El señor **XUCLÀ I COSTA**: Voy a pasar a hacer la defensa conjunta de las dos proposiciones no de ley, según lo acordado con la Mesa, pero también quiero empezar subrayando que estos dos colectivos son los primeros interesados en ser tratados de forma distinta, ya que su realidad y su participación, o eventual participación, en el acto de prescripción también se podría y se debería enfocar de formas distintas, con lo cual voy a hacerlo en un solo turno de intervención, pero con esta consideración previa.

Quiero empezar, tal como está en la ordenación de la sesión, por el colectivo de enfermería. Señorías, entiendo este grupo parlamentario que la regulación de la receta es necesaria para evitar el uso incontrolado de los medicamentos y productos sanitarios, y dicha regulación se ha llevado a cabo muy recientemente en la tramitación parlamentaria de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Sin embargo, en dicha tramitación, no hemos podido encontrar la fórmula idónea para dar cobertura a la actuación profesional del colectivo de diplomados-diplomadas en enfermería, y esa es la razón que ha impulsado a mi grupo parlamentario a presentar, a lo pocos meses de la entrada en vigor de la ley, esta proposición no de ley, para superar el estado de la cosas y la pequeña salida, la insuficientemente salida, que daba el edictado de la ley al colectivo de enfermería.

Asimismo, la nueva regulación profesional contenida en la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias del año 2003 y en Real Decreto 450/2005, de especialidades de enfermería, y los respectivos estatutos profesionales han configurado a la enfermería como una profesión sanitaria titulada con competencias, autonomía y responsabilidad propias en el marco de los estudios oficiales universitarios de grado y postgrado que establecen los oportunos reales decretos.

Señorías, bajo la regla general de respeto riguroso a las competencias de cada profesión, así como al carácter de prescriptores principales que históricamente han tenidos y tienen los médicos y odontólogos, esta proposición no de ley viene a recoger las iniciativas que al respecto han promovido, entre otras, también las consejerías competentes en materia de sanidad de distintas comunidades autónomas y de distintos colores políticos, las cuales han creído necesario establecer y regular la participación del colectivo de enfermería en el acto de prescripción médico.

Por último, señorías, es necesario recordar que la participación del colectivo de enfermería en el acto de prescripción está, con mayor o menor intensidad, en algunos casos con una intensidad extraordinaria, reconocido y aceptado en numerosos países, como Estados Unidos, Australia, Canadá, Sudáfrica o Brasil, entre otros, y en el ámbito de nuestro entorno sociopolítico más inmediato, en nuestra casa, en la Unión Europea, hay países como el Reino Unido, Irlanda, Francia o Suecia que también tienen reconocida esta competencia prescriptora a las diplomadas y diplomados en enfermería, de manera que en virtud de la titulación equivalente y de la libertad de circulación —creo que es un tema que también se debe plantear en el momento actual de libre circulación de personas y de profesiones en la Unión Europea—, estos colectivos de otros países de la Unión Europea y los diplomados en enfermería españoles pueden prescribir cuando presten sus servicios en dichos países y, a la inversa, profesionales extranjeros con capacidad para ello, pueden verse imposibilitados para prescribir en España de persistir la regulación actual.

Señorías, señores de los grupos parlamentarios presentes, creo que este debate es básicamente un debate continuador del debate que tuvimos en la Ley del Medicamento que, en su recta final, en aquello que tenemos en cualquier tramitación de una ley que son los flecos finales, dejó abierto este aspecto. Sus señorías presentes en la sala saben muy bien que quedó abierto incluso para una votación final en el Pleno de enmiendas que venían del Senado. Votamos, y algunos grupos votaron lo que hoy nos presenta el Grupo Parlamentario Socialista precisamente como enmienda de sustitución del texto que ha planteado el Grupo Parlamentario Catalán. Ya aquel día anuncié que mi grupo parlamentario presentaría una proposición no de ley de acuerdo con el colectivo, pero no solo con una visión de colectivo, sino con una visión de conjunto de la armonización de los inte-



reses de los distintos actores, de los distintos profesionales sanitarios. Es por esto que yo creo que hemos presentado un redactado comedido, contenido y con la mentalidad de ser aprobado tal cual, tal como ha sido presentado. Me permito leerlo porque es muy breve y porque me gustaría dejar constancia de lo equilibrado que es este redactado: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a regular reglamentariamente y presentar ante el Congreso de los Diputados, en el plazo de seis meses, las medidas que se estimen oportunas para posibilitar la participación (quiero subrayar la palabra participación, entendiendo que los prescriptores principales son médicos y odontólogos), la participación de los diplomados y diplomadas en enfermería en el acto de prescripción de aquellas técnicas, medicamentos y productos sanitarios atinentes a su competencia profesional y especialidad.

Señorías, no estoy hablando de algo aislado en el mundo, no les estoy planteando una fórmula como una isla en medio del océano, les estoy planteando algo que en estos momentos se está produciendo en la Unión Europea y en muchos otros países: un redactado que no solo daría satisfacción a un colectivo, sino que daría salida, por una parte, al redactado de la Ley del Medicamento y, por otra, al redactado de la LOPS, que reconoce de manera un poco más amplia otros colectivos, como el colectivo de enfermería y como el colectivo de podología dentro de sistema sanitario.

Ante este redactado que me he permitido leerles, que yo creo que es, como les decía, equilibrado y comedido, pesando no solo en el colectivo, sino en el conjunto del sistema sanitario, les diré, si me permiten, con toda cordialidad, que me parece una tomadura de pelo presentar como enmienda de sustitución a este texto la literalidad de una ley en vigor. Señorías, parece sarcástico que una proposición no de ley sea un cortar y pegar de una ley en vigor. Si este grupo parlamentario plantea una proposición no de ley para intentar dar repuesta y mejorar una situación con la que creo que bastantes, no solo este grupo parlamentario, no quedamos satisfechos, no creo que esta sea una posición como para llegar a un acuerdo. Esta es una posición absolutamente inmovilista, a partir de la cual no se puede llegar a ningún tipo de acuerdo y bien que lo lamento —lo lamento profundamente—, porque el ánimo de este grupo parlamentario en esta materia y en la de los podólogos no es ejercer una actividad testimonial, sino intentar, primero, lo que hemos hecho durante mucho meses, poner en contacto el colectivo con el Ministerio de Sanidad, y segundo, encontrar una salida razonable. Salida razonable, por cierto, que parecía posible intentando integrar el texto de la enmienda del Grupo Socialista, que es la literalidad de la ley, con la propuesta del Partido Popular, que nos insta en un plazo determinado a establecer un diálogo interprofesional, que estos momentos se está produciendo entre médicos, odontólogos y colectivos de enfermería. Señorías, algunos colegios profesionales de médicos, de odontólogos y enfermería, nos están dando

en este momento una lección de modos, de cómo están llegando a soluciones y a protocolos de participación y de trabajo de forma más ágil y más sensata que las posiciones absolutamente enrocadas en las cuales discutimos la Ley de Medicamento y en la cuales, por lo que parece y por lo que hemos estado comentando esta mañana con los portavoces del Grupo Socialista y del Grupo Popular, podemos dar o no, básicamente no, satisfacción desde esta Comisión de Sanidad.

Señora presidenta, paso a defender la segunda proposición no ley, sobre los diplomados en podología, porque como he dicho al principio de mi intervención no hay nada peor que tratar igual situaciones distintas, y es evidente que hay algunos elementos, incluso algunas previsiones legales distintas que avalan a un colectivo o a otro. Entiende este grupo parlamentario que la regulación de la receta es necesaria para evitar el uso incontrolado de los medicamentos, y dicha regulación se ha llevado a cabo muy recientemente en la tramitación parlamentaria de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Sin embargo, señorías, en dicha tramitación no ha sido posible encontrar la fórmula necesaria para dar cobertura a la actuación profesional del colectivo de diplomados en podología, y esta es la razón por la cual, a las pocas semanas de la aprobación de la ley, este grupo parlamentario presentó la proposición no de ley que en estos momentos estoy defendiendo.

Se entiende por receta podológica aquella indicación escrita de un medicamento adecuado a las patologías del pie, donde se indican los datos sobre su uso individual y en la que deben constar los datos del prescriptor, fecha y firma. El diplomado en podología, de conformidad con el artículo 7.d) de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, es el especialista para el tratamiento de las enfermedades y deformidades de los pies, y quiero leer una parte de este artículo 7.d) de la LOPS. Dicho artículo establece que los diplomados universitarios en podología realizarán las actividades dirigidas al diagnóstico y tratamiento (quiero subrayar tratamiento) de las afecciones y deformidades de los pies mediante técnicas terapéuticas propias de su especialidad. Y SS.SS. saben perfectamente que hay una contradicción entre la Ley del Medicamento y la LOPS, en tanto en cuanto para hacer un tratamiento hace falta no solamente un buen saber de los diplomados en podología sino también el uso de forma auxiliar y acotada, absolutamente acotada, de algunos medicamentos.

