



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2007

VIII Legislatura

Núm. 837

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DEL EXCMA. SRA. D.^a MARGARITA URÍA ETXEBARRÍA

Sesión núm. 42

celebrada el martes, 29 de mayo de 2007

Página

ORDEN DEL DÍA:

Proposiciones no de ley:

- | | |
|--|---|
| — Por la que se insta al Gobierno a incluir la píldora anticonceptiva de emergencia en el listado de medicamentos de dispensación sin receta médica. Presentada por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana (ERC). (Número de expediente 161/001974.) | 2 |
| — Para mejorar la situación de las personas que padecen alergias alimentarias y al látex. Presentada por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió). (Número de expediente 161/000448.) | 5 |
| — Para el reconocimiento de la enfermedad celíaca. Presentada por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió). (Número de expediente 161/001840.) | 7 |

	Página
— Relativa al apoyo a los enfermos de esclerosis múltiple para su acceso a los servicios de rehabilitación integral. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/001674.)	11
— Con el fin de mejorar la situación profesional y laboral de los profesionales de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/001965.)	12
— Relativa a la creación de una especialidad médica de urgencias y emergencias. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista de Congreso. (Número de expediente 161/002102.)	14
— Relativa a la creación de una especialidad médica de urgencias y emergencias. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/002306.)	14
— Sobre la demanda de la industria farmacéutica Novartis contra el Gobierno de la India. Presentada por los Grupos Parlamentarios Vasco (EAJ-PNV), Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds y Mixto. (Número de expediente 161/002239.)	18
— Sobre trastornos del sueño. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista del Congreso. (Número de expediente 161/002276.)	24
— Relativa a la promoción de medidas urgentes relacionadas con la especialidad de medicina del trabajo. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en Congreso. (Número de expediente 161/001962.)	27

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

PROPOSICIONES NO DE LEY:

— **POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO A INCLUIR LA PÍLDORA ANTICONCEPTIVA DE EMERGENCIA EN EL LISTADO DE MEDICAMENTOS DE DISPENSACIÓN SIN RECETA MÉDICA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO DE ESQUERRA REPUBLICANA (ERC). (NÚMERO DE EXPEDIENTE 161/001974.)**

La señora **PRESIDENTA**: Damos comienzo a la sesión que, como es habitual, va a sufrir alguna alteración en cuanto a su desarrollo si tenemos en cuenta lo que está publicado en el orden del día. Por petición de algunas de sus SS.SS., comenzaremos debatiendo lo que en el orden de día figura como punto número 6.º, que es la proposición no de ley por la se insta al Gobierno a incluir la píldora anticonceptiva de emergencia en el listado de medicamentos de dispensación sin receta médica. Es autor de la iniciativa el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana y, para defenderla, tiene la palabra la diputada señora Bonàs.

La señora **BONÀS PAHISA**: Señorías, como ustedes saben muy bien, la tasa de interrupciones voluntarias de embarazo en menores de 25 años se ha duplicado en los últimos siete años. Los datos de que disponemos nos dicen que era de 13,6 por cada mil mujeres en 1997 y de 25,21 por mil mujeres en 2003. Para disminuir las interrupciones voluntarias del embarazo el camino es disminuir los embarazos no deseados, naturalmente mediante educación sexual y mejorando los métodos anticonceptivos existentes. Cuando han fallado los métodos anticonceptivos, SS.SS. saben, porque ya se han debatido en esta Comisión, que existe un método eficaz para la contracepción de urgencia, el levonorgestrel. En la iniciativa presentada anteriormente en esta Comisión argumenté la necesidad de facilitar el acceso al levonorgestrel de forma rápida y sin trámites burocráticos ya que la eficacia de la contracepción de urgencia depende de la rapidez de la toma; la eficacia es del 95 por ciento dentro de las 24 horas y desciende al 50 por ciento al cabo de las 24 siguientes. La Comisión aprobó entonces que la contracepción de urgencias se suministrara en centros hospitalarios de urgencias o centros de salud. Después de dos años el resultado no ha sido satisfactorio, ya que los centros de urgencias de ginecología durante los fines de semana suelen estar colapsados atendiendo casos graves, no consideran prioritario el servicio de contracepción y acudir un centro de salud les puedo garantizar

que en Cataluña no es una tarea fácil y puede conllevar ausentarse del trabajo durante una mañana entera.

Señorías, si repasan el «Diario de Sesiones» verán que los argumentos que se expusieron entonces en contra de su dispensación en los servicios de farmacia son hoy fácilmente rebatibles. Por parte de todos los grupos se argumentaron dudas en cuanto a su seguridad, los posibles efectos secundarios. Entonces, el ponente de *Convergència i Unió* se refirió a las altas dosis de estrógenos, y creemos que el ponente se refería no al levonorgestrel, sino al método Yuzpe. Los efectos secundarios del levonorgestrel son bien conocidos, en general son leves o moderados, transitorios y se resuelven en poco tiempo sin ser precisa ninguna intervención sobre ellos. Solo se ha recogido a nivel de literatura mundial una posible interacción farmacológica del levonorgestrel, y es con warfarina. No hay problemas en sobredosis, en los estudios clínicos del levonorgestrel utilizado como método postcoital regular no se han observado efectos secundarios graves en mujeres que han tomado más de 7 comprimidos de 0,75 miligramos por ciclo menstrual, ni en aquellas que usan regularmente comprimidos, incluso después de cada coito. No hay evidencias de que el levonorgestrel sea perjudicial para una mujer embarazada que lo ha tomado por accidente o para el desarrollo del feto si el producto se toma accidentalmente durante las primeras semanas del embarazo. Los estudios realizados no han evidenciado potenciales efectos teratogénos del levonorgestrel. Otro argumento que entonces se expuso en contra por parte del Grupo Parlamentario Socialista fue que era más sencillo localizar un centro de salud que una farmacia; no sabemos en qué se fundamentó esta afirmación, pero aunque en la práctica pueda ser fácil localizar un centro de salud no es tan fácil ser atendido en él. Otro argumento era la gratuidad para en este caso la contracepción de urgencia tiene un precio asumible, no es medicamento crónico y por tanto es un precio perfectamente asumible y, en el caso de que no fuera así, siempre se podrá acudir a un servicio de urgencias. Una preocupación manifestada por el Grupo Parlamentario Popular fue la inquietud de que el tratamiento anticonceptivo de urgencia sustituyera al método anticonceptivo habitual. Existen estudios en los que se informa de que la indicación de la anticoncepción de urgencia es la prevención de un posible embarazo no deseado tras un coito desprotegido o fallo de método y que en ningún caso debería emplearse como método anticonceptivo habitual, pero los estudios realizados indican que un mejor acceso a la anticoncepción de urgencia no está relacionado con una mayor prevalencia de conductas sexuales de riesgo o de adquisición de infecciones de transmisión sexual, ni con un descenso del uso de métodos anticonceptivos habituales o un uso menos sistemático de los mismos. De hecho, en algunos estudios se ha observado que las mujeres que han usado la anticoncepción de urgencia y que han experimentado miedo a un posible embarazo son más propensas a usar un método anticonceptivo eficaz posteriormente; infor-

mación de otros países de la Unión Europea muestra una ratio relativamente baja del uso repetido en adolescentes. El riesgo de un uso incorrecto es prácticamente nulo. Con la pauta posológica de dos comprimidos a la vez de 0,75 miligramos de levonorgestrel antes de las 72 horas del coito de riesgo es improbable un uso incorrecto de la pauta.

En resumen, no hay riesgo de efectos secundarios ni de sobredosis y no hay contraindicaciones para la mujer embarazada en el caso de que una mujer se lo tomase sin conocimiento de que lo estuviera. Aunque la indicación de la anticoncepción de urgencia es para uso ocasional y no como un anticonceptivo regular, algunos estudios han evaluado la seguridad del uso frecuente del mismo y existe un bajo riesgo de uso incorrecto. La anticoncepción de urgencia cumple los criterios aprobado por la FDA y la Unión Europea para que un fármaco sea catalogado de OTC. Además, la anticoncepción de urgencia ya es de libre dispensación en más de 25 países, entre los que cabe destacar los países vecinos, tales como Francia, Inglaterra y Portugal; asimismo se dispensa sin receta médica en Estados Unidos y en Canadá. Estudios realizados en estos países en cuanto a las experiencias de las mujeres que adquirieron la píldora postcoital sin receta médica demuestran que son capaces de autodiagnosticar la necesidad del uso de la anticoncepción de urgencia, de entender cómo se usa y de manera por sí mismas cualquier efecto secundario leve que pudiese aparecer durante el uso del mismo. Sin lugar a dudas, la dispensación sin receta médica de la anticoncepción de emergencia puede ayudar en cierta manera a mejorar un problema de salud pública como es el aumento progresivo de embarazos no deseados y por tanto de abortos que se está dando en la actualidad en nuestro país. La Sociedad Española de Contracepción comenta que parece lógico que se facilite el acceso a este método cuando se trata de un medicamento declarado esencial por la Organización Mundial de la Salud. Tanto la Asociación Médica Americana como otras 70 entidades médicas o de salud pública, entre ellas la Sociedad Española de Contracepción, la SEC, y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, la SEGO, han aprobado la propuesta para obtener el estatus de OTC. Dado que la anticoncepción de emergencia cumple todos los criterios establecidos por la FDA americana para obtener el estatus de OTC —que la mujer sepa cuándo debe usarlo, que la fertilidad no dependa de causas externas dependientes de un facultativo, sino que dependa fundamentalmente de la rapidez de su aplicación, que sea método seguro y cuyo prospecto sea claro y permita un correcto uso—, así como los criterios de la Unión Europea —que el fármaco sea seguro, que la mujer sepa autodiagnosticarse, que no exista posibilidad de un uso incorrecto, que exista correcta información para la usuaria, amplia experiencia internacional del producto como OTC—, y debido las necesidades actuales de la población española, que demanda un acceso equitativo a la anticoncepción de emergencia, consideramos que

debería ser un producto de dispensación sin receta médica.

Por todo esto, el acceso libre a la anticoncepción de emergencia supondría no solo una mejora del problema de salud pública en el que nos encontramos, sino una optimización de los actuales recursos sanitarios, evitando las consultas relacionadas con este tema y las visitas a los servicios de urgencia, así como los gastos derivados de un posible embarazo no deseado o una interrupción voluntaria del embarazo y sus consecuencias tanto físicas como psíquicas. Por eso señorías, les recomiendo que aprueben esta proposición no de ley por la que la píldora postcoital se puede adquirir sin receta médica.

La señora **PRESIDENTA**: Antes de proceder a la presentación de la enmienda que ha sido presentada por el Grupo Parlamentario Socialista, anuncio a SS.SS., para el buen gobierno de su tiempo en esta mañana, que las votaciones no se producirán en ningún caso antes de la una y media de la tarde.

Como he anunciado, el Grupo Parlamentario Socialista tiene presentada una enmienda a esta iniciativa y, para su defensa, tiene la palabra la diputada doña Esperanza Esteve.

La señora **ESTEVE ORTEGA**: No me voy a extender en mi intervención, dado que la señora Bonàs ha hecho una exposición detallada, exhaustiva y muy ajustada a la realidad de la dispensación de la llamada píldora del día después pero sí quisiera, antes de presentar la enmienda, insistir en tres puntos que ha señalado la señora Bonàs. El primero, que la píldora hormonal levonorgestrel, llamada popularmente del día después, es un método anticonceptivo de urgencia, que no abortivo, ya que previene el embarazo antes de que se produzca. Yo creo que este es un elemento importante. Otro elemento que quisiera destacar es que para asegurar el grado de eficacia es importante el tiempo en la dispensación y la facilidad para conseguir su prescripción. Cuanto más complicada sea su prescripción y dispensación más oportunidades perdemos para que las jóvenes o adolescentes puedan acercarse a ella. Su necesidad surge sobre todo durante los fines de semana, eso quiere decir que la noche del domingo, durante el domingo o el lunes por la mañana se convierten en un tiempo fundamental. Otro elemento que quiero destacar es que son mayoritariamente adolescentes o jóvenes. Mientras que durante el primer año los datos nos decían que teníamos una aguja de 17 a 22 años, esta ha descendido y en estos momentos nos encontramos que tienen entre 15 y 20 años las adolescentes y jóvenes que quiere acceder al sistema público de salud para recurrir a la píldora del día después.

Por tanto, con todos estos datos y los que ha señalado la señora Bonàs nosotros entendemos que es muy acertada esta proposición no de ley, que realmente el asunto debe abordarse, pero probablemente antes de aprobar instar al Gobierno a la libre prescripción médica sería interesante hacer lo que la enmienda que mi grupo

plantea, dado que nos daría más elementos para poder tomar una decisión. Por tanto, esta enmienda lo único que señala es que sea la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios la que en un plazo breve que podríamos acordar, aquí señalamos seis meses, realice un informe acerca de las implicaciones terapéuticas de incluir la píldora anticonceptiva de emergencia en el listado de medicamentos de dispensación sin receta médica. Tal como dice la señora Bonàs, ya lo están haciendo en otros países, pero si nos dotáramos de este instrumento tendríamos mayores elementos para tomar la decisión de instar al Gobierno la libre prescripción médica. Yo desearía que la señora Bonàs aceptara esta enmienda, que solamente es un intermedio, un intervalo hasta la toma de decisiones.

La señora **PRESIDENTA**: ¿Grupos que desean intervenir? En nombre del Grupo Catalán de Convergència i Unió tiene la palabra el diputado señor Xuclà.

El señor **XUCLÀ I COSTA**: Muy, muy brevemente. Simplemente decir que mi grupo parlamentario no se quiere reiterar en los argumentos que planteó en otro debate sobre el mismo objeto que se tuvo en esta legislatura en esta Comisión, pero sí anuncia que los argumentos que baraja discrepan de los inicialmente planteados por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana. En todo caso yo ahora no me quiero alargar, pero sí valoro la enmienda planteada por el Grupo Parlamentario Socialista, que es una enmienda que simplemente insta a que esta Comisión en el plazo de seis meses tenga elementos para deliberar con más información. No quiero entrar sobre el fondo de la cuestión; les digo que si votáramos literalmente la proposición no de ley de Esquerra Republicana el voto de mi grupo sería un voto contrario, pero en el caso de que Esquerra Republicana acepte la enmienda de Partido Socialista, que es una enmienda que simplemente nos proporcionaría información en un plazo razonable de seis meses, nosotros votaríamos a favor.

La señora **PRESIDENTA**: En nombre del Grupo Parlamentario Popular tiene la palabra la diputada señora Pan.

La señora **PAN VÁZQUEZ**: De nuevo nos trae Esquerra Republicana de Catalunya una proposición no de ley que tiene como finalidad la dispensación de un medicamento sin receta previa; es decir, sin prescripción por la persona que a día de hoy, actualmente, es la única capacitada para ello, el médico. Es cierto que los embarazos no deseados constituyen entre los adolescentes una problemática que a todos nos preocupa, pero debemos de tratar de ponerle freno, de ponerle solución desde todas sus vertientes y desde todas sus perspectivas, y no solamente desde una, el tratamiento final cuando el problema está ahí, cuando ya se ha producido.

Nosotros creemos, como hemos demostrado a lo largo de esta legislatura y antes, cuando gobernábamos, en el tratamiento integral de todas aquellas situaciones que tienen un abordaje desde la prevención y desde la promoción y educación para la salud. Este un ejemplo más y soluciones parciales no van a resolver el problema. No hace demasiado tiempo se vio en esta Comisión, y se rechazo, una propuesta nuestra, del Grupo Parlamentario Popular, en forma de enmienda de sustitución, en la que instábamos al Gobierno la realización de un plan integral de salud del adolescente y el adulto joven, en el que incluíamos la prevención de embarazos no deseados y la educación sexual, entre otras cosas. Se reconoce ya en la propia exposición de motivos del grupo proponente que en este tema es básica una mayor información, la prevención y la educación sexual, es por tanto hora de que se inicien estos programas que nosotros proponíamos y en lo que creo que estamos todos de acuerdo.

En cuanto a la libre dispensación, que es lo que hoy nos ocupa, nuestra postura es la misma que manteníamos en octubre de 2004, dado que durante este tiempo, desde entonces hasta hoy, no se ha producido, que nosotros conociéramos, ningún cambio, ninguna novedad que haga ver que debemos modificar esta postura. Nosotros estaremos en contra de la propuesta de Esquerra Republicana de Catalunya si se mantiene tal como está redactada porque, como ya decíamos en 2004, estamos convencidos de que debe haber prescripción previa, y esto no como algo caprichoso, sino porque esta prescripción es la que garantiza una evaluación personal de la mujer afectada, supone una historia clínica, un examen físico que permite tomar la decisión de si está o no indicado este tipo de tratamiento, permite también evaluar los posibles riesgos, si los hubiera, de acuerdo con los antecedentes personales de la mujer afectada, y permite prevenir e informar sobre los posibles efectos secundarios. Éste no es un método anticonceptivo más, señorías. Saben que su uso continuado puede provocar trastornos importantes, incluso muerte. Está descrito y así nos lo dicen los profesionales. Además, los métodos anticonceptivos tradicionales, los que son en forma de píldora o DIU, también precisan una prescripción previa. No debemos por tanto minimizar ni minusvalorar a priori estas posibles complicaciones, ni tampoco trasladar a la sociedad ni a los adolescentes el mensaje, aunque sea subliminal, de que esto se puede tomar como un caramelo, eso sí, comprado en la farmacia. Por tanto, por seguridad, por respeto a la actuación de los profesionales en cada nivel asistencial, nosotros estamos en contra de la propuesta, tal como está redactada, de Esquerra Republicana de Catalunya.

En cuanto a la enmienda presentada por el Grupo Parlamentario Socialista, nos parece que es más cauto que la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios presente un informe. Si la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios puede aportar alguna novedad a lo que ya conocemos, a la evidencia científica actual, estaremos de acuerdo en escucharla y

en oírla, pero tendremos que ver si efectivamente esto se va a producir o no.

— **PARA MEJORAR LA SITUACIÓN DE LAS PERSONAS QUE PADECEN ALERGIAS ALIMENTARIAS Y AL LÁTEX. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO CATALÁN (CONVERGÈNCIA I UNIÓ). (Número de expediente 161/000448.)**

La señora **PRESIDENTA**: Creo que lo acordado con los señores portavoces es que a continuación se debata lo que figura como punto 1.º del orden del día. ¿Es así, señor Xuclà? Por lo tanto, pasamos a debatir la proposición no de ley para mejorar la situación de las personas que padecen alergias alimentarias y al látex. Tiene la palabra para su defensa el diputado señor Xuclà.

El señor **XUCLÀ I COSTA**: Paso a defender esta proposición no de ley del Grupo Parlamentario Catalán sobre alergias, una realidad creciente en nuestra sociedad. Por casualidades de la organización de los debates, se produce la presentación de esta iniciativa en primavera, un momento en el que se hacen más evidentes estas alergias. Como bien saben SS.SS., la alergia es una susceptibilidad especial que algunas personas tienen y que hace que respondan de una forma exagerada a unos o varios elementos externos. Entre los causantes más comunes de la alergia están los pólenes de las plantas, algunos alimentos, los productos químicos, incluidos algunos medicamentos, los mohos, los llamados ácaros del polvo, las picaduras de insecto y en general cualquier sustancia capaz de desencadenar una respuesta por parte del sistema inmunitario del organismo, como por ejemplo el látex.

