



# CORTES GENERALES

## DIARIO DE SESIONES DEL

# CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

---

## COMISIONES

**Año 2009**

**IX Legislatura**

**Núm. 215**

---

## SANIDAD Y CONSUMO

**PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. GASPAR LLAMAZARES TRIGO**

**Sesión núm. 11**

**celebrada el miércoles 11 de marzo de 2009**

---

### ORDEN DEL DÍA:

#### Proposiciones no de ley:

	<u>Página</u>
— Sobre el diagnóstico precoz de la ambliopía u ojo vago. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/000671.) . . . . .	2
— Para el impulso a la prevención del tabaquismo en las mujeres. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/000775.) . . . . .	4
— Sobre plan de atención a mujeres en déficit hormonal para una madurez saludable. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/000776.) . . . . .	7
— Relativa al incremento de recursos destinados a la lucha contra el VIH/sida. Presentada por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) (Número de expediente 161/000830.) . . . . .	9

- |   |    |
|---|----|
| — Sobre introducción de fórmulas de copago por parte de los usuarios del Sistema Nacional de Salud. Presentada por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds. (Número de expediente 161/000687.) .....                                  | 12 |
| — Sobre la puesta en marcha de la comisión mixta de coordinación del Instituto Carlos III, contemplada en el Real Decreto 1183/2008. Presentada por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds. (Número de expediente 161/000778.) ..... | 17 |

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

#### PROPOSICIONES NO DE LEY:

- **SOBRE EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA AMBLIOPÍA U OJO VAGO. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/000671.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señoras y señores diputados, comenzamos el orden del día. Como saben, tenemos primero una Sesión de la Comisión de Sanidad con seis puntos en el orden del día, puesto que uno ha sido aplazado por razones de salud, y luego tenemos la convocatoria de la subcomisión sobre el Pacto por la sanidad, que verá temas de método, fundamentalmente, y de calendario. En relación con el orden del día, queda aplazado el punto 1.º, proposición no de ley sobre la vacunación contra el virus de la hepatitis B, como he dicho, por razones familiares del diputado del Grupo Parlamentario Popular que tendría que presentar esta iniciativa. Empezaríamos por la punto 2.º Quiero avisar que el punto 3.º, relativo a una proposición no de ley sobre fórmulas de copago, pasaría al final del orden del día por incompatibilidad horaria con otra Comisión que va a empezar en estos momentos, que es la Comisión Constitucional. Sin más, pasamos al punto 2.º del orden del día. La votación no tendrá lugar antes de las cinco y media de la tarde, habida cuenta de que a la seis hay otra iniciativa en este Parlamento sobre el debate de la interrupción voluntaria del embarazo. Comenzamos con el punto 2.º del orden del día, sobre el diagnóstico precoz de la ambliopía u ojo vago. El autor es el Grupo Parlamentario Popular, y tiene la palabra el señor Mingo. **(La señora Vicepresidenta, Aburto Baselga, ocupa la presidencia.)**

El señor **MINGO ZAPATERO**: Tengo el honor de defender en representación de mi grupo, una proposición no de ley que encarna la prevención de una patología que es la ambliopía, en términos comunes ojo vago, que no es otro trastorno que la pérdida de visión de uno de los dos ojos causado por un defecto de formación de la

visión en la infancia. Esta patología afecta, según los más recientes datos, a entre el 1,5 y el 3 por ciento de la población, y en los niños afecta al 5 por ciento. Hay unos trabajos hechos por la Fundación Jorge Alió, en Alicante, que lleva trabajando desde hace 8 ó 9 años en este campo —una experiencia pionera en Europa— ha hecho 300.000 revisiones y encuentra patologías oculares en uno de cada cuatro niños. Las causas por las cuales se produce esta patología de ojo vago son varias, pero las dos más frecuentes son: la anisometropía, en términos más coloquiales la diferencia de graduación de la visión de un ojo a otro, y el estrabismo, que es la falta de paralelismo visual. Si el diagnóstico del estrabismo es relativamente fácil a esta edad, no lo es tanto la anisometropía y, por tanto, el niño ambliope requiere —es una patología un poco oculta— algún test sencillo para identificarla.

¿Cuáles son las razones más trascendentes por las que presentamos esta proposición no de ley? Que es una anomalía corregible, y antes de los 6 años la mayor parte de los niños ambliopes, con ojo vago, pueden curarse; si se hacen las cosas bien, se curan. Entre los 6 y los 8 años el resultado de las terapéuticas futuras solo afecta al 20 por ciento, y después de los 8 años no hay curación. El hecho de que no haya curación significa que estas personas, que se estima que representan entre el 1,5 y el 3 por ciento de la población adulta, no tienen visión por uno de los ojos y, por tanto, no identifican el relieve, por lo que no pueden realizar determinadas profesiones y tienen mucho mayor riesgo en relación con los accidentes de tráfico, tienen mucho más riesgo, como es natural, en el trabajo; es decir, son mucho más frecuentes los accidentes de tráfico y los accidentes laborales en este tipo de enfermos. Me parece que es evidente que tenemos que trabajar en común en todo el Sistema Nacional de Salud en medidas de identificación de esta anomalía para poder tomar decisiones eficaces en toda España a fin de lograr disminuir de una manera extraordinaria estas patologías. A ninguno de ustedes se les escapa que los niños que tienen esta enfermedad y no son diagnosticados tienen problemas en el colegio y tienen más accidentes domésticos. Antes era más difícil el diagnóstico, pero desde hace unos años hay una serie de tests

que son muy fáciles de realizar y que se pueden hacer perfectamente en la consulta de pediatría.

Por todo ello, preocupado por la situación y después de mantener reuniones con las distintas organizaciones que trabajan en este asunto, es por lo que presento ante esta Comisión una proposición no de ley para que el Congreso de los Diputados —como es natural— inste al Gobierno a que, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que a fin de cuentas es el competente, donde están todos los consejeros y tienen la responsabilidad de la asistencia sanitaria, se impulse que en todas las comunidades autónomas y en todas las consultas se utilicen los tests estereoscópicos eficaces en este momento en las revisiones periódicas de los niños de 3 a 6 años con el objetivo muy concreto de diagnosticar precozmente el ojo vago, la ambliopía, y poder trasladar a estos niños a los expertos y a los especialistas para que pongan las medidas terapéuticas adecuadas y podamos curar prácticamente a todos los enfermos. Esperamos que los distintos grupos parlamentarios nos den el voto afirmativo, puesto que eso será enormemente positivo para todos estos pacientes.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Ceo que ahora mismo sólo está el Grupo Socialista para fijar su posición. Tiene la palabra doña Guadalupe Martín.

La señora **MARTÍN GONZÁLEZ**: Tengo que decir, como primera consideración, que al Grupo Socialista en esta Comisión le ha sorprendido la proposición planteada por el Grupo Popular sobre el diagnóstico precoz de la ambliopía u ojo vago, términos que, de partida, entendemos que no son ambliopía u ojo vago sino, en todo caso, ambliopía y ojo vago, puesto que son dos términos diferentes.

Coincidimos en la preocupación que produce la incidencia de una patología que se sitúa entre el 1,5 y el 3 por ciento de la población general, especialmente cuando supone un 5 por ciento de la población en edad escolar. Según exponen en sus argumentos, parece razonable abordar la detección precoz entre los 3 y los 6 años. Señorías, desde hace ya muchos años se han adoptado una serie de medidas encaminadas a la detección precoz de determinadas patologías; muchas de ellas se han ido implantando desde los años ochenta con los nuevos modelos de atención sanitaria. Se han puesto en marcha nuevas metodologías de trabajo; se han implantado muchos programas de salud, entre ellos uno bien conocido por todos nosotros, como padres, como ciudadanos, muchos de nosotros como profesionales del ámbito de la salud y, desde luego, ahora como responsables de la Comisión de Sanidad: me refiero concretamente al programa de seguimiento del niño sano, uno de los primeros programas que se implantaron en el nuevo modelo de atención primaria desde los años ochenta. Ya en 1990 se aprobó un documento de propuestas aprobadas en el Consejo Interterritorial de Salud del 4 de junio que

fueron elevadas a la Comisión de seguimiento de programas de salud. Ese llamado entonces documento de criterios básicos de salud materno-infantil servía de referencia a las comunidades autónomas para la elaboración de sus respectivos programas, porque, tal y como se recogía en el texto, cada comunidad autónoma debería hacer explícita su política sanitaria en relación con la salud materno-infantil en forma de documento escrito. Pues bien, siguiendo este mandato acordado por todos, se han elaborado diferentes programas que inicialmente establecían una serie de revisiones periódicas para hacer un correcto seguimiento de la evolución madurativa de los niños y niñas de nuestro entorno. Así, se establecieron visitas al mes, a los dos meses, a los tres, a los cinco, a los siete, a los diez, a los doce, a los quince y a los dieciocho meses. Los calendarios se han ido modificando a lo largo de estos años y cada comunidad ha establecido el suyo en función de sus competencias, como es natural, escuchando las propuestas de los diferentes expertos. Todos los datos mínimos que se deben recoger en la historia clínica con motivo de las diferentes maniobras exploratorias y las pruebas complementarias que se deben realizar están recogidos en los diferentes programas, que, sin duda, han ido completándose y mejorando a lo largo de los años, en función de lo acordado y en función también de las diferentes carteras de servicios.

Sería muy extenso hacer referencia aquí a todos los programas de las diferentes comunidades. No voy a citar el programa de salud del niño sano de mi comunidad, Castilla-La Mancha, que es el que mejor conozco y en el que me ha tocado trabajar, pero quisiera hacer referencia, como ejemplo, al protocolo de salud infantil de la Comunidad de Madrid, gobernada por el Partido Popular, concretamente el aplicado en su área 8, que en sus páginas 104 a 112 hace referencia a las exploraciones básicas que se deben realizar para identificar precozmente posibles patologías oculares en las visitas programadas por los profesionales sanitarios para un niño sano, y hace especial mención a la patología que hoy nos ocupa. Describe el concepto de ambliopía como la reducción uni o bilateral de la agudeza visual, causada por la estimulación visual inadecuada del cerebro durante el periodo del desarrollo visual. La causa más grave es la de privación sensorial, como, por ejemplo, la catarata congénita, la ptosis palpebral congénita y la opacidad corneal, entre otras, causas fácilmente detectables en las primeras exploraciones a las que se somete a los neonatos en sus primeros días de vida. Entre las causas funcionales destacan claramente el estrabismo y la disimetría o diferencia de refracción entre ambos ojos de al menos 2 dioptrías. En el texto se indica también que si no se detecta el problema antes de los 4 años la recuperación funcional del ojo ambliope es difícil, pero si no se corrige antes de los 10 años es irrecuperable. Pues bien, por estos motivos, por la importancia de la detección precoz, las maniobras exploratorias están recomendadas en cada una de las visitas. Es conocido por los

profesionales, por los médicos y sobre todo por los pediatras que realizan los controles que el test de Gísbert detecta los reflejos corneales asimétricos y que el cover test detecta y diferencia un estrabismo latente de un estrabismo manifiesto. Saben que en este último caso el test es fiable a partir de los 2 años, y saben perfectamente que ante la duda de interpretación de los tests o ante un dudoso epicanto, lo que se interpreta como un pseudo estrabismo, siempre tienen la posibilidad de remitir al niño al especialista en oftalmología para ser valorado; conocen también la importancia de hacer un buen seguimiento y un buen tratamiento de la patología identificada, lo que garantiza el éxito en la resolución del problema, en muchas ocasiones sin necesidad de recurrir a la cirugía.

Confiamos en el buen hacer y en la buena praxis de los médicos, y ahí están los extraordinarios resultados de su labor, porque saben detectar precozmente un estrabismo y cada vez hay menos adultos ambliopes. Además, señorías, dado que existen una serie de indicadores objetivos y medibles que permiten evaluar el seguimiento de los protocolos —que recordemos que son de obligado cumplimiento—, entendemos que cada comunidad debe evaluar permanentemente su cumplimiento. Por otra parte, y en lo que a la incorporación de cualquier técnica o procedimiento se refiere, el Real Decreto 1030/2006, de 14 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, recoge también el procedimiento para su actualización, pero estamos ante una propuesta que no implica ninguna incorporación nueva en la cartera de servicios. Estamos hablando de la implantación de una maniobra exploratoria sencilla, aprendida en la licenciatura de Medicina, conocida por los médicos de atención primaria, por los pediatras y por los oftalmólogos, maniobra que ya practican y aplican los tratamientos correspondientes a los pacientes, cuando procede, con éxito desde hace ya bastantes años, ya sean tratamientos rehabilitadores o quirúrgicos.

Por todo esto, señorías, pedimos que se retire la proposición no de ley o, en su defecto, nuestro grupo votará en contra de la misma puesto que entendemos que no procede su elevación al Consejo Interterritorial de Salud.

— **PARA EL IMPULSO A LA PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO EN LAS MUJERES. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/000775.)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Pasamos a la proposición no de ley del punto 4.º, sobre el impulso a la prevención del tabaquismo en las mujeres, cuyo autor es el Grupo Parlamentario Socialista. Tiene la palabra el señor Fidalgo.

El señor **FIDALGO FRANCISCO**: Traemos hoy una proposición no de ley para el impulso a la prevención del tabaquismo en las mujeres, y yo quería iniciar mi intervención con una afirmación que puede resultar rotunda, incluso llamativa, pero que es cierta, y es que cada día mueren en España 150 personas a causa del tabaco, según el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo. Mueren más personas a causa del tabaco que del sida, accidentes de tráfico y alcohol juntos, que son elementos de preocupación importantes en el conjunto de la sociedad y la salud pública. También es cierto que, afortunadamente, la cultura social sobre el tabaco y los hábitos del tabaco han ido modificándose en sentido positivo en los últimos años y ello ha hecho posible que en el año 2005 aprobásemos la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo, cuya exposición de motivos yo recomiendo una y otra vez porque justifica plenamente cualquier acción que desarrollemos desde el ámbito público en este problema de salud pública que es grave. Creo que la exposición es elocuente, y solo daré dos datos. En España el tabaco causa el 16 por ciento de las muertes en personas mayores de 35 años, y casi un tercio de las muertes por cáncer —con lo llamativo que es eso— son debidas al tabaco.

