



# CORTES GENERALES

## DIARIO DE SESIONES DEL

# CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Año 2009

IX Legislatura

Núm. 351

## SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. GASPAR LLAMAZARES TRIGO

Sesión núm. 19

celebrada el martes 29 de septiembre de 2009

### ORDEN DEL DÍA:

#### Proposiciones no de ley:

	<u>Página</u>
— De modificación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Presentada por el Grupo Parlamentario Mixto. (Número de expediente 161/000879.) . . . . .	2
— Sobre la garantía de anticoncepción de urgencia en el Sistema Nacional de Salud. Presentada por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds. (Número de expediente 161/000627.) . . . . .	5
— Sobre medidas para la prevención de la enfermedad nosocomial. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/000943.) . . . . .	8

	Página
— Sobre medidas para la protección de los afectados por las facturaciones masivas de las líneas 905. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/001010.) .....	10
— Sobre el ejercicio de la homeopatía. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/001141.) .....	12
— De información permanente del Gobierno sobre la evolución del virus de gripe H1N1. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/001222.) .....	14
— Sobre el tratamiento sustitutivo renal. Presentada por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió). (Número de expediente 161/001238.) .....	17
— Sobre el incremento de participación de medicamentos genéricos y contención del gasto farmacéutico para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. Presentada por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds. (Número de expediente 161/001185.) .....	19

**Se abre la sesión a las diez y treinta y cinco minutos de la mañana**

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, comenzamos la sesión dedicada a proposiciones no de ley.

Tengo que dar una información inicial a los diputados y diputadas y es que hay una modificación del orden del día y necesito su aprobación para el aplazamiento de la iniciativa —no es retirada, sino aplazamiento— que figura en el orden del día con el punto 7.º, fomento del uso de Aemergencias en los móviles. ¿Están de acuerdo? (**Asentimiento.**) Queda aplazada esta iniciativa, que era nuestro anterior punto 7.º

En segundo lugar, les recuerdo, para hacer más ágil esta Comisión, que el acuerdo que teníamos, y que les propongo que mantengamos, es que aquel diputado o diputada que presenta la iniciativa tiene en torno a siete minutos, el que defiende la enmienda cinco minutos y el que fija la posición en torno a tres minutos, se entiende que con carácter flexible. Es para poder mantener el objetivo de tratar un número suficiente de iniciativas en cada Comisión con un tiempo razonable.

Les propongo como hora de votación nunca antes de las doce y media, si les parece. ¿Algún diputado o alguna diputada propone alguna modificación en el orden del día? (**Pausa.**) Lo pregunto porque me habían dicho que el Grupo Mixto quería alterar el primer punto del orden del día. ¿Es así?

La señora **ESTEVE ORTEGA**: Quería proponer el cambio de la segunda por la primera, si es posible.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Señora Díez?

La señora **DÍEZ GONZÁLEZ**: El Grupo Parlamentario Mixto, representado en este momento por mí, no tiene inconveniente en acceder a esta petición.

**PROPOSICIONES NO DE LEY:**

— **DE MODIFICACIÓN DE LA LEY 14/1986, DE 25 DE ABRIL, GENERAL DE SANIDAD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO MIXTO. (Número de expediente 161/000879.)**

El señor **PRESIDENTE**: Entonces el autor de la iniciativa se considera representado y propone que sea la primera iniciativa la que tenemos como punto 2.º Modificación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Por el Grupo Parlamentario Mixto tiene la palabra su portavoz, doña Rosa Díez.

La señora **DÍEZ GONZÁLEZ**: Es una proposición no de ley que SS.SS. habrán tenido la oportunidad de leer. Es bien sencilla, aunque haya muchas citas legales y aunque se planteen en la misma temas y aspectos concretos de la Ley General de Sanidad que se pretenden modificar o que se insta al Gobierno a que modifique. (**La señora vicepresidenta, Aburto Baselga, ocupa la Presidencia.**) Pero quizá podemos encontrar un grado mayor de consenso o de acercamiento a la realidad si, en vez de incidir en los aspectos legales que hay que cambiar, en los títulos de la ley que yo misma cito o en aquellos aspectos puntuales tendentes a la universalización o a la garantía de derechos de todos los ciudadanos

españoles —el derecho a la salud en este caso, el derecho a una atención sanitaria de calidad al margen de la parte del mundo en el que vivan—, utilizo este breve tiempo para poner énfasis en algo que SS.SS. saben, que todos nosotros sabemos y que es lo que da origen a esta proposición no de ley. Hay ciudadanos españoles que viven en lugares transfronterizos con nuestro país y que no tienen posibilidad ninguna de acceder a los servicios sanitarios españoles salvo que sean desplazados. Son ciudadanos españoles que trabajan, por ejemplo, en Tetuán y que, teniendo problemas de salud graves que no tienen posibilidad de atención en Marruecos, no pueden ser atendidos en el hospital de referencia que existe en Ceuta. Es decir, a unos pocos kilómetros de la frontera, existiendo un hospital de referencia en este caso español, existiendo convenios entre el Reino de España y el Reino de Marruecos —un convenio de la Seguridad Social— que acreditaría la posibilidad de que fueran atendidos, existiendo un convenio que permite que los marroquíes sí puedan ser atendidos en su país y los españoles en España pero no si se produce una situación en que la necesidad se le plantea a un trabajador español que vive fuera de España, no hemos encontrado una solución para atender a un problema que es un problema real. No sé cuantificarlo en número de personas ni desde el punto de vista económico, pero es cierto que hay ciudadanos españoles que, teniendo un hospital español cerca, no tienen la posibilidad de ser atendidos en un hospital o centro sanitario que les puede prestar la atención que necesitan porque viven en otro país.