Esta peculiaridad de las personas alérgicas de desarrollar una respuesta exagerada a un agente externo (alérgeno), se acompaña de una serie de reacciones físicas y químicas que son las responsables de los síntomas de la alergia. Las reacciones alérgicas pueden ser leves, como las urticarias, o pueden ser graves, pudiendo llegar a poner en peligro la vida de las personas que las padecen si sufren un choque anafiláctico. La incidencia de las enfermedades alérgicas ha crecido considerablemente en los últimos años y ha alcanzado niveles importantes. En España, según la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica, la prevalencia actual de las enfermedades alérgicas está establecida en el 21 por ciento del conjunto de la población, y se estima que esta tendencia continuará creciendo hasta llegar en un plazo de veinte años, si no ponemos remedio, a la mitad de la población. En esta proyección que les digo a veinte años vista hasta la mitad de la población podría sufrir algún tipo de patología alérgica. De los ocho millones aproximadamente de pacientes afectados por síntomas alérgicos, prácticamente la mitad presenta hipersensibilidad a algún alimento. Hoy son muchas las personas que deben prescindir de ciertos alimentos en su dieta para

evitar reacciones alérgicas y que, además de hacer frente a su patología, se enfrentan también a un etiquetado deficiente, al elevado coste de los productos alimenticios especiales y a su falta de disponibilidad en lugares como hospitales y escuelas. Por otro lado, en el caso de los alérgicos al látex, unas 800.000 personas aproximadamente en España, se da la paradoja de que en el ámbito sanitario y alimentario es donde se utiliza de forma más importante este producto que precisamente les provoca la reacción que debemos prevenir. Por eso, este grupo parlamentario propone que el Gobierno, en coordinación con las comunidades autónomas, afronte estas alergias alimentarias y al látex. El Grupo Parlamentario Popular, con acierto, amplía el ámbito de actuación, y yo creo que es muy razonables el planteamiento de esta enmienda del Grupo Parlamentario Popular, pero en todo caso, como les decía, que el Gobierno, conjuntamente con las comunidades autónomas, actúe decididamente en los siguientes sentidos. Primero, adecuar la atención sanitaria hospitalaria en las escuelas, comedores y en caso de accidente a los niños afectados. Segundo, incluir los sistemas de autoinyección de adrenalina en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud; seguramente, señorías, este sea el tema más controvertido desde un punto de vista de coste económico, pero creo que es un punto muy importante. Tercero, garantizar el correcto y completo etiquetado de los productos alimenticio. Este grupo parlamentario trae también para discusión en esta Comisión de Sanidad una proposición no de ley sobre los celíacos, con sus singularidades, que trataremos en su momento. Otro punto es establecer normas relativas a la manipulación de alimentos que tengan en cuenta este tipo de afecciones. Y finalmente, señorías, este es un redactado muy abierto, se contempla compensar de algún modo desde un punto de vista económico el mayor volumen de gastos al que deben hacer frente estas personas y sus familias como consecuencia de su patología. En definitiva, señorías, tramos a debate una situación que en estos momentos afecta al 21 por ciento de la población, que las autoridades sanitarias deben tomar medidas para que no afecte a la mitad de la población, y que algunos colectivos, especialmente el colectivo de los niños, deben requerir una mayor atención por parte de las autoridades sanitarias competentes.

La señora **PRESIDENTA**: Hay presentadas a esta iniciativa dos enmiendas, una del Grupo Parlamentario Popular y otra del Grupo Parlamentario Socialista. Para defender la enmienda del Grupo Parlamentario Popular tiene la palabra el diputado señor González.

El señor **GONZÁLEZ LÓPEZ**: Realmente no me voy a extender mucho, nuestro grupo está absolutamente de acuerdo con la exposición del señor Xuclà en el sentido de que es una necesidad el afrontar una serie de situaciones derivadas de las alergias o de enfermedades relacionadas con cierto tipo de alimentos o productos y que generan grandes trastornos en las personas. Real-

mente las enfermedades alérgicas actúan fisiopatológicamente de distintas maneras en función del tipo de hipersensibilidad. La alergia al látex, por ejemplo, puede estar relacionada con el tipo 1 y el tipo 4 de la clasificación de Gell y Coombs, que plantea esas dos posibilidades de reacción, una leve, con trastornos de la piel, y otra muy grave que puede llegar a una reacción anafiláctica y a la muerte del paciente. Lo mismo puede ocurrir con las alergias alimentarias o con otro tipo de alergias, como las alergias a himenópteros, o con otro tipo de enfermedades que son secundarias a la intolerancia de un alimento, como ocurre con el gluten y la enfermedad celíaca, o con enfermedades de personas que tienen trastornos de absorción, trastornos en el metabolismo de los distintos componentes de los alimentos. Por eso, compartiendo absolutamente los distintos puntos de esta proposición no de ley del Grupo Catalán, quisiéramos ampliarlo a todos tipo de alergias, pensando en que tanto en los hospitales como en las escuelas la actuación, las situaciones de prevención o atención a este tipo de personas pueden salvar vidas, y ampliarlo también, vuelvo a repetir, a otro tipo de problemas, como puede ser intolerancias alimentarias. Por tanto, en nuestra enmienda hacemos esta puntualización.

La señora **PRESIDENTA**: Hay también una enmienda presentada por el Grupo Parlamentario Socialista, para cuya defensa intervendrá la diputada señora Álvarez.

La señora **ÁLVAREZ OTEO**: Haremos unas consideraciones previas que justifiquen la presentación de nuestra enmienda. En primer lugar he de señalar que la atención sanitaria a las personas con este tipo de alergias está asegurada por los servicios pertenecientes al Sistema Nacional de Salud, al estar incluidas en la cartera de servicios comunes del mismo. El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, describe de forma genérica el catálogo de las prestaciones del sistema, y también las bases para el procedimiento de actualización. No obstante, algunos servicios están más pormenorizados, como son el tratamiento dietoterápico en las alergias a las proteínas de la leche de vaca hasta los dos años de edad si existe compromiso nutricional, y las fórmulas sin lactosa en los casos de deficiencia primaria de lactosa intestinal del debundeo natal.

En relación con la inclusión del nuevas prestaciones, como el desarrollo de este real decreto, en este momento se está trabajando en la normativa para la actualización de la cartera de servicios, de forma que quede establecido el procedimiento para la futura incorporación a la misma de nuevas prestaciones, siempre que se haya demostrado su eficacia, efectividad, eficiencia y utilidad para la prevención y tratamiento de enfermedades, y por acuerdo de las comunidades autónomas en el seno de Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Por lo que se refiere a la segunda medida propuesta en la proposición no de ley, relativa a la inclusión de los sistemas de autoinyección de adrenalina en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, debe hacerse costar que en la prestación farmacéutica ya se encuentran incluidos sistemas de autoinyección de adrenalina, tanto en la prestación pediátrica como en la prestación para adultos. El consumo de estas prestaciones se obtiene a través de las recetas oficiales del Sistema Nacional de Salud; les voy a facilitar la relación de los diferentes años. En el año 2003 el número de envases en pediatría fue de 2.236; en 2004, 3.739; en 2005, 4.383; en 2006, 7.298; estos pediátricos, como decía anteriormente. En cuanto a adultos, en 2003, 7.750; en 2004, 11.000; en 2005, 11.290, y en 2006, 17.094.

Respecto a las propuestas sobre etiquetado, las disposiciones generales en la materia están recogidas en el Real Decreto 1334/1999, de 31 de julio, por el que se aprueba la norma general de etiquetado, presentación y publicidad de los productos alimenticios, y modificaciones posteriores, que son el resultado de las transposiciones de las directivas comunitarias en esta materia. Como consecuencia de la publicación de la Directiva 2003/89, Comunidad Europea, de 10 de noviembre, se llevó a cabo la incorporación a nuestro ordenamiento jurídico interno, mediante el Real Decreto 2220/2004, de 26 de noviembre, por el que se modifica la norma general de etiquetado, presentación y publicidad de los productos alimenticios con el fin de actualizar la normativa, y al mismo tiempo mejorar la protección de los consumidores afectados por alergias o intolerancias. Con las modificaciones introducidas se obliga a indicar en el etiquetado de los productos alimenticios aquellos ingredientes que pueden afectar a la salud, incluso a la vida de muchas personas, provocándoles enfermedades. Se ha reconocido que entre los alérgenos alimentarios más corrientes se encuentran la leche de vaca y derivados, los frutos con cáscara, las leguminosas, los huevos, los crustáceos, las nueces, el pescado, las hortalizas, el trigo y otros cereales, todos ellos recogidos en el anexo 5 del citado real decreto. De acuerdo con este real decreto, los ingredientes susceptibles de provocar reacciones alérgicas deberán aparecer en la etiqueta de los productos alimenticios, siempre que sigan presentes en el producto acabado, aunque de forma modificada, y en una proporción mínima, incluyéndose una referencia clara de su nombre. También indica que deberán incluirse los ingredientes considerados alérgenos en la etiqueta de las bebidas con un grado alcohólico superior a 1,2 por ciento.

En lo referente a las alergias al látex hay que destacar que los actos comunitarios relativos a materiales destinados a entrar en contacto con alimentos no han previsto por el momento la regulación de la materia que nos ocupa. La adopción de una disposición de derecho interno debería verse, pues, sustentada por una evaluación de riesgos poco cuestionable como argumento que

sustentase la producción normativa nacional fuera del marco de armonización.

A través de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición se considera este caso con la sensibilidad e interés que merece, habiendo recibido información directa acerca de la incidencia y prevalencia del problema por representantes de la Asociación española de padres y niños con alergias a los alimentos. En consecuencia, la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, en el marco de su comité científico, propiciará que se lleve a cabo el estudio correspondiente de evaluación de riesgo de exposición al látex por vía alimentaria. Dicho estudio deberá servir de base para la adopción de las medidas que a partir del mismo se estimen adecuadas, sea a nivel comunitario o en última instancia a nivel nacional.

Con el objeto de conocer su alcance se cursaron peticiones de información sobre el uso de guantes de látex a varios sectores de la industria alimentaria, destacando la respuesta por parte de la Asociación de grandes empresas de distribución, donde afirman que sus empresas no utilizan para la manipulación de alimentos guantes de látex, sino de vinilo, y que todos los productos de marcas propias que contienen látex incluyen en su etiqueta que el producto está fabricado con látex. En consecuencia se considera que las obligaciones relativas al etiquetado de alimentos en relación con los ingredientes alérgenos son suficientes para proporcionar información a los sectores de población afectados por problemas de alergias alimentarias.

En cuanto a las alergias al látex la legislación actual no establece requisitos específicos en materia de etiquetado, sin embargo al tratarse de un marco normativo comunitario es necesario promover su regulación a nivel europeo, con el objeto de garantizar su aplicación en todo el territorio de la Unión Europea. Por todas estas explicaciones es por lo que consideramos adecuada la enmienda que hemos presentado, y que esperamos sea apoyada primero por el grupo proponente y a ser posible por el resto de grupos parlamentarios.

— **PARA EL RECONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD CELÍACA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO CATALÁN (CONVERGÈNCIA I UNIÓ).** (Número de expediente 161/001840.)

La señora **PRESIDENTA:** A continuación creo que corresponde debatir el punto 3 de lo que era el orden del día, que es la proposición no de ley relativa al reconocimiento de la enfermedad celíaca. Es propiedad del Grupo Parlamentario Catalán, y para su defensa tiene la palabra el diputado señor Xuclà, porque lo que habíamos acordado al comienzo era que el punto número 2 pasaba a ser el 4, y las dos proposiciones del Grupo Parlamentario de *Convergència i Unió* se iban a debatir de manera

conjunta, porque habíamos entendido que ése era el deseo del grupo. Adelante, señor Xuclà.

El señor **XUCLÀ I COSTA**: Sin ningún inconveniente y adaptándome a los acuerdos de la Mesa, paso a defender la proposición no de ley del Grupo Parlamentario Catalán sobre la situación de los celíacos, la necesidad de que las administraciones públicas adopten medidas para hacer frente a este colectivo que representa aproximadamente, ya en estos momentos, el 1 por ciento de la población.

Como bien saben SS.SS., la enfermedad celíaca es un trastorno intestinal que padecen algunas personas ocasionado por la ingesta de productos alimenticios con gluten. Las personas que sufren dicha enfermedad tienen cierta predisposición genética a padecerla, y reaccionan a la ingestión de gluten —proteína presente en los cereales— sufriendo un daño en las vellosidades del intestino delgado, hecho que afecta a su capacidad de absorber los nutrientes de los alimentos.

Una vez diagnosticada la enfermedad celíaca, y teniendo en cuenta que hoy por hoy dicha enfermedad no se cura, el único tratamiento posible para que la persona afectada pueda desarrollar su vida con total normalidad consiste en mantener un estricto régimen sin gluten durante toda la vida, consiguiendo así una total reparación de la lesión intestinal, la cual puede necesitar varios meses o años en producirse. En este sentido, la recuperación será permanente a condición de no exponer el intestino a nuevos contactos con el gluten, ya que la ingestión de pequeñas cantidades del mismo de manera continuada puede causar trastornos importantes y no deseables. Cabe señalar además que para seguir la dieta adecuadamente es de suma importancia un buen control de los alimentos especiales para celíacos, un buen etiquetado de los alimentos de consumo general, y una correcta información, especialmente para los profesionales de la restauración.

Señorías, en el mes de diciembre del año 2001, en la anterior legislatura, el Congreso de los Diputados aprobó una proposición no de ley de este grupo parlamentario, con enmiendas de otros grupos parlamentarios, en la que se instaba al anterior Gobierno al control del etiquetado de los productos sin gluten. Sin embargo, señorías, hoy, en el año 2007, siguen sin realizarse suficientes controles de dichos productos, y sigue sin existir una información suficiente en el etiquetado de los productos para conocer la no presencia de gluten.

Otro de los problemas con que se enfrentan quienes padecen la enfermedad celíaca —insisto, un 1 por ciento de la población— es el elevado coste de los productos especiales que deben consumir, en comparación con los productos alimenticios de consumo corriente. Quienes los fabrican justifican su elevado precio afirmando que ello se debe al tipo de trigo, al coste de extracción y a su distribución, para un producto que tiene poca venta. Según algunos estudios comparativos llevados a cabo por las sociedades o asociaciones de quienes padecen la

enfermedad celíaca la diferencia de precios en relación con el resto de los productos es realmente importante, hecho que adquiere una especial dimensión si tenemos en cuenta que hay familias con dos o más celíacos entre sus miembros. Recordemos, señorías, que esta puede ser una enfermedad hereditaria de generación en generación o cada dos generaciones y este hecho hace que el presupuesto destinado a alimentación por parte de una familia se vea incrementado de manera sustancial.

La proposición no de ley aprobada a finales del año 2001 señalaba la conveniencia de establecer una ayuda social a las familias de enfermos celíacos con recursos económicos escasos, sin que tampoco después de más de seis años se hayan articulado dichas ayudas. Este grupo parlamentario presentó en 2004, en julio y en octubre, dos proposiciones no de ley, siendo rechazada la primera y adoptada con modificaciones la segunda, con lo cual el actual Gobierno tenía ya en esta legislatura un nuevo mandato del Congreso de los Diputados. Sin embargo, señorías, este grupo parlamentario considera que siguen sin cumplirse los mandatos de la proposición no de ley del mes de julio del 2004, y que en su momento se plantearon actualizados a través de esta proposición no de ley que presentamos en el registro a mediados del año 2006, proposición no de ley que a su vez tiene una autoenmienda de mi grupo parlamentario, porque la evidencia científica y la evolución de los hechos en este ámbito requieren también de una actualización.

Hoy mismo, señorías, sin ir más lejos, en un periódico se informaba de que la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo, ha llevado a cabo un control en el cual incluso detecta gluten en algunos alimentos especialmente destinados a celíacos. Señorías, las investigaciones, la actualización de las investigaciones es constante, y la necesidad de incorporar una referencia expresa en el etiquetado hoy es un debate que está en Estados Unidos, en el conjunto de Europa, e incluso en la prensa de hoy se recoge a partir del impulso de la Federación de celíacos de España, la FACE.

Señorías, mi grupo parlamentario concretamente propone las siguientes medidas. Propone que el Gobierno, en un plazo de seis meses desde la aprobación de la proposición no de ley, presente un proyecto de ley; esta es una propuesta ambiciosa, pero, señorías, estamos en un momento en el cual este colectivo, después de más de seis o siete años de discusión en la Cortes Generales, necesita la presentación de un proyecto de ley en el que se arbitre un sistema de bonificaciones e incentivos impositivos para compensar a los que por prescripción facultativa, deban consumir alimentos sin gluten por padecer la enfermedad celíaca. Asimismo, proponemos instar al Gobierno a presentar en el plazo de tres meses un informe sobre las medidas tomadas para garantizar el correcto etiquetado de todos los productos sin gluten, y a publicar con carácter periódico el correspondiente listado actualizado de alimentos permitidos para el consumo de

quienes padecen la enfermedad celíaca. Hasta aquí el planteamiento inicial de mi grupo: la necesidad de las bonificaciones y ayudas económicas al colectivo de celíacos, y en segundo lugar, la publicación periódica y actualizada de alimentos con gluten, alimentos peligrosos para las personas que padecen la enfermedad celíaca.

A esto hoy presentamos una autoenmienda. Señora presidenta, sé que desde el punto de vista de la pureza reglamentaria no es lo más apropiado que nos autoenmendemos, pero esta autoenmienda viene a plantear un tercer punto sobre el que en estos momentos, como les decía, se está reproduciendo el debate en Estados Unidos y en muchos países de la Unión Europea: la necesidad de que desde la legislación de los distintos Estados se obligue a etiquetar expresamente los alimentos en función de si contienen o no contienen gluten. Les paso a leer la redacción de este punto, que no es nada más ni nada menos que un punto inspirado en un reglamento comunitario, aprobado evidentemente por el Consejo y también, de acuerdo con la legislación, con el procedimiento actual europeo, visto y aprobado también por el Parlamento Europeo, relativo a las declaraciones nutricionales y a las propiedades saludables en los alimentos. Concretamente proponemos lo siguiente en este tercer punto, a través de la enmienda: a estos efectos, y vista la imposibilidad de obtención de productos totalmente libres de gluten, la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados propone que la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición o el Instituto Nacional de Consumo —yo creo que esta es una decisión del Gobierno— adopten una definición objetiva para el etiquetaje voluntario de alimentos aptos para personas que padezcan la enfermedad celíaca, estableciendo como límite máximo de tolerancia los 20 PPM —20 partes por millón— en los productos. Este es un debate, señorías, en estos momentos abierto como les decía en Estados Unidos y en la Unión Europea, y también en el Congreso de los Diputados, y España debe hacer frente, desde un punto de vista de debate científico, también a esta situación.

Les quiero recordar para terminar que esta es la cuarta iniciativa que presenta mi grupo parlamentario sobre esta materia; que nuestra voluntad es de consenso, y que deseamos y esperamos que el conjunto del Congreso de los Diputados esté a la altura de esta demanda largamente planteada por parte del colectivo de los celíacos. Nada más.

La señora **PRESIDENTA**: Señor Xuclà, conoce usted perfectamente que la naturaleza no legislativa de las proposiciones no de ley hace que la práctica parlamentaria sea mucho más tolerante con la creatividad de sus señorías. Creo que no habrá inconveniente a que exista esa enmienda del grupo a sí mismo. Además, existen presentadas otras tres enmiendas, dos de ellas del Grupo Parlamentario Popular, para cuya defensa tiene la palabra la diputada señora Pan.