La posesión del título de diplomado en podología faculta a este profesional para, con plena autonomía, recibir directamente los pacientes sin prescripción médica, de acuerdo con el artículo 5º párrafo segundo del Decreto 727 de 1962, de creación de la especialidad de podología para ayudantes técnicos sanitarios. El anexo número 1 de Real Decreto 1267/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre la autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, también establece la clasificación y

definición de las distintas profesiones sanitarias, y sobre podología en este real decreto, en concreto en el apartado u)4, se señala que es una unidad asistencial en la que un odólogo es responsable de prestar cuidados específicos —quiero subrayar también lo de presta cuidados específicos—, propios de su titulación, relacionados con la patología de los pies. Y SS.SS. saben perfectamente que para prestar cuidados específicos no es suficiente el buen saber de los diplomados en podología, sino que también es necesario, como se produce de facto, que no de iure, la utilización acotada de algunos medicamentos concretos. Finalmente el Real Decreto 815/2001, de 13 de julio, sobre justificación del uso de las radiaciones ionizantes para la protección radiológica de las personas con ocasión de las exposiciones médicas, establece en su artículo 6.º las responsabilidades del médico, odontólogo y, curiosamente, señorías, o no curiosamente, podólogo, donde cada uno, en los ámbitos de sus competencias, deberán valorar la correcta indicación del procedimiento radiológico y posibles alternativas de menor riesgo. Señorías, evito cansarles con otras previsiones legales y con otros extremos legales en los cuales el colectivo de podología, en este caso de forma modulada, de forma circunscrita a sus competencias y a sus conocimientos, tenía un mayor reconocimiento del que actualmente da el redactado de la llamada Ley del Medicamento.

En definitiva, y como ya he dicho hace un momento, la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias habilita al podólogo a utilizar las técnicas terapéuticas propias de su especialidad, lo cual debería incluir la prescripción de medicamentos de uso podológico como una de estas técnicas. Sin embargo, la reciente aprobación de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, limita la capacidad de prescripción únicamente, no principalmente —ustedes conocen perfectamente que tuvimos este debate—, a los médicos y odontólogos.

Y una vez más, y para terminar, quiero leer también el redactado, la literalidad de esta proposición no de ley, el *petitum* de esta proposición no de ley, que creo que es absolutamente comedido, sensato y pensando no únicamente en el colectivo, sino en el conjunto del sistema sanitario. Leo: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a regular reglamentariamente y presentar ante el Congreso de los Diputados, en el plazo de seis meses, las medidas que se estimen oportunas para posibilitar la participación de los diplomados en podología en el acto de prescripción de aquellos medicamentos atinentes a su competencia profesional y especialidad.

Ante este planteamiento del Grupo Parlamentario Catalán de Convergència i Unió, nos volvemos a encontrar con la alternativa planteada por parte del grupo de la mayoría, de reproducir, única y exclusivamente la disposición adicional 12.<sup>a</sup> Donde decía diplomados en enfermería, que les he leído hace un momento, habla de diplomados en podología.

Señorías, después de un día viene otro —voy terminando, presidenta—, esta no es la historia de una decepción, creo que después de mi intervención y del redactado de las enmiendas del Grupo Socialista y del Grupo Popular es evidente el fin que tendrá la iniciativa de este grupo parlamentario, pero es bastante lamentable que en estos momentos los colegios profesionales sean más ágiles y sobre todo más sensatos a la hora de establecer un diálogo interprofesional, que la Administración pública que está abordando este tema con rigidez y, si me permiten, insensatez, desde el Ministerio de Sanidad, que no desde comunidades autónomas de distintos colores políticos. Nada más.

La señora **PRESIDENTA**: Hay presentadas a las dos iniciativas enmiendas del Grupo Parlamentario Popular y del Grupo Parlamentario Socialista, que entiendo también serán objeto de defensa conjunta las dirigidas a cada una de las proposiciones no de ley. En nombre del Grupo Parlamentario Popular para la defensa de sus enmiendas, tiene la palabra la diputada señora Roldós.

La señora **ROLDÓS CABALLERO**: La falta de diálogo que ha tenido el Ministerio de Sanidad y Consumo con los profesionales sanitarios a lo largo de esta legislatura, esa falta de diálogo que se ha puesto de manifiesto cuando el ministerio elabora la famosa Ley del Medicamento, ha dado lugar a que el Ministerio de Sanidad y Consumo, en la Ley del Medicamento, tuviera que dejar a posterior desarrollo reglamentario la cobertura a la actuación profesional de colectivos diplomados en enfermería y en podología en relación a los medicamentos sujetos a prescripción, porque no hubo acuerdo, hubo una cerrazón absoluta del ministerio y una imposición de su visión de la cosas sin escuchar a los profesionales. A esto hay que añadir la falta de liderazgo de este ministerio, la falta de iniciativa para desarrollar una importantísima ley del año 2003, aprobada por consenso de toda esta Cámara, que es la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias, que ha sido la gran esperanza de los profesionales sanitarios, incluidos los profesionales de la enfermería y de la podología, y que este Gobierno socialista se ha negado a desarrollar. Si hubiera habido diálogo, si hubiera habido desarrollo de la Ley Orgánica de Profesiones Sanitarias, hoy no hubiera tenido que venir el Grupo Catalán de Convergència i Unió a proponer esta serie de cosas.

Es verdad, señor Xuclà, que los colectivos profesionales de enfermería, los médicos, los podólogos, los odontólogos, están demostrando más responsabilidad y se están reuniendo para llegar a acuerdos. Nosotros, el Partido Popular, tenemos continuado diálogo con todos esos profesionales sanitarios y sabemos de la responsabilidad de esos colectivos, y sabemos que están intentando buscar soluciones, porque esos colectivos no son partidarios de la confrontación, de la guerra abierta, sino del consenso y del diálogo. Quien está en esa torre de marfil, que decía mi portavoz al principio de esta legis-

latura, donde cada vez se encierra más, es la señora ministra de Sanidad, que ni coordina ni lidera ni sirve de mediador cuando hay problemas, sino que se dedica exclusivamente al marketing y a los viajes. Pues bien, eso que no ha hecho el Ministerio de Sanidad es lo que nosotros básicamente proponemos en nuestro texto de enmienda de sustitución. Porque con todos los respetos, señor Xuclà, creemos que su propuesta está mal formulada y que la nuestra es la correcta, y se lo digo sin ningún alarde de nada, ni de prepotencia ni de ninguna otra cosa, porque lo que quieren los colectivos de profesionales es que se desarrolle la LOPS, que esa sea la vía para llegara a acuerdos, porque como le decía, no quieren enfrentarse unas profesiones con otras, sino llegar a acuerdos, llegar a diálogos, llegar a consensos y encontrar fórmulas que puedan satisfacer a todos los profesionales sanitarios, Y por eso nuestro texto tiene tres apartados, y voy a comenzar por el primero de ellos.

En el primero de ellos pedimos que en el plazo de seis meses se presente ante esta Comisión de Sanidad y Consumo un informe general de la situación actual de la enfermería en España. Que se propongan medidas, dentro un plan estratégico, con un calendario de actuaciones a corto y a medio plazo y que tenga un cuadro de previsiones presupuestarias. ¿Por qué queremos esto? Porque es absolutamente necesario y urgente mejorar la situación profesional y laboral de la enfermería en nuestro sistema sanitario. Así lo ha manifestado la propia enfermería hace pocas fechas en el XIII Congreso de Derecho Sanitario. Esto es lo quiere la enfermería de nuestro país. Tenemos casi 250.000 profesionales de la enfermería en nuestro país integrados en equipos multidisciplinares que desarrollan un papel trascendental, que son reconocidos por la Unión Europea, que son reconocidos por los usuarios, por los consumidores de la sanidad pública y privada en nuestro país, y que son absolutamente esenciales para el buen funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Pero sabemos que la enfermería tiene una insatisfacción debida a la falta de respuesta institucional, sobre todo del Ministerio de Sanidad y Consumo, ante los problemas que aquejan a la enfermería. Estoy hablando de la carrera profesional, de las retribuciones, de la especialidad, de la jubilación, de los horarios, de la conciliación de la vida laboral, personal y familiar. Además hay un problema añadido, que es la falta de criterios comunes dentro del Sistema Nacional de Salud, que hace que los problemas que tiene la enfermería se agudicen, que se generen desigualdades y que estén creando decepción y desmotivación en el colectivo de la enfermería, con lo que se perjudica gravemente el avance de la calidad asistencial y el desarrollo profesional de los enfermeros y enfermeras. Esto viene además agravado por la situación de insuficiencia de personas dedicadas a la atención sanitaria, es decir, tenemos un ratio por habitante de profesionales de enfermería inferior a la media europea, con lo cual hay una sobrecarga asistencial, una desmotivación, una falta de tiempo para dedicarse a determinadas áreas de desarrollo

profesional, añadido al éxodo de profesionales de enfermería, que están yendo a otros países de la Unión europea en busca de mejores oportunidades, de mejores retribuciones, de mejores condiciones laborales. Y a todo ello se añade el desinterés del Ministerio de Sanidad y Consumo en el desarrollo del real decreto de especialidades de enfermería. Saben ustedes que ese real decreto reconoce nueve especialidades, y están pendientes de desarrollar siete de ellas después de año y medio de aprobarse ese real decreto. ¿Qué es lo que ha generado esto? Ha generado sensación de abandono por parte del colectivo de la enfermería, por eso, y repito, pedimos que en el plazo de seis meses se presente en esta Comisión un informe general de la situación de la enfermería en nuestro país, proponiéndose un plan estratégico con medidas y con financiación.