Por la tarde vamos a debatir en el Pleno dos proposiciones sobre la universalización del sistema y vamos a tener oportunidad de volver a hablar sobre esta cuestión. Pero lo que hoy y ahora les planteo, señorías, es una cosa más humilde —si me permiten la expresión—, más sencilla y más a corto plazo. Les planteo que le digamos al Gobierno que, de la misma manera que ha hecho un acuerdo, por ejemplo, con Extremadura para que los ciudadanos portugueses de El Alentejo puedan ser tratados en el hospital de referencia de Badajoz porque en su país no tienen medios tan cercanos para recibir el tratamiento que necesitan, se estudie una fórmula para que eso ocurra también entre aquellos españoles que viven en zonas transfronterizas con España; trabajadores españoles que, pudiendo tener una atención en nuestro país, no la tienen por el hecho de ser trabajadores y no ser desplazados. He citado el ejemplo de Extremadura y seguramente no es el único, pero es un acuerdo reciente que está teniendo muy buenos resultados. Es una cuestión que merece que le demos un impulso.

Esta misma Comisión aprobó en la legislatura pasada una proposición no de ley que cita Izquierda Unida en la enmienda que ha presentado y precisamente sería buen momento para pedirle al Gobierno que pudiéramos recabar todos esos informes y estudios y que se pusiera en marcha lo que ahí se pretende. En definitiva, creo que lo que les planteo es que prestemos atención a aquellos españoles que necesitan atención sanitaria que están

cerca de nuestras fronteras, que tienen un hospital español o un centro de salud español en la misma frontera y que, porque no hemos resuelto un tema de carácter administrativo —no voy a decir por falta de voluntad política sino sencillamente porque no le hemos encontrado la respuesta—, tienen problemas que creo que tenemos la capacidad y la necesidad de resolver.

He visto las dos enmiendas. No sé si es el momento, presidenta, de hablar de ello para luego no tener que hablar. He visto las dos enmiendas que han sido presentadas. Aunque van justamente en una orientación más ambiciosa de lo que se plantea en la proposición no de ley que estoy defendiendo y plantean en la mañana el debate que tendremos por la tarde, querría agradecer a los enmendantes el esfuerzo que han hecho y le plantearía a la Mesa al final del debate una autoenmienda que podríamos considerar una enmienda transaccional que concretaría más el objetivo de la proposición no de ley e incorporaría algunas de las reflexiones o recomendaciones que los enmendantes han planteado en sus propuestas.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Como usted ha dicho, a esta proposición no de ley se han presentado dos enmiendas. Una es del Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds y para defenderla en primer lugar tiene la palabra don Gaspar Llamazares.

El señor **LLAMAZARES TRIGO**: Intervengo muy brevemente. Compartimos la inquietud que plantea doña Rosa Díez en su iniciativa y pensamos que su solución puede tener que ver —aunque no totalmente— con la superación de una contradicción que existe en nuestro sistema sanitario: el carácter universal del sistema sanitario y, sin embargo, la vinculación del sistema sanitario a sus orígenes, a la Seguridad Social. En nuestra opinión eso está produciendo dificultades, no solamente a los trabajadores españoles que viven en territorios transfronterizos o en zonas cercanas a nuestro país, sino también a los propios ciudadanos españoles entre comunidades autónomas; y nos da la impresión de que ese tema debe solucionarse cuanto antes.

Existe una iniciativa no de la legislatura pasada sino de esta, de hace un año, que mandata al Gobierno la elaboración de un informe a lo largo de este año. Culmina ese plazo en octubre y, en base a ese informe sobre aquellas personas que no tienen cobertura sanitaria en nuestro sistema —teóricamente universal, pero en la práctica vinculado a su historia como sistema de la Seguridad Social—, hacer las modificaciones legales necesarias, tanto de la Ley de la Seguridad Social como de la Ley General de Sanidad o de la Ley de coordinación, en su caso, para que el reconocimiento de ese derecho universal sea efectivo.

Ese es el planteamiento que hay en nuestra enmienda, si bien por la intervención de la señora Díez me doy cuenta también de que probablemente sea una cuestión

que se plantearía incluso un reconocimiento del derecho universal a la salud y que, por tanto, requeriría de sistemas más parciales o más conveniados. Es ese sentido hemos presentado la enmienda, pero quiero coincidir con la preocupación del Grupo Parlamentario Mixto y, al mismo tiempo, quiero también manifestar nuestra voluntad de llegar a un acuerdo en una materia que sí es más parcial, que toca el carácter universal pero que es más parcial y que tiene que ver con la situación de los trabajadores españoles en zonas cercanas a nuestro país y el derecho que les asiste a la asistencia sanitaria.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Para defender la segunda enmienda, por el Grupo Parlamentario Popular tiene la palabra el señor Gutiérrez Molina.