La señora **PAN VÁZQUEZ**: De nuevo abordamos en esta comisión la problemática de unos enfermos que han sido olvidados, como ya se ha recordado aquí, por el Ministerio de Sanidad y Consumo actual, a pesar de que se contemplaba entre sus promesas electorales intentar resolver la problemática que les ocupa. Han sido rechazadas a lo largo de estos tres años las propuestas presentadas por mi grupo y por otros, otras se han aceptado, como ha dicha aquí el representante de CiU, pero lo cierto es que hasta hoy no se ha hecho nada, no se ha dado ninguna solución a este colectivo. Los celíacos se sienten olvidados por las administraciones, se sienten olvidados por el ministerio gobernado por el Partido Socialista. Esperamos que sea hoy el punto de inflexión que cambie esta situación, y me gustaría recordar que en la etapa de gobierno del Partido Popular —porque es cierto que ya desde los años 2001 y 2002 se venían presentando en esta comisión iniciativas— se firmó un convenio-marco entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Federación de asociaciones de celíacos de España, que conllevaba la realización posterior de convenios específicos, entre ellos, por ejemplo la realización de un estudio epidemiológico, que resultaba ya entonces indispensable, y a día de hoy creemos que no se ha continuado en esta línea, y que todo ha quedado en papel mojado.

Saben SS.SS. que la enfermedad celíaca consiste en una intolerancia permanente al gluten, como ya se ha dicho, que está presente en las harinas de trigo, de centeno, cebada y avena, y que su único tratamiento no es farmacológico, sino una dieta exenta de gluten. El seguimiento de esta dieta exenta de gluten no cura, pero controla la enfermedad, de modo que consigue la normalización clínica. Por el contrario, la alteración de esta dieta o del seguimiento de esta dieta es la que provoca el inicio de síntomas y las lesiones que ya ha descrito de forma más pormenorizada el representante de Convergència i Unió, y que además todos ustedes conocen, porque no es la primera vez que tratamos asuntos de este colectivo. Pueden llegar incluso, como saben, a lesiones muy graves, como es el caso del cáncer intestinal.

Pues bien, existen productos sustitutivos de estos alimentos de primera necesidad de los celíacos que se comercializan como sin gluten, pero también es cierto que estos alimentos que se comercializan como sin gluten pueden contener trazas, y estas trazas provocan inicios de síntomas en un celíaco. Lo recomendado actualmente por la evidencia científica es la reducción de contenido de gluten a 20 partes por millón o menos, como ha dicho el señor Xuclà, en estos alimentos. De ahí la importancia del etiquetado, de ahí la importancia del control, y de ahí que en nuestras dos enmiendas —que son dos puntos que se podrían añadir, o variar el segundo párrafo de la propuesta de CiU— se contemple que en el plazo de tres meses el Gobierno informe sobre las medidas adoptadas para garantizar el correcto etiquetado de los productos sin gluten, tomándose como criterio de producto sin gluten el que presente un cantidad

menor a las 20 partes por millón. Esta sería la primera de nuestras enmiendas; y la segunda sería: desarrollar con carácter de urgencia el reglamento 1924/2006, del Parlamento Europeo y del Consejo de 20 de diciembre del 2006, relativo a las declaraciones nutricionales y propiedades saludables de los alimentos, y muy especialmente lo recogido en el considerando número 21, que es lo que da respuesta efectiva a los anhelos de este colectivo de los enfermos del gluten.

Por otra parte, el precio de los productos sin gluten —que es su único tratamiento, como decíamos antes— es mucho más elevado que el de los alimentos normales, lo que implica una dificultad añadida al celíaco y a sus familias. Los precios sobre el producto normal cuando es sin gluten se multiplican en ocasiones por cuatro, por cinco o por más; por lo tanto si esta situación es vivida en familias con economías más débiles, de alguna forma se agudiza de forma importante. Estamos por tanto de acuerdo en todo el primer párrafo de esta iniciativa, y creemos que el segundo párrafo —que es el que teníamos hasta que el señor Xuclà nos ha presentado su autoenmienda— creíamos que se puede mejorar. Podemos llegar a una redacción transaccional que pueda convenir a los enfermos celíacos así como al grupo proponente, y esperamos y pedimos que el resto de los grupos se sume a esta propuesta, porque creemos que es hora ya y es justo que al colectivo de los celíacos le demos respuesta desde esta Comisión de Sanidad. Nada más.

La señora **PRESIDENTA:** Hay otra enmienda a la iniciativa, presentada por el Grupo Parlamentario Socialista, que va a ser objeto de defensa por parte de la señora Salazar.

La señora **SALAZAR BELLO:** Exactamente como dijeron todos los grupos aquí representados, durante el año 2004 y anteriormente se presentaron muchísimas proposiciones no de ley y modificaciones por parte de todos los grupos. El Grupo Parlamentario Socialista también ha presentado en este caso una enmienda de sustitución, ya que en múltiples ocasiones —hemos hecho lo mismo todos los grupos—, hemos deseado participar en la mejora de la vida de todos los pacientes que padecen la enfermedad celíaca, a través de la normativa y las actuaciones, como son las proposiciones. En lo que va de legislatura se han presentado varias proposiciones por parte de los grupos con relación a los alimentos de los celíacos, para poderlos incluir en la dispensación por parte del Sistema Nacional de Salud; unas veces —como en esta proposición no de ley— instando al Gobierno a crear un sistema de bonificaciones o de incentivos y proponer además compensaciones a los consumidores de dichos alimentos, y otras veces con relación al etiquetado, como hemos hablado.

Quisiera aclarar, como ya hice en el año 2004 —me parece que fue en octubre—, que no se trata de competencias del Ministerio de Sanidad y Consumo, sino del Ministerio de Economía, el modificar o incluir bonifica-

ciones de este tipo, y podría llevarse posteriormente al seno de consejo interterritorial para que hicieran una valoración a las distintas comunidades, pero como decía, en aquel momento, en el año 2004, el Grupo de *Convergència i Unió* presentó una proposición no de ley sobre incentivos fiscales y bonificaciones a las industrias, que también eran incompatibles con la normativa europea, y añadimos que estas ayudas no evitarían tampoco disminuir los gastos de los ciudadanos. Pero como ustedes conocen, tanto el Grupo Parlamentario Popular como el Grupo Parlamentario de *Convergència i Unió*, de conformidad con el artículo 8 de la Ley General Tributaria, el establecimiento de las modificaciones, supresión y prórroga de las exenciones, tanto las reducciones, bonificaciones, deducciones y demás beneficios o incentivos fiscales se regularán por ley. Por supuesto esto corresponde al Ministerio de Economía y Hacienda que debe valorar la tramitación de una iniciativa en este sentido, y su señoría, señor Xuclà, tiene conocimiento de ello porque el propio ministerio le contestó hace unos meses, en respuesta a su pregunta escrita.

Con relación a la responsabilidad del Ministerio de Sanidad, como saben todos muy bien la comisión asesora hizo la prestación como productos dietéticos, y la señora diputada del Grupo Parlamentario Popular acaba de decir que es la alimentación no tratamiento, y por eso no ha sido considerado como tratamiento en el consejo interterritorial, donde se decidió la no inclusión por no tratarse de alimentos básicos indispensables para la vida de las personas que padecen la enfermedad, ya que estas personas pueden utilizar dietas alternativas naturales en las que no exista gluten. El gluten se encuentra en harinas —también se ha dicho anteriormente— de centeno, cebada, avena, y la única forma de mejorar esa enfermedad, no curarla, es controlar la alimentación, evitando las complicaciones sobre todo a largo y corto plazo. Lo que sí es importante es establecer una dieta exenta de gluten, y es conocer qué alimentos lo contienen, cuáles son los alimentos prohibidos y los alimentos permitidos. Desde el año 1976 se empezaron a estudiar y estos productos vienen siendo evaluados en el Registro General Sanitario de los Alimentos, fecha en la que se hizo el primer Real Decreto, el 26/1985, por el que se aprobó la reglamentación sanitaria para la elaboración, circulación y comercio de los preparados alimenticios para regímenes dietéticos especiales. A partir de entonces se ha ido modificando la normativa, a través de la Agencia Española del Ministerio de Sanidad, y se ha ido transponiendo de la normativa europea a la normativa nacional.

El 26 de noviembre, tras la incorporación normativa de la Directiva 2003/89 del Parlamento Europeo, entra en vigor un Real Decreto sobre los enfermos celíacos, que versa sobre el etiquetado de los productos alimenticios, donde se indica que tienen que figurar todos los elementos presentes en el alimento. Creemos que este real decreto informa mejor a los consumidores y les protege de forma muy amplia. En uno de sus anexos vienen recogidos todos los cereales que contienen gluten, junto con todas sus

variedades y derivados. De todas formas, los alimentos sin gluten destinados a la alimentación del celíaco se enmarcan dentro de la Directiva —y esa es la verdadera Directiva que lo enmarca— 89/398 CE.

En la enmienda presentada por *Convergència i Unió*, y también dentro de uno los puntos de la enmienda del Grupo Parlamentario Popular, se habla del etiquetado y del establecimiento de 20 partes por millón, que es lo recomendado actualmente aunque de muy difícil aplicación, internacional y nacionalmente; son los criterios que tiene el *codex alimentarius*, pero no es aceptado en su totalidad por los científicos. Posiblemente dentro de pocos años las 20 partes por millón que corresponden el momento actual estén desglosadas.

En la segunda parte de la enmienda del Grupo Parlamentario Popular, cuando hablan de desarrollar con carácter urgente el reglamento de la Comisión Europea 1924/2006, sobre todo lo relativo al considerando 21, he de decirles que el considerando 21 es aplicable a la normativa nacional, pero es en el considerando 22 donde se habla exactamente de cuál es la normativa que se ha de aplicar a los celíacos y a los enfermos sin lactosa. La Directiva 89/398 de la Comisión Europea, señor Xuclà y señora Pan, no ha entrado en vigor. Si se fijan ustedes, en el artículo 29 del Diario Oficial de la Unión Europea, referido a la entrada en vigor, reza claramente: el presente reglamento entrará en vigor y será aplicable a partir del día 1 de julio de 2007; o sea no es aplicable hasta el día 1 de julio del 2007. En el momento que entre en vigor se recogerá todo ello.

— **RELATIVA AL APOYO A LOS ENFERMOS DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE PARA SU ACCESO A LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN INTEGRAL. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/001674.)**

La señora **PRESIDENTA**: Concluido el debate de este punto, exhortándoles a ustedes a llegar a los acuerdos de los que todos han dicho que son partidarios en sus intervenciones, pasamos a lo que era el punto número 2 del orden del día, que es la proposición no ley relativa al apoyo a los enfermos de esclerosis múltiple para su acceso a los servicios de rehabilitación integral. Es una iniciativa del Grupo Parlamentario Popular y será presentada por el diputado señor Gutiérrez Molina.

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA**: Defiendo en nombre de mi grupo una proposición no ley ya presentada en abril del año pasado relativa al apoyo a los enfermos de esclerosis múltiple para su acceso a los servicios de rehabilitación integral en el Sistema Nacional de Salud. Son ocho razones, señora presidenta, las que nos lleva a presentar esta proposición no ley. La propia naturaleza de la enfermedad, que hace que el paciente afecto a ella desemboque en cualquier tipo de depen-

dencia; el difícil diagnóstico de la enfermedad; la precocidad de su aparición, baste con decir, señora presidenta, que según algunos estudios la mayoría de las personas empiezan a sentir los primeros síntomas de la enfermedad entre los 20 y 40 años, de ahí que hablara de precocidad de la aparición; el costo social, económico y de todo tipo de que la enfermedad genera; la carencia de cura universal, hay un tratamiento sintomático y paliativo, pero nunca curativo, lo que encarece de alguna forma desde todos los puntos de vista el proceso gnoseológico; la importancia del tratamiento integral, sobre todo principalmente el de la rehabilitación, que quizá sea el punto más débil del tratamiento sintomático y paliativo, y al que hacemos referencia en la exposición de motivos, por lo que justificamos la pertinencia del debate en la comisión de esta proposición no ley; el diseño hospitalario y extrahospitalario de atención primaria y especializada de los propios servicios de rehabilitación; la falta de recursos que en muchos de ellos se aprecia, porque los servicios públicos de rehabilitación están diseñados únicamente para atender a enfermos de gravedad durante un tiempo —todos lo sabemos por experiencia— limitado, y no pueden abarcar la demanda de un tratamiento crónico de todas las enfermedades, y más de esta en concreto; y naturalmente, por la propia definición de la enfermedad, la necesidad de un tratamiento crónico. Es por eso por lo que el Grupo Parlamentario Popular ha presentado esta proposición no ley en la que garantizábamos o pedíamos cuatro puntos fundamentales, que están en el *petitum* de la proposición no de ley.

Hemos tenido contactos y conversaciones con la portavoz de Grupo Parlamentario Socialista, puesto que teníamos conocimiento de la enmienda que había presentado a nuestra proposición no ley; hemos llegado a un acuerdo que yo creo que es bueno y se recoge en él todo lo que nosotros pedíamos en el *petitum* más lo que la enmienda del Grupo Parlamentario Socialista en el Congreso también solicitaba y de esa forma podíamos llegar, una vez escuchada a la señora portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, a un acuerdo con objeto de que salga, por unanimidad, una proposición, mediante la transacción correspondiente, buena para los enfermos afectados por esta enfermedad, que, por las características que antes he relatado, merecen un tratamiento integral y merecen la mayor de las atenciones, precisamente por las razones que antes, con la mayor brevedad y concisión, he expuesto.

La señora **PRESIDENTA**: Tiene presentada a esta iniciativa una enmienda el Grupo Parlamentario Socialista, que será objeto de defensa por la señora López i Chamosa.

La señora **LÓPEZ I CHAMOSA**: Desde luego que nosotros creemos que traer iniciativas como esta a la comisión es positivo, pero lo lamentable es que estas cosas a veces son las que no llegan a los ciudadanos, que son las

cosas importantes que les afectan a ellos y en las que solemos ponernos de acuerdo, porque todos juntos podemos encontrar soluciones. ¿Cómo no va a estar uno de acuerdo en tomar medidas que mejoren la situación y la atención a personas que sufren una enfermedad como la esclerosis múltiple? Es razonable que lleguemos al acuerdo. Y en ese sentido mi grupo desde luego está en línea de alcanzar un acuerdo y la enmienda iba en esa dirección. A veces cuando presentamos estas iniciativas pensamos cómo solventar el problema de esta gente, pero a veces lo que se nos olvida es que tenemos un Sistema Nacional de Salud que está transferido a las comunidades autónoma, y que hay decisiones que no podemos tomar nosotros aquí, sino seguir un cauce, como es el consejo interterritorial. En esa dirección va la enmienda socialista: apoyar la propuesta del Grupo Parlamentario Popular, añadiendo que lógicamente tenemos que llevarlo al consejo interterritorial.

Como bien decía el portavoz del Grupo Popular, la esclerosis múltiple es una enfermedad que suele afectar a gente muy joven, normalmente aparece entre los 25 y 30 años, aunque también existen casos de niños y gente mayor que también la sufre, según los datos que he podido recabar de asociaciones, podríamos decir que si los pacientes son tratados y con una diagnosis adecuada y al principio de su enfermedad, un tercio de esta gente puede ir desarrollando una actividad normal sin ningún problema. Todo lo que vaya en la línea de avanzar en el diagnóstico y en facilitarles una rehabilitación, una integración, es decir, que todo aquello que vaya en la línea de conseguir que estos enfermos puedan desarrollar lo más cercano posible a una vida normal, mi grupo está de acuerdo. Por tanto, la transaccional que presentamos habla de las dos cosas que nos preocupan, es decir, que los profesionales de la sanidad conozcan y tenga una guía para que puedan hacer una diagnosis temprana y con rapidez, que los enfermos tengan el tratamiento adecuado y que además tengan acceso a una rehabilitación. También decimos que sea el Consejo Interterritorial el que discuta y tome la decisión en el marco del Real Decreto 1302/2006, a efectos de la designación de los centros de referencia que permitan que la atención continuada y multidisciplinar de los pacientes afectados sea más fácil y más rápida. Por tanto, vamos a votar a favor, y lo que pedimos a los demás grupos es que apoyen la transaccional a la que hemos llegado entre los dos grupos.

— **CON EL FIN DE MEJORAR LA SITUACIÓN PROFESIONAL Y LABORAL DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/001965.)**

La señora **PRESIDENTA**: Seguimos con el punto 5.º del orden día, que es la proposición no de ley con el fin de mejorar la situación profesional y laboral de los pro-

fesionales de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. Es iniciativa del Grupo Parlamentario Popular y será defendida por la diputada doña Elvira Velasco.

La señora **VELASCO MORILLO**: El Grupo Parlamentario Popular presenta hoy en la Comisión una iniciativa de gran importancia para los profesionales de enfermería de este país, profesionales que no solo son importantes por el número, 250.000, sino por el trabajo que desarrollan en el Sistema Nacional de Salud dentro de sus funciones en el equipo multidisciplinar y por su alta cualificación reconocida en el marco de la Unión Europea. Esta iniciativa es consecuencia de lo que viene siendo habitual en el Ministerio de Sanidad y Consumo ante la inoperancia de este y la ineficacia de la señora ministra de Sanidad con los profesionales de enfermería en particular, y con todos los profesionales en general, cuestión que no solo lo decimos desde el Grupo Parlamentario Popular, sino desde organismos representativos, agentes sociales, sindicatos o Consejo General de Enfermería. Pero los profesionales no son solo uno de los temas olvidados por parte del ministerio, sino que hay otros, como son la financiación o la cohesión entre todas las comunidades autónomas, o la ausencia en este caso de una política eficaz de desarrollo profesional integral para los profesionales de enfermería. Los enfermeros de este país manifiestan en múltiples ocasiones cuál ha sido el talante negativo del Ministerio de Sanidad y Consumo con su ministra al frente, porque no ha tenido en cuenta su desarrollo profesional, no ha desarrollado el Decreto de especialidades de enfermería 45/2005, perjudicándoles, porque aún siguen pendientes de su desarrollo siete de las nueve especialidades que reconoce, resultando ser las dos desarrolladas las ya asistentes. Después de dos años desde la publicación de este real decreto, lo único que se ha hecho ha sido nombrar a los vocales con sus presidentes y vicepresidentes para las comisiones nacionales de las siete especialidades de enfermería, y esto tras reiteradas denuncias de los representantes de estos profesionales en todos sus ámbitos, siendo las encargadas estas comisiones de, entre otros temas, los contenidos de los programas de formación de cada especialidad, así como el establecimiento de los criterios para la acreditación de unidades docentes, o serán las encargadas de decidir los criterios de homologación de títulos anteriores y la obtención de títulos de especialistas por vía extraordinaria.

Con nuestra iniciativa queremos plantear que existe una insatisfactoria respuesta institucional ante los problemas existentes en materia de carrera profesional, las funciones que debería desarrollar el observatorio de carrera profesional con respecto a los diferentes modelos —17 sobre la base de las 17 comunidades autónomas—, cuál sería el papel de dicho observatorio con respecto a los diferentes modelos de carrera profesional para los profesionales de enfermería en las 17 comunidades autónomas, qué se está haciendo desde el Ministerio de Sanidad y Consumo en materia de retribuciones de estos

profesionales o en materia de jubilaciones, derecho recogido en la Ley del estatuto marco, y una petición largamente expresada por los enfermeros, que reclaman un sistema especial de jubilación que permita la jubilaciones parciales, la opción de jubilarse a los 60 años, la asignación de puestos especiales, la exención de guardias, noches, turnos rotatorios... En fin, múltiples situaciones que deben de contemplarse de una forma clara. Por otro lado podríamos también hacer mención de qué puede pasar con respecto a las jubilaciones y cuál es su marco de actuación y de compatibilidad de la Ley del estatuto marco con el reciente proyecto de ley del Estatuto del Empleado Público aprobado recientemente en esta Cámara. También querríamos saber qué se está haciendo con aspectos como la conciliación de la vida personal y laboral cuando estamos hablando de una profesión con un grado de feminización importante.