El consenso político que amparó aquella ley fue a costa de dejar determinados flecos que a lo largo de este tiempo han lastrado la eficacia de la ley. Nadie en este momento puede poner en duda los logros que hemos conseguido en la sociedad española a partir de la puesta en marcha de la ley, pero creo que tenemos asignaturas pendientes, cada vez más reconocidas por la sociedad y sobre todo en el ámbito científico. Lo cierto es que casi un millón de españoles han dejado de fumar, y eso es importante para su salud pero también para la salud colectiva. Sin embargo, no se trata de hacer aquí una revisión de la aplicación de la ley; no pretendemos tanto. El Grupo Socialista y yo humildemente queremos dar un aldabonazo más a la prevención de un gravísimo problema de salud pública y esta vez desde una óptica de género. Aunque en la exposición de motivos queda bastante bien expuesto, luego explicaré por qué esta visión de género, sobre todo porque contrastamos que es rentable en términos de salud desarrollar actuaciones tempranas sobre algo cuyos efectos son perfectamente previsibles a medio y a largo plazo, pero no del todo visibles en el momento actual. Aunque, como hemos dicho antes, el tabaquismo es responsable del 16 por ciento de las muertes en personas mayores de 35 años, es conveniente centrarnos —y así lo hemos hecho en la proposición no de ley— en el cáncer de pulmón, por motivos pedagógicos e incluso de impacto mediático y social. Son motivos pedagógicos que pretendemos conseguir y que por el solo hecho de debatir la proposición no de ley espero que tengan su efecto. No obvio —y así también lo decimos en la proposición no de ley— otros efectos del tabaquismo sobre la salud en general de la población, pero más concretamente en las mujeres relacionados con otras patologías y también con otras situa-

ciones, como por ejemplo el embarazo, etcétera. A estas alturas es evidente —el consenso científico en esta materia es absoluto— que el hábito de fumar tabaco es la causa principal de cáncer de pulmón, tanto en hombres como en mujeres. Tanto es así que se dice que si no hubiese tabaco dentro de veinte años no estaríamos hablando de cáncer de pulmón. En España se diagnostican cada año 20.000 nuevos casos, con una supervivencia inferior al 15 por ciento. Estamos hablando por tanto, señorías, de una enfermedad muy grave. Hoy por hoy, solo —entrecorrido el solo— el 10 por ciento de esos cánceres se diagnostican en mujeres, y a pesar de ello cada año fallecen en nuestro país 2.000 mujeres a causa del cáncer de pulmón. Para contextualizar un poco, citaré que el cáncer de cérvix, relacionado, como saben, con el virus del papiloma humano, causa 600 muertes al año y tiene una supervivencia superior al 85 por ciento. El cáncer de mama provoca hoy en España 5.700 muertes en mujeres cada año, es decir, casi tres veces más que el cáncer de pulmón; dicho de otra manera, el cáncer de pulmón produce casi tres veces menos muertes que el cáncer de mama. El cáncer de cérvix y el cáncer de mama son, evidentemente, los dos extremos.

Eso ocurre en España, pero en Estados Unidos el número de mujeres que muere cada año hoy en día de cáncer de pulmón es el doble de las que mueren por el de mama, y el incremento paulatino de su incidencia y mortalidad a lo largo de estos años es paralelo al incremento del consumo de tabaco registrado en las mujeres en las tres o cuatro últimas décadas, porque lógicamente hay una relación entre el hábito de fumar y las probabilidades de desarrollar cáncer de pulmón. El número de casos nuevos de cáncer de pulmón en Estados Unidos es igual en hombres y en mujeres, en una sociedad en la que la mortalidad por esta enfermedad es superior a la de cáncer de mama, próstata, colon y páncreas juntos. Por lo tanto, nuestro grupo cree que es muy importante anticiparse a esa realidad que hoy ocurre en Estados Unidos. Nosotros, como voy a argumentar a continuación, aún tenemos una oportunidad que hay que aprovechar. Según el estudio del Observatorio Español de Drogas, con datos de 2005 a 2007, publicado en junio de 2008, ha descendido el consumo de tabaco en España, sobre todo en los hombres de entre 35 y 64 años y entre los jóvenes. Es un éxito indudable de la sociedad española, pero un 37 por ciento de los hombres y un 28 por ciento de las mujeres en edades entre 15 y 64 años siguen fumando diariamente. Sin embargo, cuando hablamos de chicos y chicas, un 12,5 por ciento de chicos fuman diariamente, pero en el caso de las chicas esta cifra es de un 16,9 por ciento, es decir que el consumo de tabaco en esas edades tempranas es más alto en mujeres que en hombres, lo cual nos apunta a un futuro que es el que tratamos de prevenir. También la última encuesta de edades, de finales de 2008, confirma el descenso del consumo de tabaco, pero ese descenso es más significativo en los hombres y sobre todo en los hombres jóvenes. Por lo tanto, seguimos situando a la mujer en una situa-

ción desfavorecida respecto al impacto del tabaco en la salud. El Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo hacía pública hace muy pocas fechas una encuesta sobre conocimientos, actitudes, creencias y conductas en relación con el consumo de tabaco. Voy a relatarles cuatro puntos de las conclusiones que creo que son importantes. Reafirma que hoy en día el hábito del tabaco se distribuye más o menos igual en la población española entre hombres y mujeres, aunque sigue siendo ligeramente superior en los hombres. Es decir, en ese aspecto las mujeres aún tienen una posición privilegiada, entre comillas. Otra conclusión dice que hay mayor concienciación de los efectos nocivos del tabaco sobre la propia salud entre los hombres que entre las mujeres.

Otra conclusión dice que las mujeres ex fumadoras logran estar más tiempo sin fumar, lo cual aporta un aspecto de futuro positivo. Y por fin, que las mujeres son además especialmente sensibles a la valoración muy perjudicial para la salud, el hecho de respirar humo ambiental y, por tanto, esto también apunta a una sensibilización especial de las mujeres que pueden ser muy buenas aliadas en la lucha contra el tabaquismo. Pues bien, partiendo de todas estas consideraciones y de las que hemos expuesto además en la exposición de motivos de la proposición no de ley, y del dato esperanzador que hemos aportado anteriormente en cuanto a que la incidencia y mortalidad del cáncer de pulmón es en España aún diez veces inferior en mujeres que hombres, merece la pena por tanto hacer un esfuerzo, reduplicar los esfuerzos desde hoy. Por eso creemos que en el Ministerio y en las administraciones públicas, en el contexto de la estrategia sobre cáncer, también en la futura legislación sobre salud pública y también en las actuaciones integrales contra el tabaquismo, deberíamos contemplar y reduplicar ese esfuerzo.

He visto que se ha presentado una enmienda por parte del Grupo Catalán de Convergència i Unió, que vamos aceptar haciendo una transacción, simplemente porque consideramos que es importante coordinar también con las comunidades autónomas corrigiendo lo de especialmente, por quitarle la relevancia más allá de lo conveniente. En todo caso, quiero insistir señoras y señores diputados, en que estamos ante un problema grave de salud pública, que muchas veces pasa desapercibido y creemos que esta proposición no de ley es conveniente traerla al Congreso para conocimiento de todos e implicar a todos grupos en lo que se propone.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Para defender la enmienda del Grupo de Convergència i Unió, tiene la palabra la señora Tarruella Tomàs.

La señora **TARRUELLA TOMÀS**: Señora presidenta, nosotros estamos muy de acuerdo con esta proposición no de ley. No voy a extenderme en la defensa de la enmienda, porque repetiría muchos de los argumentos que ha dado hasta ahora el señor Fidalgo. Faltaba

este reconocimiento de las comunidades autónomas, que son las competentes a la hora de la aplicación en todo lo relativo al tabaquismo y a la Ley del Tabaco. Ha manifestado que esta enmienda se acepta con esta transaccional. Estamos dispuestos a quitar lo de, «especialmente». Por tanto, no tenemos nada más que decir que nos felicitamos por esta proposición de ley. Es importantísimo en el impacto de género la prevención del tabaquismo en las mujeres y sobre todo en las jóvenes, que cada día parece que van fumando más. También me gustaría remarcar aquí que es importante no solo hacer estas campañas para prevenir y evitar el inicio en el tabaco, sino además tratar de sensibilizar a la población entre los fumadores pasivos. Ya lo ha comentado el portavoz socialista, habrá que mirar si es importante, conveniente o no, ir pensando ya en modificar la Ley del Tabaco para que pueda ser una realidad la salvaguarda de los derechos de los fumadores pasivos.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Espero que nos hagan llegar a la mesa la transaccional, aunque sea simple pero es mejor tenerla.

Tiene la palabra la portavoz del Grupo Popular la señora Castro.

La señora **CASTRO DOMÍNGUEZ**: Señora presidenta, intervengo en nombre del Grupo Popular para fijar nuestra postura sobre la proposición no de ley del Grupo Socialista, donde reconocen en dicha proposición que durante estos cuatro años no se ha hecho nada. Ante la evidencia de que los patrones de consumo de tabaco en mujeres aumenta y además del incremento del cáncer de pulmón muy vinculado a este ascenso, existen evidencias científicas de que el cáncer de pulmón en las mujeres es distinto, así como que los tumores causados por tabaco siguen creciendo en la población femenina. La enfermedad se presenta más precozmente, pero el pronóstico suele ser mejor que en los hombres, y algunos estudios apuntan a que ellas podrían ser más susceptibles a los carcinógenos del tabaco. La doctora Enriqueta Felip, oncóloga del Hospital Vall d'Hebron, de Barcelona, y miembro del Grupo español del cáncer de pulmón, está coordinando un proyecto que evaluará las características de las mujeres españolas, que sufren la que representa la primera causa de muerte oncológica en Estados Unidos y la tercera en Europa. Dicha doctora, en una entrevista publicada en el diario *El Mundo*, el 5 de marzo, señala que estos tumores eran hasta hace poco anecdóticos en las mujeres, y ahora están experimentando un crecimiento importante, debido a la incorporación de la mujer al hábito tabáquico y la convergencia de los consumos con el varón. Hasta aquí estamos totalmente de acuerdo con la iniciativa, coherente con la postura plasmada en nuestro programa electoral de dotar de tratamiento específico los aspectos de salud relacionados con la mujer.

Sin embargo, no podemos dejar de poner de manifiesto el carácter un tanto oportunista que tiene este debate, haciéndolo coincidir lo más posible con el Día

Internacional de la Mujer y con el debate de otra iniciativa también relacionada con la salud femenina. Ya conocemos las habilidades propagandísticas del Partido Socialista, lo que no significa que detrás de la propaganda haya política eficaz de fondo. Ahí tenemos el caso o, mejor dicho, el fracaso de su política en materia de lucha contra el tabaquismo. El Ministerio de Sanidad y Consumo ha reconocido que la ley no funciona. El Gobierno sigue pensando que basta una ley, que los españoles van a dejar de fumar porque lo dice la ley. Apenas ha disminuido el porcentaje de fumadores, la reciente encuesta del Ministerio de Sanidad demuestra que el número de fumadores sigue estancado en torno al 24 por ciento de la población, que se fuma en un tercio de los centros de trabajo y que la inmensa mayoría de los bares no son espacios sin humo. La ley que entró en vigor en enero de 2006 fue un aldabonazo en su momento, pero no ha sido eficaz. Teníamos nosotros razón, parece que en parte el fracaso se debe a la falta de financiación pública de los tratamientos de deshabituación tabáquica y la no reforma de la fiscalidad. Sin embargo, el ministerio sigue pensando que la culpa es de los demás, que hay comunidades que no la cumplen y que hay que dar una vuelta de tuerca a la misma para hacerla todavía más restrictiva, apostando por la prohibición universal. El Gobierno debería tener cuidado con esto, porque afectaría a negocios de hostelería grandes y pequeños en un momento económico enormemente delicado, con un país en recesión y en caída libre en materia de empleo. El ministro Bernat Soria ya ha anunciado que el veto al tabaco en los bares se podría aprobar en esta legislatura. Por otra parte, con la propuesta contenida en esta proposición no de ley comprobamos una vez más como el ministro Soria, sea cual sea el asunto en cuestión, se ve obligado siempre a ceder protagonismo: con Garmendia, en materia de investigación; con Aído, en materia de aborto y ahora en tabaquismo en mujeres; con Sebastián, en materia de protección de los usuarios y consumidores de productos energéticos. Todo ello a consecuencia de la cada vez mayor falta de peso político de un ministro que concita la unanimidad en las críticas, como ocurrió la pasada semana con ocasión de la presentación del informe sobre necesidades de médicos en el sistema nacional de la Seguridad Social.

La iniciativa que hoy trae el Grupo Socialista a la Comisión de Sanidad pretende dar contenido a un ministerio sin razón de ser, como es el de Igualdad. A medida que pasan los meses es evidente que estamos ante un gesto político que nos está saliendo muy caro. Una vez más vemos como el Grupo Socialista y el Gobierno quieren dar contenido a este ministerio, y hoy lo comprobamos con esta proposición no de ley en la que quiere implicar directamente al Ministerio de Igualdad. En nuestro grupo entendemos que esto se debería hacer desde el Ministerio de Sanidad y lógicamente en coordinación con las comunidades autónomas. Por ello, damos nuestro apoyo a la enmienda del Grupo de Convergència i Unió.