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA**: El motivo de presentar la enmienda en nombre del Grupo Parlamentario Popular obedece a dos tipos de razones: unas razones abstractas, inconcretas y teóricas y otras razones más concretas y más específicas.

Empezaré primero por las razones más abstractas o más de concepto que son las que impelen a mi grupo a presentar esta enmienda. Ciertamente —lo ha dicho el portavoz del Grupo Mixto, doña Rosa Díez—, los aspectos que quiere tratar en su proposición no de ley, con independencia de lo que se trate esta tarde en el Pleno, obedecen más que al título de la ley o a los aspectos o artículos que haya que cambiar —con independencia naturalmente de compartir con ella el derecho a la salud y el derecho a la asistencia de calidad que todos los ciudadanos españoles tenemos—, a un tema que es medular, no solamente transfronterizo, sino —como también ha dicho el señor Llamazares— que afecta a los ciudadanos españoles que viven en otros países y que ciertamente están en una situación —digámoslo entre comillas— de indefensión ante la contradicción que se obtiene diciendo que el sistema es universal pero que está vinculado a la entidad gestora o al ministerio que reconoce el derecho al alta en la Seguridad Social y, por ende, a la asistencia sanitaria.

Señora ministra, entramos ya en las razones concretas que ciertamente coinciden con el petitum de la proponente, aunque también hay puntos de coincidencia con la enmienda que ha presentado el Grupo Mixto, a través de Izquierda Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds, y sin embargo nosotros creemos que se puede llegar a una enmienda unitaria o a esa voz única para que ciertamente se adopte el cumplimiento de una proposición, que fue aprobada por unanimidad en esta Cámara, que también fue votada por mi grupo parlamentario, y que, sin embargo, se completa con los aspectos que desarrollamos en la enmienda. Hay que adoptar sin dilación las medidas oportunas para garantizar que todos y cada uno de los ciudadanos españoles, por el hecho de serlo, tengan acceso gratuito y en términos de igualdad a la asistencia sanitaria de nuestro sistema pública de

salud. Aquí se profundiza claramente en el aspecto de ser españoles, no solo que residan en territorio transfronterizo o no, sino que se extiende a otros países, como ha dicho el portavoz de Izquierda Unida, y en que también se establezcan, en el menor plazo posible, estos mecanismos para que sea —aquí se podría corregir o se subsanaría esa contradicción que apuntaba el señor Llamazares— el Ministerio de Sanidad y Política Social —y no el Ministerio de Trabajo, a través de sus entidades gestoras—, quien gestione y garantice el acceso de los ciudadanos a la asistencia sanitaria. La forma parcial de hacerlo, que sea el Ministerio de Sanidad quien lidere este cambio o este mecanismo preciso no solamente subsanaría la contradicción que ha apuntado el señor portavoz, sino que además agilizaría la posible modificación legal.

Evidentemente, damos al Gobierno un plazo, creo que razonable, con independencia del que ha vencido en octubre, para que si se aprueba la proposición no de ley, bien en su texto o bien con las enmiendas consensuadas a las que podamos llegar los grupos parlamentario, se remita a esta Cámara un informe que exprese claramente cuáles son las medidas adoptadas, cuál es el grado de cumplimiento, principalmente en la implantación universal de la prestación de asistencia sanitaria y gratuita y en igualdad para todos los ciudadanos españoles. Nuestra enmienda recoge el espíritu tanto de la enmienda del Grupo Mixto, como incluso aspectos que no están en el desarrollo o en la exposición de la señora portavoz, y creo que ciertamente podemos llegar en la mañana de hoy a un texto que pudiera reflejar el sentido de los diversos grupos que integran esta Cámara.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): ¿Grupos que quieran fijar posición? (**Pausa.**) ¿El Grupo Parlamentario Socialista quiere fijar posición en este tema? (**Pausa.**) Tiene entonces la palabra doña Esperanza Esteve.

La señora **ESTEVE ORTEGA**: Hasta ahora había creído entender el sentido de la proposición no de ley de la señora Díez y, si no me equivoco, la proposición no de ley se centra en el reconocimiento del derecho a la protección de la salud, establecido en la Ley General de Sanidad, a favor de los españoles no residentes en territorio nacional que, por razones de proximidad territorial, quieran acceder a dicha protección sin necesidad de acudir a la aplicación, en su caso, de las leyes y convenios internacionales. Señora Díez, ¿es esto? (**La señora Díez González hace signos afirmativos.**) Si es esto, no estamos hablando de lo que vamos a ver esta tarde, porque esto es hablar del amor cuando queremos decir otra cosa. Me parece que se trata, si yo entiendo bien, de que tenemos una situación que puede constituir un problema y es que unos ciudadanos que están en una zona transfronteriza desean o piensan —y seguramente tienen razón— que podrán recibir mejor atención en el hospital de Ceuta que quizás en las poblaciones más cercanas,

donde el Gobierno marroquí tiene previsto prestar el servicio, en virtud de convenios bilaterales, porque esto lo hacemos con convenios. Si este es el problema, esto es lo que hay que resolver. Lo otro tiene otra mirada, tiene otro trato —y entiendo que esta tarde se va a ver— y no se corresponde con la cuestión de la universalidad; me gustaría dejarlo claro.