Estos problemas y una falta de criterios comunes en el Sistema Nacional de Salud, que hacen que estos se agudicen y generen situaciones de desigualdad inaceptables, que llevan a un clima laboral de decepción profundamente desmotivador que interviene en la calidad asistencial y en el desarrollo profesional de enfermería, hacen preciso que se valoren en el Foro marco para el diálogo social, que solo se ha reunido en tres ocasiones. La última vez que se reunió fue hace más de un año. Esta no es la mejor forma de que el ministerio contribuya verdaderamente a la coordinación y cohesión del Sistema Nacional de Salud, como es su obligación, máxime en una materia decisiva como son los recursos humanos.

También me gustaría destacar otro tema, como es el número insuficiente de enfermeros, lo que agrava la situación. Estamos muy lejos del ratio por cada 100.000 habitantes que recomiendan las instituciones y organismos internacionales, y la presentación por parte del ministerio de un estudio sobre las necesidades de profesionales, que no se ha contrastado ni con los profesionales ni con las comunidades autónomas, resulta ser al mismo tiempo incompleto. En dicho estudio no se analiza en ningún momentos cuáles son las necesidades de los profesionales de enfermería, ni de los enfermeros en general ni de los enfermeros especialistas. Nosotros pensamos que para enfermería se necesita —así lo recogemos en nuestra iniciativa— un plan que defina plazos y estrategias precisas y claras con respecto a la actuación de los profesionales de enfermería, que recoja los problemas que realmente viven día a día los profesionales de enfermería, y que dicho informe que elabore el Ministerio de Sanidad sea presentado ante los representantes de los profesionales y ante el Consejo General de Enfermería, y por supuesto en el Consejo Interterritorial, donde, si queremos esa cohesión del Sistema Nacional de Salud, sería un órgano de especial presentación. Por otro lado, como se recoge en el punto tres, el Ministerio de Sanidad y Consumo debe impulsar propuestas concretas en cuanto a materias de especialidades, retribuciones, horarios, jubilaciones, carrera profesional, conciliación de la vida laboral y personal para corregir

cuanto antes la situación de los profesionales de enfermería.

Con respecto a la enmienda de sustitución que nos presenta el Grupo Socialista, tengo que decir que, en relación con el primer punto, lamento que a estas alturas, después de dos años de publicación del Decreto de especialidades de enfermería, estemos hablando de la Comisión Delegada de Enfermería del Consejo Nacional, y después de la funciones, en el segundo punto, que recogen las comisiones nacionales de especialidades. La verdad es que lo que están demostrando es que no tienen mucho interés en solucionar y en sacar adelante las especialidades de enfermería, y esto demuestra que debería de existir un impulso mayor con respecto al desarrollo de dichas especialidades. En cuanto al punto tres, podríamos estar en condiciones de aceptar parte del mismo, pero lamentamos que hasta ahora no se haya reflejado en ningún informe que se ha presentado, ni por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo ni por parte de ninguna consultoría u órgano asesor o universidad asesora del ministerio, cuáles eran las necesidades de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. Ahora quieren la participación de las comunidades autónomas, pero en ningún momento aparecen datos que afecten al número de profesionales de enfermería que hay en las comunidades autónomas, con lo cual vemos que sí es un tema que hay que abordar, pero hasta ahora no se están poniendo los medios adecuados. Nada más.

La señora **PRESIDENTA**: Tiene a continuación la palabra, para defender la enmienda del Grupo Parlamentario Socialista, doña Rosario Velasco.

La señora **VELASCO GARCÍA**: En primer lugar, y respecto a los comentarios iniciales de la intervención de la señora diputada del Grupo Popular, quería hacer una reflexión. La política de trabajo del Ministerio de Sanidad a lo largo de tres años se ha caracterizado, primero, por recuperar el sentido del ministerio en cuanto a temas de salud pública, prevención y promoción de la salud, en coordinación con el Sistema Nacional de Salud, una asignatura pendiente y que se ha situado entre las prioridades de la agenda de este ministerio y, en segundo lugar, la política de personal, el trabajo en rehabilitar determinados aspectos que estaban pendientes y encajados en cuanto a la política de personal y las profesiones sanitarias. Por tanto, nuestro grupo discrepa de las valoraciones de la portavoz del Grupo Parlamentario Popular.

Respecto a la proposición no de ley que plantea el Grupo Parlamentario Popular, comprendemos cuál es el objetivo, pero sí nos gustaría hacer una serie de reflexiones en cuanto a los trabajos que ya se está realizando, con el fin de poder llegar, si es posible, a un acuerdo, a través de una enmienda transaccional, sobre las cuestiones o los objetivos que uno y otro grupo tenemos respecto a la profesión de enfermería. Tengo que decir que en nuestro grupo parlamentario somos

conscientes de la importancia del trabajo que desarrollan los profesionales de enfermería para el buen funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, que viene determinado no solo por el número de profesionales, sino por la elevada cualificación profesional, reconocida internacionalmente.

En el marco de la consideración que merece este grupo profesional y en el interés de mantener actualizada e incluso mejorar la cualificación de los mismos, el Ministerio de Sanidad ha impulsado la especialización de las profesiones de enfermería, en primer lugar, a través de la aprobación en abril del 2005 del Real Decreto de especialidades de enfermería. Ha hecho referencia a ello la portavoz del Grupo Popular, y ha dicho que los tiempos van lentos. Yo le tengo que decir que hasta el año 2005 no se había abordado este tema, que era de especial relevancia, con lo que es necesario mantener tiempo ahora o tener un poco de paciencia para poder desarrollar cada uno de los aspectos importantes que contempla este real decreto. Por otra parte he de informarle que actualmente el ministerio está apoyando el trabajo de siete comisiones nacionales de especialidades de enfermería ya formalmente constituidas y cumpliendo sus funciones como órganos asesores tanto del Ministerio de Educación y Ciencia como del Ministerio de Sanidad y Consumo.

La presencia de enfermeros o enfermeras especialistas en el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud es una realidad, toda vez que los siete presidentes de las citadas comisiones forman parte del mismo, así como lo vocales representantes de esa titulación y de su Consejo de Colegios de Enfermería. Por tanto, el panorama que plantea la señora Velasco Morillo no es ajustado a la realidad del trabajo que está realizando el ministerio. Bien es cierto —ella hacía referencia a la falta de información— que probablemente lo que falte es la información sobre ese tipo de trabajos a esta Comisión o incluso a la sociedad y al propio colectivo de profesionales de enfermería. También le tengo que decir que, próximamente, la Comisión Delegada de Enfermería de la Comisión Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, facilitará el que se acuerden algunos criterios comunes para el desarrollo de las especialidades. En este sentido, creo importante señalar el esfuerzo innovador en la formación que se está intentando reflejar en el proyecto de real decreto que se está preparando actualmente en el ministerio para el desarrollo de determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada, como son la posibilidad de que existan unidades docentes de carácter multidisciplinar y comisiones de docencia únicas donde estén representadas todas las especialidades de un mismo centro o unidad docente. El objetivo no es otro que fomentar el intercambio y el reconocimiento mutuo entre los distintos profesionales, así como la eficacia de la utilización de los recursos del sistema, por supuesto, sin perjuicio de que cada uno de los grupos profesionales mantenga autonomía y control sobre la toma de decisiones que les son propias. Por otro

lado, los profesionales de enfermería hacía tiempo que postulaban la posibilidad de poder seguir formándose académicamente más allá del nivel de diplomados, y en este sentido también hay que reconocer que con la publicación en enero de 2005 de los reales decretos que regulan las enseñanzas de grado y de postgrado, se abren posibilidades reales para el desarrollo académico pleno de la profesión de enfermería. Esto era algo esperado y que todas las escuelas de enfermería estaban reclamando en nuestro país.

Por otra parte, respecto a la Comisión de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud, como usted sabe —y si no así se lo decimos— la ministra de Sanidad plantea elevar un estudio para conocer las necesidades reales de enfermeros y enfermeras en nuestro país. Por tanto, nosotros entendemos que en muchos de los aspectos a los que hace referencia la proposición no de ley del Grupo Parlamentario Popular se está trabajando ya y probablemente, como decía antes, falte comunicación o información al colectivo profesional e incluso a esta Comisión. Por ello, en nuestra enmienda, en el punto número 3, que es el que nos dice que podría ser aceptado, una de las cuestiones que planteamos es que se remita esa información a nuestra Comisión. Respecto a los otros puntos que plantamos en nuestra enmienda, el punto número 1 y el punto número 2, creemos que reflejan el sentir de este trabajo y también el sentir de la proposición no de ley del Grupo Popular. No obstante, como hay aspectos que ustedes quieren dejar claros a la hora de aprobar esta proposición no de ley, podríamos trabajar en una enmienda transaccional hasta que finalice la Comisión, a ver si es posible llegar a un acuerdo, ya que entendemos que el objetivo de su grupo y también el del nuestro es trabajar en pro de garantizar el estatus que corresponde a los profesionales de enfermería en nuestro país, que son tan importantes, como decía al principio, para el Sistema Nacional de Salud.

— **RELATIVA A LA CREACIÓN DE UNA ESPECIALIDAD MÉDICA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA DEL CONGRESO. (Número de expediente 161/002102.)**

— **RELATIVA A LA CREACIÓN DE UNA ESPECIALIDAD MÉDICA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/002306.)**

La señora **PRESIDENTA**: Pasamos a continuación a debatir de forma acumulada las iniciativas de los puntos 7.º y 8.º, relativas a la creación de una especialidad médica de urgencias y emergencias. Por abreviar el procedimiento, entiendo que solo están presentes en la Cámara dos grupos, por lo cual cada uno de ellos presentará su iniciativa sin que haya dobles intervenciones referidas a posibles tomas de posición respecto a

a la del otro grupo. Creo que estarán de acuerdo con que el debate se haga de esta manera. Presentada y publicada con anterioridad la iniciativa del Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra para defenderla el diputado señor Fidalgo.

El señor **FIDALGO FRANCISCO**: Estamos por fin debatiendo la proposición no de ley en torno a la creación de la especialidad médica de urgencias y emergencias, y quiero recordar que es un trámite que empezamos realmente ya hace seis años, cuando el Grupo Parlamentario Socialista presentó, declarando sus intenciones, una pregunta al Gobierno del Partido Popular en cuanto a las intenciones o a la necesidad de crear una especialidad médica de urgencias y emergencias. En aquel momento la respuesta fue negativa por una serie de razones que nosotros obviamente respetamos. Respecto al hecho de que hoy estemos debatiendo precisamente una proposición no de ley del Grupo Parlamentario Socialista a la que luego se acumuló o que fue secundada también por una del Grupo Parlamentario Popular, primero, tememos que celebrarlo, dada la evolución favorable en este sentido del Grupo Parlamentario Popular, lo que nos permite venir hoy a esta sesión parlamentaria, después de largos avatares en esta dinámica parlamentaria, porque recuerdo de que las proposiciones no de ley fueron presentadas para debate en Pleno por la importancia que creímos que tenía esta cuestión. En todo caso tenemos que agradecer y reconocer la paciencia y perseverancia y desde luego el ánimo constructivo de los médicos de urgencias en nuestro país, que a través de sus organizaciones representativas, y concretamente desde sociedades científicas como Semes, han demostrado la capacidad de entendimiento, de diálogo y dedicación, como lo hacen también los más de 5.000 médicos, especialmente hospitalarios, que día a día realizan más de la mitad de los 24 millones de atenciones urgentes de nuestro país, haciéndolo además, según el último barómetro sanitario, muy bien o bastante bien para casi el 80 por ciento de los encuestados, es decir, con una altísima satisfacción. Si a ello añadimos que los profesionales que ejercen las unidades móviles medicalizadas en emergencias, por ejemplo atendiendo a las más de 130.000 víctimas de accidentes de tráfico, tendremos un panorama claro de la importante carga de cuidado de la salud que la sociedad deposita en sus manos y en sus conocimientos, cuando hacen además su trabajo en los momentos que objetiva y subjetivamente son más críticos para los ciudadanos. Por cierto, la Comisión de Seguridad Vial, reunida en este momento, a propuesta del Grupo Parlamentario Socialista está analizando la atención de las víctimas de los accidentes de tráfico mediante la comparencia de diferentes expertos, y en esas comparencias ya se ha hecho la recomendación de una formación adecuada del personal médico.

Hasta ahora, en nuestros hospitales y servicios de emergencias la formación de urgencias y emergencias se ha realizado en la práctica con una alta dosis autodi-

dáctica más o menos tutelada y partiendo de la reconversión circunstancial, y la mayoría de las veces transitoria, de otros especialistas de distinta vocación. A pesar de ello, más del 60 por ciento de los profesionales siguen siendo médicos generalistas de amplísima experiencia, eso sí, algunos hasta con veinte años, y muchos de ellos afortunadamente ya con plaza en propiedad desde la última OPE. Como se ha visto, el sistema español de atención a la urgencia está bien valorado por los ciudadanos, pero el hecho de que casi el 60 por ciento de las atenciones se efectúe en los hospitales, el 70 por ciento de ellas además a iniciativa propia, y que unos dicen que un tercio, pero se barajan cifras entre el 30 y el 60 por ciento de esos atendidos, no se benefician clínicamente pudiendo haber sido atendidos en otros niveles, nos induce a hacer una reflexión conjunta sobre el sistema. Además, los ciudadanos muestran mil razones diferentes para acudir a los servicios de urgencia hospitalarios, y eso añade una motivación más para hacer una reflexión. En todo caso de entrada parece importante ver cuál ha sido la evolución de la atención primaria, cuál es en la práctica su misión educadora y si ha habido fallos o no en la práctica, pero lo cierto es que le queda un amplísimo campo a la atención primaria y un reto muy importante por delante.

Aun suponiendo que las cosas mejoren, es evidente que los pacientes urgentes más graves requerirán una atención integral cada vez más especializada tanto en las unidades móviles como en los hospitales. Hoy en día el 70 por ciento de los ingresos en los hospitales se realiza por urgencias, y por tanto es muy importante la formación de médicos específicamente para ello en una atención integral urgente, máxime ante el panorama más que ajustado de especialistas de otras áreas. Son necesarios más médicos de familia, más anestelistas y de otras especialidades muy concretas para los próximos años. También es verdad que en la Unión Europea al menos siete países tienen reconocida la especialidad médica de urgencias y emergencias.

Señorías, las urgencias de nuestros hospitales y la atención de emergencias no pueden ser cajones de sastre que se nutran del vaivén fluctuante del mercado de otros especialistas, tampoco habrá médicos generalistas, porque ya no hay médicos generalistas, y el peso asistencial que suponen las urgencias ha de tener asegurada la calidad que los momentos difíciles requieren, que hoy se supone por la experiencia, pero las características laborales, la evolución de las plantillas y la necesaria renovación hacen necesario tomar ya medidas que garanticen dispositivos bien dimensionados, profesionales con plena dedicación, específicamente formados y que tengan los adecuados incentivos laborales que tengan en cuenta las especiales connotaciones de su labor, tan importante socialmente. Recientemente Galicia ha reconocido esas peculiaridades de la atención urgente. Pero otro de los factores claves para esa calidad, como decíamos, y consecuente además con la realidad y la práctica del día a día, es la especialización, y así lo ha

entendido nuestro grupo al plantear hace un año, como hemos dicho, la proposición no de ley de que hoy debatimos. La vía de la troncalidad puede satisfacer diferentes visiones y dar los resultados apetecidos en pos de la mejora de la atención a los ciudadanos en el sistema. Este Gobierno así lo ha entendido también, y por eso, de acuerdo con los profesionales, viene desarrollando en continuo diálogo diversos trabajos que incluyen las propuestas de la proposición no de ley del Grupo Popular, que introducen matices y cuestiones adicionales que seguramente tienen que ver con la fecha en que fue presentada la proposición no de ley, pero que ya se vienen desarrollando en el seno del propio ministerio.

Durante esta legislatura de diálogo, ya el año pasado el informe de la Comisión técnica de formación especializada en ciencias de la salud del 21 de marzo de 2006, aprobado por unanimidad en el Pleno de la Comisión de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud, por supuesto con la participación de las comunidades autónomas, introducía una serie de conclusiones y recomendaciones que han sido tenidas en cuenta por el ministerio. En este sentido, las actuaciones desarrolladas son, por ejemplo, que tras la propuesta y designación de candidatos por parte de las comunidades autónomas, las sociedades científicas y el Consejo de Colegios Médicos, se procedió a su nombramiento por el Ministerio de Sanidad y Consumo con la finalidad de constituir el grupo de trabajo de urgencias que iniciase la reflexión con los agentes implicados, sociedades científicas, comisiones nacionales, etcétera, así como la elaboración de un documento base para la misma. El 31 de enero de 2007 se constituyó el mencionado grupo, que ha tenido varias reuniones a lo largo de este primer cuatrimestre, y que ha elaborado un documento básico sobre el contenido curricular y competencias que deben adquirir los profesionales y su coincidencia con otras especialidades existentes. El pasado mes de marzo se solicitó a las comisiones nacionales de medicina familiar y comunitaria y medicina interna la designación de tres miembros de las mismas con el fin de abordar el análisis conjunto del mencionado documento básico con los representantes del grupo de urgencias. El 17 de mayo reciente se reunió el grupo mixto de expertos de urgencia, medicina interna, y para el 20 de junio está programada una reunión del grupo de trabajo con representantes de la Comisión nacional de medicina familiar y comunitaria para la reflexión y el debate conjunto de las competencias genéricas y comunes. Por lo tanto, se está realizando ya en el ministerio un trabajo fructífero y muy importante, y ahora conviene —y a ello estamos dispuestos y por eso presentamos esta proposición no de ley— el refrendo, el aval y el apoyo parlamentario a la creación de la especialidad troncal de medicina de urgencias y emergencias. Estoy seguro de que a lo largo de la mañana podremos elaborar un texto conjunto transaccionado con el Grupo Parlamentario Popular, porque lo más importante es trasladar el refrendo y apoyo parlamentario de la manera más unánime posible.

La señora **PRESIDENTA**: Para presentar la iniciativa del Grupo Parlamentario Popular tiene la palabra la diputada señora Velasco.

La señora **VELASCO MORILLO**: El Grupo Parlamentario Popular presentó en esta Cámara ya hace más de un año una iniciativa relativa a la creación de la especialidad de urgencias y emergencias para su debate en Pleno que posteriormente estamos viendo en esta Comisión de Sanidad y Consumo. Señorías, muchas han sido las iniciativas parlamentarias que ha planteado mi grupo para conocer las medidas que estaba llevando a cabo el Gobierno sobre la creación de una nueva especialidad en medicina, la de urgencias y emergencias, porque así nos lo demandaban los profesionales que trabajan en los servicios de urgencia y emergencias del Sistema Nacional de Salud que, como muy bien decía el diputado señor Fidalgo, son más de 5.000 profesionales, y si ponemos como ejemplo mi comunidad autónoma, Castilla y León, son más de 400 los médicos que trabajan en urgencias y emergencias en esta comunidad.