El segundo punto de nuestra enmienda es que el Ministerio de Sanidad y Consumo, de modo inmediato, lleve a cabo los contactos oportunos para promover un pacto interprofesional en el ámbito de los medicamentos y productos sanitarios, a tenor de lo establecido en el artículo 9 de la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias. Señorías, ustedes saben que la LOPS, la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias, dota al sistema sanitario de un marco legal para hacer posible la integración de los profesionales sanitarios, facilitando la corresponsabilidad y la mejora de la atención sanitaria, que además establece las bases para que se produzcan pactos entre los profesionales, y que la praxis cotidiana de los profesionales en organizaciones crecientemente multidisciplinares evolucione en forma no conflictiva, sino de forma cooperativa y transparente; eso es lo que quieren los profesionales sanitarios, los de enfermería y los de podología, quieren una forma cooperativa y transparente, no quieren confrontación. Las relaciones interprofesionales y el trabajo en equipo son fundamentales, y eso es lo que viene recogido, y hacía mención a ello el señor Xuclà, en el artículo 9 de la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias. Nosotros, el Grupo Popular, creemos que es necesario establecer pactos interprofesionales con carácter general o previos a cualquier normativa reguladora para resolver ámbitos competenciales. En la Ley del Medicamento, el ministerio ha venido a quebrar la paz que existía en el sistema sanitario español, suponiendo un grave problema para todo el Sistema Nacional de Salud. Los profesionales de la enfermería y los podólogos denuncian situaciones de ilegalidad y de indefensión jurídica por falta de diálogo entre el Ministerio de Sanidad y los profesionales. Se ha generado además en estos colectivos incertidumbre y descoordinación, y esto requiere una adecuada y urgente respuesta.

En tercer lugar, pedimos que, para dar cumplimiento a lo previsto en el título V de la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias sobre participación de los profesionales, el Ministerio de Sanidad y Consumo lleve a cabo cuantas actuaciones sean precisas para constituir la comisión consultiva profesional. Saben ustedes que tanto la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional



de Salud como la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias definen cómo establecer las funciones de asesoramiento en el desarrollo y en la ordenación profesional. Pues bien, este título V de la LOPS establece que la comisión consultiva, esa que el Ministerio de Sanidad no tenido en más de dos años y medio ningún interés en constituir y que sigue sin estar constituida a día de hoy, es el órgano de participación de los profesionales en el sistema sanitario y en el desarrollo, en la planificación y en la ordenación de la profesiones sanitarias. En relación con el desarrollo profesional, las funciones de esta comisión abarcarán los ámbitos relativos a la formación, al sistema de reconocimiento y a la evaluación de competencias, ahí es donde está el nudo gordiano de toda esta situación que el ministerio no ha tenido ningún interés en solucionar. Si tuviéramos comisión consultiva en la que, por ejemplo, estuvieran representados los podólogos y la enfermería, en esa comisión, que entre sus funciones tiene asesorar a la Comisión Nacional de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, se hubiera podido llegar a fórmulas que pudieran, satisfacer a todas la partes. Pero el ministerio está ausente, tenemos un ministerio, lamentablemente, que no está en el día a día y en lo que interesa a los profesionales y los ciudadanos españoles. Por lo tanto, creemos que es vital que se constituya esa comisión consultiva profesional como órgano asesor de apoyo a la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, para poder mediar y proponer solución en los conflictos de competencias entre las distintas profesiones sanitarias.

En resumidas cuentas, señorías, lo que proponemos es que por la vía del diálogo, del consenso, de la no confrontación, y utilizando como herramienta imprescindible una magnífica ley de la que nos hemos dotado todos los españoles, que es la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias, y que es además la solución que proponen la enfermería y los podólogos, podamos llegar a soluciones que puedan satisfacer a todos los colectivos y, sobre todo, para que no se siga generando esa incertidumbre, esa descoordinación, para que ningún profesional sanitario español esté en situación de ilegalidad o de indefensión jurídica.

La señora **PRESIDENTA**: Para defender la enmienda presentada por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra, la señora Pozuelo.

La señora **POZUELO MEÑO**: Nos encontramos ante una proposición no de ley que ha presentado el Grupo Catalán de Convergència i Unió, en la que vuelve a plantear, a pocos meses de la aprobación de la Ley de garantías y de ordenación del uso racional del medicamento, el debate sobre la prescripción de medicamentos. Yo creo que volver a plantear aquí, unos meses después de aprobarse esta ley, en la que se llegó a un gran acuerdo en esta Cámara y fuera de ella con todos los sectores profesionales implicados, económicos, empresariales,

de investigación, de la industria, una ley que concitó un gran acuerdo fuera y dentro de esta Cámara, una de las cuestiones con la que algún colectivo no está al cien por cien de acuerdo, como puede ser algunos grupos de enfermería y algunos grupos de podólogos, creo que verdaderamente no es razonable.

Señor Xuclà, usted ha utilizado calificativo desde mi punto de vista bastante grueso, que no se concilia con ese afán de moderación con el que usted pretende presentar esta proposición no de ley. Usted habla de posiciones insensatas, rigideces, tomaduras de pelo, etcétera, cuando el Grupo Parlamentario Socialista lo que está haciendo en esta ocasión es mantener la coherencia, la sensatez y el equilibrio que manda cualquier pensamiento y posición política que pretenda mantener la seguridad jurídica, la seguridad ante los profesionales, la seguridad ante todos los sectores y ante la propia clase política de que cuando se aprueba una ley no se puede plantear su modificación a los tres o a los cuatro meses de aprobarse por el hecho de que haya algún colectivo que no esté cien por cien de acuerdo con ella.

Ustedes recordarán que cuando debatíamos la ley en Comisión y en el Pleno de la Cámara, hablábamos de que era una ley compleja porque afectaba a muchos sectores, porque tenía incidencia en la ordenación de la gestión sanitaria, porque tenía incidencia en las competencias de la gestión de los servicios de las comunidades autónomas, porque tenía incidencia en el desarrollo de la actividad profesional de todos los profesionales sanitarios, porque tenía incidencia en los sectores empresariales e industriales, y tenía una incidencia también muy importante en el sector de la investigación en nuestro país. Creo que todos coincidíamos en que la ley había llegado a un buen equilibrio de conjugar los intereses, las necesidades de todos estos colectivos. Creo que esto es así y, consecuentemente con ese planteamiento razonable, es por lo que la enmienda que ha presentado el Grupo Socialista recoge la disposición adicional 12.ª, que establecía el marco en el que se tienen que desarrollar a partir de la aprobación de la ley las nuevas necesidades con las que, en el ejercicio de su función, los profesionales de la enfermería y de los podólogos se están encontrando. En esa disposición adicional se decía —y lo hemos presentado nosotros como enmienda, porque creemos que cuatro meses después de aprobar una ley no se puede volver a reabrir una ley y porque estamos plenamente convencidos de que la ley en todos sus aspectos, pero de manera muy especial y muy específica en lo que habla de la prescripción, está perfectamente redactada— que se establecerá reglamentariamente la relación de medicamentos que puedan ser usados o, en su caso, autorizados por lo diplomados en podología o en enfermería, así como las condiciones específicas en las que se pueden utilizar y los mecanismos de participación con los médicos en programas de seguimiento de determinados tratamientos relacionados con su especialidad, dando cuenta a la Comisión



de Sanidad y Consumo cuando se haya terminado y avanzado ese trabajo.

Pues bien, señorías, les decía que estoy firmemente convencida de que acertamos todos cuando, al aprobar la Ley del Medicamento en los aspectos que hacen referencia a la prescripción de los medicamentos, acordamos que la prescripción de los medicamentos estuviera única y exclusivamente en manos de médicos, odontólogos y veterinarios. Es decir, señor Xuclà, no se habla ni se puede hablar en ningún caso, y creo que usted parte de un error de concepción muy importante con el que nunca podremos estar de acuerdo, de prescriptores principales y prescriptores secundarios. Nadie hoy en día puede decir qué significa eso. Solamente puede haber un prescriptor; en este caso la Ley del Medicamento lo consagra, el único prescriptor; es el médico, el odontólogo o el veterinario. Podemos hablar de otras funciones, de cómo desarrollar de la mejor manera posible la función que dentro del sistema sanitario y como profesión sanitaria desarrolla cada uno de los colectivos a los que está usted haciendo referencia en su proposición no de ley.

Por lo tanto, yo creo que ese principio que consagra la ley, el mismo principio que consagraba en cuanto a la dispensación de los medicamentos —solo el farmacéutico puede dispensar los medicamentos— es un principio de seguridad para el sistema y para los pacientes y es un principio de confianza de futuro en el uso racional de los medicamentos, es la mejor manera y la mejor práctica médica, la mejor práctica clínica que el sistema puede tener para garantizar la seguridad y el mejor servicio con la mejor calidad posible a los usuarios del sistema, a los pacientes.