El Ministerio de Igualdad es un ministerio vacío de contenido, con un presupuesto de 113 millones de euros, donde el 45 por ciento se destina a gastos de personal y gastos corrientes. Según el último informe del Foro Económico Mundial, España en el ranking de igualdad de género ha pasado de ocupar el puesto número diez a ocupar el puesto número diecisiete. El Gobierno admite en una respuesta escrita al Congreso que la paridad no se cumple ni siquiera dentro del Gobierno. Las mujeres dirigen 10 de las 32 secretarías de Estado, un 30 por ciento, y 65 de las 221 direcciones generales de los ministerios, el 30 por ciento. En vez de hacer planes que den contenidos a ministerios que no deberían existir, que tomen buena nota de lo que pretende hacer el señor Núñez Feijóo en Galicia, que es un plan de austeridad. Lo que debería hacer el Gobierno es dedicar una mínima parte de estos recursos a financiar los tratamientos de deshabituación tabáquica y a reformar la fiscalidad del tabaco. Por último, quiero recordar que el Grupo Popular mediante enmiendas a los Presupuestos Generales del Estado en 2009 pidió que se habilitara una partida de 4 millones de euros para la dinamización y funcionamiento de las unidades de deshabituación tabáquica, que ustedes rechazaron dando muestra de su falta de voluntad política con respecto a la dinamización de dichas unidades, dirigidas también a mujeres, ya que entendemos que estas son unas políticas transversales. Para finalizar, con esta iniciativa lo único que hacen es reconocer que no han hecho nada, diciendo en vez de que se continúen con las políticas específicas dirigidas a mujeres, que se impulsen actuaciones específicas reconociendo que durante estos cuatro años no han hecho absolutamente nada.

Por nuestra parte, vamos a apoyar la enmienda del Grupo de Convergència i Unió en esos términos.

El señor **FIDALGO FRANCISCO**: Intervengo solo a efectos de explicar la aceptación de la enmienda, porque es constructiva y, por supuesto, deploramos la actitud destructiva permanente que tiene el Partido Popular, incluso hablando de la salud de las mujeres.

— **SOBRE EL PLAN DE ATENCIÓN A MUJERES EN DÉFICIT HORMONAL PARA UNA MADUREZ SALUDABLE. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/000776.)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Pasamos al siguiente punto del orden del día sobre el plan de atención a mujeres en déficit hormonal para una madurez saludable, que es del Grupo Parlamentario Socialista. Para su defensa tiene la palabra don José Alberto Cabañes.

El señor **CABAÑES ANDRÉS**: Señorías, hablar de la mujer en déficit hormonal solo es posible desde la comprensión de un proceso fisiológico y evolutivo que

afectará antes o después a la mitad de la población y en la actualidad al 30 por ciento de las mujeres españolas. Los cambios que sufren las mujeres en la etapa de su vida que sigue a la menopausia han sido los responsables de que en la época de los romanos se las considerara locas, en la Edad Media se las persiguiera por brujas y en la actualidad se las tache con cariñosos y denigrantes apelativos. El incremento de la esperanza de vida de la mujer en España hace que se calcule en más de 10 millones las españolas en situación de déficit hormonal. La mayoría de estas mujeres tendrán a lo largo del tiempo manifestaciones de su situación hormonal, manifestaciones a corto y medio plazo como sofocos y otros síntomas vasomotores, alteraciones psíquicas, genitourinarias o de su sexualidad que alterarán su calidad de vida, y manifestaciones a largo plazo que influirán no solo en la calidad sino también en la cantidad de vida como las alteraciones cardiovasculares y la osteoporosis. La incorporación masiva de la mujer al mercado laboral, la presencia de mujeres en todos los ámbitos de la sociedad, el cambio de sus estilos de vida hacen más relevante aún, aunque menos visible, esta situación. Ya se nos han olvidado nuestras abuelas con bastón, bajitas, vestidas de negro y espalda cargada consecuencia directa de las fracturas vertebrales secundarias u osteoporosis. Muchas de estas mujeres no saben lo que les pasa, atraviesan esa etapa de su vida junto a otras situaciones igualmente estresantes como el síndrome del nido vacío, el cuidado de padres ancianos y dependientes, etcétera; no encuentran apoyo, no se atreven a contar su situación a sus amigas, su pareja no solo no las entiende sino que recrimina los cambios en su sexualidad y su médico en general las recomienda paciencia. Así, entrarán en un largo calvario que previsiblemente terminará cuando ya existan pocas soluciones.

Podemos hacer una segunda visión de este tema y es el impacto en el sistema sanitario, ya que se genera un enorme incremento de la demanda de asistencia y de tratamiento no solo para la clínica precoz sino, y fundamentalmente, para la tardía. Estos incrementos van a generar un aumento considerable del gasto sanitario. Pensemos que solo en un año, por poner un ejemplo, hay unas 63.000 fracturas de cadera atribuibles a osteoporosis, la mayoría en mujeres de más de 45 años que generan 800 millones de euros de gasto directo. Desgraciadamente, también supondrán un 15 por ciento de muertes por esta complicación.

Una tercera repercusión es la social, dado el elevado número de afectadas y el impacto que esto tiene para el desarrollo de sus trabajos, de su proyecto de vida y de aquellos que dependen de ellas. Ante esta situación, existen personas y colectivos que pretenden no hacer nada por ser un proceso evolutivo dependiente de la edad, y yo me pregunto si haremos lo mismo con todos los procesos evolutivos dependientes de la edad, si no investigaremos ni trataremos si fuera preciso la diabetes tipo 2, el alzheimer y ese largo etcétera de manifestaciones clínicas derivadas del envejecimiento y que

alteran la calidad de vida. Si seguimos con este razonamiento, ¿para qué formamos especialistas en geriatría si después no les dejaremos que traten ancianos? ¿Realizaríamos estos mismos razonamientos si los afectados fueran varones? Si ante la disfunción eréctil el mercado se ha llenado de productos para su tratamiento que hasta se venden ilegalmente por Internet, ¿qué pasaría si sufriesen todo el cortejo de cambios que tienen las mujeres?

La mayoría de las sociedades de ginecólogos se han planteado desde siempre el abordaje de esta etapa de la vida de la mujer y su posible patología. Existen asociaciones para el estudio de la menopausia en casi todos los países de nuestro entorno. Dentro de estas asociaciones y del colectivo general de ginecólogos, existen posturas no unificadas sobre el estudio, el control y los posibles tratamientos si fueran precisos en las distintas situaciones en las que se pueden encontrar las mujeres durante el climaterio. Hemos pasado de una etapa intervencionista de tratamientos hormonales de alta dosis —que en España, por cierto, nunca superaron el 15 por ciento— a, después del famoso informe WHI de los Estados Unidos o el informe Million del Reino Unido, usar terapias hormonales de baja dosis, terapias con SERM o tibolona —que nunca han superado entre el 4 y el 6 por ciento— o a los tan traídos y llevados tratamientos alternativos con estrógenos de origen vegetal, las famosas isoflavonas de soja. Ante esto, me surgen múltiples preguntas: ¿Hemos reconsiderado nuestras actitudes a la vista de los nuevos avances científicos?, ¿se han difundido los resultados de los nuevos análisis de los estudios antes citados?, ¿se ha exigido el mismo nivel de evidencia científica a todos los preparados usados en los tratamientos? Finalmente, ¿estamos en la situación de poder dar una información a la mujer sin sesgos de ningún tipo para que ella pueda decidir en libertad? Señorías, cuando hablamos de un plan de atención a la mujer, no nos referimos a postular un tratamiento —eso no sería lógico—, nos referimos a una estrategia que incluya qué estudios deben realizarse, qué controles son precisos para controlar las patologías prevalentes como el cáncer de mama, las enfermedades cardiovasculares o la osteoporosis, qué hábitos de vida saludable le deben ser recomendados y, si precisase algún tipo de tratamiento, cuál sería el mejor para cada caso, qué controles serían precisos para evitar los efectos no deseados, qué tiempo debería realizarlo. En fin, se trata de un auténtico plan integral de atención a la mujer y no solo de un burdo intento de medicalizarla en una etapa fisiológica de su vida.

Señorías, nuestra PNL trata de que podamos contestar a estas y otras preguntas, que podamos ofrecer a la mujer la tranquilidad que precisa en un momento complicado de su vida, que aportemos todos nuestros conocimientos para mejorar la calidad y la cantidad de vida de las mujeres, a todas las mujeres, con equidad territorial, porque será bueno para ellas, será bueno para sus familias y será bueno para la sociedad. Por eso, presentamos esta proposición no de ley que insta al Gobierno a rea-

lizar un plan de atención a la mujer en déficit hormonal para conseguir una madurez saludable y hacerlo después de haber escuchado las opiniones de un comité multidisciplinar de expertos.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Se ha presentado una enmienda a esta proposición no de ley. Para su defensa tiene la palabra la señora Chacón.

La señora **CHACÓN GUTIÉRREZ**: Señorías, tomo la palabra para posicionar a mi grupo en la iniciativa que nos trae hoy el grupo que sustenta al Gobierno, y también para defender la enmienda que hemos presentado a la misma.

Todos sabemos que la menopausia es el periodo en el que termina la fase reproductiva de la mujer. En Europa y en América del Norte la menopausia ocurre normalmente cuando una mujer está alrededor de 50 ó 51 años, aunque a veces aparece antes. La edad y los síntomas de la menopausia también tienen una influencia genética fuerte. La perimenopausia es el periodo de cambios graduales que llevan a la menopausia y puede tardar unos meses o incluso años. En este tiempo se reduce la velocidad de producción de estrógenos y los niveles del mismo fluctúan. Esto causa los síntomas similares a la pubertad, pero desde luego con más intensidad. La posmenopausia es el periodo después de la menopausia. Aparecen distintos síntomas —como bien ha dicho el portavoz del grupo que ha presentado esta iniciativa—, aunque algunas mujeres los sufren y otras no. Su duración y su severidad son bastantes variables. Aproximadamente en el mundo occidental el 12 por ciento de las mujeres no experimenta ningún síntoma en este periodo y el 14 por ciento lo experimenta con intensos problemas físicos y también emocionales que pueden ser síntomas psicológicos —como el olvido, cambios de humor, irritabilidad—, síntomas vasomotores —calores, palpitaciones, interrupciones del sueño— o problemas sexuales.

Señorías, la iniciativa explica en su exposición de motivos que la menopausia genera importantes alteraciones en la calidad de vida de las mujeres que implican un incremento de la demanda terapéutica y que, por otro lado, no existe un consenso científico sobre el tratamiento clínico de la misma, lo que genera incertidumbre y un abordaje irregular de esta situación. Ni que decir tiene que estamos de acuerdo con todo este planteamiento aunque no con la forma en la que se enfoca la iniciativa, ya que consideramos que los problemas de salud de las mujeres se tienen que abordar de forma integral. Curiosamente esta iniciativa se debate a tan solo tres días de haberse celebrado el Día Internacional de la Mujer. Creemos sinceramente que tanto el Gobierno como el grupo que lo apoya está utilizando, permanentemente y de forma demagógica, este día en vez de hacer políticas sensatas y de largo recorrido que de verdad resuelvan los problemas de fondo a los que se enfrenta la mujer en nuestro país. Pero no solamente en este tema sino en el ámbito del empleo, el de la conciliación de la vida laboral y familiar, del apoyo



a la maternidad y, por supuesto, en el ámbito de salud que es el tema que hoy nos ocupa.

Señorías, me van a permitir que recuerde lo que plasma mi partido y mi grupo parlamentario tanto en su programa electoral como en el último debate de presupuestos, donde se hizo una apuesta clara por la atención específica de los problemas de salud de las mujeres. Para ello hemos pedido —por cierto, que el Grupo Socialista no nos ha hecho ningún caso— un plan nacional de osteoporosis —al que se ha referido también el portavoz del Grupo Socialista— con 300.000 euros solamente para iniciar su estudio y su implantación. —Enmienda 1158, por si algún miembro de esta Comisión lo quiere comprobar—. También hemos pedido un plan para la implantación de unidades de atención integral a la mujer dotado con un millón de euros —enmienda 1169—, y pedimos, igualmente, que se incrementara en 2 millones el presupuesto para el Observatorio de salud de la mujer que, de forma inexplicable, había disminuido su cuantía para este ejercicio presupuestario. El Grupo Socialista en su momento votó en contra de todas estas iniciativas. Pero no solo eso. En el programa del Partido Popular nos comprometíamos a desarrollar un programa nacional de salud que incluyera entre otras cosas programas de prevención y de atención a las cuestiones relativas a la osteoporosis, la menopausia, el cáncer de cérvix o la ampliación hasta los 70 años del *screening* del cáncer de mama.

Señorías, no estamos en el Gobierno pero nuestro compromiso con la salud de las mujeres sigue intacto. Por este motivo presentamos una enmienda de modificación que, admitiendo la propuesta del Grupo Socialista, vaya más allá y contemple una atención integral a la salud de las mujeres, algo que desde luego debe formar parte de la agenda del ministro de Sanidad y Consumo y que, si el grupo proponente la asume, sería síntoma de compromiso de querer ir más allá. Quiero en este punto agradecer al portavoz del Grupo Socialista que me haya facilitado información, antes del debate, referida al ya existente plan de salud para mujeres que hizo, por cierto, el Partido Popular cuando estaba en el Gobierno.

Quiero pedir disculpas porque ha sido un lapsus de esta diputada novata, pero como el Reglamento de la Cámara admite que pueda haber una autoenmienda o una transacción al punto 1.º, quería hacerlo y lo pasaré inmediatamente a la Mesa. El punto 1º quedaría de la siguiente forma: Se insta al Gobierno a que primero se desarrolle y actualice, en colaboración con las comunidades autónomas, el Plan integral de salud para la mujer en donde se recojan todas sus necesidades específicas de salud desde la pubertad a la madurez. Y el 2.º punto quedaría redactado de la misma manera que lo hemos presentado. Si realmente el Gobierno se quiere comprometer, hoy se debe apoyar esta enmienda. Si el grupo proponente no la apoyara dejaría en evidencia su falta de compromiso, presentando iniciativas que no llegan a ningún sitio y que solamente sirven para quedar bien en un día tan señalado como es el Día Internacional de la Mujer.

Espero que considere esta autoenmienda que hemos hecho al punto 1.º

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Si llegan finalmente a una transaccional espero que nos la hagan llegar a la Mesa. ¿O quieren contestar ahora mismo sobre la enmienda? (**Denegación.**) Esperamos entonces la resolución de sus señorías.

— **RELATIVA AL INCREMENTO DE RECURSOS DESTINADOS A LA LUCHA CONTRA EL VIH/SIDA. PRESENTADA POR EL GRUPO CATALÁN (CONVERGÈNCIA I UNIÓ) (Número de expediente 161/000830.)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Pasamos ahora al 7º punto del orden del día, relativo al incremento de recursos destinados a la lucha contra el VIH/sida, del Grupo Parlamentario de Convergència i Unió. Tiene la palabra el señor Campuzano.