Recientemente hemos leído en algún medio de comunicación noticias y artículos que recogían la situación de los servicios de urgencia, de los profesionales sanitarios que trabajan en ellos y de la percepción que tienen los ciudadanos sobre dichos servicios en el Sistema Nacional de Salud, y reflejaban también los cambios que ha experimentado la atención sanitaria prestada no solo por el número de personas atendidas sino también por la calidad de la asistencia, y demandaban cambios organizativos de nuevas estructuras capaces de ofrecer respuestas sanitarias adecuadas y adaptadas a las necesidades del momento. Pero estas adaptaciones a la demanda asistencial urgente se han hecho de una forma muy desigual en las distintas comunidades autónomas, a la par que una serie de profesionales se fueron dedicando a ella de una manera específica y exclusiva.

El Real Decreto 866/2005, de 20 de julio, establece la creación de la categoría y modalidad de médicos de urgencias hospitalarias y en su articulado se definen las funciones, jornadas, régimen retributivo, sistema de selección y se crea en el ámbito del entonces Insalud, es decir, en diez comunidades autónomas, Asturias, Aragón, Baleares, Cantabria, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Extremadura, La Rioja, Madrid, Murcia, la categoría estatutaria del médico de urgencias hospitalaria y también se establece esta categoría en las comunidades autónomas de Galicia, Canarias y Comunidad Valenciana mediante decretos autonómicos con rasgos prácticamente idénticos a la categoría creada por el Insalud. Pero esos decretos no aseguran la formación específica de los profesionales sanitarios en la asistencia urgente, que provienen de otras especialidades con un lógico déficit formativo y una situación de transitoriedad en el ámbito de las urgencias. Esto impide una mejora en la organización funcional de los servicios de urgencia, y al no disponer de un servicio docente acreditado no se garantizará un mínimo de calidad asistencial tanto para el

ciudadano como para el profesional en formación, siendo la atención de urgencias un nivel de asistencia esencial en un sistema sanitario moderno y que debe garantizar una atención de calidad prestada por profesionales que específicamente y a tiempo completo aborden de una manera integral al paciente. Para un más eficaz funcionamiento de dicho nivel resulta necesario crear la especialidad de urgencias y emergencias, así se garantizaría la mejora de la atención urgente de una forma uniforme, regulada y avalada institucionalmente desde el mismo momento de la incorporación del profesional a su puesto de trabajo. Vaya por delante mi felicitación por la organización del trabajo que vienen desarrollando, a falta de estos criterios reglados, todos los profesionales que trabajan en los centros de urgencias y emergencias del Sistema Nacional de Salud.

Muchos han sido, como decía el diputado Fidalgo, los debates que se han planteado sobre la conveniencia o no de que se cree la especialidad, por eso desde mi grupo parlamentario creemos que es importante la participación de todas las especialidades ya creadas —y felicito que se esté haciendo así por parte del Gobierno—, que vayan a formar parte de una misma troncalidad, como puede ser la de familia, internistas e intensivistas, pero se debería abordar el desarrollo de las troncalidades desde un ámbito global y no por partes, porque ahora estamos ante el desarrollo de una especialidad nueva, como puede ser la de urgencias. Como se define la LOPS, deberemos desarrollar desde una forma global todo lo que se refiere a nuestras especialidades en ciencias de la salud para definir cuáles van a ser las troncalidades y adaptarnos a la ley. Pero vayan por delante las felicitaciones por los trabajos que, aunque no de forma global, sino parcial, se están desarrollando respecto a definir esa troncalidad. Espero que posteriores trabajos no afecten a posibles y futuros desarrollos de próximas troncalidades.

Como también se ha dicho aquí, este no es un debate nuevo, desde el Grupo Parlamentario Popular incluso cuando estábamos en el Gobierno ya se abordaba y se planteaba la posibilidad de crear dicha especialidad porque, repito, es permanente la insistencia de los profesionales y sociedades como Semes de que esta especialidad sea una realidad. Pero debemos felicitarnos porque en la Comisión técnica de formación especializada en ciencias de la salud, en su reunión del día 10 de marzo del 2005, se acordó la creación del grupo de trabajo específico que aborde la necesidad, oportunidad y conveniencia de crear la especialidad de urgencias y emergencias. Desde que se decide crear ese grupo de trabajo han sido permanentes las alusiones y los apoyos de las comunidades autónomas para que se cree dicha especialidad y se han desarrollado múltiples reuniones en ese sentido. Pero nosotros, independientemente de valorar lo que allí se está haciendo, queremos insistir en temas específicos que están a la vez relacionados con lo que debe ser el desarrollo de cualquier especialidad, y más en el caso de una nueva. Estoy hablando de la crea-

ción de la Comisión nacional de la especialidad, que entendemos que debe ir a la par de que se defina crear dicha especialidad y en la que se establezca la aprobación del programa formativo y se haga un trabajo serio respecto al Ministerio de Educación y Cultura y al Ministerio de Sanidad y Consumo para abordar cuál deber ser el programa formativo y todos los aspectos que deba incluir dicha especialidad. Dada la presencia de los médicos de urgencias, es oportuno que se incorporen criterios comunes de troncalidad, como ya se ha dicho antes, respecto no solo a esta especialidad, pues ya está definidos cuáles deberían ser o cuáles son previsiblemente las especialidades que se van a ver afectadas en ese tronco común, sino que este debate previo sirva para una abordaje global del desarrollo de todas las troncalidades. También nos parece oportuno que haya un reconocimiento o un proceso de homologación, podríamos llamarlo de cualquier forma, respecto a los profesionales que ya están ejerciendo, algunos de los cuales, como ya se ha dicho aquí, llevan más de veinte años trabajando en los servicios de urgencias. Para nosotros es fundamental que haya un reconocimiento, por un lado, de los que van a acceder al sistema a través de vía MIR de esa nueva especialidad, y por otro lado un reconocimiento para los que ya vienen ejerciendo en el Sistema Nacional de Salud, sobre todo en un momento en el que las necesidades de profesionales son acuciantes, por lo que definir claramente estos apartados puede servir de motivación para que los profesionales trabajen donde realmente consideren más oportuno. Por eso instamos al Gobierno a que desarrolle el articulado del capítulo I del título II de la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias respecto a la especialidad de urgencias y emergencias, a toda su formación, en lo que coincidimos con el Grupo Parlamentario Socialista, y desde luego nos parece oportuno, y así lo hemos reflejado, que queden claros los procesos de diálogo y de consenso con todas las especialidades que van a formar parte de este tronco común. Como consecuencia del debate que ya está planteado, se creará la especialidad que sea conveniente, y debe haber acuerdo para los procesos de integración o de homologación respecto a la especialidad de aquellos profesionales que vienen trabajando en los servicios de urgencias y emergencias.

Como muy bien adelantaba el diputado señor Fidalgo, el Grupo Parlamentario Popular está en condiciones de llegar a una transaccional, que acercaremos a la Mesa, con el objetivo de aportar desde esta Comisión y desde los grupos parlamentarios algo positivo en la nueva especialidad de urgencias y emergencias para todos los profesionales. Ahora estamos hablando de los profesionales médicos, pero habrá que abordar qué pasa con la enfermería, y así conseguir una atención integral en beneficio no solo de los usuarios sino también de los profesionales que trabajan en estos servicios.

La señora **PRESIDENTA**: Me gustaría que los intervinientes de las dos formaciones políticas, puesto que se

trata de dos proposiciones no de ley, indicaran ya desde ahora, o si no para el momento de la votación, si se va a votar algún texto conjunto ya que perfectamente podría llegarse a un acuerdo a pesar de no haberse presentado enmiendas, o quieren que sean objeto de votación separada los dos, puesto que contradictorios no son, son distintos pero no contradictorios.

El señor **FIDALGO FRANCISCO**: Señora presidenta, hemos llegado a un acuerdo en una redacción transaccional que recoge básicamente las aspiraciones tanto de la proposición inicial del Grupo Socialista como de algunas matizaciones del Grupo Parlamentario Popular, y se la haremos llegar a la Mesa.

La señora **PRESIDENTA**: Señora Velasco, ¿está usted conforme?

La señora **VELASCO MORILLO**: Sí, estamos de acuerdo.

— **SOBRE LA DEMANDA DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA NOVARTIS CONTRA EL GOBIERNO DE LA INDIA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO VASCO (EAJ-PNV), GRUPO PARLAMENTARIO DE IZQUIERDA UNIDA-INICIATIVA PER CATALUNYA VERDS Y GRUPO PARLAMENTARIO MIXTO. (Número de expediente 161/002239.)**

La señora **PRESIDENTA**: Procedemos a debatir a continuación el punto que figura como 9.º en el orden del día y que es el referido a la demanda de la industria farmacéutica Novartis contra el Gobierno de India. Son autores de la iniciativa tres grupos de la Cámara, el Grupo Vasco (EAJ-PNV), el Grupo de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds y el Grupo Mixto. Tiene en primer lugar la palabra para la defensa de la iniciativa, en nombre del Grupo Vasco, el diputado señor Esteban.

El señor **ESTEBAN BRAVO**: Creemos que es un tema importante y trascendental, en el que adelanto que en principio se ha llegado, si no a una unanimidad, a un consenso amplísimo de la Cámara, puesto que estamos a la espera de ver qué posición toma el Grupo Parlamentario Socialista, pero le anuncio por anticipado una redacción transaccional, que reconvertiría el texto presentado por los grupos firmantes. Decíamos que es un asunto importante no en cuanto a los nombres y apellidos de medicamentos o de industria farmacéutica concreta que puedan aparecer en nuestra proposición, sino en cuanto a una segunda acción que está planteada ante los tribunales indios contra la legislación india de patentes. Esa es la clave de la cuestión, no estamos hablando de un medicamento determinado, sino de poner en solfa la legislación india de patentes y también la interpretación que hasta ahora había sido comúnmente aceptada de los

acuerdos de Doha y del acuerdo de derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio.

Lo que a nuestro entender ha hecho India ha sido aprovechar el texto de este acuerdo y, cumpliendo Doha, adoptar un criterio flexible para enmarcar su propia ley de patentes, a la que luego me voy a referir. India es hoy por hoy el mayor proveedor de genéricos a países en vías de desarrollo. Por ejemplo, la mitad de los medicamentos de Unicef a países pobres en vías de desarrollo tiene su origen en India; el 70 por ciento de lo que Unicef aporta en contra de la lucha contra el sida tiene su origen en India; el 90 por ciento de muchos países de África en antirretrovirales tienen procedencia en la industria genérica india. El caso que nos ocupa —el caso Novartis se ha venido a llamar, pero quiero subrayar que se trata de poner en cuestión la legislación india de patentes— ataca a una salvaguardia de la salud pública fundamental, porque Doha y el acuerdo de los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio van mucho más allá de las denominadas licencias obligatorias, también habla específicamente del criterio de patentabilidad, de que cada Estado miembro pueda determinar su propio criterio para establecer patentes y en este sentido interpretar de una manera flexible la ley. El acuerdo respalda el criterio de flexibilidad que expresamente aparece en el Adpic y además dice que quienes apliquen los instrumentos que aparecen en el Adpic pueden hacerlo o deberían hacerlo sin miedo a ser cuestionados. Luego esta flexibilidad legal está bajo los acuerdos ya no digamos de la OMS, sino de la Organización Mundial de Comercio, que en este tema puede tener una sensibilidad menor. De hecho, un informe de la Organización Mundial de la Salud del año 2006 cita la ley india de patentes como ejemplo de utilización apropiada de las flexibilidades del acuerdo de derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio. En este sentido, lo que hace la legislación india, y consideramos que es importante para la salud de millones de personas en todo el mundo, es que no pueda patentarse un medicamento cuando lo único que se ha hecho son ligeras mejoras en éste, que no sean consideradas como patentes ligeras mejoras, sino que la patente deba ser dada, por supuesto que sí, pero cuando la innovación del medicamento haya supuesto un cambio importante. Y si a lo que obliga la resolución del pleito, impulsado por una farmacéutica antes los tribunales indios, supone que esto sale adelante y que la ley de patentes indias se modifica, eso significa que muchos medicamentos que hoy no pueden obtener patente porque son ligeras modificaciones sobre el principio inicial, ahora sí serían susceptibles de que lo fueran, lo que dificultaría aún más el acceso a medicamentos de muchas personas. Hay casos de unos cuantos retrovirales, y uno, por ejemplo, el Tenofovir es un retroviral de segunda línea contra el SIDA.

Nadie se opone, y los grupos proponentes en absoluto, nadie se opone a la licencia necesaria en innovaciones y a la patente necesaria en innovaciones importantes, ni en la creación de nuevos medicamentos, y esto se ha

dado también dentro de la legislación india. La empresa Roche en el año 2006 obtuvo la patente para un medicamento que trata la hepatitis C. Pero lo cierto, y tampoco hay que perderlo de vista, es que en los últimos quince años se ha incrementado en gran medida el número de patentes, en gran medida, pero las innovaciones en materia de medicamentos han disminuido. Por lo tanto, tampoco es cierta esa supuesta incentivación automática que se produce hacia las empresas con la concesión sencilla de patentes, porque la propia existencia o la mayor facilidad de patentes que ha habido en los últimos años no se ha traducido en una mayor investigación e innovación en el mercado de medicamentos. A eso se añade otro dato, entre los años 1975 y 2004 de las nuevas sustancias investigadas, 1.556, solo 21 estaban destinadas a tratamientos de enfermedades que son mayoritarias en los países pobres. Esto en cierto modo es lógico porque no hay mercado que las incentive. Lo que es importante también es que las donaciones no pueden reemplazar a la competencia que generan los genéricos. No podemos fiar todo a las buenas intenciones y a los programas sociales de las industrias farmacéuticas, que es cierto que los tienen muchas de ellas, pero eso no puede convertirse en la base de la extensión del alcance de los medicamentos a la inmensa mayoría de la población que hoy en día no puede acceder a ellos por falta de medios económicos.

La empresa farmacéutica que ha planteado este pleito ante los tribunales indios gastó en su programa social una cantidad importante de millones, pero esa cantidad, para que nos demos cuenta de lo que supone en el montante global de las ganancias de la industria farmacéutica, solo supone el 10 por ciento de lo que gana con ese medicamento que está en cuestión ahora mismo, con el Glivec, solo el 10 por ciento de lo que gana con un medicamento. Y además estamos hablando de una industria en la que existen unos márgenes de ganancia muy amplios, y que no se verían afectados por la proposición que nosotros estamos planteando. Estamos convencidos de que todavía hay margen en las empresas farmacéuticas para incrementar el I+D, puesto que de los datos que se tienen del año 2004, de los ingresos tan solo el 14 por ciento de ellos se destinaba por parte de las empresas farmacéuticas a investigación y desarrollo.

Se trata, por tanto, en el texto que nos ocupa de apostar por Doha, se trata de apostar por acuerdos que no solo la Organización Mundial de la Salud da por buenos, y por legislaciones que no solo la Organización Mundial de la Salud ha dado por buenas, sino también la Organización Mundial de Comercio; se trata de apostar por las justicias y por unas mayores dosis era el tema que hablamos, de que esta palabra encaje bien, dosis de humanidad y de solidaridad, y sin que ello, estamos absolutamente convencidos porque sabemos todo lo que hay en juego, vaya a quebrar la economía o la investigación de la industria farmacéutica. En este sentido, el texto que sometemos como un acuerdo al que se ha llegado con otros grupos, renuncia a las menciones

específicas y lo que pretende es, leo literalmente, que se mantenga una posición activa en la escena internacional a favor del derecho de los países en vías de desarrollo a establecer su propio criterio respecto a lo que pueda ser patentado, tal como lo contempla la Declaración de Doha; en segundo lugar, la obligación de todos los miembros de la OMC a facilitar la exportación de medicamentos genéricos a todos los países pobres con escasa capacidad de producirlos propia; y en tercer lugar, estimular la innovación para aquellos tratamientos requeridos exclusivamente en los países pobres.

La señora **PRESIDENTA**: En nombre del Grupo de Izquierda Unida-Iniciativa por Catalunya Verds, tiene la palabra el diputado señor Herrera.

El señor **HERRERA TORRES**: No me voy a extender, porque el señor Esteban ha explicado precisamente el sentido de la proposición no de ley, y de forma muy correcta, pero quiero situar el contexto en que presentamos esta proposición no de ley. Esta proposición no de ley no surge de la nada, sino que surge precisamente de una pretensión de una compañía, Novartis, al interponer una demanda ante el Gobierno indio, como ustedes saben, por la práctica y la política de genéricos que este practica, y concretamente sobre un producto que es un producto de lucha contra el cáncer, un medicamento llamado Glivec. A partir de la producción de ese producto Novartis decide demandar al Gobierno indio. Nuestra preocupación no se debe a un elemento menor, sino que se debe básicamente a que esta demanda, de prosperar, podría dar al traste con una política de patentes practicada en la India y con exportación principalmente, principalmente no, totalmente, a países en vías de desarrollo, de genéricos que dan alternativas, y alternativas para situaciones de salud muy complicadas. El ejemplo más claro que está en la exposición de motivos, es el tratamiento del antirretroviral que de 100.000 dólares al año pasa a 136, garantizando en definitiva que en determinados países se pueda acceder a dichos tratamientos. Lo cierto es que existe hoy en el marco internacional una Declaración de Doha sobre los derechos de propiedad intelectual y salud pública, el acuerdo sobre derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio, el Adpic, creaba monopolios de facto con los medicamentos que venden las farmacéuticas multinacionales, y durante muchos años la aplicación estricta muy restrictiva del Adpic dejó fuera del mercado alternativas genéricas de bajo coste. Lo novedoso es que en el marco de la OMC se abordó el asunto y, en consecuencia, los miembros de la OMC aprobaron por unanimidad esa Declaración de Doha sobre Adpic, que se hizo pública el 14 de noviembre del 2001, donde se afirmaba que las normas de propiedad intelectual no debían impedir a los países proteger su salud pública y deberían promover el acceso a medicamentos para todos. Por tanto, en torno a esa declaración se estipulaba que los países en desarrollo podían hacer cumplir las salva-

guardas de salud pública, unas salvaguardas que hicieran que el derecho a patentar no impidiese el acceso a la salud de miles y miles de personas como había acontecido hasta el año 2001, y como supone el punto de inflexión de esa Declaración de Doha de 14 de noviembre de 2001. Cinco años después ahí está la demanda de una compañía que tiene nombre y apellidos, que se llama Novartis, hay que decirlo. Esta proposición no de ley tiene un origen, y un origen en un acción, y una acción de una compañía, y hay que decir en esta Cámara, no tenemos que tener miedo de decirlo, que esta compañía se llama Novartis; esa demanda que ha interpuesto podría suponer que se viese truncada una política de genéricos, que desde un punto de vista de desarrollo y de salud es fundamental.