Señorías, yo creo que estamos en un momento en el que tampoco conviene el planteamiento que contempla el Grupo Popular en la enmienda que ha presentado a la iniciativa de *Convergència i Unió*. Me voy a referir a ella, porque la intervención de la señora Roldós ha abundado en una serie de cuestiones que me parecen, además de fuera de tono, como siempre, que están totalmente fuera de lo que estamos discutiendo aquí y de la propuesta que inicialmente se hace por parte del Grupo de *Convergència i Unió*. El discurso de la señora Roldós y la enmienda que el Grupo Popular ha presentado tiene que ver efectivamente con el desarrollo de la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias, pero aquí no estamos para hablar de eso. Usted además ha aprovechado la ocasión para presentar una situación verdaderamente caótica; después de escucharla no se sabe cómo puede realmente funcionar el Sistema Nacional de Salud, ni cómo las comunidades autónomas están ejerciendo sus competencias, ni cómo los ciudadanos están tan satisfechos del sistema, en términos generales. La situación de caos y de desbarajuste que usted ha planteado no se corresponde con la realidad porque, si no, no podría funcionar. Otra cosa es que ustedes estén interesados en que dentro del Sistema Nacional de Salud se aumente el caos, se aumente el descontento, se aumente la incertidumbre, y esa sea su línea de actuación en vez

de una línea de actuación positiva, coherente y de ayuda a mejorar las prestaciones y el funcionamiento de sistema. Lo que ustedes plantean es, efectivamente, y usted misma lo ha dicho, un desarrollo de la carrera profesional, hablar, negociar y sentarse a entablar un diálogo y llegar a acuerdos sobre el desarrollo de la carrera profesional, de los horarios de los profesionales sanitarios, de la conciliación de su vida familiar y profesional, de los problemas de éxodo o integración con la entrada de otros profesionales sanitarios, es decir, la libre circulación de profesionales sanitarios dentro del marco europeo, etcétera, y hago referencia directa a algunas de las cuestiones que usted ha planteado en su intervención. Pero, señora Roldós, esto no tiene nada que ver con lo que estamos discutiendo. Aquí estamos discutiendo de prescripción de medicamentos, de eso es de lo que estamos discutiendo. La propia Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias en su artículo 4.º recoge las funciones de los diplomados sanitarios, de enfermeros, de podólogos, que como profesionales sanitarios titulados y colegiados se encuentran sujetos a estos principios generales, como el resto de la profesiones sanitarias, y recoge también en su apartado 7 una limitación, y esa limitación es de la que estamos hablando hoy aquí, y creo que hay que centrarse en esto. En dicho precepto, en el punto 7 del artículo 4, se especifica que la única limitación para el ejercicio de los profesionales, que tienen plena autonomía técnica y científica, es el ordenamiento jurídico y el ordenamiento deontológico vigente. Y ahí es donde entra, señoría, la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios que hemos aprobado en el mes de julio pasado, y ahí entra el artículo 77 de la ley, en el que se establece que los únicos, no los principales, los únicos profesionales con facultad para ordenar la prescripción de un medicamento son los médicos y los odontólogos. El uso de los medicamentos no está exento, y creo que somos todos concientes de ellos —uno de los objetivos de esta ley es la calidad, la seguridad y el uso racional de los medicamentos—, de potenciales complicaciones en función de la existencia de múltiples factores individuales, colectivos, farmacológicos, etcétera, y el consumo de medicamentos y la prescripción de medicamentos si no se hace por el personal adecuado, por el personal que tiene la formación farmacológica clínica competente y suficiente, puede producir efectos patológicos, efectos clínicos y efecto de inseguridad hacia los pacientes, hacia los usuarios, que ninguno de los que estamos aquí estoy convencida que deseamos. Por lo tanto, nuestra ley, la ley que hemos aprobado entre todos, que es la ley que este país tiene vigente, ha actuado con mucha sensatez y con mucha consecuencia al establecer que esos profesionales, que son los que tienen la formación suficiente para poder prescribir medicamentos, son los únicos que pueden ejercerlo.

En cuanto a los comentarios que ha hecho el señor Xuclà comparando esta situación con la de otros países europeos o con la de países como Estados Unidos, le

digo que no podemos entrar en estos momentos a establecer qué medicamentos son los que pueden prescribir, los profesionales, los diplomados en enfermería o los diplomados en podología, por el hecho de que a lo mejor, no lo sé, en otros países europeos u occidentales lo hagan. Usted sabe perfectamente que la formación de los profesionales sanitarios en nuestro país y en el resto de los países europeos es muy diferente. Hay países en los que la enfermería tiene un grado que no es el que tiene este país, que es el grado de diplomatura. Yo no sé si en el futuro, si es que se produce, como se está estudiando en estos momentos, una reforma de las enseñanzas profesionales, esa capacitación profesional, tras esa modificación de las enseñanzas profesionales, podría dar lugar a que estos colectivos profesionales pudieran tener una mayor formación y capacitación clínica para prescribir medicamentos. Hoy por hoy, no, señor Xuclà; hoy por hoy la ley que hemos aprobado es la mejor situación para la práctica clínica y para la seguridad del sistemas y, sobre todo, de los pacientes. Ya para terminar, señora presidenta, quiero decir que lo que contempló la ley que aprobamos en el mes de julio en esa disposición adicional y que hoy servía de soporte para una enmienda transaccional a la proposición de *Convergència i Unió*, y además el trabajo que posteriormente se está realizando por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo, ha llevado a la Ley del Medicamento. El Ministerio de Sanidad y Consumo, señora Roldós, ha tenido la valentía y la capacidad legislativa de presentar una Ley del Medicamento que sus gobiernos fueron incapaces de presentar en esta Cámara en ochos años. La ministra de Sanidad, que usted dice que se dedica al marketing, entre una materia legislativa amplísima como la que estamos desarrollando en esta Cámara durante esta legislatura y en los dos años y medios que llevamos de esa legislatura que aún no ha culminado, además de eso ha tenido la inteligencia, la valentía de presentar una Ley del Medicamento tan complicada, tan compleja y tan bien elaborada como la que finalmente hemos sido capaces de aprobar en esta Cámara. Pero le diré, no solamente es ese el trabajo que se ha hecho, sino que en estos momentos, y de manera inmediata a la aprobación de la ley, en concreto el 9 de septiembre, tuvo lugar la primera reunión de la Comisión de Farmacia del Consejo Interterritorial de Salud. Ya en esa primera reunión la directora general de Farmacia planteó el cumplimiento y el desarrollo de esta disposición adicional a la que he estado haciendo referencia en mi intervención, y de manera unánime por parte de la Comisión de Farmacia se acordó, en esa y en la siguiente reunión que se tuvo, la creación de un grupo de trabajo, que ya está constituido, para que revise la orden ministerial de 7 de noviembre de 1985, que usted tampoco tuvieron ninguna prisa en modificarla durante los ocho años de Gobierno.

La señora **PRESIDENTA**: Señora Pozuelo, por favor.

La señora **POZUELO MEÑO**: Termino ya, señora presidenta. Ese grupo de trabajo revisará la orden ministerial, ya decía del año 1985, que contempla los medicamentos que pueden usarse y prescribirse con o sin receta, para facilitar la labor de los podólogos que tiene que ejercer su profesión de la mejor manera posible y a la mayor satisfacción de todos. Por lo tanto, señora presidenta —gracias por su paciencia y la de todos los diputados—, el voto de nuestro grupo parlamentario será contrario a la proposición de *Convergència i Unió*.

La señora **PRESIDENTA**: Puesto que el señor Xuclà ha manifestado que no deben tratarse de manera igual situaciones diferentes, sometería también al criterio de *SS.SS.*, tanto del grupo proponente como de quienes han presentado enmiendas, si desean que se vote junto el contenido de las dos proposiciones no de ley o desean que haya votación separada, porque puede haber una postura distintas respecto de ambos colectivos profesionales. Veo que el señor Xuclà quiere de nuevo la palabra. **(El señor Xuclà i Costa: Para concretar mi posición.)** Perfecto, tiene la palabra señor Xuclà.

El señor **XUCLÀ I COSTA**: Gracias, señora presidenta por esta pulcritud procedimental, porque se acaba de anunciar un voto contrario antes de que el titular de la proposición no de ley expresara la aceptación o no de enmiendas presentadas al texto originario. En todo caso, le pido que haya votación separada de los textos. También le anuncio que no acepto la enmienda del Grupo Parlamentario Socialista exactamente por los motivos y los objetivos que he expresado anteriormente. Se ha hablado de una ley que aceptamos entre todos; esta ley, este redactado, fue un redactado de algunos grupos, no de todos y, finalmente, una ley que en su disposición adicional habla de un desarrollo reglamentario, al cabo de unos meses es precisamente el momento para orientar desde las Cortes Generales este desarrollo reglamentario. Le quiero anunciara también que tampoco acepto las enmiendas del Grupo Popular, apreciando esta voluntad de diálogo interprofesional, porque simplemente plantean el procedimiento, la forma, pero no entran el fondo, no se definen sobre el fondo ante la propuesta de este grupo parlamentario de definirse sobre el fondo. **(La señora Roldós Caballero pide la palabra.)**

La señora **PRESIDENTA**: Señora Roldós.

La señora **ROLDÓS CABALLERO**: No sé si este es el momento procedimental oportuno, pero dado que el Grupo Socialista ha anunciado que votaría en contra de la iniciativa de Grupo de *Convergència i Unió*, como el señor Xuclà acaba de decir que no acepta nuestra enmienda, nosotros lamentablemente tendremos que votar en contra de su iniciativa porque entendemos que nuestra enmienda de sustitución era el paso previo para facilitar ese entendimiento, ese acuerdo, y anunciamos desde ya que vamos a presentar las iniciativas parlamen-

tarias correspondientes a todos y cada uno de los puntos de nuestra enmienda de sustitución para que sean debatidos en esta Comisión.