El señor **CAMPUZANO I CANADÉS**: Convergència i Unió plantea esta proposición no de ley que pretende comprometer a esta Comisión y al Congreso de los Diputados en la necesidad de incrementar el conjunto de los recursos que las políticas públicas dedican a la lucha contra el VIH/sida. Lo hacemos en un contexto en el que partimos, lógicamente —como todos los grupos—, de una valoración positiva de los esfuerzos colectivos desde mediados de la década de los noventa en el control de esta epidemia, asumiendo que algunas cuestiones continúan pendientes y que incluso un cierto relajamiento de la sociedad, de la opinión pública, de los colectivos más directamente afectados por esta enfermedad, de nuestros sistemas de prevención y de salud, deben llevar básicamente a no relajarnos, a mantener la tensión política sobre nuestro compromiso en esta materia. Algunas cifras que citamos en la exposición de motivos de nuestra proposición no de ley indican la dimensión de este problema. Entre 120.000 y 150.000 ciudadanos están infectados y se estima que más de una cuarta parte de ellos ignora que lo está. Cada año se producen entre 2.500 y 3.500 nuevas infecciones y aún hoy unas 1.600 personas mueren con el VIH/sida como causa principal. Esto todavía en la España del año 2009. Es cierto, lo explicamos también en la exposición de motivos, que el patrón de transmisión de la epidemia ha cambiado. Hoy ya no es un problema de transmisión por vía parenteral pero sí lo es por vía de transmisión sexual. El fenómeno migratorio ha implicado también un cambio de esta realidad, por muchas razones que ahora no tendríamos tiempo de poder explicar. Lo que es cierto es que parte de esta población de origen extranjero no responde a los patrones de prevención en sus conductas habituales que los colectivos autóctonos habían tenido. El propio hecho de que muchas personas vivan sin tener esta infección diagnosticada supone un riesgo para la extensión de esta infección. El hecho de que la mayor

parte de las personas hoy pueda sobrevivir, fruto de unos tratamientos cada vez más complejos y más caros, es también un reto para el conjunto del sector sanitario.

El tipo de cuestiones son los asuntos de fondo que *Convergència i Unió* plantea, en un contexto en el que nos consta que el plan que se impulsa desde el Ministerio de Sanidad es consciente de algunas de estas cuestiones y de que la comunidad asociativa en este ámbito también lo es. Pero, de manera paradójica, nos hemos encontrado con que en los últimos años, en los últimos ejercicios presupuestarios, dos de las políticas que el Gobierno del Estado desarrolla en este ámbito a través de transferencias corrientes, por un lado, a comunidades autónomas, para que puedan desarrollar sus programas en el marco —insisto— del plan estatal sobre el sida y, por otro, a ONG para que trabajen en este ámbito, han sido congeladas. En 2007, 2008 y 2009 se destina la misma cantidad de recursos económicos a estos dos programas: 4.800.000 y 4.152.000. Esas son las cifras de las cuantías que —insisto— en 2007, 2008 y 2009 se han mantenido. Incluso en algún momento parecía que existía la posibilidad de que el Gobierno rebajase la aportación prevista a las comunidades autónomas en un 10 por ciento para este año. Al parecer eso finalmente no se realizó. La Red comunitaria sobre el VIH/sida del Estado español y la Coordinadora estatal del VIH/sida, que son las plataformas de la sociedad civil que agrupan a las personas afectadas, afirmaban que en la práctica esta reducción de los presupuestos en estos programas implicaba: menos preservativos gratuitos, menos jeringuillas limpias, menos servicios de apoyo a las personas afectadas, menos recursos para afrontar el estigma y la discriminación. En este contexto en el que la epidemia continúa existiendo y en el que existen nuevas realidades y nuevos patrones de conducta nos parece que no es de recibo que mantengamos congelados estos recursos. De ahí la orientación de esta proposición no de ley, que fundamentalmente plantea un incremento del 20 por ciento en estos dos programas, con el objetivo de actualizar como mínimo esas cuantías.

Además, señorías, queremos plantear que la parte de los recursos que gestiona la Administración central, a través de subvenciones a las ONG, no se limite tan solo a organizaciones de ámbito estatal, sino que también se abra la participación a organizaciones de ámbito local y autonómico, ya que muchas de ellas juegan un papel fundamental en el desarrollo de estas políticas. Queremos insistir también en un planteamiento que es el de orientar las campañas de prevención hacia los colectivos más vulnerables, porque precisamente en esos colectivos es en los que, por razones muy evidentes, existe mayor riesgo de expansión de la epidemia. El plan ha empezado a plantear esta orientación —no sabemos si mucho o poco—, pero sería bueno que el Congreso de los Diputados reafirmase esa orientación en esta política.

Me decía la portavoz titular socialista —que en esta Comisión y en esta materia es mi colega y amiga, la señora Tarruella— este mediodía por teléfono que habi-

tualmente en esta Comisión y en esta materia sobre el sida siempre se han mantenido acuerdos muy de consenso. La vocación de *Convergència i Unió* es evidentemente esa y por tanto, conociendo las enmiendas que nos han planteado los Grupos Popular y Socialista, estamos abiertos a buscar un texto que permita avanzar en lo que creo que todos estamos de acuerdo, que es la necesidad de mantener la tensión política y el esfuerzo presupuestario en materia de prevención y control de la epidemia del VIH/sida. Espero, señorías, que entre todos podamos alcanzar un buen acuerdo esta tarde.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Se han presentado dos enmiendas a esta proposición no de ley. La número 1 corresponde al Grupo Parlamentario Popular, para cuya defensa tiene la palabra el señor Gutiérrez Molina.

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA**: Señorías, el Grupo Parlamentario Popular ha presentado una enmienda a la proposición no de ley del Grupo Parlamentario Catalán de *Convergència i Unió*, basada principalmente en un aspecto fundamental. Antes permítasenos hacer una aclaración. Nosotros hemos leído con la atención que merece la proposición no de ley presentada para su debate en esta Cámara. Nuestro grupo está de acuerdo en el concepto de que cualquier incremento de los fondos destinados a la lucha contra el sida no solamente es una cuestión numérica, sino de consenso.

Nuestro grupo presentó una enmienda a los Presupuestos Generales del Estado para 2009 donde pedíamos un incremento de 500.000 euros en la dotación para el Plan Nacional sobre Sida. Dicha enmienda no tuvo la fortuna de seguir adelante, puesto que fue rechazada en su día por el grupo que soporta al Gobierno y los grupos que apoyaron con él este presupuesto. Sabemos —porque estuvimos en el debate— que *Convergència i Unió* solicitó, también por vía de enmienda, en concreto la número 3.218, la misma cantidad. En principio hay un hilo de conexión que es que tanto CiU como el Grupo Parlamentario Popular pedíamos de esta forma que se mantuviera al menos el presupuesto previsto, que había disminuido cerca de 400.000 euros.

Señora presidenta, no me voy a extender demasiado en conceptos teóricos que ya han sido suficientemente debatidos en esta Cámara con esta proposición no de ley, después de escuchar al señor Campuzano, y también en otras legislaturas, en otros periodos de sesiones, cada vez que una proposición no de ley relativa al incremento de recursos destinados a la lucha contra el sida se ha debatido en esta Comisión. Por eso quisiera ir a la médula de la enmienda de supresión, no sin antes hacer una aclaración previa. Compartimos con el señor Campuzano la necesidad de un amplio consenso en esta Cámara sobre un aspecto tan fundamental como este. Estamos dispuestos también a escuchar y a intentar transaccionar, no solamente el concepto de la enmienda que presenta el Grupo Parlamentario Popular, sino también otros grupos políticos

como el Grupo Parlamentario Socialista, que también ha presentado la suya. Pero me gustaría enfatizar la justificación de la presentación de la enmienda, con independencia de lo que anteriormente he dicho.

Seamos sinceros, en principio a la proposición no de ley del Grupo Parlamentario de CiU, el Grupo Parlamentario Popular no tiene objeción grave que oponer. Solamente hay un punto que consideramos medular —aunque insistimos en que estamos abiertos a la negociación y a la transacción— que es el de la territorialización. Nosotros creemos que territorializar los fondos previstos para subvenciones a entidades sin fines de lucro iría en perjuicio de las asociaciones de ámbito nacional, y se podría —y a lo mejor estoy hablando a priori o dejándome llevar por impresiones, y en política es malo dejarse llevar por impresiones, pero en cualquier caso digo lo que pienso— en el futuro controlar en las distintas autonomías a las ONG, y sobre todo los fondos de las asociaciones que trabajaran en distintas autonomías, sin el necesario control o cautela por parte de las ONG que trabajan en el ámbito nacional. Lo tenemos que expresar así.

La segunda parte es que —lo ha dicho el señor Campuzano y nosotros también lo afirmamos— nos enfrentamos a muchos retos, y después de leer la proposición no de ley es norma común en toda la Cámara y en todos los grupos parlamentarios no dejarnos llevar por la auto-complacencia pensando en lo que se ha avanzado. No tiene justificación, aun teniendo en cuenta la situación económica que vive nuestro país, que el Gobierno —y esta es nuestra percepción— haya levantado el pie del acelerador —antes lo dije, las enmiendas derrotadas en los Presupuestos Generales del Estado— rebajando las partidas que el Ministerio de Sanidad y Consumo destina a transferencias a las comunidades autónomas y a organizaciones sin fines de lucro, que participan activamente en la prevención y control de estas pandemias.

Resumiendo, primero, mantenemos nuestra enmienda de supresión del punto tercero de la proposición no de ley del grupo de *Convergència i Unió*. Segundo, en líneas generales consideramos que, puesto que nuestro grupo no tiene nada que objetar a la filosofía de la proposición no de ley, podemos llegar a un acuerdo transaccional a lo largo del debate en esta Comisión. Y tercero, es nuestra voluntad llegar a ese acuerdo, porque creemos que no tendría ningún sentido que de un tema como este, en el que la sociedad española está en esencia de acuerdo, pudiera derivarse fractura, disidencia o desacuerdo en los grupos que la representan precisamente en este Congreso de los Diputados. Desde esta filosofía, desde esta voluntad de acuerdo y de mantener los principios que ha mantenido el Grupo Parlamentario Popular, estamos de acuerdo en escuchar a los demás grupos parlamentarios e intentar llegar a la transaccional, que es nuestro mejor deseo esta tarde, señora presidenta, señoras y señores diputados.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Para la defensa de la enmienda del Grupo Socialista tiene la palabra doña Soledad Cabezón.

La señora **CABEZÓN RUIZ**: Señora presidenta, señoras y señores diputados, como es conocido, este grupo comparte la preocupación y la necesidad de seguir trabajando en la lucha contra el sida, considerando que la estrategia de la prevención supone una herramienta básica para ello, siendo este uno de los ejes fundamentales en los que se trabaja desde el Plan Nacional contra el Sida en la Comisión nacional de coordinación y seguimiento de programas de prevención del sida, en concreto a través del Plan multisectorial vigente 2008-2012, aprobado por consenso de todos los grupos parlamentarios.

En nombre del Grupo Socialista quiero comenzar manifestando que la movilización y evolución de los recursos económicos en la lucha contra el VIH/sida en España ha sido marcadamente creciente y, a diferencia de otros países europeos de nuestro entorno, no ha defendido la prioridad política del tema, incrementándose en la última década la inversión, también a diferencia de otros países, especialmente en las actividades destinadas a la prevención. Señores diputados, tenemos que decir que en los actuales Presupuestos Generales del Estado del año 2009 se mantienen las transferencias a las comunidades autónomas así como a las ONG destinadas a la estrategia del Plan Nacional contra el Sida, renovando este la prioridad otorgada a la prevención.

Oídos los grupos parlamentarios que me han precedido, tengo que manifestar que no podemos decir que el compromiso del Gobierno en esta materia haya disminuido, lo que de forma reiterada se ha puesto de manifiesto por boca del propio ministro de Sanidad y Consumo, así como por la constatación de los hechos, los cuales evidencian que no solo no ha disminuido el esfuerzo global del Gobierno en la lucha contra el sida, sino que incluso se ha incrementado. Prueba de ello, y partiendo por un lado de las declaraciones del propio Comité director de Unisida, que revela que las acciones desarrolladas han permitido comprobar que es posible revertir el curso de la epidemia, poniendo de manifiesto la necesidad de una respuesta internacional, y por otro de la necesidad de incentivar la investigación y desarrollo de nuevos, mejores y más baratos instrumentos de prevención y tratamiento, se deriva el reciente anuncio por parte del Gobierno del apoyo institucional y económico a la plataforma de vacunas de la Red de investigación en sida. Concretamente se ha incrementado su aportación económica, pasando de uno a 3 millones de euros, así como el compromiso de destinar 1,5 millones de euros a la Asociación Internacional para Microbicidas, lo que viene a continuar dando respuesta a la instancia que desde la Comisión de Cooperación Internacional del Congreso de los Diputados se hizo en su día al Gobierno para dar apoyo e impulsar los esfuerzos en investigación a favor de la vacuna contra el VIH/sida. Estas cantidades vienen a suponer que la financiación total a Unisida supone más

de 10 millones de euros. Del mismo modo el Gobierno español ha comprometido 600 millones de dólares del Fondo mundial contra el sida, tuberculosis y malaria para el periodo 2008-2010.

Señorías, aunque la incidencia global de infecciones por VIH en España mantiene un descenso paulatino, preocupa también a este grupo parlamentario el repunte que se está produciendo en determinados colectivos, como los inmigrantes; colectivos donde toma especial relevancia la labor de las ONG, habiendo reconocido el Gobierno que suponen un pilar básico en su política contra el sida, y es por lo que desde el año 2005 la partida de los Presupuestos Generales del Estado destinada a estas entidades se ha visto triplicada en concreto de uno a 4,3 millones de euros. Por otro lado, señorías, la ampliación a la participación ciudadana del actual plan en reconocimiento del papel que tienen las ONG y las asociaciones ciudadanas ha llevado a que una de las principales innovaciones del plan vigente en la actualidad sea precisamente la inclusión de estas asociaciones en los órganos de decisión.