Estamos hablando de una posible situación que preocupa a una serie de personas, españoles residentes en el exterior, que por proximidad a Ceuta, en este caso concreto, quieren recibir una mejor atención. De lo cual es fácil deducir, señora Díez, que probablemente haya algún fallo ahí y este no es de carácter normativo, porque tanto en la Ley General de Sanidad, como en la Ley de cohesión del sistema, como en la definición que tenemos de los titulares de derecho, está cubierto, es decir, no hay un problema de acceso a la sanidad y menos por cuestión de universalización, sino que es un tema más de tipo administrativo. Tenemos unos convenios bilaterales que entienden la reciprocidad y que garantizan la atención a la salud de los españoles residentes en Marruecos. Si en esta zona hay un problema, efectivamente hay que arreglarlo. Hemos de garantizar que estos españoles residentes en el exterior tengan derecho a la protección de la salud, no solamente en los términos reglamentarios, sino en cuestión de equiparación, es decir, que el servicio que reciban sea un servicio similar en cuanto a calidad y en cuanto a atención e intensidad al que recibirían en el Estado español. Es en este tema es el que hemos de velar y no en el acceso al derecho. Por tanto, se trata —entiendo yo y atendiendo a los razonamientos de la señora Díez— de que si en su autoenmienda incorpora precisamente esta preocupación —que nosotros compartimos, efectivamente—, en cuanto a velar para que el derecho a la sanidad sea en condiciones similares o se pueda hacer efectivo en Ceuta o en condiciones similares al Sistema Nacional de Salud, nosotros no tendríamos ningún inconveniente.

Para terminar quiero decirle a la señora Díez que si su preocupación, como hemos dicho al principio, está relacionada con la garantía de atención sanitaria en las ciudades transfronterizas, vamos a intentar resolverlo solicitando al Gobierno que elabore un informe para que nos diga en qué situación está, dónde tenemos los puntos débiles, cuál es la calidad de atención sanitaria que reciben, etcétera, y para que el disfrute de ese derecho universal —que lo es— se haga realmente efectivo en unas condiciones más adecuadas para todos los españoles, los que están en España y los que están en el exterior. No sé, señora Díez, si he conectado con usted. Si he conectado con usted en su propósito, tengo la sensación de que habremos contribuido y que podremos llegar a un acuerdo si usted, en esta autoenmienda, realmente recoge este sentir que creo que hemos compartido y, efectivamente, apoyaremos su autoenmienda; la que resulte.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Esperaremos a la autoenmienda, a la transaccional o a lo que ustedes decidan.

— **SOBRE LA GARANTÍA DE ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO DE ESQUERRA REPUBLICANA-IZQUIERDA UNIDA-INICIATIVA PER CATALUNYA VERDS. (Número de expediente 161/000627.)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Pasamos al punto 2.º del orden del día: Sobre la garantía de anticoncepción de urgencia en el Sistema Nacional de Salud, cuyo proponente es el Grupo de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds, y para su defensa tiene la palabra don Gaspar Llamazares.

El señor **LLAMAZARES TRIGO**: En primer lugar quiero aclarar que esta iniciativa se elaboró por mi grupo, como ven ustedes en la fecha de elaboración y de presentación, con anterioridad a la decisión del Gobierno de prescripción o, en este caso, de dispensación del anticonceptivo de la píldora del día después en las farmacias españolas. Quiero hacer esa aclaración porque a esa luz se entiende el conjunto de la iniciativa. Esta iniciativa no pretende otra cosa que desarrollar un mandato de Naciones Unidas y de la Organización Mundial de la Salud que consideran el derecho a la salud sexual y a la salud reproductiva como un derecho fundamental y como un derecho también de los jóvenes. En ese sentido, lo que se pretende con esta iniciativa es abordar este derecho a la salud sexual y a la salud reproductiva en sus aspectos de urgencia, es decir, se trata de abordar, dentro de lo que podríamos denominar una estrategia de salud sexual y reproductiva, la cuestión más relacionada con la prevención del embarazo no deseado y con la prevención de la interrupción voluntaria del embarazo. Esa es la cuestión que hoy planteamos aquí.