Ustedes saben que Estados Unidos impuso en el marco del Tratado de Libre Comercio lo que se conoce como normas de propiedad intelectual Adpic plus, que debilitan o eliminan las salvaguardas de salud pública; en este caso ha sido un objetivo del Gobierno norteamericano intentar poner trabas a la producción de genéricos, y eso ha supuesto que en algunos marcos se haya primado la patente por delante del derecho a la salud. Lo que nos preocupa en el momento es que llega esa demanda, y el conjunto del Congreso y el conjunto de grupos parlamentarios nos deberíamos pronunciar en un sentido claro a favor del derecho de la salud, en definitiva con la tradición que marca este Congreso, y no creo que sea un cuestión de paternidad de los grupos parlamentarios, sino que tendría que ser una cuestión de todos los grupos. Yo recordaría además que en un pasado muy reciente diferentes parlamentos autonómicos se han pronunciado sobre la materia; lo curioso es que en parlamentos como el del País Vasco, el de Navarra, en el de Cantabria, el de Andalucía o el de Extremadura, por ponerles ejemplos, el pronunciamiento haya podido ser claro; no ha habido problemas para que estos parlamentos, con el apoyo de todos los grupos parlamentarios, se hayan pronunciado de forma muy clara respecto a lo que estaba pasando. Por eso entendimos que podíamos presentar una proposición no de ley tan clara como la proposición no de ley que habían firmado y votado los diferentes grupos parlamentarios que hoy estamos discutiendo esta proposición no de ley, tan clara como la que aquí se presenta en la que se plantea una profunda preocupación por la demanda de la industria farmacéutica Novartis contra el Gobierno de la India, y que tiene un segundo punto que apoya al Gobierno de la India.

En cualquier caso, para nosotros es fundamental no solo que haya un discusión, sino que haya mandato, y entendemos que este texto acordado y transado puede suponer un paso adelante importante, y un paso adelante importante como pronunciamiento del Congreso, de la Comisión de Sanidad, que signifique en definitiva que el derecho de los países en vías de desarrollo a establecer su propio criterio, respecto a lo que puede ser patentado, tal y como contempla la Declaración de Doha, se apoye por este Congreso en el contexto de una demanda de

Novartis y en el contexto de la aplicación de ese Adpic plus por parte del Gobierno de los Estados Unidos, porque es positivo. Segundo elemento, es fundamental que se hable de la obligación de los miembros de la OMC a facilitar la exportación de medicamentos genéricos a todos los países pobres con escasa capacidad de producir los propios. Estamos diciendo lo que dice la OMC, no somos innovadores ni estamos rompiendo ninguna regla, es más, estamos diciendo simplemente lo que se dijo en la OMC, y dijo yo que este Congreso estará de acuerdo con aquello que dice la OMC como mínimo, *at least*, como diríamos en inglés, y por último se promueva la innovación para aquellos tratamientos requeridos exclusivamente en los países pobres.

Sepan ustedes que esta misma semana, ayer mismo, había una publicidad de diferentes organizaciones no gubernamentales en la que se decía lo siguiente: todos los países miembros de la Organización Mundial de Comercio, entre ellos España, reconocieron en el año 2001 el derecho de todos los países en vías de desarrollo a acceder a medicamentos esenciales a un precio asequible; sin embargo, seis años después, hoy, en un contexto que he explicado, multinacionales farmacéuticas siguen presionando para impedir que esto sea una realidad. Mas de 500.000 personas han exigido ya a estas empresas que no pongan sus beneficios por delante de la vida de la personas. También lo han hecho, explica este anuncio, parlamentos como el del País Vasco, Navarra, Cantabria, Andalucía y Extremadura. Sigue el anuncio, sigue el requerimiento diciendo: el Congreso de los Diputados vota esta semana una resolución de apoyo al derecho de los países en desarrollo a disponer de los medicamentos genéricos esenciales que su población necesita. Nuestros diputados tienen la oportunidad de demostrar que entienden la salud como un derecho, no como un lujo.

Hoy en esta Comisión tenemos la oportunidad de demostrar que entendemos la salud como un derecho y no como un lujo. La proposición no de ley que planteábamos es lo que se ha aprobado en diferentes parlamentos autonómicos; por lo tanto, se podría aprobar si hubiese decisión política. No la hay, somos flexibles, entendemos que tiene que darse un paso adelante mediante una proposición no de ley que hemos presentado, cuya exposición de motivos será la que hemos presentado (la casuística se debe a la acción de empresa de una industria farmacéutica muy concreta, Novartis, es verdad que en el futuro pueden ser otras, pero hoy es esta), y que dice en la parte dispositiva lo que hemos acordado. Lo que decimos y lo que acordamos es cumplir con la legalidad y con lo se ha acordado en Doha, en la OMC, pero cumplir con lo que se ha acordado en Doha y en la OMC en este contexto y reiterarlo por parte de Congreso es poderoso, es importante y es significativo. Para nosotros este es el mínimo común que deberíamos aprobar, sabiendo que lo ideal hubiese sido abordar una proposición no de ley que se ha aprobado por parte de todos los grupos en diferentes parlamentos

autonómicos sin más. La importancia es que hoy se apruebe y se dé un paso adelante para cumplir con lo que exigían diferentes organizaciones no gubernamentales. Como el señor Esteban ha explicado perfectamente también muchos de los elementos que yo pensaba introducir en torno a la legislación internacional y lo que viene pasando, no voy a reiterarme porque sería repetir.

La señora **PRESIDENTA**: Era también autor de la iniciativa el Grupo Parlamentario Mixto, pero no estando ninguno de sus miembros, entiendo que otras ocupaciones en otras comisiones les habrá tenido retenidos, y, por lo tanto, pasamos al turno de enmiendas, y existen, dos presentadas al texto, una del Grupo Parlamentario Popular, que será objeto de exposición por parte del diputado señor Vadillo.

El señor **VADILLO ARNÁEZ**: Nos movemos en términos muy resbaladizos entre lo que puede ser la legalidad internacional, la legalidad nacional del propio Estado indio, el derecho a la innovación en cuanto a ser retribuido con un beneficio justo, y desde esta Comisión no podía ser menos, nos movemos desde el derecho a la vida y a la salud de las personas de todo el mundo como valor fundamental. Podemos compartir el fin último que se perseguía con la proposición no de ley que se ha presentado por parte de los grupos proponentes, el fin último es la vida humana. Desde aquí no se puede decir otra cosa más que apoyar firmemente eso, pero no compartimos la exposición de motivos y los puntos, porque detrás de ello puede haber por una parte, veo que por otras no, algún intento de demonizar a una industria, en especial la industria farmacéutica, que téngase en cuenta es el factor principal en el mundo de la innovación, la investigación y el desarrollo en fármacos, que son uno de los principales determinantes de la salud en este momento de cualquier persona, incluidas las personas que viven en los países pobres y en los países en desarrollo. Por tanto, esas demonizaciones que parece que son características de una parte de la izquierda más allá del centro, por decirlo de alguna manera, no son compartidas por nosotros, porque entendemos que la industria, con los debidos controles, produce efectos beneficiosos, y desde luego el beneficio normal legítimo no se debe privar bajo determinadas condiciones que es la legalidad internacional y los acuerdos internacionales, en este caso la Organización Mundial de Comercio, la Declaración de Doha, que es a lo que hace referencia la propuesta transaccional de la que hemos hablado entre varios grupos, respecto de este caso y de este problema. **(La señora vicepresidenta, Grande Pesquero, ocupa la Presidencia.)**

La Declaración de Doha habla claramente del derecho de los países en vías de desarrollo a establecer su propio criterio respecto a lo que puede ser patentado, tal y como contempla esta propia declaración. Esto es lo que da la salvaguarda para poder, desde países como la India,

fabricar genéricos tanto para su propio país como para el resto de los países pobres, a unos precios que les permitan a ellos adquirirlos en beneficio de la salvaguarda de la vida humana, también a las ONG cuyo trabajo maravilloso, intenso, sacrificado y de un enorme valor, porque están salvando miles de vidas en el mundo —en este caso concreto además por su implicación directa, Intermón o Médicos Sin Fronteras, a los cuales apoya desde esta Comisión de Sanidad el Grupo Parlamentario Popular—, y comprendemos sus fines y sus motivos.

Es posible llegar a acuerdos en este sentido, y por eso el Partido Popular había presentado una enmienda de modificación, porque el Congreso de los Diputados no es solo una institución que puede hacer declaraciones morales, sino que también debe tener componentes de pedir al Ejecutivo que actúe a favor de la vida humana en sus propias declaraciones o intenciones. En nuestra enmienda apoyamos clarísimamente el acuerdo por los derechos de propiedad intelectual, tratado que se firmó, incluida la Declaración de Doha en todos sus puntos. También apoyamos firmemente el respeto a la propiedad intelectual y a las patentes, respetando la legalidad internacional, porque sin innovación y sin patentes a medio plazo desaparecerían los fármacos innovadores, y por tanto correría peligro la salud y la vida de las personas en los países pobres, en los países en vías de desarrollo y en los países desarrollados. Esto es algo que hay que tener en cuenta, y por eso en mi exposición inicial hablaba de no demonizar ni atacar a una industria que produce innovación, produce fármacos innovadores, y lo que hace en todo caso es beneficiar a la vida humana más allá de otros intereses.

Nuestra propuesta, nuestra enmienda insta al Gobierno a que en el marco de la legalidad de instituciones internacionales, como la Organización Mundial de Comercio, se respete lo firmado por todos los países, incluido el Estado indio, incluida España, incluidos los países que albergan a las industrias farmacéuticas, y que se respete y se haga cumplir también la Declaración de Doha, pero esto hay que hacerlo desde una postura proactiva, palabra tan de moda, también por parte no solamente de este Congreso de los Diputados, sino del Gobierno de la nación para promover a nivel internacional, que es el último punto de nuestra enmienda, que la industria farmacéutica, el Gobierno de la India y otros gobiernos alcancen soluciones que, por un lado, beneficien a los enfermos, primer objetivo: beneficiar a los enfermos, proteger la salud y la vida de estas personas de los países más pobres, y que, por otro lado, no menoscaben los derechos de la propiedad intelectual. Ambas posturas son conjugables, todo se está moviendo dentro de la legalidad internacional. Quisiera recordar que Novartis, o la industria farmacéutica, no ha presentado una demanda ante tribunales internacionales, sino que la ha presentado en tribunales del Estado de la India respetando la legalidad de la India; no se puede demonizar a una industria farmacéutica por presentar en el propio país una recurso sobre esta materia, aunque sí nos puede

preocupar el resultado final que pueden tener este conflicto de legalidades que existe en el Estado indio. Entre todos se debe buscar una solución; el Gobierno del Estado, el Gobierno de España debe tener una predisposición activa a buscar un acuerdo entre la industria y los países afectados por esto, en busca precisamente de lo que es la vida y la salud, pero sin olvidar que la innovación, la investigación y el desarrollo en materia farmacéutica es uno de los pilares de la salud y la vida de estas mismas personas, y también de los que estamos en los países desarrollados.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Grande Pesquero): Para la defensa de la enmienda presentada por Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la diputada doña Carmen Montón.

La señora **MONTÓN JIMÉNEZ**: Hoy estamos debatiendo sobre la demanda de la industria farmacéutica Novartis contra el Gobierno de la India. En primer lugar, expreso la preocupación y el interés que en mi grupo tenemos sobre este tema, y aquí queremos dar un paso adelante. Esta es una PNL que también se está trazando su propio camino en otras comisiones, como en la Comisión de Cooperación al Desarrollo, pero independientemente de esto, una vez que está en nuestra Comisión, en la Comisión de Sanidad, además deberíamos darle un enfoque más de salud, otorgando más protagonismo al papel de la Organización Mundial de la Salud, por lo que partiendo de lo expuesto en la exposición de motivos, lo que pretendemos en mi grupo es pronunciarnos de una forma global y clara respaldando a Doha, por supuesto, y dando un paso más apoyando a la Organización Mundial de la Salud, que en la VI Asamblea, del 23 mayo de 2007, de este mismo mes, aprobó el punto el orden día 12.20. Esta VI Asamblea, de 23 de mayo, se ha celebrado recientemente, incluso con posterioridad a la presentación de esta PNL, por lo que nosotros queremos poner mucho el acento en los puntos y en los acuerdos a que se han llegado en esta asamblea. **(La señora presidenta ocupa la Presidencia.)**

Es muy importante para nosotros, por tanto, incluir la postura que ha adoptado la Organización Mundial de la Salud, que mira más allá de lo que es la OMC, la asume y la mejora. La postura, la resolución que se aprobó en la VI Asamblea ha sido respaldada, da satisfacción a nuestro país, a la Unión Europea, pero también, y esto quiero resaltarlo, tiene el voto favorable de Brasil, que un país que como todos sabemos tiene mucha preocupación en este asunto, y también tiene el voto favorable de la propia India, y esto para nosotros es muy, muy significativo; la única oposición que ha tenido esa resolución es la de Estados Unidos. Por tanto, queremos respaldar este acuerdo internacional por el que han apostado además de la Unión Europea y nuestro país, Brasil y la India, que en estas cuestiones tienen mucho interés y muchos que decir. Nuestra filosofía es que la Organización Mundial de la Salud debe adoptar un papel más

activo en la búsqueda de un equilibrio entre la protección de la innovación y el acceso de los ciudadanos de los países menos desarrollados a medicamentos esenciales, que de eso se trata, de los países menos desarrollados. En este sentido, tenemos una enmienda de sustitución que creo que conocen todas SS.SS., por lo tanto no la leeré, que expresa el respaldo a la resolución de la asamblea de la Organización Mundial de la Salud, pero no solamente que expresa un respaldo, sino que insta a la acción, insta a la acción a nuestro propio Gobierno para que apoye aquellas medidas que se requieran en el cumplimiento de la citada resolución. Vemos el documento de la resolución a la que estoy haciendo referencia durante la intervención, de la VI Asamblea, y con esto no estamos apoyando otra cosa que un proyecto de estrategia mundial y plan de acción que proporciona un marco, a medio plazo, basado en recomendaciones de la Comisión de Derechos de Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública, así como una base más firme y sostenible a las actividades de investigación y desarrollo esenciales y orientadas por las necesidades concernientes a las enfermedades que afectan de manera desproporcionada a los países en desarrollo, se proponen objetivos claros para la investigación y el desarrollo, y se estiman las necesidades de financiación en esta esfera. Eso es lo que queremos apoyar con nuestra enmienda.

También es importante hacer referencia a dos puntos de este documento, tan solo haré referencia a esos dos puntos. Uno de ellos dice que se proporcione, en colaboración con otras organizaciones internacionales competentes, apoyo técnico y normativo a los países que deseen acogerse a las flexibilidades previstas en el acuerdo sobre los aspectos de los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio y otros acuerdos internacionales, a fin de promover el acceso a los productos farmacéuticos y aplicar la declaración ministerial de Doha relativa al acuerdo sobre los Adpic y la salud pública, y otros instrumentos de la OMC. Y también queríamos enfatizar el otro punto, el punto número 4 de esta resolución, que dice: que aliente la formulación de propuestas relativas a actividades de investigación y desarrollo orientadas a satisfacer las necesidades, incluidos diversos mecanismos de incentivos, en que se afronte también la vinculación entre los costos de investigación y desarrollo y el precio de los medicamentos, vacunas, kits de diagnósticos y otros productos de atención sanitaria, y la elaboración de un método orientado a adaptar la combinación óptima de incentivos para una determinada situación o producto, con el fin de tratar las enfermedades que afectan desproporcionadamente a los países en desarrollo. Eso es lo que queremos apoyar con esta enmienda: sí a la investigación, sí a Doha y sí la resolución de la Organización Mundial de la Salud.

En conclusión, queremos reafirmar la posición expresada por la Organización Mundial de la Salud, reconociendo el derecho de los Estados a utilizar de forma plena las garantías del acceso a medicamentos esenciales, muy especialmente frente a pandemias y otras emergencias

sanitarias, como recoge Doha y como recoge, y lo vuelvo a repetir, la VI Asamblea de la Organización Mundial de la Salud. En definitiva, es el apoyo a medidas que faciliten la disponibilidad de medicamentos en los países en desarrollo; eso es lo que nos une a todos los grupos. Estamos trabajando para llegar a una transaccional, que espero que llegue a buen puerto, pero queda todavía nuestra enmienda, y como confío en que podamos tener más conversaciones, lo dejó aquí.

La señora **PRESIDENTA**: Entiendo que el señor Xuclà quiere fijar la posición de su grupo. Tiene por tanto la palabra.

El señor **XUCLÀ I COSTA**: Aunque no haya presentado este grupo parlamentario enmiendas, sí que tiene interés en fijar la posición en esta tema que es importante y que discutimos esta mañana en la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados; de hecho, es un debate que ha migrado desde la Comisión de Cooperación al Desarrollo, donde ya se debatió hacia esta Comisión de Sanidad, donde ciertamente debería tomar un enfoque, primero, de acuerdo con la legalidad internacional —yo creo que todos estamos en el marco de la legalidad internacional en nuestras intervenciones y en nuestros planteamientos— pero también desde un punto de vista de solidaridad, evidentemente, y desde un punto de vista de lo que nos une a todos, que es la cooperación para el desarrollo y para el apoyo sanitario a los países en vías de desarrollo.

Permítanme que haga una declaración inicial en la que no hago nada más que reiterar aquello que mi grupo sostuvo ya en la tramitación de la Ley del Medicamento y en otros debates en esta Comisión. Mi grupo parlamentario, y creo que cualquier grupo parlamentario con sentido común, es partidario de la innovación y es partidario de los actores que la desarrollan. Sin duda esta innovación la pueden desarrollar y la desarrollan los poderes públicos a nivel estatal, la pueden desarrollar y la desarrollan de forma creciente las organizaciones internacionales dedicadas a la salud, como bien se ha apuntado hace un momento, pero también las dedicadas al comercio; las distintas rondas de Doha y los acuerdos de la Organización Mundial del Comercio facilitan el objeto último y el fondo de la cuestión que hoy discutimos. Mi grupo parlamentario un vez más quiere reiterar que es partidario de los actores públicos y privados que apuestan por la innovación, porque, señorías, la innovación de hoy serán los medicamentos genéricos de mañana.

Una segunda consideración. Mi grupo parlamentario está a la espera de una transaccional, a la espera de alguna referencia sobre la proximidad de criterios entre la transaccional que ofrecen los grupos proponentes y el planteamiento de la mayoría. En todo caso, mi grupo parlamentario no habría votado, y no lo hará si así se somete a votación, la proposición no de ley en sus términos iniciales, no votaría favorablemente al plantea-

miento de que este Congreso de los Diputados discuta sobre una querrela muy importante y muy relevante, desde un punto de vista jurídico e incluso político, pero una querrela entre una empresa y un Estado concreto, que es la India. Un portavoz de los grupos proponentes hablaba de nombres y apellidos; bien, podemos hablar de Novartis y podemos hablar de Novartis y de India. De hecho, en muchas comisiones de este Congreso de los Diputados se debaten de casos concretos y en la Comisión de Asuntos Exteriores del Congreso de los Diputados fijamos posición sobre temas que están en las antípodas geográficas de España. Pienso que es oportuno tomar posición sobre situaciones concretas, pero no sobre esta querrela concreta. Y puestos a hablar de todo, puestos también a hablar de lo políticamente incorrecto, debemos recordar que en estos momentos el 99 por ciento de los enfermos que toman el medicamento que impulsa todo este debate, el Glivec, en India, lo reciben de forma gratuita de la empresa Novartis, que en 80 países del mundo lo reparte de forma gratuita. Si alguien nos interpelara o me interpelara sobre si esta gratuidad por parte de Novartis es tributaria y fruto de la presión de organizaciones y de las ONG, seguramente la respuesta sería que sí. Pero yo creo que hoy no debe ser objeto debate la querrela concreta, sino el debate de fondo. Es un debate de fondo, señorías, en el que por otra parte nos podemos reiterar, votando una resolución hoy en esta Comisión de Sanidad, pero todos estamos de acuerdo con el marco fijado por parte del Adpic, del acuerdo de los aspectos de los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio aprobados por parte de la Organización Mundial del Comercio.