Por lo que respecta al punto tercero, territorialización de las subvenciones, hay que tener en cuenta que aunque la orden por la que el Ministerio de Sanidad y Consumo convoca ayudas a estas entidades y a otras entidades de cualquier titularidad sin ánimo de lucro está destinada a proyectos que se desarrollan a nivel nacional o de más de una comunidad autónoma, priorizándose el trabajo en red la experiencia compartida y la coordinación entre entidades, también se financian proyectos de prevención y control de VIH/sida de ámbito autonómico de las entidades sin ánimo de lucro, a través de las transferencias que efectúa anualmente el Ministerio de Sanidad y Consumo a las comunidades autónomas, las cuales están representadas en la comisión de evaluación de proyectos, siendo las propias comunidades las que determinan la cuantía y las entidades destinatarias de estas subvenciones, por lo que no se comprende la propuesta realizada, habida cuenta de que las comunidades participan de todo el procedimiento.

Por lo que se refiere al último punto, hay que tener en cuenta que el principal mecanismo de coordinación con las comunidades es la Comisión nacional de coordinación y seguimiento de programas y prevención del control del VIH/sida, que aprueba el Plan multisectorial y las prioridades de prevención para cada ejercicio, comisión que además se reúne periódicamente con los coordinadores de sida de las comunidades autónomas para un trabajo realizado a nivel más técnico. Por otro lado, las comunidades participan en las subvenciones a ONG a través de la comisión de evaluación de proyecto, y además informan a los coordinadores autonómicos de las propuestas de financiación. Son muchos los proyectos financiados a través de la convocatoria de las ayudas del Ministerio de Sanidad y Consumo que reciben financiación también de otras instituciones, entre ellas las comunidades autónomas, lo que se realiza de manera coordinada con estas.

Finalmente hay que destacar la creación en 2008 del Comité asesor y consultivo, dependiente de la Comisión nacional, como órgano de comunicación, colaboración y participación de las ONG para el desarrollo del Plan multisectorial frente a la infección por VIH/sida 2008-2012. Además a través del Sistema Nacional de Salud se informa a las ONG de las prioridades de las subvenciones, a través de jornadas y grupos de trabajo a lo largo del año, y se coordina individualmente con las ONG. Por todo lo anterior, este grupo, aun compartiendo la necesidad y la prioridad política de continuar en la lucha contra el sida, no puede compartir la proposición del Grupo Parlamentario Catalán en los términos expuestos. Por ello presentamos la enmienda, en la que creemos que pueden encontrarse las posturas de todos los grupos aquí representados, habida cuenta de la importancia del mantenimiento del consenso que ha venido imperando en este tema de tanta trascendencia y sensibilidad como es el de lucha contra el sida.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): ¿Algún otro grupo quiere intervenir para fijar posiciones? (**Pausa.**) En ese caso, ¿desea el grupo proponente intervenir para decir si acepta o no las enmiendas o cuál es su posición?

El señor **CAMPUZANO I CANADÉS**: Señoría, las enmiendas tal y como están formuladas no las podríamos aceptar. Me ha parecido entender que con la portavoz socialista existiría un posible texto de aproximación, que recogería también la preocupación de la enmienda del Grupo Popular, y que si ese texto que he podido leer anteriormente se aceptase finalmente por el Grupo Socialista, también por el Grupo Popular y por el resto de grupos, *Convergència i Unió* lo sometería a votación. En el caso de que ese texto que he leído hace unos minutos no fuese aceptado por el Grupo Socialista, pediríamos votación separada del punto tercero de la proposición no de ley original, para diferenciar dos votaciones: los puntos 1, 2 y 4 por un lado; y el punto 3 por otro. En todo caso, sería bueno que la transacción que yo conozco la pudiesen conocer el resto de los portavoces, si finalmente es la que el Grupo Socialista pone encima de la mesa.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Desde luego, si llega la transaccional a la mesa, la leeremos previamente.

— **SOBRE INTRODUCCIÓN DE FÓRMULAS CO-PAGO POR PARTE DE LOS USUARIOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO DE ESQUERRA REPUBLICANA-IZQUIERDA UNIDA-INICIATIVA PER CATALUNYA VERDS. (Número de expediente 161/000687.)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Corresponde ahora debatir la proposición no de ley

referente a la introducción de fórmulas de copago por parte de los usuarios del Sistema Nacional de Salud, cuyo autor es el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds. Para su defensa tiene la palabra el señor Llamazares.

El señor **LLAMAZARES TRIGO:** Comparezco en nombre de mi grupo parlamentario para presentar esta iniciativa que tiene una doble intencionalidad. En primer lugar, la de rechazar el fantasma que hoy recorre Europa en materia sanitaria, que es el del copago; rechazar el copago en los sistemas sanitarios públicos, en concreto en nuestro sistema sanitario público. Por otra parte, la de plantear, de forma llamémosle de coyuntura, la necesidad de que este tema se despeje de cara al trabajo de la Comisión o de la subcomisión creada en torno al Pacto por la sanidad. No sería bueno que se dedujese de este fantasma que recorre algunos despachos y algunos países de la Unión que no solamente no vamos a consolidar el sistema público en el marco del Pacto por la sanidad, sino que de alguna manera vamos a debilitar el carácter público de nuestro sistema sanitario. Por esa doble razón creemos que es muy importante —aparte de la posición que ha mantenido el secretario general de Sanidad y, con ello, el Gobierno ante esta Comisión— que sea esta Comisión la que solemnemente rechace las fórmulas de copago. Rechace el euro por consulta de Francia, el tique moderador de Alemania, el tique de Chequia o la factura en la sombra de Bélgica. Creemos que es muy importante que eso se realice, se haga en el marco de la reflexión sobre nuestro sistema sanitario, y se haga como antesala al debate que vamos a tener sobre el Pacto por la sanidad.

Vayamos a las consecuencias que podría tener poner en marcha esta figura del tique o del euro por consulta, o la factura en la sombra, que se denomina en términos genéricos copago sanitario. En nuestra opinión, la fórmula de copago sanitario significaría un ataque directo a uno de los valores fundamentales que presiden nuestro sistema sanitario, a la universalidad de nuestro sistema sanitario, que en buena medida significa que cualquiera, sea cual sea su nivel de renta, tiene derecho a la atención sanitaria y a las políticas de salud. Este copago sanitario rompería el esquema universal del sistema sanitario en España, y por tanto introduciría una distorsión a nuestra cultura sanitaria y también una distorsión en la cohesión sanitaria y en el Estado de bienestar. Es una primera razón para rechazar el copago.

En segundo lugar, la introducción de fórmulas como el copago afectaría a la accesibilidad y a la equidad del sistema, dos principios fundamentales de nuestra Constitución, de nuestra Ley General de Sanidad y del conjunto del sistema sanitario: la accesibilidad y la equidad. ¿Por qué el copago afectaría a la accesibilidad y a la equidad? Porque el copago trata, mediante una figura de coste añadido individual, de disuadir de la utilización de los recursos sanitarios. Pero esta medida de coste añadido significa discriminar por razón de rentas a determi-

nados segmentos de la población, dificultando su acceso al sistema sanitario y haciendo que ese acceso sea más inequitativo, con consecuencias negativas desde el punto de vista social y desde el punto sanitario, porque son precisamente esos sectores sociales que tendrían más dificultades para acceder al sistema los que tienen peor situación de salud en nuestro país, y problemas que inicialmente pudieran ser agudos se convertirían en problemas crónicos, al no acceder al sistema sanitario, finalmente serían problemas más graves de salud y probablemente, como ha ocurrido en algunos países de nuestro entorno, significarían al mismo tiempo un mayor coste sanitario. Es decir, no se cumpliría el objetivo de la disuasión de la utilización de los recursos sanitarios, y sí se dificultaría el acceso al sistema sanitario por parte de sectores de baja renta y sí se produciría una mayor inequidad de nuestro sistema sanitario.

Hay que resaltar que en estos momentos en nuestro país no hay tanto un problema de accesibilidad territorial, que lo hay, como un problema de accesibilidad social, que es más grave. En estos momentos las diferencias de esperanza de vida son mínimas entre territorios considerados globalmente. Entre sectores sociales, por ejemplo, entre el barrio de Carabanchel y los barrios de la zona norte de la Comunidad de Madrid hay diferencias de esperanza de vida de cinco, siete y ocho años, con lo cual se demuestra claramente cuáles son los problemas de inequidad de nuestro sistema sanitario. Lo podría trasladar a cualquier otra comunidad autónoma entre lo que podríamos denominar barrios con bajo nivel de renta y barrios con alto nivel de renta. Por tanto, no hay que tocar medidas que puedan afectar a la accesibilidad o a la equidad del sistema sanitario. Esas son las razones —por afectar a la universalidad, a la equidad y a la accesibilidad del sistema, que son principios básicos de nuestro sistema sanitario— por las que queremos que esta Comisión, solemnemente, y si pudiera ser por unanimidad, rechazase el copago sanitario.

Pero vayamos a otro término que se utiliza, que es el término de la eficacia de las medidas económicas, de las medidas del tique o del copago. También en esta materia hay suficiente experiencia como para saber que son de dudosa eficacia. Estas medidas de copago se utilizan fundamentalmente con los pacientes cuando ellos no son los prescriptores en la mayoría de las ocasiones de lo que podríamos denominar el coste sanitario. Por lo tanto no se disuadiría con ellos el gasto sanitario, no se afectaría el gasto sanitario. De hecho, tenemos una prueba, y es que el incremento del copago sanitario en materia farmacéutica, pasando del 20 al 40 por ciento, no disuadió en absoluto a los pacientes, del gasto farmacéutico, porque no lo deciden los pacientes, sino los prescriptores, y estos, en función de la complejidad de la patología y del incremento de las mejoras en materia de la investigación farmacéutica, han provocado, como es lógico y natural, un incremento del gasto farmacéutico en nuestro sistema.

Hay otro argumento que se utiliza, también vinculado al sistema farmacéutico, que es la posibilidad de utilizar mecanismos que diferencien el copago en los pensionistas. También es una materia muy discutible porque tan solo el 5 por ciento de los pensionistas sería susceptible de ese copago adicional porque tengan rentas mayores a las rentas medias en nuestro país. Pero es que resulta que ese 5 por ciento de los pensionistas son los que tienen enfermedades con requerimientos sanitarios muy por encima de los requerimientos medios del conjunto de los pensionistas. En este caso se podría decir que vaya lo comido por lo servido y tendría muy dudosa eficacia ese sistema de copago.

Por estas razones, señorías, porque afecta a la universalidad, porque afecta al acceso al sistema, porque es inequitativo, y porque en nuestra opinión tampoco es más eficaz ni disuade de la utilización de los servicios públicos, es bueno que esta Comisión rechace solemnemente el copago, en primer lugar, en sí mismo, pero, en segundo lugar, como antesala a un debate sano sobre el Pacto por la sanidad, que no puede transmitirse a los ciudadanos como un debate de recorte de la sanidad, sino un debate fundamentalmente de consolidación y de cohesión de nuestro sistema sanitario.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Se ha presentado una enmienda a esta proposición no de ley del Grupo Parlamentario Socialista. Para defenderla tiene la palabra la señora Grande.

La señora **GRANDE PESQUERO**: Señora presidenta, señorías, mi grupo coincide en lo fundamental con la proposición y con el discurso que acaba de hacer el señor Llamazares, y no puede ser de otra manera porque en la última sesión de esta Comisión el secretario general de Sanidad, en respuesta a una pregunta del señor Llamazares en el mismo sentido, dijo algo clarísimo y taxativo: que el ministerio no cree, a diferencia de lo que algunos quieren plantear como elemento central en cuanto a la sostenibilidad del sistema, que el copago sea una vía adecuada para ello. Lo dijo bien claro; yo podría decirlo más alto, pero no más claro, con lo cual mi grupo suscribe las palabras del secretario general ante la Comisión.

Solo quiero añadir algunos aspectos en los que ha entrado el señor Llamazares. Cuando se defienden las fórmulas de copago, al introducir algunos sistemas de copago nuevos en los servicios sanitarios se intenta conseguir como objetivo contener el crecimiento del gasto sanitario. La mayoría de la gente que defiende estas fórmulas dice que lo que va a producir es, primero, disminuir o eliminar la demanda innecesaria de servicios sanitarios y, segundo, aumentar los ingresos públicos para los sistemas sanitarios, y por tanto para la sostenibilidad. En esa línea muchos países de nuestro entorno, utilizando fórmulas mixtas, de una u otra manera han introducido la figura del copago. Si nos fijamos en la experiencia comparada de estos países, los resultados de

estas fórmulas de introducción nos dicen que la aplicación del copago por servicios sanitarios es absolutamente ineficaz, por dos causas fundamentales. Primero, porque aunque disminuya la demanda innecesaria lo que realmente disminuye es la demanda necesaria. Por tanto, puede disminuir la demanda innecesaria de servicios sanitarios, pero también la necesaria. Además, esto hace que colectivos económicamente mucho más desfavorecidos de la sociedad puedan dejar de acudir a los servicios sanitarios, cuando necesitan realmente de una asistencia, por un tema puramente de economía familiar o porque les frena no tener un dinero que se les pide para pagar. Aparte de ser esto absolutamente inequitativo en nuestro sistema —en nuestro sistema, por supuesto, no puede serlo—, tampoco se entendería en unos tiempos económicamente complicados como los que vivimos. Pero es que además de que esto constituiría una inequidad —que desde el Grupo Parlamentario Socialista y desde el Gobierno del Estado no podemos, en absoluto, defender—, cuando se habla de que aumentaría los ingresos públicos, los ingresos para la sostenibilidad económica del sistema sanitario, creemos que el resultado sería que el coste de la administración necesaria para poder ejecutar este copago, para recaudar este dinero que vendría del copago, sería incluso mayor que los beneficios que reportaría. Es decir, haciendo un símil muy sencillo, nos costaría más la gasolina que el coche, por tanto, me parece que ese coche no camina, y subirse a un coche que está parado, al menos al Grupo Socialista y a este Gobierno no nos gusta en absoluto.