— **RELATIVA A LA FINANCIACIÓN DE LA VACUNA ANTINEUMOCÓCICA CONJUGADA PARA SU INCLUSIÓN EN EL CALENDARIO DE VACUNACIÓN INFANTIL. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/001922.)**

— **RELATIVA A LA INCLUSIÓN DE LA VACUNA NEUMOCÓCICA CONJUGADA HEPTAVALENTE EN EL CALENDARIO SISTEMÁTICO DE VACUNACIÓN INFANTIL. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/001924.)**

La señora **PRESIDENTA**: A continuación debatimos las proposiciones no de ley números 6 y 7 que figuran en el orden de día, relativas ambas a la vacuna neumocócica, en lo que hace referencia a su financiación o a la inclusión en el calendario sistemático de vacunación infantil. Son iniciativas del Grupo Parlamentario Popular y serán defendidas por el diputado señor Vadillo.

El señor **VADILLO ARNÁEZ**: En el último mes y medio hemos asistido a uno más de los espectáculos lamentables que en materia sanitaria, y en este caso de salud pública, algo de enorme gravedad, se nos están ofreciendo en esta legislatura y que están ocasionados por la total ausencia de liderazgo existente en el Ministerio de Sanidad y Consumo y por la politización y el sectarismo con el que se afronta la sanidad por este ministerio y sus altos cargos. Antes se acusaba de hacer marketing y yo quisiera contradecir eso, porque marketing en una ciencia y lo que se hace por este ministerio es propaganda. En especial se hace politización partidista y sectarismo cuando se habla de comunidades gobernadas por el Partido Popular, y sobre todo de la Comunidad de Madrid, con un clara intención de perjuicio político y, por supuesto, electoral, aunque dudo que consigan ningún resultado. Esta falta de liderazgo sanitario, unido a la politización partidista que ya he dicho, es lo que ha provocado en este último mes y medio la ruptura, entre comillas, «aparente» de lo que tanto costó conseguir, que fue el consenso en materia vacunal del Sistema Nacional de Salud.

Y me explico. Esto es algo que se veía venir desde hace dos años o algo más de dos años, y precisamente a cuenta de esta vacuna conjugada antineumocócica, y si no hubiese sido la Comunidad de Madrid la que hubiese tomado la medida de aplicarla en su calendario, lo hubiese sido alguna otra, como veremos próximamente al incorporarse otras comunidades autónomas a esta medida, y no todas del mismo signo político; lo veremos.

He dicho que el consenso se ha roto aparentemente y me reafirmo. No existía tal consenso real, sino solamente de palabra, cuando existen actualmente altísimas tasas de vacunación antineumocócica conjugada por libre por parte de los padres de los niños afectados, y porque ya se había roto algo que es todavía de mayor gravedad que el consenso, se había roto la equidad del Sistema Nacional de Salud y se incumplían o no se querían cumplir la directrices de la Organización Mundial de la Salud en materia vacunal.

No voy a cansarles hoy, señora presidenta, con datos técnicos —a veces me extendiendo de más— que abundan, y de sobra, sobre esta materia, y me remito al texto de las dos proposiciones no de ley que presenta hoy el Grupo Popular y a lo que defendimos el 17 de mayo de este mismo 2006, y me reafirmo en todo lo dicho en otra proposición similar en esta misma Comisión y sobre el mismo tema, a la cual presenté, de una manera técnica impecable, una enmienda el Partido Popular, con ocho puntos, que fue rechazada no por motivos técnicos sino políticos por el Grupo Socialista.

Simplymente les diré como dato que en España se ha vacunado ya un promedio del 60 por ciento de los niños menores de 2 años en los últimos 4 años, con un altísimo coste económico para los padres de los niños vacunados, y que nos encontramos ya con el hecho, grave hecho, de que quien tiene medios económicos, información y formación, vacuna a sus hijos, y quien no tiene medios económicos, formación e información no los vacuna. El Sistema Nacional de Salud está hoy provocando algo impensable en nuestro medio, en nuestro Sistema Nacional de Salud y en otros sistemas nacionales de salud similares de nuestro entorno, está provocando diferencias en salud por disponibilidad o no de medios económicos y de información, algo que afronta gravemente a nuestra Constitución, nuestra legislación, a nuestra ética y a la justicia social.

La vacuna antineumocócica conjugada cuenta técnicamente con más argumentos a su favor y evitaría más muertes y enfermedades que otras que ya están incorporadas al calendario vacunal y que hoy nadie discute, pero que en su día contaron con argumentos en contra similares a esta, y me refiero en concreto a otras dos vacunas conjugadas, como la del meningococo C y el *haemophilus influenzae*, y que, antes de que me lo digan después se lo digo, también desplazan subtipos. De la misma manera y a pesar de ello, nadie se ha cuestionado estas vacunas ni su retirada, porque produce un enorme beneficio en salud. Y yo me pregunto dónde está la diferencia entre estas vacunas y las otras. Se lo digo: en la inoperancia de Ministerio de Sanidad y Consumo y de sus altos cargos, y en alto coste de la vacuna antineumocócica que compromete teóricamente su coste/beneficio. Pero este argumento de coste/beneficio, válido y según como, en salud pública no lo es ya hoy si se trata de una vacuna de libre prescripción apoyada por las sociedades científicas del ámbito, como es la Sociedad Española de Pediatría y la Sociedad Española de Infectología Pediá-



trica, y que sufragan los padres que disponen de medios económicos suficientes y no los que no disponen de ellos, como ya he dicho anteriormente. Aquí no hay más problema para esta vacuna que el de la financiación de la sanidad a las comunidades autónomas, comprometida en los últimos tiempos por el fenómeno de la inmigración y no atendido por este Gobierno, y por tanto persiste el hecho de la financiación de nuevas prestaciones, como es el caso de una nueva vacuna, que corresponde al Estado, les recuerdo, y no a las comunidades autónomas. También les quiero recordar que esta vacuna está recomendada expresamente por la Organización Mundial de la Salud e incluida en el calendario vacunal sistemático de inmunización para lactantes en países industrializados, donde, si no me equivoco, está España. Además la OMS tiene en cuenta para recomendar que esta vacuna se incorpore al calendario de los países industrializados el alto coste de desarrollo que tienen estas vacunas y, por tanto, esta recomendación de que se ponga en los países industrializados tiene un doble gesto, la salud de las personas de estos mismo países y, a medida que aumenten sus dosis y su administración, se produciría un rebaja de coste que ayudaría a que esta vacuna se pusiera en países en desarrollo o subdesarrollados. Por tanto, solidaridad.

Es significativo que mientras la actual ministra de Sanidad optaba a la dirección de al Organización Mundial de la Salud, que recomienda esta vacuna, se defendiera en España por su ministerio, sus altos cargos y por ella misma, lo contrario y se atacara políticamente a la Comunidad de Madrid por aplicar en su territorio lo que recomienda la Organización Mundial de la Salud para todo el mundo, máxime teniendo en cuenta que lo que está en juego no es solo la salud individual, sino el alto principio de la equidad del Sistema Nacional de Salud, y que es lo que llevaba proponiendo la Comunidad del Madrid desde hace más de dos años. ¿Puede extrañar que no haya sido elegida como directora general de la Organización Mundial de la Salud la señora ministra cuando en la 58.<sup>a</sup> Asamblea de este organismo, que ella misma presidía, se aprueba el Proyecto de visión y estrategia mundial de inmunización para 2006-2015, que entre sus puntos dice lo siguiente, y me remito a la literalidad: Que todo niño, adolescente y adulto pueda acceder en pie igualdad a la inmunización. Siguiendo punto, y sigo literalmente: Más personas estén protegidas contra un número mayor de enfermedades. O también, en la estrategia 21 de este mismo documento: Disponer de financiación para la introducción de nuevas vacunas y aumentar la cobertura con las vacunas existentes será una prueba para todos los países.

Yo señorita, terminando, pido el voto para estos dos puntos de la estrategia de inmunización de la Organización Mundial de la Salud, y para su estrategia 21, que es ni más ni menos lo que plasman las dos proposiciones no de ley del Partido Popular que hoy defiende, además de la defensa del principio superior de la equidad del Sistema Nacional de Salud. Y por favor, señoritas de

PSOE, no utilicen, que me imagino que lo harán, y me adelanto, el cinismo en la sanidad. La equidad el Sistema Nacional de Salud pide en este momento y respecto a esta vacuna dos únicas opciones, o se vacuna a todos los niños a cuenta del sistema público o, si se tiene o se piensa que tiene algún riesgo para la salud pública, se prohíbe y que nadie se vacune por disponer o no de medios económicos. Esta es la tesis y estos son los puntos que pedimos que se voten hoy en estas proposiciones no de ley.

La señora **PRESIDENTA**: ¿Turno en contra de la iniciativa o fijación de posición? (**Pausa.**) Tiene la palabra la diputada del Grupo Socialista señora Carcedo.