Debo decirles también que la casuística concreta, el caso concreto, sólo ha sido votada por otro país miembro de la Unión Europea —los otros países no lo han votado—; que ciertamente algunas comunidades autónomas han entrado en esta materia; que en el Parlamento Europeo, justamente hoy —no tenemos noticias porque el plazo se termina hoy por la tarde— se termina el plazo para que la mitad más uno de los eurodiputados firmen una declaración sobre este caso. Hace unos días no se conformaba esta mayoría, pero en todo caso sería bueno, es bueno, y va en el tono de la transaccional que defienden los grupos proponentes, que salgamos de la casuística concreta para plantearnos el debate global. Y el debate global no es nada más —si ustedes quieren, lo podemos redactar, transaccionar y votar— que estar de acuerdo con aquello que España, como Estado miembro de la Ronda de Doha, ya ha acordado, que es la posibilidad de que los Estados en vías de desarrollo acepten y definan el concepto de patente y abran las puertas más o menos a algunas empresas.

Podemos votar el punto 3, que hace referencia a instar al Gobierno a estimular la innovación para aquellos tratamientos requeridos exclusivamente en los países pobres. Mi grupo parlamentario está absolutamente de acuerdo con votar esto. Por otra parte, afortunadamente, están las organizaciones internacionales, las que tienen

la dimensión de política sanitaria, como decía la señora Montón: la Asamblea Mundial de la Salud, el acuerdo del día 23 mayo del 2007, el acuerdo de Brasil, India y Unión Europea; también el Gobierno de España. Si ustedes quieren, nos podemos reiterar sobre lo que ya se ha votado en la Asamblea Mundial de la Salud. Y nos podemos reiterar también votando una transaccional sobre aquello que España ya ha firmado y con lo que está de acuerdo, que es el Adpic, un acuerdo que permite, a través de una apuesta no sanitaria, sino de la Organización Mundial del Comercio, la flexibilidad, precisamente para hacer posible que los países en vías de desarrollo tengan acceso, porque este es el debate clave, a medicamentos que de forma especial afecten a estos países pobres.

Señorías, como muy bien ha apuntado la diputada Montón, aún estamos pendientes de una transaccional. Yo solo quiero subrayar y poner en valor la notable proximidad entre la redacción de los grupos proponentes y la complementariedad con lo que propone el Grupo Parlamentario Socialista. A nosotros nos gustaría poder llegar a un punto de consenso absoluto entre los distintos grupos parlamentarios y nos ponemos a su disposición para intentar aproximar posiciones. Queremos finalmente subrayar que no hay tantas discrepancias entre la redacción de los grupos proponentes. Por cierto, cuando habla el derecho de los países en vías de desarrollo a definir los criterios para que algunos medicamentos sean patentados, define una medida de protección de estos países, pero también —y me pongo en plan especulativo— define una medida de posible distanciamiento de algunas empresas farmacéuticas hacia estos países. Cierro paréntesis. En todo caso, este es un instrumento contemplado en la Declaración de Doha, y a mí me parece que esta Comisión de Sanidad y Consumo puede reiterar aquello en lo que España, como Estado miembro de la OMC, ya se ha puesto de acuerdo. No hay tanta distancia —insisto— entre la posición de los grupos proponentes y la posición del Grupo Parlamentario Socialista y espero que sea posible un acuerdo final.

La señora **PRESIDENTA**: Les exhorto a que en el tiempo que queda hasta que se produzca la votación intenten ustedes llegar a un acuerdo en materia tan relevante. No obstante, con los términos de la transacción que ha sido entregada a la Mesa y las intervenciones de los señores disputados —lamento, señor Xuclà, que no me esté escuchando— quiero volver a exhortarles a llegar a un acuerdo, porque sería bueno, por la entidad de lo que estamos debatiendo, pero entiendo que por lo menos en los términos en que ha sido trasladada a esta Mesa y ha sido expuesta por los presentadores de la iniciativa, el texto de la transacción puede que sea cercano, pero desde luego me parece que lo que se pretende es la sustitución de un texto por otro, no exactamente el añadido. Ustedes me dirán si es posible llegar a ese acuerdo; tienen ustedes tiempo hasta la hora en que está fijada la votación.

— **SOBRE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA DEL CONGRESO. (Número de expediente 161/002276.)**

La señora **PRESIDENTA**: Siguiendo punto del orden día, que es el referido a los trastornos del sueño. Se ha presentado una iniciativa por parte del Grupo Parlamentario Socialista, que va a ser objeto de presentación y defensa por la diputada doña Pilar Grande.

La señora **GRANDE PESQUERO**: Aprovechando que llevamos una intensa mañana de trabajo con temas muy importantes, como el último que acabamos de tratar, y que SS.SS. están todos bien despiertos y bien despiertas, voy a hablar del sueño. El sueño es la acción de dormir, es un estado de reposo fisiológico del organismo durante el que existe una inacción relativa del cuerpo con ausencia de movimientos voluntarios, pero durante el cual el cerebro sigue manteniendo un activo y complejo proceso; ocupa el sueño un tercio de la vida del ser humano. Solo durmiendo bien se puede estar bien despierto y una mejor calidad de sueño es determinante para una mejor calidad de vida. El sueño es necesario para la supervivencia del organismo, dormir es una necesidad biológica que permite restablecer las funciones físicas y psicológicas esenciales para un pleno rendimiento, aunque las causas exactas de por qué necesitamos dormir todavía no son bien conocidas.

La engañosa inactividad del sujeto durmiente quizá haya alejado durante mucho tiempo la curiosidad de la ciencia sobre el dormir. En la historia de la medicina occidental no encontramos referencias al sueño y sus patologías hasta el siglo XIX. Podemos decir que el moderno estudio del sueño como actividad fisiológica no se inicia hasta el descubrimiento de la encefalografía en 1929 por el psiquiatra alemán Hans Berger. Gracias a esta técnica se pudo comprobar que la actividad del cerebro sufre importantes cambios mientras duerme, con periodos incluso más activos que durante la vigilia. Entre los años 1950 y 1960 se consensuaron las normas para la identificación de las fases de sueño en adultos, que son las que hoy todavía manejamos. También sabemos que durante la noche se suceden de tres a seis ciclos diferentes de sueño. A pesar de que hoy en día se sabe que durante el sueño existe una función de restauración metabólica, secretándose hormonas y sintetizando proteínas que contribuyen a la producción de células nuevas y a la regeneración de los tejidos, además de jugar también un papel en la regulación del sistema inmunitario, a pesar de todo ello, este tiempo es considerado muchas veces como un tiempo perdido. La mayor parte de las personas no concede a dormir bien la importancia adecuada. Pero es que, además, el sueño tiene funciones psíquicas...

La señora **PRESIDENTA**: Perdona, señora Grande. Ruego a los negociadores que hablen en el pasillo, por favor. Señora Grande, continúe.

La señora **GRANDE PESQUERO**: Ve como yo tenía razón cuando decía que estaban bien despiertos y bien activos. Decía que, además de las funciones fisiológicas a las que me he referido, el sueño tiene funciones psíquicas. Sabemos que está implicado en procesos de consolidación de la memoria y que durante la fase REM se procesa información. Es bien conocido que algunas grandes ideas de personajes ilustres han surgido durante el sueño o en el momento de levantarse; hay alguna obra de Paganini incluso que explicó que la había soñado y la había escrito al levantarse. Tampoco podemos olvidarnos de la estrecha relación entre el sueño y las alteraciones del estado de ánimo, como las depresiones, o el aumento de actividades, tal como el estrés. Sin embargo, dormir mal no suele ser por el momento motivo para acudir al médico y tanto la somnolencia diurna como el insomnio se suelen atribuir al tipo de vida de vida que llevamos, lleno de estrés y de exceso de trabajo. Dormir poco sigue teniendo mejor fama que lo contrario. Se sigue pensando que dormir poco es de gente inteligente y dormir mucho, de perezosos. Pero puede que no sea del todo así, porque, si recordamos, Unamuno o Einstein eran bastantes conocidos por ser unos buenos dormilones.

Hoy en día están identificados más de 80 trastornos del sueño diferentes, que afectan a un gran número de ciudadanos. Los estudios estadísticos nos dan algunos datos significativos; por ejemplo, el 40 por ciento de los españoles duerme mal, es decir, de cada diez españoles, cuatro duermen mal y solo el 14 por ciento es consciente de ello; esto es todavía más grave. El 63 por ciento tiene somnolencia diurna, lo que afecta a su calidad de vida. El 80 por ciento de los que tienen problemas de sueño no pide ayuda especializada. El 11 por ciento toma medicación para dormir. El 20 por ciento reconoce dormir menos de lo necesario y el 10 por ciento de la población española tiene insomnio crónico. Posiblemente en el campo de la salud pública casi no encontramos patologías que afecten a tanta población que tengan tantas repercusiones sociosanitarias y en las que en los últimos años se haya avanzado tanto en su conocimiento. Los trastornos del sueño son típicos de sociedades desarrolladas, hoy se duerme una media de hora y media menos que a principios del siglo XX. Trastornos como la apnea obstructiva del sueño suponen un factor independiente del riesgo cardiovascular asociado a la hipertensión arterial y a la isquemia cardiaca y cerebral. Suponen también un mayor riesgo de padecer otras enfermedades, lo que incide en el deterioro de la calidad de vida, además de aumentar el gasto sanitario por el incremento de frecuentación y la presencia de secuelas de las diferentes patologías asociadas. Además, la somnolencia diurna está presente en uno de cada cuatro accidentes de tráfico y conducir después de estar despierto unas diecisiete horas produce los mismos efectos sobre el organismo que hacerlo con 0,5 grados de alcohol en sangre.

Los trastornos del sueño se pueden dividir en cuatro grupos: aquellas enfermedades que se asocian a excesiva somnolencia diurna, como la apnea del sueño o la narcolepsia; aquellas que cursan con imposibilidad de dormir, como el insomnio o el síndrome de piernas inquietas; las que alteran el reloj biológico, que controla los ritmos circadianos, lo que conocemos como el jet-lag; y los fenómenos o conductas anormales durante el sueño, como el sonambulismo. Como vemos, un sinfín de patologías diversas y que afectan a una gran cantidad de población, que podemos incluir en la llamada medicina del sueño, que ya está reconocida como especialidad en algunos países, por ejemplo, Alemania o Estados Unidos, y que en España tiene un marcado carácter multidisciplinar, implicando a diferentes especialidades y con grupos importantes investigando, por ejemplo, el síndrome de la apnea del sueño, el síndrome de piernas inquietas o las patologías infantiles.

Quiero en este punto resaltar el trabajo de una sociedad científica que existe en España desde el año 1991 como es la asociación ibérica de patologías del sueño, vinculada a la Sociedad Europea de Investigación sobre el Sueño, y que está formada por profesionales sanitarios de diferentes especialidades, médicos, psicólogos y enfermeros, dedicados al sueño y que llevan años trabajando en nuestro país para que la medicina del sueño adquiriera la importancia y relevancia necesarias en cuanto a la asistencia, formación e investigación. Esa misma intención es la que nos ha llevado a presentar esta proposición no de ley.

Antes de terminar, señora presidenta, hay algo que me parece de vital importancia y en lo que quiero detenerme brevemente, como son las patologías del sueño en los niños y en los adolescentes. Sabemos que entre el 25 y el 46 por ciento de la población infantil puede llegar a presentar algún tipo de trastorno. Los despertares nocturnos afectan hasta a un 42 por ciento y la excesiva somnolencia diurna se encuentra presente en el 11,5 por ciento de los niños entre 4 y 7 años y en 15,3 por ciento de los adolescentes de 15 años. Vemos que los problemas son frecuentes y que tienen consecuencias importantes en la salud del niño y en su entorno. Más aún si son niños de estatus socioeconómico bajo, en los que está demostrado que la recuperación de un problema de sueño mantenido es mucho más difícil que en el resto de los chiquillos. Los trastornos del sueño en la infancia y en la adolescencia tienen como consecuencias, entre otras, problemas de conducta, con aumento de la agresividad, y por tanto peor socialización, reducción de la velocidad de procesamiento de la información, menor atención, peor rendimiento, dificultades de memoria y mayor fracaso escolar en definitiva. Se puede afirmar que los niños con trastornos respiratorios durante el sueño tienen una disminución de su coeficiente intelectual medio, y así hay estudios que lo demuestran. En definitiva, señorías, alteraciones académicas, cognitivas y conductuales. Siendo patologías importantes todas ellas, son problemas prevenibles con medidas de educación sanitaria y, si los

trastornos al final se presentan, cada uno de ellos tiene su tratamiento, el cual incide positivamente en la menor frecuentación de las consultas, en una mejora importante de la calidad de vida del niño y en que los padres estén muy agradecidos.

Todo lo que hemos descrito, tanto en niños y en adolescentes como en adultos, nos conduce a creer que el cuidado del sueño y el conocimiento de sus patologías es cada vez más importante y que exige la participación de todos los agentes que trabajan en el campo de la salud pública, más aún cuando la mayor sensibilización de la sociedad frente a estos trastornos ha hecho que aumente enormemente la demanda asistencial en este tipo de patologías y, al igual que en otros países de nuestro entorno, se han producido largas listas de espera, poniendo de manifiesto una serie de carencias y necesidades de nuestro Sistema Nacional de Salud en este campo. Por todo ello, el Grupo Parlamentario Socialista ha creído no solo oportuno sino absolutamente necesario presentar esta proposición no de ley que ya conocen SS.SS. y que espero que cuente con el respaldo y el apoyo que algunos grupos nos han mostrado. Quiero ya aprovechar para decir que ha presentado una enmienda el Grupo Popular y que nosotros hemos hecho una transaccional, que espero que tenga el apoyo mayoritario de la Cámara.

La señora **PRESIDENTA**: Efectivamente, existe presentada una enmienda del Grupo Parlamentario Popular, que va ser objeto de defensa y exposición por el diputado señor Martín Soledad.

El señor **MARTÍN SOLEDAD**: En primer lugar quiero agradecer a la señora portavoz del Grupo Parlamentario Socialista esa referencia poética a la autoría de determinadas grandes obras durante el dormir, pero científicamente tengo que demostrarle todo lo contrario, dado que en dos de las fases del sueño lento, así como en el sueño rápido, es imposible retener en la memoria aquello que nos ha sucedido. Por lo tanto, difícilmente vamos a tener facilidad para que el sueño nos sirva como fuente de inspiración. Ojalá.

Yo intervengo para defender una enmienda, que, tras negociación con la señora Grande, ha sido objeto de transacción. Porque el problema de los trastornos del sueño hay que enmarcarlo dentro de lo que es realmente una manifestación sintomática de otras cosas, y que en el sistema sanitario español está generando algún tipo de problema secundario, dado que la universalización de la prescripción y la facilidad para acudir a los profesionales, junto con un problema derivado de esta universalización, como suele ser los pocos tiempos asistenciales que tienen los profesionales de la salud en asistencia primaria, la escasez de las unidades del sueño especializadas o la dificultad en tiempos de espera y en dificultad de acceso de determinados pacientes tanto a consultas especializadas de neurología como de psiquiatría, han producido un hecho puntual que es muy rele-

vante. Es tan relevante como que la prescripción de medicaciones hipnóticas y medicaciones ansiolíticas en este país —en otros posiblemente también pero en este país está meridianamente contabilizado— empieza a ser un factor preocupante. En el año 2006, me ha parecido leer que se dispensaron un total de 30 millones de envases de medicaciones hipnóticas o ansiolíticas, por un importe total de unos 7.000 millones de las antiguas pesetas. Hay que recordar también que esa presencia masiva de este tipo de medicaciones dentro de los botiquines domésticos está condicionando que gran parte de los errores posológicos o incluso de las tentativas autolíticas se estén produciendo con este tipo de medicaciones. Al mismo tiempo quiero decirles que la indicación más frecuente de este tipo de medicaciones es para corregir aquellos insomnios transitorios; es decir, son medicaciones que no deberían prolongarse en el tiempo sin tratar la causa que ha producido como síntoma, sigio insistiendo, ese insomnio.

La redacción de la enmienda que había presentado nuestro grupo parlamentario no iba a restar importancia a los trastornos del sueño en la sociedad actual, sino que lo que pretendía era complementar un poco las labores que tenía este grupo de estudio multidisciplinar, integrado por profesionales de todas las especialidades relacionadas con el tema que tiene consecuencias sobre los problemas del sueño. También pretendía concienciar un poco sobre el problema que se está planteando, que es un problema que tanto los médicos de asistencia primaria como los médicos de asistencia especializada vivimos en el día a día; nos quejamos por esa facilidad con la que este tipo de medicamentos se encuentran dentro de los botiquines domésticos.

Señorías, he tenido todas las facilidades por parte de la portavoz socialista para que esas inquietudes quedaran reflejadas dentro de la enmienda transaccional que hemos presentado a la Mesa y hacer mayores abundamientos sobre lo expuesto por la portavoz señora Grande sería baladí. Por lo tanto, únicamente quiero manifestar que todas aquellas iniciativas que vayan encaminadas a potenciar, a mejorar, a ayudar a conseguir esos mayores niveles de salud y esos mayores niveles de calidad asistencial serán bienvenidos y serán apoyados por este grupo parlamentario.

La señora **PRESIDENTA**: Quiero poner en conocimiento de los miembros de la Comisión que el portavoz del Grupo Parlamentario Popular ha aludido a iniciativas en la materia. En fecha breve, que tendremos que determinar, pero por acuerdo de la Mesa y portavoces, se celebrará en esta Cámara una jornada dedicada a analizar las patologías del sueño y qué calidad tiene el sueño, no solo de SS.SS., sino del conjunto de los trabajadores de la Cámara. Será como en otras ocasiones, en las que ha habido jornadas de donación de sangre, o relacionadas con el ictus, o que se han hecho pruebas en relación con la insulina u otras patologías posibles en los ciudadanos o ciudadanas de mediana edad que componemos esta

Cámara, y es interesante que todos ustedes colaboren y que si es posible contesten a los cuestionarios o participen en el equipo de actuación que los especialistas en la materia tenga a bien realizar. Se fijará la fecha y será oportunamente anunciada.

— **RELATIVA A LA PROMOCIÓN DE MEDIDAS URGENTES RELACIONADAS CON LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA DEL TRABAJO. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/001962.)**

La señora **PRESIDENTA**: Señorías, nos queda un punto en el orden del día, que era el que figuraba como número 4: proposición no de ley relativa a la promoción de medidas urgentes relacionadas con la especialidad de medicina del trabajo. Es iniciativa del Grupo Parlamentario Popular y le correspondía su defensa al diputado señor Sánchez Fierro.

El señor **SÁNCHEZ FIERRO**: Señorías, en el otoño pasado el Grupo Parlamentario Popular presentó una proposición no de ley relativa a la promoción de medidas urgentes relacionadas con la especialidad de medicina del trabajo. Nuestro grupo presentó esta proposición en línea con los acuerdos entre los agentes sociales y el Gobierno, que tenían como objetivo promover reformas en el mundo laboral. En nuestro caso lo que planteábamos eran medidas que pudieran contribuir a que el empleo existente y el que pudiera crearse en el futuro fuese de calidad. En definitiva, de manera muy especial, que fuera acorde y sensible a los postulados de la salud laboral. Con posterioridad a la presentación de nuestra proposición, las organizaciones sindicales y empresariales acordaron un nuevo cuadro de enfermedades profesionales para adecuar nuestra legislación a lo establecido en el listado europeo. Tal acuerdo se tradujo en la aprobación de un real decreto de 10 de noviembre del año pasado, que merece por tanto considerarse como un hecho muy relevante. Tan relevante como el reciente proyecto de ley del Estatuto del trabajo autónomo, que fue aprobado por un amplio consenso en el Congreso y que está ya en este momento en tramitación en el Senado. En este caso, en el Estatuto del Trabajo Autónomo, se pone el acento, en su artículo octavo, en la salud laboral de estos trabajadores autónomos que con frecuencia son marginados de este tipo de políticas. Hay que recordar que en España hay más de tres millones de autónomos y que por tanto merecen una especial atención, siguiendo también así recomendaciones de la propia Unión Europea.