Señorías, con esta iniciativa no pretendemos ni mucho menos modificar la decisión del Gobierno en relación con la anticoncepción de urgencia a través de las farmacias. Consideramos que esa iniciativa es plenamente compatible con lo mandado por Naciones Unidas, por la Organización Mundial de la Salud y con las prescripciones de la FDA y de la EMEA. Todos ellos consideran necesaria esa anticoncepción de urgencia, porque es eficaz y tiene pocos efectos secundarios. Todas las agencias del medicamento, tanto la norteamericana como la europea, consideran positiva la libre dispensación del levonorgestrel, porque consideran que existen, como he dicho antes, garantías de eficacia y muy pocas consecuencias secundarias de esa medicación. Por ello, esta iniciativa nos parece compatible tanto con la legislación en torno a la interrupción voluntaria del embarazo que va a entrar en estos momentos en esta Cámara, como con

la decisión del Gobierno sobre libre dispensación de anticonceptivos de urgencia o de emergencia, como quieran llamarse.

La iniciativa se centra básicamente en estos aspectos y en lo que podríamos denominar los déficits de la planificación familiar y de la salud sexual en España. En primer lugar, es evidente que hay un déficit de estrategia. No hay una estrategia estatal en esta materia compartida con las comunidades autónomas en el consejo interterritorial. Parece ser que la nueva ley de interrupción voluntaria del embarazo va a mandar esta estrategia, pero hoy por hoy no existe. Por tanto, en primer lugar, hay un déficit de estrategia y de cooperación y coordinación a nivel de todo el Estado con el resto de los Estados y con las organizaciones internacionales en torno a la prevención y a la planificación familiar.

En segundo lugar, señorías, hay un déficit de información y de prevención. Se puede decir lo que se quiera, pero ni nuestro sistema educativo, ni nuestro sistema de formación de profesionales sanitarios, ni nuestra información pública son suficientes en materia de prevención, de planificación familiar y de salud sexual. No son suficientes. Es un tema en muchos casos tabú y, por tanto, hay profusión de imágenes y de información, pero muy poca formación y prevención.

En tercer lugar, hay un problema de accesibilidad, que no se subsana en nuestra opinión con la medida del Gobierno. Hay un avance en la accesibilidad geográfica, pero ni hay accesibilidad social ni hay accesibilidad sanitaria. Nos falta mayor accesibilidad a esa medicación por parte de los ciudadanos. El tipo de persona que se acerca a buscar esta medicación sigue siendo joven, sin medios económicos y con poca información y por tanto ahí hay deficiencias que es necesario superar a través de la financiación pública de la planificación familiar. Nuestro país no tiene financiación pública de la planificación familiar —hay que decirlo así—, no financia prácticamente ninguno de los dispositivos ni la medicación en materia de planificación familiar —ahí hay que hacer un esfuerzo—, ni tampoco hay una coordinación a nivel de centros o de observatorios con respecto a la planificación familiar y a la salud sexual.

Por último, tampoco hay, en nuestra opinión, protocolos que garanticen otro elemento importante que plantea la Organización Mundial de la Salud en esta materia, que es la privacidad, la confidencialidad. Ahí también podemos avanzar.

En este sentido va la iniciativa que presentamos, una iniciativa que no pretende otra cosa que situarse en el marco de una estrategia de salud sexual, coordinada con las comunidades autónomas y presidida por la prevención y la información, por la accesibilidad, accesibilidad también económica, y por la confidencialidad, que garantice que prevenimos bien los embarazos no deseados y que prevenimos bien el aborto, la interrupción voluntaria del embarazo. Destaco únicamente que, en nuestro país, las comunidades autónomas que más esfuerzos han hecho en esta materia han reducido el número de inte-

rupciones voluntarias del embarazo. Quien no ha hecho esfuerzos en esta materia, de manera hipócrita, ha mantenido el incremento de la interrupción voluntaria del embarazo.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Se han presentado tres enmiendas a esta proposición no de ley. En primer lugar, por el Grupo Popular tiene la palabra doña Carmen Rodríguez.

La señora **RODRÍGUEZ MANIEGA**: Presento en nombre del Grupo Popular una enmienda de modificación en relación con tres aspectos que consideramos fundamentales en este debate: la necesidad de la prescripción facultativa de los anticonceptivos farmacéuticos, de una información adecuada y de una educación sexual que fomente los principios de corresponsabilidad e igualdad entre hombres y mujeres.

Así, en el primer punto de la enmienda defendemos que se garantice la dispensación farmacéutica de la anticoncepción hormonal de emergencia bajo prescripción facultativa. Dispensar la píldora sin receta y sin seguimiento médico es un grave error para la salud de las mujeres y también para la salud pública. Para nuestra salud, porque un choque hormonal que altera el ciclo normal de estrógenos y progesterona y que, si seguimos las recomendaciones del Colegio de Médicos y de diversas organizaciones científicas, requiere prescripción médica, como la requieren también otros métodos anticonceptivos farmacéuticos. La supervisión de profesionales médicos garantiza una anticoncepción más segura y eficaz, un control de los efectos secundarios, en definitiva, garantiza más salud para las mujeres. Por otra parte, es obligación del ministerio desarrollar actuaciones destinadas a la prevención no solo de embarazos no deseados, sino también de enfermedades de transmisión sexual, lo que hace imprescindible que su uso venga acompañado de una correcta información. El hecho de que la píldora sea dispensada en farmacias como un anticonceptivo fácil y cómodo —hay muchos más requisitos para hacerse con una dosis de tamiflú que con esta píldora— puede hacer que se frivolicen su uso y se olviden anticonceptivos más útiles y más seguros no solo en la prevención de embarazos no deseados, sino también en la prevención de enfermedades de transmisión sexual. Estamos de acuerdo con el señor Llamazares en que hay muchos déficits. Hay déficits de información. Sin ir más lejos, ayer, en el primer día de uso de esta píldora, los farmacéuticos denunciaron que aún no habían recibido los folletos que Sanidad prometió. La ineptitud y negligencia del ministerio hubieron de ser compensadas y subsanadas por la profesionalidad de los farmacéuticos, que ofrecieron información verbal e incluso llegaron a fotocopiar el folleto de la web del Ministerio de Sanidad.