La señora **CARCEDO ROCES**: Para empezar, quisiera decir a que nuestro grupo parlamentario, y en concreto a la portavoz que les habla, les causó bastante extrañeza el contenido de la iniciativa que presenta el Grupo Popular. Evidentemente está en su legítimo derecho, y reglamentario, de realizar cuantas iniciativas consideren pertinentes y con los contenidos que considere pertinentes, pero el análisis del contenido ciertamente nos produce bastante extrañeza por las razones que voy a exponer. En primer lugar, da la impresión de que el Partido Popular reniega o al menos ladea su gestión al frente del Ministerio de Sanidad. No sé si la señora Pastor es consciente del contenido de esta iniciativa, pero da la impresión de que desoyen, siendo suaves, los contenidos de la legislación que promovieron, y en concreto los contenidos de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que también nosotros apoyamos y que en este Parlamento salió con un respaldo mayoritario, creo que por unanimidad. Y la segunda cuestión que me parece también importante poner de manifiesto, que es deriva del contenido de esta iniciativa, es que parece que renuncian a la responsabilidad de ser partido de gobierno en este país, porque promueven un modo de proceder y un modo de asunción de decisiones al margen de la legislación vigente y, voy más allá, al marco del entramado constitucional de una democracia avanzada como es la nuestra. Tomamos una decisión que tiene un estricto contenido científico técnico, y lo decimos aquí; en el reparto y distribución de funciones en una democracia avanzada las leyes definen quién tiene cada función, y las funciones de los profesionales están definidas en las leyes, en el modo de acceder a la Función pública y en la demostración de determinados conocimientos y habilidades. Y me explico. Dice su proposición no de ley: Tome el Ministerio de Sanidad una decisión que tiene un componente científico importante, decida esto al margen, en primer lugar, de la distribución competencial a las comunidades autónomas, hágalo directamente el ministerio y no tengan en cuenta ninguna otra circunstancia de funcionamiento de nuestro Estado de derecho y de nuestro Estado constitucional, y hágalo al margen de los procedimientos regulado en una



ley fundamental como es la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Dice la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud en su declaración de principios que la prestación de los servicios a los usuarios se hará en condiciones de igualdad y de atención integral a la salud, entendiendo también la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad a que se refieren los asuntos de salud pública. Incluye en el ámbito de aplicación la salud pública y dice cómo se debe hacer esto, cómo se debe aprobar y regular el catálogo de prestaciones y la cartera de servicios, cómo se deben aprobar y cómo se deben incluir en la cartera de servicios las prestaciones a los ciudadanos. Las prestaciones de salud pública deben estar dirigidas a preservar, proteger —estoy leyendo literalmente la Ley de Cohesión y Calidad— y promover la salud de la población en una combinación de ciencias, habilidades y actitudes —por tanto, contrastación de saberes— a través del acceso a la Función pública. Y entre estas prestaciones se incluye la información y la vigilancia epidemiológica. Y en todo caso se dice que no se incluirán aquellas técnicas, tecnologías y procedimientos cuya contribución eficaz a la prevención no esté suficientemente probada. Sigo leyendo literalmente la Ley de Cohesión y Calidad.

Finalmente quiero hacer referencia al papel que en un sistema de distribución competencial como el nuestro se otorga al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Quiero hacer un inciso en toda esta intervención, quiero decir que estamos hablando de un asunto de salud pública, por tanto de atención a la comunidad, no de atención individual, y por favor dejen ya la demagogia de que los padres tienen que pagar la vacuna de sus niños; evidentemente, porque no está incluida de forma masiva en el conjunto de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. Luego diré en qué circunstancias está. Digo que estamos hablando de una decisión de salud pública, no de atención individual a los ciudadanos, y por tanto no se deben valorar exclusivamente o aisladamente los beneficios individuales, sino el impacto sobre la colectividad, sobre la carga de prevalencia de la enfermedad y sobre todo la incidencia en la variación del patrón epidemiológico, y usted lo sabe mejor que yo, porque es más experto en salud pública que yo.

Por tanto, centremos los asuntos donde están y admitamos la legislación vigente, y cómo se regulan y cómo se adoptan este tipo de decisiones tan concretas basada en la evidencia científica. Decía que la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud regula las funciones del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y parte del principio de que es el órgano de coordinación entre el ministerio y las comunidades autónomas. Entre otras cuestiones a coordinar esta la información epidemiológica, programas de promoción, protección a la salud, prevención y control de enfermedades más prevalentes. Además, el consejo definirá la cartera de servicios y las garantías correspondientes a los servicios que se prestan. Es decir, entre las funciones

del Consejo Interterritorial está el desarrollo de la cartera de servicios y la declaración de la necesidad de realizar actuaciones coordinadas en materia de salud pública. Pues bien, la cartera de servicios, en desarrollo de esta ley recientemente aprobada en forma de real decreto, dice —me estoy refiriendo a la segunda iniciativa— incluye la vacunación en todos los grupos de edad, y en su caso grupos de riesgo, según el calendario de vacunación vigente aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Pues bien, en estas dos iniciativas que debatimos no se menciona para nada al Consejo Interterritorial ni el procedimiento de inclusión en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. Y respecto al discurso que usted hace de las decisiones de la Organización Mundial de la Salud, no tergiversar porque se habla de la inclusión de las nuevas vacunaciones, no de cómo se hace esa inclusión de nuevas vacunaciones, que en el caso de la vacuna que nos ocupa en estas dos iniciativas tiene una fórmula de incorporación al calendario de vacunación que es a los grupos de riesgo, no por decisiones caprichosas ni por decisiones económicas, por decisiones estrictamente epidemiológicas. Brevísimamente: decisiones epidemiológicas, estudios sobre la enfermedad invasiva del estreptococo pneumon y el calendario de vacunaciones. Documento elaborado en abril de el 2006, elaborado por los técnicos responsables en la materia de la Subdirección General de Promoción de Salud y de Epidemiología, el Centro Nacional de Epidemiología, Centro Nacional de Microbiología, la Agencia Española del Medicamento y tres representantes de tres comunidades autónomas, y por favor olviden de su discurso el sectarismo político, la Comunidad Autónoma de Canarias, la Región de Murcia y la Comunidad Foral de Navarra, autores de este documento, revisado en abril de 2006, y cuya conclusión definitiva dice que por todo lo expuesto, no voy a abrumar a SS.SS. con el contenido, no se recomienda la incorporación de la vacuna heptavalente en el calendario de vacunación infantil, se recomienda mantener y reforzar la vacunación en niños que pertenecen a alguno de los grupos de riesgo, etcétera. Estamos manteniendo una decisión que viene rodada de decisiones previas que datan del año 2001, cuando la Agencia Europea del Medicamento autoriza esta vacuna, del 21 de junio del 2001 en que la Comisión de Salud Pública recomienda la vacuna a grupos de riesgo, y de 2003, en que se inicia un estudio prospectivo que finaliza con la redacción de este documento, con la conclusión que acabo de leer a sus señorías. Por tanto, yo, como diputada en este Congreso de los Diputados, tengo que dar por buena la decisión que adoptan las personas que forman parte del entramado administrativo, político-administrativo, en base a la evidencia científica. Debemos asumirla en el órgano político porque decidimos que la decisión no se adopta porque me parece a mí o me da la gana a mí, sino porque hay un procedimiento administrativo y basado en la evidencia científica. Esa es la razón por la que

nosotros no vamos a votar afirmativamente estas dos iniciativas.

Y finalizo. Le decía antes que por favor excluyan de su discurso y de su lenguaje el sectarismo político. No se adoptó ninguna decisión de sectarismos político contra la Comunidad de Madrid, y usted lo sabe, le acabo de decir quiénes hicieron este estudio epidemiológico, pero le voy leer el comunicado de la Comisión de Salud Pública del 3 de octubre del 2006, firmado por... **(El señor Vadillo Arnáez: Ya lo sé.)** Pero a lo mejor el resto de los miembros de la Comisión no, y el «Diario de Sesiones» también interesa que recoja esta circunstancia. El acuerdo de la Comisión de Salud Pública del 3 de octubre de 2006, ratificado por 16 de las 17 comunidades autónomas, pide a la Comunidad de Madrid que reconsidere el cambio en el calendario de vacunaciones propuesto, y esta solicitud está basada en el principio de equidad y en los trabajos realizados por la ponencia de programas y registro de vacunaciones, grupo técnico experto de la comisión, dependiente de salud pública. Quiero recordar que la Comisión de Salud Pública depende directamente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Por tanto, señorías, en base a todo lo expuesto, anuncio el voto negativo del Grupo Parlamentario Socialista a estas dos iniciativas. **(El señor Vadillo Arnáez pide la palabra.)**

La señora **PRESIDENTA:** Señor Vadillo, a mí me ha parecido que solo ha habido estricta contestación en los términos del debate.

El señor **VADILLO ARNÁEZ:** Se ha hecho también alusión, señora presidenta, a mi competencia y mi intención de confundir sobre un aspecto como es el calendario de vacunación de la OMS, cosa que no políticamente sino técnicamente no puedo admitir, porque se pone en duda mi competencia técnica.

La señora **PRESIDENTA:** Señor Vadillo, de momento no le había dado la palabra y, en todo caso, insisto, se ha hablado en los términos lógicos del debate y en la forma en la que suelen producirse estos. Si quiere le concedo dos minutos, pero me parece que se han empleado las técnicas y tácticas que habitualmente emplean tanto en una como otra formación política, como todas, para defender estrictamente lo que se pretende en cada caso. No me ha parecido que hubiera ofensa, descrédito o menosprecio del señor diputado en ningún caso. De todos modos le concedo dos minutos.