Hemos presentado una enmienda que quiero explicar brevemente. En el punto 1 hemos mantenido el texto del grupo proponente porque estamos de acuerdo con todos sus términos, ya he explicado algunas razones. En el punto 2 mantenemos lo esencial, pero estaríamos dispuestos a llegar a un texto común, a una transaccional que recoja alguna alusión al futuro sistema de financiación que creo que es importante, de tal manera que sea la mejora en las políticas de salud pública, en la gestión sanitaria y en ese futuro sistema de financiación del que estamos debatiendo en este momento con las comunidades autónomas lo que permita mantener la sostenibilidad del sistema sanitario para evitar la tentación de introducir nuevas fórmulas de copago, que tengo que repetir que ningún servicio autonómico de salud, ninguna institución y ningún grupo parlamentario, por lo menos en esta casa, lo han planteado formalmente. Por tanto, creo que haríamos un poco de medicina preventiva y eso también nos viene bien a los sanitarios.

Quiero explicar también por qué no hemos incluido en nuestra enmienda el punto número 3 de la propuesta, y es porque sencillamente no creemos que sea necesario instar al Gobierno a que acometa acciones para que no exista algo que no existe en nuestro sistema sanitario, como es el copago por la asistencia sanitaria. Tanto este grupo parlamentario como el Gobierno hemos expresado nuestra posición y queremos apoyar esta iniciativa, así como cualquier otra que vaya en este sentido, fundamen-

talmente a mejorar la eficiencia y la calidad del sistema sanitario, a conseguir la sostenibilidad del sistema sanitario, pero no a costa de la inequidad o de la disminución de la universalidad del sistema.

Por eso y porque, como hemos explicado, consideramos que no es el momento de subirse a un coche parado, vamos a intentar conseguir un texto consensuado para poder instar al Gobierno a que siga trabajando en la línea en que lo viene haciendo para mejorar el sistema sanitario nacional, para seguir mejorándolo y para conseguir que la sanidad sea un bien público, un bien gratuito y un bien accesible para todos los ciudadanos, independientemente de su condición social y del territorio en el que viva.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): ¿Otros grupos que quieran fijar su posición? **(Pausa.)** Tiene la palabra el diputado del PNV, señor Agirretxea.

El señor **AGIRRETXEA URRESTI**: Intervengo solamente para anunciar que mi grupo va apoyar, en principio, el texto original; si después se llega a una transacción supongo que no habrá ningún problema.

Quiero fijar la posición de mi grupo en torno a este tema diciendo que nunca nos hemos mostrado favorables al copago desde el concepto que más de uno ha transmitido como copago, que a veces me da la sensación de que es una distorsión de lo que en un principio se quiere decir. No queremos sustituir pagando lo que se gestiona mal, porque quizá a veces no es un problema de si se tiene que pagar o no, sino de si se gestiona bien o se gestiona mal. A veces, ciertas lagunas y ciertos agujeros correspondientes a una mala gestión los queremos arreglar de una manera que se ha demostrado que evidentemente no es la solución. Por tanto, mientras tengamos recursos destinados a la sanidad mi grupo se negará a fórmulas de copago, sean cuales fueren, entre otras cosas porque vulneran los principios básicos de lo que entendemos como sociedad del bienestar que tanto costó lograr a partir de la Segunda Guerra Mundial en esta Europa occidental, aunque quizá algunos tardaron un poquito más en integrarse en la Europa occidental. Lo que quiero decir con esto es que a veces pensamos que pagando se solucionan las cosas, pagando se solucionan las colas, pagando se soluciona el problema de aquellas personas que van a pasar la mañana al ambulatorio, etcétera. A veces tampoco es así, porque no creo que la gente vaya a pasar la mañana al ambulatorio. Independientemente de eso, creo que mientras haya recursos hay que destinarlos a lo que hay que destinarlos, y la sanidad pública es fundamental. **(Rumores.)**

No me quiero poner la venda antes de la herida pero, ¿se puede decir de este agua no beberé? Nunca podemos decir de este agua no beberé, pero intentaremos no necesitar decir eso en estos momentos. Quizá en el futuro habrá que estudiar fórmulas de financiación de la sanidad —no me voy a negar a ello—, porque me

parece que es sano, lícito y democrático que hagamos un debate en torno a si se financia bien, si se financia mal, si está sobrefinanciado, si está minusfinanciado, etcétera, pero eso no es óbice para que en principio, ahora por lo menos, con los recursos y la organización sanitaria que tenemos, mi grupo se niegue a cualquier fórmula de copago. Repito, no queremos tapar mala gestión pagando.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Señorías, creo que sería bueno que mantuviéramos un poco más de silencio, porque es difícil escuchar a los oradores. Perdona que no le haya interrumpido antes, pero he preferido decirlo ahora.

Tiene la palabra la señora Fernández Pardo.

La señora **FERNÁNDEZ PARDO**: Intervengo en nombre del Grupo Parlamentario Popular para fijar nuestra posición en esta proposición no de ley y para decir que la vamos a suscribir tal y como está planteada en sus tres puntos. Por tanto, en primer lugar, rechazo a la introducción de fórmulas de copago por parte de los usuarios del Sistema Nacional de Salud; en segundo lugar, existe un margen suficiente en función de una mejora en la financiación de la gestión sanitaria; en tercer lugar, y cómo no, la necesidad de instar al Gobierno para adoptar las medidas correspondientes en el marco de sus competencias. Nos pronunciamos, por tanto, en contra del copago.

En primer lugar, consideramos que este es un debate sesgado que surge de manera periódica, sobre todo debido al planteamiento fundamental, que son los problemas de la financiación sanitaria, para los cuales el copago no es precisamente la solución. El problema de la financiación sanitaria es responsabilidad del Gobierno, así como también lo es la escasez de recursos de las comunidades autónomas, que se encuentran, créanme, literalmente asfixiadas y que llevan demasiado tiempo esperando la decisión política de una nueva financiación autonómica en la que se recojan las necesidades actuales en función de los nuevos datos de población, los nuevos datos censales de una España que cuenta ya con un considerable incremento de su población, también con un considerable envejecimiento de la misma y, por tanto, con un incremento considerable del gasto sanitario. Por tanto, la financiación sanitaria debe ser responsabilidad de los poderes públicos y no podemos hacer que recaiga sobre los usuarios del Sistema Nacional de Salud la amenaza de ver peligrar derechos ya consolidados como la universalidad, la equidad o la gratuidad de nuestro sistema sanitario. Repito que la equidad, la gratuidad y la universalidad tienen que seguir estando garantizadas para nuestros ciudadanos sobre la base del derecho a la protección de la salud que les asiste.

El Grupo Parlamentario Popular considera que nuestro sistema financiero tiene margen más que suficiente para sufragar los gastos del Sistema Nacional de Salud. Nos llama poderosamente la atención que algunos consejeros

de Salud autonómicos estén poniendo abiertamente como prioritaria en su agenda política la necesidad del copago. Y discrepo de lo que ha dicho la portavoz socialista. Dice que nadie hasta ahora ha puesto sobre la mesa el tema del copago. Quiero decir que han sido dos consejeros de dos comunidades donde gobierna el Partido Socialista; concretamente, doña Marina Geli en Cataluña y el señor Quirós en Asturias. Yo soy diputada por Asturias y créanme que estoy harta de oír al señor Quirós reivindicar el copago para la financiación del sistema sanitario público. Repito nuevamente que esto contrasta no solo con lo que ha dicho la portavoz socialista, sino también con lo que ha dicho y le hemos oído aquí en reiteradas ocasiones al secretario general del ministerio, señor Martínez Olmos, quien incluso ha llegado a declarar que el ministerio no se plantea implantar el copago, aunque asume que es competencia del Gobierno y no de las comunidades autónomas. Sería conveniente hoy aquí, en la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados, que el Grupo Parlamentario Socialista dejara claro cuál es su postura con respecto al copago, porque —repito— parece que hay contradicciones entre lo que sostiene el ministerio y el Grupo Parlamentario Socialista y la postura que tienen los consejeros de Salud socialistas en algunas comunidades autónomas.

Marcando nuestra postura, el Grupo Parlamentario Popular va a votar a favor de esta proposición no de ley y, por tanto, rechaza el copago, tal y como está planteado.

Me gustaría no dejar pasar la oportunidad de contestar al portavoz socialista cuando ha hablado de una actitud destructiva del Grupo Parlamentario Popular. Creo que lo que le ha molestado es más bien el comentario que ha hecho mi compañera con respecto a las nuevas medidas en materia sanitaria en el Gobierno de Galicia, a raíz de un nuevo Gobierno, en este caso del Partido Popular. Siento si le ha molestado, pero serán nuevas medidas por parte de un nuevo gobierno, en este caso del Partido Popular.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Señora Fernández Pardo, creo que ha abierto usted un debate que quizá necesite ser contestado, si alguien lo considera oportuno. **(La señora Grande Pesquero pide la palabra.)**

La señora **GRANDE PESQUERO**: Intervengo solamente para decir que cuando he afirmado —y he coincidido con la afirmación del secretario general del ministerio— que ninguna comunidad autónoma ni ningún consejero ha abierto el tema del copago, es porque nadie lo ha presentado formalmente. En este momento no conozco ningún consejero o consejera —quizá usted me pueda pasar alguna documentación— que haya presentado en su Parlamento una iniciativa parlamentaria o haya llevado al Consejo de Gobierno autonómico una iniciativa para el copago. Desde luego se ha hablado de copago; ha hablado mucha gente en muchos sitios y

muchos expertos. Es algo que está en el debate habitual de la sostenibilidad del sistema. Si usted me ilumina yo corregiré mis palabras, pero sigo insistiendo en que nadie lo ha planteado formal e institucionalmente. Y si lo plantean, lo debatiremos y lo discutiremos en las comunidades autónomas, en el Gobierno y —si viene— en este Parlamento. Creo que he expresado bastante bien nuestra postura. **(La señora Fernández Pardo pide la palabra—El señor Martínez Soriano: Para iluminar.)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Señora Fernández, muy brevemente, por favor.

La señora **FERNÁNDEZ PARDO**: En este caso, vuelvo a Asturias porque vivo allí y represento a Asturias en este Parlamento. Parece paradójico que cuando alguien del Gobierno está defendiendo públicamente y de manera reiterada el copago, venga usted a decirme que de manera institucional o formal no se ha presentado. Si el presidente del Gobierno asturiano sigue manteniendo como consejero de Salud al señor Quirós y este señor sigue manteniendo públicamente la necesidad de implantar el copago, no sé si eso no es institucional, si eso no es formalidad. **(Una señora diputada: ¡Muy bien!)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Señora Fernández Pardo, creo que ha quedado muy clara su postura.

La señora **FERNÁNDEZ PARDO**: Es tan institucional y tan formal como que es miembro del Gobierno.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Corresponde al proponente fijar su posición sobre las enmiendas presentadas.

El señor **LLAMAZARES TRIGO**: Habida cuenta de que hay una coincidencia global de todos los grupos parlamentarios sobre el rechazo del sistema de copago, mantengo el punto 1 tal y como está, y así aparece en la enmienda transaccional que trasladaré a la Mesa. Se mantiene el punto 1 tal y como está: El Congreso de los Diputados rechaza la introducción de fórmulas de copago por parte de los usuarios del Sistema Nacional de Salud, etcétera.

En el punto 2 no tengo inconveniente en llegar a una transacción que prácticamente lo deja como estaba, salvo que antes aparecía en la ampliación de los presupuestos públicos. No quiero entrar aquí en el debate sobre si hay que ampliarlos, ajustarlos o lo que sea, sino que incluimos que será necesario mejorar la gestión, será necesario el nuevo modelo de financiación y serán necesarias también las políticas de salud pública. Es, por tanto, una transacción que creo que representa al conjunto de los grupos



parlamentarios y que hace lo fundamental, que es rechazar el copago.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Espero que la haga llegar a la Mesa oportunamente.

— **SOBRE LA PUESTA EN MARCHA DE LA COMISIÓN MIXTA DE COORDINACIÓN DEL INSTITUTO CARLOS III, CONTEMPLADA EN EL REAL DECRETO 1183/2008. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO DE ESQUERRA REPUBLICANA-IZQUIERDA UNIDA-INICIATIVA PER CATALUNYA VERDS. (Número de expediente 161/000778.)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Pasamos al debate de la última proposición no de ley sobre la puesta en marcha de la comisión mixta de coordinación del Instituto Carlos III, contemplada en el Real Decreto 1183/2008, para cuya defensa tiene la palabra el señor Llamazares.

El señor **LLAMAZARES TRIGO**: Estamos ante un tema muy importante y además controvertido, como es el papel del Instituto Carlos III en nuestro sistema sanitario. No lo es por razón legal, porque por razón legal el papel está claro. El papel del Instituto Carlos III desde el punto de vista de la salud pública y de la investigación sanitaria se encuentra muy claramente en la Ley General de Sanidad, en la Ley de Cohesión del Sistema Sanitario y también en las leyes relativas a la investigación científica. Por tanto, en esa materia no hay dudas. El problema relacionado con el Instituto Carlos III ha surgido con la reorganización del Gobierno al inicio de esta legislatura, una reorganización del Gobierno que es verdad que es legítima —el Gobierno tiene potestad de autoorganización—, pero es discutible. Es discutible desde el punto de vista del Sistema Nacional de Salud que el Instituto Carlos III pase a depender de otro ministerio y es discutible que la fórmula sea la del decreto, porque estamos modificando aspectos de ley mediante decreto. Nadie lo ha recurrido ante los tribunales y, por tanto, nos quedamos únicamente en el cuestionamiento político de esta medida. Pero aún más discutible es que, habiendo tomado la decisión de una dependencia funcional del Ministerio de Sanidad, todavía el instrumento de la dependencia funcional no se haya puesto en marcha. Es decir, la comisión mixta que pretendía conciliar la dependencia orgánica del Instituto Carlos III del Ministerio de Ciencia e Innovación y su dependencia funcional del Ministerio de Sanidad y Consumo, incumpliendo el propio real decreto del Gobierno, todavía a estas alturas no se ha puesto en marcha. Primero se estaba a la espera de la consolidación de los órganos del Ministerio de Ciencia e Innovación; más tarde se estaba a la espera de nombramientos en el Ministerio de Sanidad y Consumo; y, luego, nunca más se supo. Seguimos esperando en cada declaración de la ministra de Ciencia e Innovación

que se concrete la comisión mixta que de alguna manera determina la dependencia funcional del Instituto Carlos III del Ministerio de Sanidad y Consumo. Mientras tanto, ¿qué pasa en el Instituto Carlos III? Mientras tanto, en el Instituto Carlos III hay una total perplejidad y una desorganización rampante. Porque a ello hay que sumarle ahora no solamente la confusión que tienen las instituciones del Instituto Carlos III entre una dependencia orgánica y otra funcional que no acaban de consolidarse, sino que además la ministra de Ciencia e Innovación ha introducido el debate de la ley de la ciencia, con lo cual el Instituto Carlos III también tiene un nuevo debate entre aquellos que han entrado como investigadores básicos y aquellos que están ligados a los institutos de salud del Instituto Carlos III. Entonces la desorganización está servida.