Hablaba también el señor Llamazares de los déficits en la enseñanza. Consideramos fundamental avanzar en la implantación y consolidación efectiva de la educación en la enseñanza primaria y secundaria de la educación

sexual, fomentando los principios de corresponsabilidad e igualdad entre hombres y mujeres. En definitiva, con esta enmienda pretendemos concretar el compromiso del Congreso de los Diputados con la garantía que representa la prescripción médica en defensa de la salud de las mujeres, así como garantizar el acceso a la anticoncepción de emergencia en los casos en los que esté indicado y mejorar la formación e información en el ámbito de la salud sexual y del uso de los anticonceptivos.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): La segunda enmienda corresponde al Grupo de Convergencia i Unió. Tiene la palabra la señora Tarruella.

La señora **TARRUELLA TOMÀS**: Entendemos la iniciativa del señor Llamazares en materia de salud sexual y reproductiva. Como acaba de decir la diputada que me ha precedido en el uso de la palabra, estamos de acuerdo con él en que hay una gran falta de información y de formación en todas estas materias. Precisamente por ello, nuestro grupo ve con mucha preocupación la venta de la píldora anticonceptiva de emergencia en las farmacias sin receta médica. En la enmienda que presentamos aquí, mantenemos, como ya hicimos en su día, cuando discutimos sobre la píldora de emergencia, que la venta de la píldora poscoital debe ser dispensada bajo receta médica en las farmacias o administrada en los centros asistenciales. Es una manera de que cuando se vaya a buscar la receta o se vaya al centro asistencial para que se les administre gratuitamente, se les pueda dar también a estas personas una información adecuada y correcta sobre uso de otros anticonceptivos o bien dirigirlos a centros de orientación sexual. Asimismo es una manera de incidir también en esta información y en la formación de estas personas.

También nosotros pedimos en el tercer punto de nuestra enmienda colaborar con todos los servicios de salud de las comunidades autónomas para la creación de estos programas de información y formación para los padres, los educadores y los adolescentes, sobre todo con el fin de aumentar esta percepción de riesgo que supone el hecho de tener relaciones sexuales sin protección, evitando sobre todo su banalización y muy especialmente dirigido a los menores de edad, no solamente ante el problema del embarazo, y que es importante, sino también ante todas las enfermedades de transmisión sexual. Por este motivo continuamos manteniendo, como he dicho, que se necesite receta para administrar esta píldora de emergencia y que la formación y la información debe hacerse colaborando con los servicios de salud de las comunidades autónomas.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Tiene la palabra, para defender la enmienda del Grupo Socialista, don Alberto Cabañes.

El señor **CABAÑES ANDRÉS**: Señorías, la dinámica parlamentaria ofrece a veces sorpresas y coincidencias

llamativas, y esta resulta hoy más evidente cuando estamos tramitando esta proposición no de ley el día después de que se haya liberalizado la venta de la píldora anticonceptiva de emergencia sin receta en las farmacias, acompañando este acto de una amplia información a los usuarios o usuarias sobre enfermedades de transmisión sexual y anticoncepción, y también dos días después de que el Gobierno haya aprobado para remitir a este Parlamento para su tramitación el proyecto de ley sobre salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Estos dos acontecimientos deberían haber servido para que hoy la discusión que estamos teniendo no se llevase a cabo, por ello, nuestro grupo ha presentado una enmienda de sustitución que tienen SS.SS. y que después leeremos.

Querría en primer término resaltar la importancia que el Grupo Parlamentario Socialista da a la salud sexual y reproductiva y a la educación en la misma. Definida como el enfoque integral para analizar y responder a las necesidades de las mujeres y los hombres respecto a la sexualidad y reproducción, es básico conocer y divulgar tanto los derechos reproductivos como la decisión libre y responsable del número de hijos y el espaciamiento entre ellos, la toma de decisiones sobre reproducción libre de discriminación, coerción o violencia, y la accesibilidad a servicios de atención primaria de calidad, y otros. También, derechos sexuales como la libertad para decidir responsablemente sobre todos los aspectos relacionados con la sexualidad, con el disfrute de la sexualidad sin riesgos, el derecho al placer físico-emocional, el derecho a la libre orientación sexual, el derecho a la información sobre sexualidad, y todo ello en condiciones de igualdad, pleno conocimiento y respeto mutuo, compartiendo responsabilidades en las relaciones sexuales y sus consecuencias. Somos, como les decía, plenamente conscientes de la necesidad de impulsar la educación en salud sexual y reproductiva.