El señor **VADILLO ARNÁEZ:** Si señora presidenta, porque ha habido dos cosas que me parecen que merecen contestación. En primer lugar, se ha vuelto a hacer alusión a una persona que no ocupa en este momento ningún cargo institucional en el Gobierno, y se ha vuelto a referenciar en esta Comisión de Sanidad estando ausente, como es doña Ana Pastor, exministra de Sanidad. Yo creo

que siguen sin darse cuenta de que son ellos los que están gobernando en este momento y por desgracia no es la señora Pastor. Y, en segundo lugar, se me ha acusado de tergiversar técnicamente el calendario de la OMS, y yo quisiera recordar que me dedico profesionalmente a la salud pública y esto me afecta personalmente. El calendario de la OMS no recomienda la vacunación a personas de riesgo. En países industrializados, y si se lo ha mirado verá que tienen un asterisco o dos asteriscos la vacunas, tiene un asterisco la del neumococo que dice que se pondrá en todos los países industrializados sin distinción, y las que tienen dos asteriscos que se pondrán según las circunstancias epidemiológicas. Léaselo y no discuta mi competencia técnica sino la suya.

La señora **PRESIDENTA:** Señor Vadillo, insisto, no creo que su competencia técnica haya quedado en entredicho, sino que simplemente cada uno de ustedes argumentaba conforme a lo que quería sostener en relación con la iniciativa. En todo caso ahora, en justa reciprocidad, tiene de nuevo la palabra la señora Carcedo, también muy brevemente.

La señora **CARCEDO ROCES:** Evidentemente, mi alusión a la señora Pastor no se hace a título personal, sino como responsable de una decisión importante para la sanidad en España, como fue la promoción de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Y en segundo lugar, los criterios de la Organización Mundial de la Salud en los calendarios de vacunaciones se refieren a la incorporación de la vacuna. En qué circunstancias se producen en los países, cómo se recomienda que se deben incorporar es lo que se definió en nuestro caso por la comisión de expertos.

— **RELATIVA A LA INCLUSIÓN DE AL EZETIMIBA EN EL GRUPO DE MEDICAMENTOS DE APORTACIÓN REDUCIDA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/001923.)**

La señora **PRESIDENTA:** Pasamos al debate del último punto del orden del día, también iniciativa del Grupo Parlamentario Popular, que es la proposición no de ley relativa a la inclusión de la ezetimiba en el grupo de medicamentos de aportación reducida. Para la defensa de esta iniciativa el Grupo Parlamentario Popular propone al diputado José Ramón Calpe.

El señor **CALPE SAERA:** Nosotros traemos aquí una proposición no de ley en la que pedimos que un medicamento reciente, la ezetimiba, sea de aquellos que, dentro de financiación pública, tengan una aportación reducida por parte del beneficiario. En un sistema sanitario, pese a las diferencias políticas que podamos tener,

en el que yo creo que todos no sentimos satisfechos de su vocación de universalidad y también mayoritariamente de gratuidad, precisamente la prestación farmacéutica está pensada para que los beneficiarios participen en el pago del precios de los medicamentos que se les dispensan, y en algunos casos se puede llegar a la gratuidad, como ocurre ya en los colectivos de pensionistas, por ejemplo, o en otros determinados casos a una aportación reducida. Nosotros estamos planteando la conveniencia de que se incluya entre los de aportación reducida un medicamento que consideramos que tiene una importancia que voy a tratar de explicar ahora. En nuestra sociedad actual las enfermedades cardiovasculares tienen una tasa importante de morbilidad, son quizá la principal causa de mortalidad en los países desarrollados, y muchas de estas enfermedades cardiovasculares van unidas a una alta tasa de colesterol en que quienes las sufren. En concreto, se nos dice que el 60 por ciento de las personas que sufren una cardiopatía isquémica son también pacientes con hipercolesterolemia. La hipercolesterolemia familiar es una enfermedad hereditaria que además, por tanto, se puede presentar en varios miembros de la misma familia, y por otra parte tiene incidencia en la enfermedades coronarias desde una temprana edad, adelante la edad en que se pueden sufrir estas enfermedades coronarias. Todo ello nos lleva a plantear varias cosas respecto a estas hipercolesteremias, que por otra parte se nos dice también que afectan al 5 por ciento de la población española. Estamos hablando de que estamos ante un enfermedad que puede producir dolencias, lesiones coronarias graves desde una edad temprana, que no es una enfermedad transitoria, no es una enfermedad que se cure con tratamiento, estamos ante una enfermedad crónica y que, por lo tanto, exige un tratamiento dilatado en el tiempo y, como he dicho, al ser hereditaria puede que en una misma familia concurren varios pacientes que la sufran, lo cual quiere decir que el esfuerzo económico que ha de hacer esta familia si son varios los pacientes que la sufren, por el tiempo en que se dilata la enfermedad, es importante, es superior al que se haría con cualquier otro tratamiento que con el tiempo resolviese la enfermedad.

Por todo ello, cuando en el año 2003 el Gobierno, a través del Decreto 1348, de 31 de octubre, adaptó la clasificación de los medicamentos de la clasificación anatómica, que había sido tradicional en nuestro sistema, a la internacional anatómica, química y patológica, el medicamento que entonces era fundamental en el tratamiento de la hipercolesterolemia familiar, que eran las estatinas, lo clasificó como un medicamento de los de aportación reducida en el correspondiente anexo de ese real decreto, es decir, consideró que estaba ante un medicamento que, por las circunstancias de las enfermedades a cuyo tratamiento servía, merecía la aportación reducida del usuario. Posteriormente, a partir de 2004, disponemos del nuevo fármaco al que se refiere esta proposición no de ley, la ezetimiba, clasificado dentro del Real Decreto 1348/2003, en el grupo C10, entre los medica-

mentos reductores del colesterol y de los triglicéridos, pero no aparece en el anexo 3.º de ese real decreto, entre aquellos medicamentos para los que los beneficiarios gozan de una aportación reducida. Nosotros proponemos en esta proposición no de ley que el Gobierno incluya este medicamento entre los de aportación reducida, por las siguientes razones que, por otra parte, ya se explican en la proposición no de ley, en concreto en la exposición de motivos. Este medicamento, la ezetimiba, se usa, como las estatinas, en el tratamiento de la hipercolesterolemia familiar y en muchos casos se ha de unir necesariamente a las estatinas porque el tratamiento con estatinas no es suficiente para esta enfermedad. Por otra parte, al unirlo y al evitar las dosis altas de estatinas, también se procura que los efectos secundarios de las estatinas puedan reducirse. Por otra parte, estamos hablando, lo he dicho antes, de paciente con alto riesgo de infarto, reducir es alto riesgo de infarto supone también una reducción de los costes de las prestaciones sanitarias del sistema, que son muchos mayores lógicamente si un infarto se produce. Puesto que estamos, en el caso de las estatinas, ante supuestos en que no se logran los resultados deseados incluso con las máximas dosis y en los que se ha comprobado que el tratamiento combinado de las estatinas con la ezetimiba sí que produce resultados notables, tratándose de medicamentos que están en el mismo grupo, que sirven al tratamiento de las mismas dolencias, parece razonable que tengan el mismo tratamiento en su financiación y que por lo tanto se incorpore la ezetimiba al grupo de medicamentos con aportación reducida del usuario. Con ello creemos que se mejorarían las prestaciones del sistema, como he dicho, en cuanto a poner al alcance esta prestación farmacéutica del mayor número de usuarios. Creemos que todo ello justifica sobradamente que se estime nuestra proposición no de ley, y por ello pedimos a los grupos que la apoyen. Pero es cierto que el Grupo Socialista ha presentado una enmienda y, puesto que la conocemos, no está de más que me refiera a ella. En ella, el Grupo Socialista poco menos que está aplazando algo que para nosotros no necesita ningún aplazamiento, porque ya está claro. Se nos dice que en la próxima revisión que el Gobierno realice de los grupos y subgrupos terapéuticos susceptibles de tener la consideración de aportación reducida se estudiará si en el caso de la ezetimiba concurren los requisitos necesarios para ser incluida en esta relación de medicamentos con aportación reducida. Y todo ello de acuerdo con los nuevos criterios de la Ley 29/2006, de 26 de julio, a la que en esta sesión de hoy ya nos hemos referido varias veces. El artículo 94 de la Ley 29/2006, de 26 de julio, la nueva Ley del Medicamento, sigue pensando en el modelo de que los usuarios, los pacientes, participen en el pago del precio de los medicamentos, siguen pensando en que la prestación de los medicamentos y productos sanitarios pueda ser gratuita en determinados casos que fijaría el Gobierno y también en la aportación reducida. Y fija unos criterios: la capacidad de pago, la utilidad terapéutica y social de



los medicamentos o de los productos sanitarios, las necesidades específicas de ciertos colectivos, la gravedad, duración y secuelas de las distintas patologías para los que resulten indicados, la racionalización del gasto público destinado a prestación farmacéutica y la existencia de medicamentos o productos sanitarios ya disponibles y otras alternativas mejores o iguales para la mismas afecciones. Para estos casos de pacientes con una alta tasa de colesterol durante toda su vida y con grave riesgo de enfermedades coronarias varios de estos requisitos se dan. En relación con la capacidad de pago, estamos hablando de tratamientos muy dilatados en el tiempo y que además pueden concurrir en varios miembros de una misma familia y, por otra parte, la duración de las patologías también lo indica. Por lo tanto, creemos que este estudio que propone en su enmienda el Grupo Socialista no es necesario. Creemos que se puede incorporar la ezetimiba directamente a los medicamentos de aportación reducida, y por lo tanto no vamos a admitir la enmienda y vamos a mantener nuestra proposición no de ley en sus términos, y pidiendo, por las razones que he expuesto, que se vote favorablemente.