En primer lugar, tomamos esta iniciativa para recuperar la organización del Instituto Carlos III, que para nosotros es muy importante. En segundo lugar, para recuperar algún tipo de dependencia, aunque sea funcional, con respecto al Ministerio de Sanidad y Consumo, cosa que está todavía pendiente. Y en tercer lugar, por qué no decirlo, en estos momentos en que se inicia el trámite de la elaboración de una nueva ley de salud pública, para vincular los institutos de salud pública del Instituto Carlos III a la Dirección de Salud Pública y al Ministerio de Sanidad. Lo que es un absurdo es que los institutos de salud pública como el Instituto de Oncología, de Microbiología o, por ejemplo, los institutos que tienen que ver con la gestión sanitaria, se encuentren dependiendo de un ministerio que nada tiene que ver con esas materias, y que el ministerio que tiene que ver con esas materias no tenga capacidad de organización ni capacidad de dirección de esos institutos. Creemos que ya es hora de clarificar esta materia. Hemos dado un año de plazo, creemos que es un plazo suficiente. Por tanto, esta Comisión debe hacer un llamamiento muy serio al Ministerio de Ciencia e Innovación y al Ministerio de Sanidad para que se aclare la dependencia del Carlos III, para que se permita dirigir este instituto en torno a criterios de salud pública y para que pueda clarificar su situación interna, la situación de la investigación básica y la situación de los servicios que incluso en algunos casos son de asistencia en materia sanitaria y no solamente de salud pública.

Por tanto, en nuestra iniciativa pedimos, primero, que se ponga en marcha de forma urgente la comisión mixta de coordinación del Instituto Carlos III, contemplada en un real decreto del Gobierno e incumplida por parte del Gobierno. Segundo, que en todo caso las instituciones y servicios de salud pública integrados en el Carlos III —no hablamos del conjunto de la investigación, sino de los institutos de salud pública, que son muchos y que tienen que ver con oncología, con microbiología y con materias muy importantes— se mantengan vinculados —y la palabra es exacta: vinculados, no coordinados— al Ministerio de Sanidad y a su dirección de salud pública, porque no habrá ley de salud pública si no hay

institutos de salud pública vinculados. No hay ley de salud pública porque no hay instituciones que dependan de la ley de salud pública ni en el ámbito central ni en el ámbito de las comunidades autónomas por parte de los gobiernos autonómicos. Tercero, proponemos en otra materia no ya de la investigación de la salud pública sino de la investigación en general, que en el Instituto Carlos III, como se contempla en la Ley de sanidad y de cohesión, en la investigación de salud pública y en la investigación sanitaria se sigan las prioridades de política sanitaria y de salud pública. Ustedes saben que queda una parte de nuestro presupuesto en materia de investigación dentro de la sección de Sanidad, y ni siquiera sobre esa parte, sobre la parte que es del Ministerio de Sanidad, existe una dirección de política sanitaria por parte de la sanidad pública y del Ministerio de Sanidad, sino que hasta ahora es el Ministerio de Ciencia e Innovación el que, una vez recogido ese presupuesto, lo destina a sus prioridades. Cuarto, que en la elaboración de la ley de salud pública el Instituto Carlos III sea algo similar a lo que es este instituto en otros países de nuestro entorno: una institución de inteligencia, de formación y de investigación sanitarias vinculada, como el CDC en Estados Unidos o como el Instituto Pasteur en Francia, al Sistema Nacional de Salud, en coordinación con el consejo interterritorial y con las comunidades autónomas. Nos parece que es lo menos que se puede pedir en el día de hoy al Ministerio de Sanidad. Lo consecuente, si esto no es escuchado por parte del Ministerio de Sanidad, es pedir de nuevo que se vuelva atrás en materia de investigación y que el Carlos III pase a depender del Ministerio de Sanidad y Consumo.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Corresponde la defensa de la enmienda del Grupo Popular al señor Martínez.

El señor **MARTÍNEZ SORIANO**: Señorías, el Grupo Parlamentario Popular ha presentado una enmienda a esta proposición no de ley que pretende la vuelta del Instituto de Salud Carlos III a su origen, al seno del Ministerio de Sanidad y Consumo, lugar del que nunca debió salir. El traspaso del Instituto de Salud Carlos III al Ministerio de Ciencia e Innovación fue la medida más resaltante en materia de sanidad del nuevo Gobierno surgido de las últimas elecciones generales. La noticia fue recibida por el sector con gran estupor por lo que suponía de desaire a un ministro que había basado su discurso en la potenciación de la investigación sanitaria. Pero el Instituto de Salud Carlos III tenía y tiene otras funciones y servicios que no son los de investigación, y nos referimos a los centros de microbiología, oncología, epidemiología, sanidad ambiental, a la Fundación de Actividades Internacionales, al Centro de Medicina Tropical, a la Agencia de Evaluación de Tecnologías, a la Escuela de Salud, etcétera. De ellos dependen asuntos de enorme importancia sanitaria, como las redes de vigilancia, aspectos importantes de la alerta

sanitaria y de las relaciones internacionales, laboratorios de referencia en salud pública o la formación de gestores y salubristas.

Ante esta realidad, se decretó —por cierto, en verano, el 11 de julio del año pasado— que en un plazo de seis meses funcionase una comisión mixta entre ambos ministerios, como se ordenaba en la disposición adicional tercera. Han pasado ocho meses y todavía no se ha materializado, no existe esta comisión mixta. Desde el Partido Popular y desde otros ámbitos se cuestiona que el traspaso del Carlos III sea legal, y se cuestiona al haberse realizado por una vía reglamentaria equivocada, mediante un decreto, modificando de esta manera lo dispuesto en leyes tan importantes como la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud en su artículo 48, así como lo dispuesto en la Ley de Investigación Biomédica en su artículo 40. Hasta hoy lo único cierto es que el Carlos III se ha traspasado al Ministerio de Ciencia e Innovación y que el Ministerio de Sanidad no se ha incorporado funcionalmente a la toma de decisiones sobre materias relacionadas con el control sanitario y epidemiológico, salud ambiental, Escuela Nacional de Sanidad, Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitaria y aquellas otras que guarden relación con el Sistema Nacional de Salud. Es más, por Resolución del 15 de diciembre del año 2008, el Ministerio de Sanidad y Consumo realizó una encomienda de gestión en el Instituto de Salud Carlos III. Esta encomienda afectada a diecisiete materias, entre ellas la actualización y mantenimiento de la base de datos de la red epidemiológica, el análisis de factores de riesgo asociados a la encefalopatía espongiiforme, la vigilancia de las infecciones nosocomiales, etcétera; así hasta diecisiete materias. Esta encomienda de gestión es la mejor prueba de que el Instituto de Salud Carlos III está en el ministerio equivocado, pues retrata perfectamente su función instrumental en un ámbito de competencias que son de titularidad de Sanidad y Consumo. Todo apunta a que no se ha creado la comisión mixta porque el traspaso a Ciencia e Innovación se ha hecho mal, no solo en el fondo sino también en la forma. Es muy posible que si se creara estuviéramos ante un cambio sustancial que afectaría a la naturaleza de las funciones del Carlos III, y entonces un simple decreto no sería suficiente para cambiarlo de adscripción.

El Grupo Parlamentario Popular se ha opuesto desde el principio y de forma rotunda al cambio de adscripción. Creemos que es una monumental chapuza política debida a la falta de peso político del ministerio o en este caso del propio ministro, Bernart Soria, del Gobierno de Zapatero. Tenemos un mal ministro y eso ha generado un grave perjuicio al Sistema Nacional de Salud. La última afrenta ha sido crear una oficina de defensa del consumidor de productos energéticos en el ámbito de actuación del Ministerio de Industria, concretamente en la Comisión Nacional de Energía. Así va este ministerio. En la tramitación de la Ley de Presupuestos nosotros

pedimos que se reconsiderara la decisión de llevar el Carlos III a un ámbito que es ajeno. Porque no nos engañemos, la centralización de competencia en materia de I+D+i solo se explica en términos de mejora de competitividad, poniendo en conexión las mejoras estratégicas en materia de investigación con los sectores productivos. En la actualidad, la actividad investigadora del Instituto de Salud Carlos III no se rige en términos de mercado y competitividad, se debe de regir y se rige con otros criterios que fijan el Sistema Nacional de Salud y las comunidades autónomas, y estos criterios son prioridades. Por cierto, ni siquiera se consultó el traspaso del Instituto Carlos III a las comunidades autónomas, y tenían mucho que decir. Por eso insistiremos en lo que es un clamor dentro del ámbito sanitario y no solo entre los profesionales, sino en muchas personalidades sanitarias, investigadores, políticos, incluso ajenos al Partido Popular. No sé si les sonará Julián García Vargas, que se ha mostrado totalmente contrario a este traspaso del Instituto Carlos III a otro ministerio. Pedimos mediante una enmienda —que reproduce la enmienda que ya presentamos en los Presupuestos Generales del Estado para el año 2009— que el Instituto Carlos III vuelva a adscribirse funcional y orgánicamente al Ministerio de Sanidad y Consumo. Espero que sea aceptada la enmienda y de esa manera podamos tener la tranquilidad de que nuestra sanidad no se ve perjudicada.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): A continuación por el Grupo Socialista tiene la palabra el señor Fidalgo.

El señor **FIDALGO FRANCISCO**: Quiero comenzar advirtiéndole que me preocupa que por mi intervención se nos acuse ahora de oportunismo, por hablar aquí de ciencia el día en que dos satélites han chocado en el espacio, lo digo como prevención porque me han caído varias. Desde luego, no pretendo molestar a nadie con mis intervenciones ni me siento tampoco molesto. Lo único que me molesta aquí y fuera de aquí es cuando hay manipulación, o se falta a la verdad, o durante las campañas, que ya han acabado, también se utilizan similares cuestiones y, sobre todo, cuando se da cobertura a políticas no comprometidas con las cuestiones de verdad de salud pública. En todo caso, estamos hablando de un tema muy importante, tal como el propio proponente se ha referido. Es una proposición no de ley que no cuestiona la decisión del Gobierno de hacer un cambio orgánico, simplemente lo que pretendemos todos es que ese cambio sea para mejor, refuerce el funcionamiento del Instituto Carlos III y le dé más oportunidades. Desde luego, compartimos la preocupación de que así sea y lamentamos además que no se haya producido antes esa coordinación a la que todos aspiramos. Asimismo, compartimos la preocupación por la investigación sanitaria, sobre todo teniendo en cuenta la anterior legislatura, en donde precisamente esta área fue muy prolífica desde el punto de vista legislativo con la Ley de Reproducción

Humana Asistida y también con la Ley de Investigación Biomédica, que dedica precisamente el título VIII a la promoción y coordinación de la investigación biomédica en el Sistema Nacional de Salud y también la disposición adicional segunda, reconociendo el Instituto Carlos III como medio instrumental y apoyo técnico. Esta legislación, como he dicho, supone un antes y un después en la investigación biomédica no solo por las leyes sino por haber duplicado los presupuestos dedicados a esta cuestión. Además ahora tiene su refrendo en los postulados básicos e incluso ideológicos, cuando en Estados Unidos la nueva administración da luz verde a la investigación con células madre embrionarias, un tema en el que hemos discrepado con el Partido Popular y que hoy por hoy tiene la aplicación práctica en múltiples casos en beneficio de la salud de nuestros ciudadanos. Cuando se introducen cambios, producen preocupaciones y es normal y dependiendo de las expectativas, incluso de muchos intereses profesionales, producen incluso situaciones traumáticas o que se ven como tales. En todo caso, los cambios siempre se producen con un objetivo de mejora, y eso es lo que proponemos.

El propio ministro de Sanidad y Consumo en su primera comparecencia, el 2 de junio de 2008, en este Congreso de los Diputados así lo afirmaba y decía que hay dos maneras de afrontar la investigación o el tratamiento de la investigación: una manera sectorial o una manera transversal. El Gobierno, en el ejercicio de sus competencias, ha decidido una apuesta en el sentido transversal. Además, la incorporación del Instituto Carlos III al Ministerio de Ciencia no supone una amputación sino una potenciación de su capacidad investigadora que participa en el gran esfuerzo estratégico de nuestro país, porque no olvidemos que este sector es pionero en la investigación y además es puntero a nivel de Europa y también a nivel mundial. Este esfuerzo y la incorporación al Ministerio de Ciencia permiten además la expansión a la universidad y es fundamental como complemento al reconocido prestigio investigador del Sistema Nacional de Salud. Desde luego, entiendo perfectamente la proposición no de ley y si hasta ahora ha funcionado bien el Instituto Carlos III, lo que pretendemos es una aportación al nuevo modelo de crecimiento de España. Por tanto, incluir el Instituto Carlos III en un ámbito más potente de investigación es una aportación estratégica que todos reclamamos y una aportación al nuevo modelo de crecimiento de nuestro país que también todos reclamamos.