Con estas premisas previas el Gobierno está desarrollando, en coordinación con las comunidades autónomas y sociedades científicas relevantes en esta materia, una estrategia sobre salud sexual y reproductiva, y uno de sus principios fundamentales es la generalización de la educación sexual. Igualmente se está trabajando en la formación para profesionales de la medicina y la enfermería en atención primaria. Este trabajo ya está muy avanzado y puede que esté terminado antes de la reunión del consejo interterritorial del mes de diciembre de este año. Este es un buen foro para discutir todas las cuestiones que hoy planteamos.

Estamos convencidos de la trascendencia de la anticoncepción de emergencia para evitar embarazos no deseados y secundariamente disminuir el número de interrupciones voluntarias del embarazo. Quiero recordar a SS.SS. que la única comunidad autónoma que ha disminuido francamente el número de interrupciones voluntarias del embarazo ha sido la de Cantabria y ha basado toda su estrategia en la anticoncepción de emergencia. Y cuando hablamos de anticoncepción de emergencia

nos referimos a la anticoncepción de emergencia con levonorgestrel, que es aquella que ha autorizado el Ministerio de Sanidad en dispensación farmacéutica sin receta, que no es abortiva, que tiene mínimos y temporales efectos no deseados y ausencia total de efectos negativos a largo plazo. Quiero recordar que aunque en nuestro país se ha liberalizado su venta ayer, en Estados Unidos la, entre comillas, dura, temida y rígida FDA ya autorizó la venta sin receta en el año 2006, y que la Organización Mundial de la Salud considera la píldora anticonceptiva de emergencia con levonorgestrel un medicamento seguro.

He escuchado a la representante del Partido Popular hablar de la ineptitud del ministerio, y me llama la atención. Creo que el ministerio está actuando con una coherencia maravillosa y exquisita. Ayer fue el primer día que esto se puso en marcha y no hubo ningún problema, salvo aquellos derivados de la conciencia o mala conciencia de algunos profesionales que estaban dispensando en las farmacias, pero si esto pasó el primer día, dentro de un mes nadie se acordará de lo que estamos discutiendo hoy. También querría recordarle que es mucho más barato comprarse un preservativo —y tendrán que hacerlo— que no comprar un envase de píldora de emergencia, que vale entre 18 y 20 euros.

Resulta fundamental promover la información sobre salud sexual y anticoncepción al conjunto de la población, así como asegurar el acceso equitativo a la anticoncepción de emergencia. La dispensación de la píldora anticonceptiva de emergencia irá acompañada, como dije, de una amplia información sobre otros métodos anticonceptivos de uso regular, enfermedades de transmisión sexual y VIH/Sida. Esta misma información estará disponible en distintas páginas y redes de Internet.

Por otra parte, el Gobierno aprobó hace unos días el proyecto de ley sobre salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, que ya se ha remitido al Congreso de los Diputados. En la tramitación parlamentaria del mismo tendremos oportunidad de debatir sobre los mismos puntos, muchos de los cuales ya tienen una posición de consenso en las conclusiones de trabajo de la subcomisión sobre la aplicación de la Ley de interrupción voluntaria del embarazo, que se desarrolló en el seno de la Comisión de Igualdad. Creemos por tanto que nuestra enmienda es lógica, prácticamente engloba en su interior todos los puntos y quiero decir que, por un error de transcripción, donde dice «El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a», hay que añadir «a que en el marco del Consejo Interterritorial de Salud.» Y a continuación siguen todos los puntos de la enmienda. Haremos llegar a la Mesa esta modificación.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Corresponde ahora preguntar si hay algún grupo que quiera fijar posición. **(Pausa.)** Si no es así, el señor Llamazares tiene la palabra para responder a las enmiendas.

El señor **LLAMAZARES TRIGO**: Basándonos en la enmienda del Grupo Parlamentario Socialista quiero hacer dos apreciaciones; la primera es relativa al consejo interterritorial, ya que me parece imprescindible el mantenimiento de ese criterio porque muchas de estas iniciativas tienen que ver con las comunidades autónomas, y la segunda va en la dirección de hacer un esfuerzo en materia de financiación pública de la anticoncepción, ya que creo que es una situación escandalosa en nuestro país que deberíamos superar. Si hacemos ese esfuerzo llegaremos a un acuerdo.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Esperamos ese acuerdo.

— **SOBRE MEDIDAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD NOSOCOMIAL. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/000943.)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Pasamos al tercer punto del orden del día.

Para presentar la proposición no de ley tiene la palabra la señora Fernández.