La señora **PRESIDENTA**: Para defender la enmienda que ha sido citada en repetidas ocasiones por el representante del Grupo Popular, tiene la palabra en nombre del Grupo Socialista la diputada doña Remedios Martel.

La señora **MARTEL GÓMEZ**: El marco legal de la participación en el pago a satisfacer por los enfermos por los medicamentos y productos sanitarios que les proporciona el Sistema Nacional de Salud se encuentra recogido en la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Me permitirá que le corrija, señor portavoz del Grupo Parlamentario Popular, es el artículo 93 el que dispone las obligaciones de los usuarios en el pago de los medicamentos y productos sanitarios. En dicho artículo, el artículo 93, se establece que la participación en el pago podrá modularse por el Gobierno con criterios que tenga en cuenta, como usted ha referido, la capacidad de pago, la utilidad terapéutica y social, las necesidades específicas de ciertos colectivos, la gravedad, duración y secuelas de las distintas patologías, la racionalización del gasto público y la existencia de medicamentos o productos sanitarios ya disponibles y otras alternativas mejores o iguales para las mismas afecciones. Este es, señoría, por tanto el marco legal en que tenemos que movernos.

En el año 2003, mediante el Real Decreto 1348, de 31 de octubre, se adaptaba la clasificación anatómica de medicamentos al sistema de clasificación ATC y se actualizaba la relación de los grupos y subgrupos terapéuticos que tienen la consideración de aportación reducida. En su disposición adicional 4.<sup>a</sup>, el mencionado real decreto establecía, facultaba el Ministerio de Sanidad para dictar la disposiciones que permitieran la actualización de la citada clasificación siempre y cuando

ello no supusiera modificación de la situación de financiación con cargo a fondos públicos de especialidades farmacéuticas. La actualización de esta clasificación para el año 2006, del sistema de clasificación, se hizo mediante la Orden Ministerial 114, de 20 de enero, en la que, de conformidad con el mencionado real decreto, se modifica el anexo 1.º y se modifica la denominación del subgrupo terapéutico C-10 AX, en el que se incluyen otros agentes modificadores de los lípidos, subgrupo en el se encuentra la ezetimiba. A los medicamentos que contienen ezetimiba y que pertenecen al subgrupo terapéutico mencionado del sistema de clasificación ATC les corresponde una aportación normal, y cabe señalar que los medicamentos formulados con el principio activo ezetimiba fueron incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud con posterioridad a la publicación del Real Decreto 1348/2003.

El Gobierno revisa periódicamente y actualiza la relación de grupos y subgrupos terapéuticos que tienen la consideración de aportación reducida de acuerdo con las disponibilidades presupuestarias y la evolución de los criterios de uso racional y de los conocimientos científicos, analizando también los nuevos medicamentos que son autorizados en España conforme a los criterios especificados anteriormente. Del grupo terapéutico del sistema de clasificación ATC, el C-10AX, reductores del colesterol y los triglicéridos, al que pertenece este principio, todos tienen aportación normal, y únicamente los inhibidores de 3-hidroxi-3-metilglutaril-coenzima A reductasa, conocida como la HMG coenzima A reductasa, tienen aportación reducida para los pacientes diagnosticados de hipercolesterolemia familiar heterocigótica.

En relación con la afirmación de que la ezetimiba actualmente es un fármaco de elección para el tratamiento de la hipercolesterolemia familiar heterocigótica, tengo que precisar que, de conformidad con su ficha técnica, la ezetimiba está indicada para el tratamiento de la hipercolesterolemia primaria, en un primer punto administrada concomitantemente con un inhibidor de la HMG coenzima A reductasa, estatina, y en otro segundo punto como tratamiento adyuvante a la dieta en pacientes con hipercolesterolemia primaria familiar heterocigótica y no familiar, que no están controlados adecuadamente con un estatina sola. Este principio activo, la ezetimiba, se utiliza también en monoterapia indicado como tratamiento adyuvante a la dieta en pacientes con hipercolesterolemia primaria familiar heterocigótica o no familiar en los que una estatina se considera inadecuada o no se tolera. Por tanto, esta mediada, la opción propuesta en la proposición no de ley presenta por el Grupo Popular, afectaría a un número muy reducido de pacientes y podría entenderse que no se trata de un medicamento de primera línea, sino que se administraría de forma coadyuvante con otros tratamientos, estatinas, o bien para pacientes que no toleran las estatinas. Las estatinas, como les he manifestado, son medicamentos de

aportación normal, pero que para los pacientes afectados de hipercolesterolemia familiar homocigótica tienen la consideración de aportación reducida. La realización de una revisión muy puntual y de manera aislada para un solo principio activo y para un grupo muy reducido de pacientes puede provocar agravios comparativos con otros medicamentos destinados a patologías graves y crónicas con un número de afectados superior y para los que la aportación que le corresponde al paciente resulta también gravosa. Únicamente en caso de revisar la clasificación de los medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica para dicho subgrupo terapéutico farmacológico, siempre de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, podría considerarse lo propuesto en la proposición de no ley presentada por el Grupo Popular. Es por ello que mi grupo ha presentado una enmienda en los términos que ha relatado el portavoz del Grupo Popular, que yo paso a repetir: Se insta al Gobierno a que en la próxima revisión que realice de los grupos y subgrupos terapéuticos susceptibles de tener la consideración de aportación reducida, y de acuerdo con los nuevos criterios de la Ley 29/2006, se estudie si concurren los requisitos necesarios para que la ezetimiba sea incluida entre los mismos.

La señora **PRESIDENTA**: Señor Calpe, muy brevemente por favor.

El señor **CALPE SAERA**: Simplemente porque el portavoz socialista me ha corregido respecto a la mención del artículo de la Ley del Medicamento que regula las obligaciones de los pacientes en cuanto al pago de esta prestación, e insisto en que, según el BOE número 178, del jueves 27 de julio de 2006, que publicó el texto de la Ley 29/2006, es el artículo 94 el que regula esta cuestión, como yo había dicho, y no el 93, como dice el portavoz socialista.

La señora **PRESIDENTA**: Oída la precisión, ¿tiene algo que manifestar, señora Martel?

La señora **MARTEL GÓMEZ**: Tengo el artículo 93, pero podemos verlo después.

La señora **PRESIDENTA**: Habíamos anunciado que las votaciones no serían antes de la una, por lo que debemos suspender la sesión, pero rogaría a los portavoces de cada uno de los grupos que vayan llamando para que podamos empezar efectuarlas de la manera más rápida y ordenada posible. **(Pausa.)**

Señorías, vamos a proceder a las votaciones. La proposición no de ley numerada como 3 en el orden de día, sobre estudio epidemiológico, ha sido objeto de una transacción entre los Grupos Popular y Socialista. Procedo a su lectura para que SS.SS. tengan constancia

cierta de qué es lo efectivamente se vota: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a suscribir los necesarios convenios de colaboración entre el Centro Nacional de Sanidad Ambiental del Instituto de Salud Carlos III, la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y la Comunidad Autónoma de Canarias, para proceder a la evaluación de riesgos debidos la exposición a agentes químicos procedentes de la contaminación del suelo agrícola por productos fitosanitarios, y valorar sus efectos sobre la salud de los ciudadanos.

Vamos a proceder a la votación.

#### **Efectuada la votación, dijo**

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

Tal y como ha quedado establecido, pese al debate conjunto de las proposiciones no de ley 4 y 5 del orden del día, la votación se va producir de manera separada.

Votamos en sus propios términos, puesto que no se ha aceptado ninguna de las enmiendas presentadas, la iniciativa del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) sobre la prescripción de medicamentos por parte de colectivo de diplomados en Enfermería.

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

La señora **PRESIDENTA**: Queda rechazada: Procedemos de igual manera con la iniciativa sobre prescripción de medicamentos por parte de colectivo de diplomados en Podología.

**Efectuadas la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, tres; en contra, 33.**

La señora **PRESIDENTA**: Queda rechazada.

Procedemos a votar en sus propios términos, puesto que no ha habido presentación de enmiendas ni, por lo que he deducido de las intervenciones, acercamiento de posturas, la iniciativa número 6 relativa la financiación de la vacuna antineumocócica conjugada para su inclusión en el calendario de vacunación infantil.

**Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 16; en contra 19; abstenciones, una.**

La señora **PRESIDENTA**: Queda rechazada.

Votamos la proposición no de ley número 7, relativa también a la vacuna neumocócica, para su inclusión en el calendario sistemático de vacunación infantil.

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

La señora **PRESIDENTA:** Queda rechazada.

En último lugar votamos la proposición no de ley relativa a la inclusión de la ezetimiba en el grupo de medicamentos de aportación reducida.

**Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 16; en contra 19, abstenciones, una.**

La señora **PRESIDENTA:** Queda rechazada.

Haciendo un llamamiento a los componentes de la Mesa y a los portavoces para que permanezcan en la sala y tratar cuestiones relativas al orden del día de las sucesivas convocatorias, se levanta la sesión.

**Era la una 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**