El Instituto de Salud Carlos III crece —lo digo porque ese traspaso al Ministerio de Ciencia tiene también ya su apoyo presupuestario— un 13 por ciento en las convocatorias de proyectos, un 23 por ciento en las convocatorias Ciber y un 10 por ciento en la dotación de proyectos de los consorcios asociados. Esta es una evidencia de la apuesta que se hace por el nuevo modelo de investigación. Quiero recordar que el Instituto Carlos III ha ido sufriendo diferentes evoluciones, y esta es una nueva etapa evolutiva. Fue creado en el año 1986, por la

Ley General de Sanidad, como órgano de apoyo científico-técnico del Ministerio de Sanidad y Consumo y de los servicios de salud de las comunidades autónomas. Pero es que ya en el año 1988 su estatus fue reforzado como organismo público de investigación, de acuerdo con la Ley 13/1986, de Ciencia. Ahora esas cualidades han mantenido esa dualidad básica entre salud y ciencia, y esa evolución ha ido ganando en su capacidad científica. Desde luego, esa capacidad necesita un nuevo avance y en este momento ha pasado de ser un apoyo al Sistema Nacional de Salud a ocupar un lugar destacado en la financiación de la investigación biosanitaria extramural, con la incorporación del Fondo de Investigaciones Sanitarias y también en los últimos años al impulso a nuevos entornos de investigación biomédica, destinados a la generación de conocimientos desde una perspectiva integral, integrada y multicéntrica. Todo ello se desenvuelve en un marco complejo en la investigación clínica, epidemiológica y servicios sanitarios, y también complejo en la arquitectura porque compete a diferentes comunidades autónomas, por tanto arquitectura complicada desde el punto de vista territorial e incluso competencial.

Señorías, no debemos olvidar que nuestro país disfruta ya de elevados índices de productividad científica en biomedicina. España ocupa la décima posición mundial y la séptima dentro del contexto europeo, que pasa a ser la cuarta si se tiene en cuenta únicamente las publicaciones de nuestra investigación biomédica a la producción mundial de conocimientos, que son el 2,4 por ciento, duplicando el peso que tenían hace 15 años y representando ya prácticamente el 50 por ciento de la ciencia española de impacto internacional. Ahora queremos dar un paso más, añadir valor estratégico a la investigación clínica, que el 90 por ciento sigue haciéndose en nuestros hospitales, de manera que sin dejar de pivotar esa investigación sobre los hospitales y centros sanitarios se integren progresivamente a las universidades, a los OPI y a toda la capacidad investigadora del país, integrando además las actuaciones de la Administración General del Estado, pero también de las comunidades autónomas. Por tanto, es un nuevo modelo también integrador. Por si fuese poco, el Ministerio de Sanidad y Consumo continúa liderando la traslación de los resultados de la investigación a la aplicación clínica y práctica en beneficio de los pacientes. Por eso en los Presupuestos Generales del Estado de este año se ha dotado al Ministerio de Sanidad y Consumo de 66 millones de euros, a través de los programas de investigación sanitaria y terapias avanzadas, para continuar haciendo esa traslación.

Se han presentado dos enmiendas —una de ellas la nuestra— con el ánimo de explicitar precisamente el desarrollo del real decreto para que a través de la Comisión y de la constitución urgente de esta Comisión se exprese el compromiso y la relación que debe mantener el Instituto Carlos III con el Ministerio de Sanidad, la función más sanitaria del instituto. Ese es el camino que

hemos emprendido. No podemos pretender la reversión del Instituto Carlos III al Ministerio de Sanidad y Consumo, porque ello sería privarle de una oportunidad al incluirse en una opción estratégica del país. Es mejor esta situación para el Instituto Carlos III y sus profesionales porque van a tener más oportunidades, es mejor para la investigación sanitaria española y para la competitividad y el modelo productivo de nuestro país. Por eso pedimos que debatamos sobre una posible transaccional que concluya las pretensiones básicas de la proposición no de ley que se presenta y la argumentación y las motivaciones, absolutamente lógicas y razonables, para mantener el Instituto Carlos III tal como está ahora, en dependencia orgánica del Ministerio de Ciencia, y al mismo tiempo reforzar el vínculo funcional con el Ministerio de Sanidad y Consumo en beneficio de las aplicaciones prácticas de la investigación sanitaria.

Está prevista una comparecencia próxima del director del Instituto Carlos III que estoy seguro va a ser una buena oportunidad para explicitar las modificaciones y los objetivos del instituto en este gran reto que tiene la investigación biomédica y sanitaria española, en un nuevo marco muy competitivo pero al mismo tiempo lleno de oportunidades.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): ¿Algún grupo quiere fijar posición? (**Pausa.**) Tiene la palabra la señora Tarruella.

La señora **TARRUELLA TOMÁS**: Quiero dejar constancia del soporte de nuestro grupo a esta proposición no de ley presentada por el señor Llamazares. Nos parece imprescindible que de una forma urgente se ponga en marcha esta comisión mixta de coordinación. La realidad es que desde el primer momento hemos criticado que este Instituto Carlos III saliera del Ministerio de Sanidad, porque quizás —y digo quizás— hubiera sido más fácil vincular su función investigadora al Ministerio de Investigación y Ciencia y dejar el resto de las funciones, los servicios y los institutos que dependen de este Instituto Carlos III en el Ministerio de Sanidad. Pero esto ya está hecho y, después de oír las palabras del portavoz socialista en el sentido de que no van a volver atrás, por lo menos queremos dejar constancia de nuestro soporte total y absoluto a esta puesta en marcha urgente de la comisión mixta.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Perdón, pero tenía que haber dado la palabra antes a la señora Barkos. Tiene la palabra.

La señora **BARKOS BERRUEZO**: En cualquier caso, coincidimos en el grueso con la portavoz de Convergència i Unió con respecto a esta propuesta que nos hace hoy en Comisión el Grupo de Izquierda Unida, una propuesta a nuestro entender acertada plenamente en fondo y en forma. Coincide además con el planteamiento que esta portavoz del Grupo Mixto en la Comisión de

Sanidad y en nombre de Nafarroa Bai mantuvo en su día en la presentación de planteamientos que mantenía el ministro de Sanidad, Bernat Soria, en el arranque de la legislatura. Entonces dijimos que entendíamos absolutamente fundamental una actuación transversal —como decía hoy el portavoz socialista en la presentación de su enmienda transaccional—, que este traspaso del Instituto Carlos III al Ministerio de Innovación y Ciencia se mantuviera con una importante sujeción de contenidos bien definidos desde el Ministerio de Sanidad. Diría más incluso. Entiendo que es absolutamente necesario recuperar el propio perfil del titular del departamento, el ministro de Sanidad, que decidía en su día el Gobierno de José Luis Rodríguez Zapatero, en base a una mayor capacidad en torno a la investigación sanitaria. De hecho, en el arranque de esta legislatura la decisión del Gobierno de traspasar el Carlos III al ministerio de la señora Garmendia nos parecía vaciar de contenido un ministerio que tenía una de sus patas fundamentales en torno a este instituto, pero todavía más allá, un ministerio cuyo titular tenía un perfil mucho más definido con una herramienta de estas características que no teniéndola. En aquella primera comparecencia del ministro en Comisión —vuelvo a repetir— esta portavoz insistía en la necesidad de actuar de una manera transversal, pero no transversal en formas, sino transversal en contenidos. Por tanto, esta propuesta que nos realiza hoy el señor Llamazares nos parece, como digo, acertada en fondo y forma. De una manera transversal, nos dice el portavoz del Partido Socialista, vuelvo a insistir. De acuerdo, pero hagámoslo en contenidos, no en la forma, no en el mero enunciado de una comisión mixta, sino establezcamos un protocolo de contenidos que permita a esta comisión, y fundamentalmente al ministerio, trabajar de una manera efectiva en el desarrollo de los trabajos del Instituto Carlos III en términos de investigación sanitaria.

Nos propone el Grupo Parlamentario Popular una enmienda que en principio nos parece adecuada, pero no es menos cierto —y hemos de ser todos conscientes— que la reacción legislativa a la acción ejecutiva —y se ha producido en el arranque de la legislatura— debe ser operativa, y seguramente sin el apoyo hoy del grupo parlamentario que sujeta al Gobierno difícilmente una proposición no de ley de estas características con la enmienda que ustedes nos proponen podría ser operativa, por más que, vuelvo a repetir, en el fondo estamos absolutamente de acuerdo. Seguramente en la forma no nos permite prever un horizonte de acción operativa con la propuesta que ustedes nos hacen, pero el tiempo andará y seguramente podremos encontrarnos la mayoría de los grupos de esta Comisión. Vuelvo a repetir, estamos absolutamente de acuerdo en el fondo y en la forma con la proposición no de ley que nos presenta hoy el señor Llamazares y vamos a votar a favor.

Hay una transaccional del Partido Socialista que entiendo que el Grupo de Izquierda Unida va a aceptar. Si acaso, deseamos que por parte del Grupo Parlamentario Socialista esa acción transversal que nos anunciaba

el portavoz en esta Comisión lo sea en contenidos y no solo en la forma. En ese sentido estaremos absolutamente tranquilos con nuestro voto. Si acaso, el voto va a ser el que será y, si no, tranquilos, seguiremos en los términos en que el grueso de los portavoces de esta Comisión hemos anunciado el sentido de nuestro voto. Yo solo espero que nos encontremos todos —lo espero también del Grupo Parlamentario Popular—, porque entiendo que el objetivo —estoy convencida— del Grupo Parlamentario Socialista, diría incluso del ministro de Sanidad, sería absolutamente proclive a este voto. Nos gustaría recuperar para el Ministerio de Sanidad estas capacidades.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): ¿El señor Llamazares desea pronunciarse sobre las enmiendas?

El señor **LLAMAZARES TRIGO**: Sí. Es el momento del tirón de orejas, pero no es el momento de desorejar al Gobierno en esta materia. Por tanto, mantengo tal y como están los puntos primero y tercero de mi propuesta y aceptaré una transacción a los puntos segundo y cuarto que no desnaturalice la propuesta. Como digo, es el momento del tirón de orejas, y otro momento será, si el Gobierno no responde, el de hacer algo más.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Si es posible, le pediríamos que lo hiciera llegar a la Mesa.

Hemos terminado el debate de los puntos del orden del día. Suspendemos la sesión cinco minutos para organizar la votación. **(Pausa.)**

Pasamos a la votación de las proposiciones no de ley debatidas en el día de hoy. Vamos a votarlas como figuraban previamente en el orden del día. Por lo tanto, votamos en primer lugar la que figura como segunda en el orden del día, sobre el diagnóstico precoz de la ambliopía u ojo vago.

**Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 17; en contra, 18; abstenciones, tres.**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Queda rechazada.

En la tercera proposición no de ley del orden del día, referida al copago, tenemos una transaccional que paso a leer:

1. El Congreso de los Diputados rechaza la introducción de fórmulas de copago —euro, tique, etcétera— por parte de los usuarios del Sistema Nacional de Salud, al entender que afectarían gravemente a principios básicos del derecho constitucional a la salud como la accesibilidad, la universalidad y la gratuidad en la atención integral de salud.

2. El Congreso de los Diputados considera que la mejora en la eficiencia de la gestión y en la política de salud pública junto con un sistema de financiación auto-

nómico adecuado dan un margen suficiente de sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en el marco de un pacto por la sanidad del que sean protagonistas las comunidades autónomas, el Ministerio de Sanidad y Consumo junto con los partidos políticos y los agentes sociales.

#### **Efectuada la votación, dijo**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Queda aprobada por unanimidad.

Votamos ahora la proposición no de ley para el impulso a la prevención del tabaquismo en las mujeres, a la que también se ha presentado una transaccional que paso a leerles: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a que el Ministerio de Sanidad, en coordinación con el Ministerio de Igualdad y con las comunidades autónomas, impulse actuaciones específicas para disminuir el tabaquismo entre las mujeres y prevenir el inicio temprano en el consumo de tabaco.

#### **Efectuada la votación, dijo**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Queda aprobada por unanimidad.

Pasamos a votar la quinta proposición no de ley sobre atención a mujeres en déficit hormonal para una madurez saludable. Tenemos también una transaccional que paso a leerles: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a impulsar la realización, previa creación de un comité multidisciplinar de expertos e informe del mismo, y en coordinación con las comunidades autónomas, de un plan integral de atención a mujeres en déficit hormonal con el objetivo de una madurez saludable.

#### **Efectuada la votación, dijo**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Queda aprobada por unanimidad.

Pasamos a la sexta, sobre la puesta en marcha de la comisión mixta de coordinación del Instituto Carlos III, sobre la que han alcanzado una transaccional en la cual los puntos primero y tercero quedan

en sus propios términos y se modifican el segundo y el cuarto. El segundo quedaría como sigue: Asegurará la participación conjunta y efectiva del Ministerio de Sanidad y Consumo junto con el Ministerio de Ciencia e Innovación en las instituciones y servicios de salud pública integrados en el Instituto Carlos III, de acuerdo con la Ley General de Sanidad, la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y la Ley de Investigación Biomédica.

El punto cuarto quedaría como sigue: A que se mantengan entre las funciones básicas del Instituto de Salud Carlos III la formación e investigación sanitarias en relación al Sistema Nacional de Salud en coordinación con las comunidades autónomas. Asimismo, sus funciones en materia de salud pública se tendrán en cuenta en la futura Ley de salud pública.

**Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 22; abstenciones, 16.**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Queda aprobada.

Pasamos a la votación de la última, relativa al incremento de recursos destinados a la lucha contra el VIH/sida, a la que también hemos recibido una transaccional que queda en los siguientes términos: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a reforzar, de forma coordinada con las comunidades autónomas y las ONG, los programas de prevención y control del sida destinados a los colectivos más vulnerables, así como a incrementar, en función de las disponibilidades presupuestarias, los recursos destinados a la lucha contra el VIH/sida especialmente en lo relativo a los fondos destinados a las comunidades autónomas y ONG.

#### **Efectuada la votación, dijo**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Queda aprobada por unanimidad.

Sin más puntos que tratar, se levanta la sesión.

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

Edita: **Congreso de los Diputados**

Calle Floridablanca, s/n. 28071 Madrid

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

Imprime y distribuye: **Imprenta Nacional BOE**

Avenida de Manteras, 54. 28050 Madrid

Teléf.: 902 365 303. <http://www.boe.es>



Depósito legal: **M. 12.580 - 1961**