Otro hecho que consideramos relevante, y que está en la base misma de nuestra proposición no de ley, es que hace diez años en España había 13 millones de trabajadores afiliados a la Seguridad Social y hoy, según los datos oficiales, rebasan los 19 millones. Sin embargo, el número de médicos del trabajo práctica-

mente se mantiene, cosa que nos preocupa porque es necesario que haya recursos humanos suficientes para hacer frente a estas nuevas necesidades. En este momento puede haber del orden de 5.000 ó 5.500 médicos del trabajo, pero una parte de ellos se va a jubilar en los próximos cinco años y otra parte está en tareas o labores distintas de la medicina del trabajo en sentido estricto. Por tanto, es necesario dirigir nuestra mirada a ver si la oferta médica que en este momento hay en medicina del trabajo es la adecuada o es insuficiente. Ciertamente, a razón de 75 plazas por año, aunque este año se han aumentado a 100, es muy difícil que podamos llegar al objetivo que algunos especialistas señalan, en torno a los 9.000 médicos del trabajo. En todo caso, creemos que hay razones suficientes para establecer, mediante un conjunto, de medidas todo un plan que tenga en cuenta las necesidades que en el ámbito de la medicina del trabajo tiene nuestro Sistema Nacional de Salud, y que en definitiva tienen los trabajadores en las empresas, por una parte, para estudiar el riesgo y las patologías derivadas de las circunstancias que están vinculadas mundo del trabajo y, por otra parte, para adoptar cuantas medidas sean precisas para preservar la salud. Hacerlo así es ser coherente con políticas comunitarias que nos obligan, como las aprobadas recientemente, concretamente en febrero de este año 2007, en la estrategia europea de salud y seguridad laboral. Afortunadamente, en España los agentes sociales han sido sensibles a estas medidas que impulsa la Unión Europea y parece que en breve estaremos en presencia de una estrategia española en materia de salud y seguridad en el trabajo. Pero es evidente que para hacer frente a estas necesidades y para cumplir con estas normas comunitarias y esta estrategia española cuando se apruebe no son adecuadas las improvisaciones ni tampoco los voluntarismos. Es bueno que exista respaldo de sindicatos y de organizaciones empresariales a la medicina del trabajo, pero no lo es menos que haya conciencia de esta necesidad por parte del Sistema Nacional de Salud, en particular de la comisión de recursos humanos y del propio consejo interterritorial, que deberían abordar este tema con un conjunto de medidas debidamente articuladas a través de un plan. En función de esto, nuestro grupo parlamentario presentó la proposición no de ley, y tengo que decir que en los contactos que hemos mantenido con el Grupo Parlamentario Socialista, y en particular con el doctor Elola, hemos alcanzado un acuerdo a través de una enmienda transaccional que hemos aportado a la Presidencia y que creemos que pone el acento en lo que tiene que ponerlo: implicar a la comisión de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud, al consejo interterritorial, en una oferta MIR que sea verdaderamente adecuada y tener en cuenta esto en el tiempo a través de unas previsiones de necesidades. Creemos que si este planteamiento, fundamentalmente ya plasmado en esta propuesta de enmienda transaccional, se pudiera aceptar por los distintos grupos de esta

Cámara, saldrían beneficiados los servicios de medicina del trabajo, la prevención de riesgos laborales, los equipos de valoración de incapacidades, los servicios de salud medioambiental y los propios servicios de epidemiología laboral. En definitiva, señora presidenta, si esta iniciativa es secundada por todos los grupos y posteriormente impulsada por el Gobierno, saldremos ganando todos y la salud laboral habrá dado un paso adelante, un paso positivo.

La señora **PRESIDENTA**: Para defender la enmienda que ha presentado el Grupo Parlamentario Socialista tiene la palabra el diputado señor Elola.

El señor **ELOLA RAMÓN**: Como médico del trabajo me parece perfecto que por fin nos preocupemos desde el Congreso de los Diputados de la situación actual y de futuro de la medicina del trabajo. Me gustaría hacer un pequeño repaso, porque en los últimos años han sido tres los hechos que han marcado la evolución de la medicina del trabajo, de la medicina laboral, desde la situación en que estábamos hasta la actual previsión de necesidad de plazas. En el año 1995 se aprueba la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, donde por primera vez empezamos a regular la situación de la salud en el trabajo; hasta ahora había simplemente algunos reglamentos, algunas pequeñas normas y a partir de una ley de carácter básico se empieza a tramitar todo el sistema de prevención de riesgos laborales. En el año 1997 se aprueba el reglamento de los servicios de prevención y empieza a tomar cuerpo como tal la medicina laboral, se clasifican las funciones preventivas y se definen como funciones de nivel superior las correspondientes a las especialidades y disciplinas preventivas de medicina del trabajo, seguridad en el trabajo, higiene industrial y ergonomía y psicología aplicada. También en este real decreto se señala que los servicios de prevención que desarrollen las funciones de vigilancia y control de la salud de los trabajadores deberán contar con un médico especialista en medicina del trabajo o diplomado en medicina de empresa y un ATS/DUE de empresa. Por fin se nos reconocen las funciones que tenemos que desarrollar los médicos del trabajo, los médicos laborales; por fin se establece un marco en el cual nos tenemos que mover dentro de la empresa, aunque todavía no se reconoce a la especialidad la calidad que se le debería reconocer. Al fin, en el año 2004 se transforma la especialidad de medicina del trabajo en una especialidad de residencia en lugar del sistema de alumnado que se seguía hasta entonces, sistema de alumnado por el que aprobamos el MIR todos aquellos que somos anteriores al año 2004, y esto supone sin duda un mayor atractivo para los médicos, una vez aprobado el MIR, desarrollar la especialidad. Sin embargo, obviamente, tanto la Ley de Prevención de Riesgos Laborales como el reglamento de los servicios de prevención han supuesto un incremento en la necesidad de médicos de trabajo que hasta ahora era una especialidad prácticamente residual e indudablemente con muy poco prestigio. Por eso desde el año 2004, y como se va atendiendo de una manera especial a las comunidades

autónomas a la hora de realizar la distribución, tanto territorial como por especialidades, de las plazas de residentes, la propuesta de la oferta de plazas para la formación corresponde actualmente a las comunidades autónomas, para lo cual suponemos que tienen en cuenta tanto su disponibilidad presupuestaria como también, y más importante, las previsiones de necesidad de especialistas que tengan. Desde el año 2004, cuando empieza este sistema de ofertas, ha habido cambios significativos en la composición de la oferta de medicina del trabajo. En el primer año, en 2004, solo se seis comunidades autónomas, Andalucía, Aragón, Cataluña, Valencia, Baleares y Madrid, ofertaron plazas para esta especialidad. En 2005 subió a nueve, una tendencia ascendente, al unirse Rioja, Asturias y Navarra, y en la convocatoria de 2006 se han incorporado también País Vasco y la región de Murcia, con lo cual se ha extendido hasta 105 el total de plazas. Ninguna de las comunidades que ha ofertado ha disminuido su oferta, de forma que o bien la ha mantenido desde el año 2005 hasta ahora o bien la ha incrementado.

La iniciativa de los Ministerios de Sanidad y Consumo, Educación y Ciencia, y Trabajo y Asuntos Sociales, también ha posibilitado la financiación de nuevas plazas para formación de médicos laborales en sitios dependientes de mutuas de trabajo —actualmente las mutuas de trabajo, la mutuas laborales, absorben la mayor parte de los especialistas en esta asignatura— y ha sido sumamente positiva, se ha recibido de muy buena forma, estando ahora mismo en condiciones las mutuas de trabajo de ofertar 138 plazas entre medicina del trabajo y traumatología, plazas que están pendientes de los respectivos convenios con la Consejerías de Sanidad de las comunidades autónomas en las cuales se encuentran los sitios donde se van a incluir esas plazas para ser incluidas definitivamente en la relación de plazas que publica el Ministerio de Educación y Ciencia.

Yo agradezco especialmente al diputado señor Sánchez la receptividad que ha tenido al aceptar las observaciones que le ha hecho desde mi grupo con el fin de llegar a un acuerdo sobre esta propuesta. Me parece muy positivo el acuerdo al que hemos llegado; se supone que es como se deben de hacer normalmente los planes, primero un informe, después un acuerdo y finalmente establecer un plan. La base está puesta, la base es el borrador de estrategia para la salud en el trabajo que ha establecido ya el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, y sobre ella debemos desarrollar no solo la oferta de plazas, sino nueva forma medicina del trabajo, puesto que nuestra situación, nuestras funciones y el desarrollo de nuestra labor ha cambiado mucho en los últimos diez o quince años en función de estas leyes que se han ido aprobando, como también ha cambiado mucho la forma de sacar las plazas a concurso, las condiciones de las plazas MIR han cambiado mucho por cuestiones competenciales y por el desarrollo de las comunidades autónomas; la transferencia a las comunidades autónomas de la asistencia sanitaria ha influido en la salida de las plazas MIR en cada comunidad.

Por todo ello creo que el acuerdo al que hemos llegado es muy positivo, por fin se pone sobre la mesa la necesidad de nuevas plazas MIR, el aumento de plazas MIR para médicos residentes, y se pone sobre la mesa la necesidad de su mejoría en la formación para adaptarse a las funciones actuales.

La señora **PRESIDENTA**: Suspendemos momentáneamente la sesión, ya que hemos indicado que las votaciones serían a la una y media. Ruego a los señores portavoces que vayan consiguiendo el quórum para que podamos desarrollar con celeridad las votaciones. También rogaría a quienes han intervenido en los distintos puntos se acerquen para poder hacer un repaso sobre las transacciones que están en poder de la Mesa y que serán sometidas a votación.

Se suspende la sesión.

Se reanuda la sesión.

La señora **PRESIDENTA**: Reanudamos la sesión, señorías. Les ruego silencio, por favor. Señorías, es bueno que se haya llegado a tantos acuerdos, pero leer los textos acordados tiene sus dificultades. Les rogaría, por lo tanto, que para saber exactamente lo que se vota guarden silencio mientras dure la votación.

Proposición no de ley numerada como 1.^a en el orden del día escrito: Para mejorar, la situación de las personas que padecen alergias alimentarias y al látex. Lo que vamos a votar es lo siguiente. El Congreso de los Diputados insta al Gobierno, en el marco de sus competencias y en coordinación con las comunidades autónomas, a estudiar la situación de las alergias e intolerancias alimentarias. Las partes fundamentales del estudio se centrarán en: 1. Adecuar la atención sanitaria hospitalaria y la dispensada en las escuelas, comedores y en caso de accidente a los niños o afectados. 2. Incluir los sistemas de autoinyección de adrenalina en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud. 3. Garantizar el correcto y completo etiquetado de los productos alimenticios. 4. Establecer unas normas relativas a la manipulación de alimentos que tengan en cuenta este tipo de efectos. A ello se ha añadido, fruto de la transacción, un punto 5, que dice: Determinar la incidencia de los gastos a los que deben hacer frente las personas como consecuencia de su patología. Esto es lo que sometemos a votación.

Efectuada la votación, dijo

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

Punto 2.º, proposición no de ley relativa al apoyo a los enfermos de esclerosis múltiple para su acceso a los servicios de rehabilitación integral. Lo que vamos a votar, fruto también de transacción, es lo siguiente. Se

insta al Gobierno: 1. A promover un mejor conocimiento de esta enfermedad, primordialmente entre los profesionales sanitarios, tanto en atención primaria como en atención especializada, a través de una guía de práctica clínica que contenga los protocolos adecuados para el tratamiento de enfermedades neurológicas, con el fin de procurar el acceso de los pacientes de esclerosis múltiple a una rehabilitación integral. 2. A que en el marco del Real Decreto 1302/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las bases del procedimiento para la designación y acreditación de los centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud, en el seno del consejo interterritorial, se estudie con prioridad la determinación de los futuros centros nacionales de referencia respecto de unidades especializadas en esclerosis múltiple que permita la atención continuada y multidisciplinar de los pacientes afectados por esclerosis múltiple.

Efectuada la votación, dijo

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

Punto 3.º, proposición no de ley referida al reconocimiento de la enfermedad celíaca. Y lo que vamos a someter a votación es que el Congreso de los Diputados insta al Gobierno a: 1. Que en el plazo de seis meses presente un informe para determinar la incidencia de los gastos a que deben de hacer frente las personas celíacas como consecuencia de su patología. 2. Presentar con carácter periódico, cada tres meses, un informe sobre las medidas tomadas para garantizar el correcto etiquetado de todos los productos sin gluten, y a publicar el correspondiente listado actualizado de alimentos permitidos para el consumo de quienes padecen la enfermedad celíaca. 3. A estos efectos, y vista la imposibilidad de obtención de productos totalmente libres de gluten, la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados propone que la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición o el Instituto Nacional de Consumo adopten una definición objetiva para el etiquetado voluntario de alimentos aptos para las personas que padezcan la enfermedad celíaca, estableciendo como límite máximo de tolerancia 20 partes por millón. 4. Desarrollar con la mayor brevedad posible la transposición del reglamento relativo a las declaraciones nutricionales y de propiedades saludables en los alimentos, Reglamento de la CE número 1924/2006, dando preferencia a los considerandos 21 y 22.

¿Señora Pozuelo?

La señora **POZUELO MEÑO**: Presidenta, pediríamos votación separada del punto 3.

La señora **PRESIDENTA**: Así pues, votamos en primer lugar los puntos 1, 2 y 4.

Efectuada la votación, dijo

La señora **PRESIDENTA**: Quedan aprobados por unanimidad.

Ahora sometemos a votación el punto número 3.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 19; abstenciones, 18.

La señora **PRESIDENTA**: Queda aprobado.

Punto 4.º, proposición no de ley relativa a la promoción de medidas urgentes relacionadas con la especialidad de medicina del trabajo. El texto respecto del cual se ha llegado a un acuerdo dice que se insta al Gobierno a: 1. La aprobación, en un plazo no superior a doce meses tras el informe de la comisión de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud y el acuerdo del consejo interterritorial, de un plan de medidas para impulsar la formación de la especialidad de medicina del trabajo dentro del sistema de formación de residencia, en la línea de lo dispuesto en el borrador de la estrategia española de seguridad y salud en el trabajo, elaborado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2. Instar a la Comisión de Recursos Humanos que adecue la oferta anual de plazas MIR a las necesidades del sistema basándose en una obtención suficiente de médicos en esa especialidad. 3. Instrumentar con las comunidades autónomas la aplicación del resultado que de ello se derive.

Efectuada la votación, dijo

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

Punto 5.º, proposición no de ley con el fin de mejorar la situación profesional y laboral de los profesionales de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. Había enmiendas presentadas, pero no habido acercamiento en este punto entre los grupos, por lo tanto lo que somete a votación es la propia iniciativa del Grupo Parlamentario Popular.

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

La señora **PRESIDENTA**: Queda rechazada.

Punto 6.º, proposición no de ley por la que se insta al Gobierno a incluir la píldora anticonceptiva de emergencia en el listado de medicamentos de dispensación sin receta médica. Existe presentada una transacción por la cual el Congreso de los Diputados insta al Gobierno a que la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios presente un informe en el plazo de seis meses acerca de las implicaciones terapéuticas de incluir la píldora anticonceptiva de emergencia en el listado de medicamentos de dispensación sin receta médica y se determinen

las condiciones de su uso, así como las medidas de seguimiento de las usuarias de la misma, conteniendo en particular las incidencias sobre el tramo de edad.

Efectuada la votación, dijo

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

Votamos ahora los puntos 7.º y 8.º, dos iniciativas relativas a la creación de la especialidad médica de urgencias y emergencias que han sido objeto de acercamiento entre los grupos proponentes, el Popular y el Socialista, y lo que someterá a votación es lo siguiente: 1. En el marco de las previsiones de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, y en el proyecto normativo que debe desarrollar el capítulo III del título II de la mencionada ley, tome las medidas oportunas para la creación de una especialidad médica de formación troncal en urgencias y emergencias. 2. Que se impulsen y aceleren los trabajos que se vienen realizando a tal fin en el marco del diálogo con los agentes implicados. 3. Que se establezca algún sistema de reconocimiento de los profesionales que actualmente desempeñan estas tareas en los distintos dispositivos de urgencias.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 36; abstenciones, una.

La señora **PRESIDENTA**: Queda aprobada.

El punto 9.º era la proposición no de ley relativa a la demanda de la industria farmacéutica Novartis contra el Gobierno de la India. Lo que finalmente sometemos a votación es lo siguiente. El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a que apoye decididamente: 1. Las flexibilizaciones propuestas en el acuerdo sobre los aspectos de los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio y los acuerdos internacionales, a fin de promover el acceso a los productos farmacéuticos y aplicar la declaración ministerial de Doha relativa a los acuerdos sobre los derechos de propiedad intelectual del comercio y la salud pública, y otros instrumentos de la Organización Mundial del Comercio. 2. La obligación de todos los miembros de la Organización Mundial del Comercio de facilitar la exportación de medicamentos genéricos a todos los países pobres con escasa capacidad de producir los propios. 3. Estimule la innovación para aquellos tratamientos requeridos exclusivamente en los países pobres. 4. Exprese su completo respaldo a la resolución sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual adoptada por la 60.ª Asamblea Mundial de la Salud el 23 de mayo de 2007, punto del orden del día 12.20, apoyada por la mayoría de los países, incluidos Brasil, India, Unión Europea y el Gobierno de España, y con la única oposición de Estados Unidos. En ella se constata que la creciente carga de morbilidad afecta de forma desproporcionada a los

países en desarrollo, en particular las enfermedades y afecciones de las mujeres y de la población infantil, incluido un repentino aumento del número de casos de enfermedades no transmisibles, y se pide a la directora general de la Organización Mundial de la Salud que proporcione apoyo técnico y normativo a los países que deseen acogerse a las flexibilidades previstas en el acuerdo sobre los aspectos de los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio y otros acuerdos internacionales, a fin de promover el acceso a los productos farmacéuticos y aplicar la declaración ministerial de Doha relativa a los acuerdos antes citados y la salud pública y otros instrumentos de la Organización Mundial del Comercio. 5. A que apoye las medidas que la directora general de la Organización Mundial de la Salud realice en cumplimiento de la citada resolución.

Efectuada la votación, dijo

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

Último punto de orden del día, proposición no de ley referida a trastornos del sueño. También ha sido objeto de transacción. Hay un inciso en el punto 3, cuando se habla propuestas de protocolos de actuación y guías de práctica clínica: especialmente en atención primaria. Se incluye este inciso y, después, se añade como párrafo cuarto lo que era el punto 3 de la enmienda del Grupo Parlamentario Popular, referido al estudio de los hábitos de consumo de medicamentos hipnóticos y de los diferentes fármacos que inciden en la patología del sueño, para evitar efectos indeseables y racionalizar su utilización.

Efectuada la votación, dijo

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

Señorías, sin más, damos por concluido el orden del día de hoy. Se levanta la sesión.

Eran las dos 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**