La señora **FERNÁNDEZ PARDO**: Presento en nombre de mi grupo una proposición no de ley en relación con las medidas para prevención de la enfermedad nosocomial. La Organización Mundial de la Salud define la enfermedad nosocomial como una infección contraída en el hospital por un paciente internado por un motivo distinto a esta infección —en un hospital o en otro establecimiento de atención de salud—, en quien la infección no se había manifestado ni estaba en periodo de incubación en el momento del internado. Comprende también las infecciones contraídas en el hospital pero manifestadas después del alta hospitalaria y las infecciones ocupacionales del personal del establecimiento sanitario. Según los datos de la Unión Europea, se producen tres millones de casos de enfermedad nosocomial al año y la muerte de 150 pacientes al día por este motivo. Una de las causas que se apunta como determinante es la utilización indiscriminada de antibióticos, que provoca la aparición de cepas bacterianas resistentes. En España, el 10 por ciento de los pacientes sufre un efecto adverso al ser hospitalizado y las infecciones nosocomiales son el segundo efecto adverso más frecuente tras los errores de medicación. Además del lamentable resultado de muerte que puede provocar este tipo de infecciones, su aparición provoca un incremento considerable de los costes sanitarios.

Todos los organismos internacionales, señorías, abogan por el enfoque integral del abordaje de la problemática de la enfermedad nosocomial. Así, el Consejo de Europa propone que cada país cuente con una estrategia nacional, un comité nacional multidisciplinar para la implantación coordinada de la estrategia nacional y



de los mecanismos que aseguren que se aplican estándares de control y prevención. La Comisión Europea ha elaborado directrices e instrumentos educativos para gestionar mejor, y de forma eficaz, el riesgo de infecciones asociadas a estancias hospitalarias y la resistencia a los antibióticos. En España, por ejemplo, existen lables iniciativas en materia de prevención y control de la enfermedad nosocomial en diversas comunidades autónomas, pero no un enfoque nacional organizado que permita el abordaje único y efectivo, con un sistema de vigilancia activa y pasiva, guías de buenas prácticas y comités de seguimiento a nivel autonómico y nacional. Es por ello que mi grupo en el Congreso formula la siguiente proposición no de ley: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a que, en el marco del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, elabore el plan nacional de prevención y control de enfermedades nosocomiales que contemple, al menos, la creación de un comité nacional y sus homólogos autonómicos con carácter multidisciplinar, encargados de definir estrategias y planes de acción necesarios para la reducción de la enfermedad nosocomial; la ejecución de la estrategia y los planes de acción, que se desarrollarán en cooperación con las comisiones de control de infección de los centros sanitarios; comités que se encargarán asimismo del desarrollo de una guía de buenas prácticas para los profesionales sanitarios; el establecimiento de un sistema único de vigilancia y reporte de infecciones en todos los centros sanitarios españoles; el establecimiento de objetivos anuales de obligado cumplimiento para dichos indicadores de los centros sanitarios; la promoción del uso prudente de agentes antimicrobianos en la medicina; prevención de la transmisión cruzada de organismos multirresistentes a antibióticos en los centros sanitarios; el procedimiento de divulgación de la estrategia y planes de acción al personal y los pacientes del Sistema Nacional de Salud; programas de formación al personal sanitario en la seguridad del paciente y en la prevención de enfermedades nosocomiales y la financiación suficiente para asegurar la ejecución del plan. La financiación deberá asegurar que los centros sanitarios disponen de los recursos humanos, incluyendo servicios de medicina preventiva, microbiología y enfermería; materiales, como soluciones hidroalcohólicas, sistemas de información para las redes de vigilancia activa, test de cribado rápido, etcétera; y estructurales, suficientes habitaciones de aislamiento, servicios de laboratorio microbiológicos, sistemas de higiene de manos accesibles en las áreas críticas de los centros sanitarios, etcétera. Todo ello para la adecuada ejecución del plan.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Se ha presentado una enmienda por parte del Grupo Parlamentario Socialista. Tiene la palabra la señora Cabezón.

La señora **CABEZÓN RUIZ**: En la seguridad del paciente, componente clave de la calidad asistencial, han

adquirido gran relevancia en los últimos años los efectos secundarios no deseados en la atención sanitaria, que representan una causa de elevada morbilidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados. La razón fundamental es la creciente complejidad del manejo de los pacientes, en el que interactúan muy diversos factores. Por ello, los daños que suponen a los pacientes en el ámbito sanitario y su coste ha hecho que los sistemas sanitarios sean de tal relevancia que las principales organizaciones internacionales han desarrollado estrategias en los últimos años para proponer planes, acciones y medidas legislativas que permitan controlar los efectos adversos evitables en la práctica clínica. En este contexto, el Ministerio de Sanidad y Política Social, en su responsabilidad de mejorar la calidad del sistema sanitario en su conjunto, ha situado la seguridad del paciente en el centro de las políticas sanitarias como uno de los elementos clave en la mejora de la calidad, quedando así reflejado en el Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud que se viene desarrollando desde 2005 en coordinación con las comunidades autónomas. Precisamente una de las medidas incluidas en dicho plan era la elaboración del primer estudio nacional de efectos adversos, publicado en 2006, el segundo más completo sobre esta materia hasta la fecha en Europa y el quinto en el mundo. Los resultados aportados evidenciaron la seguridad del Sistema Nacional de Salud con unos indicadores similares a los de los países más avanzados. La publicación de este estudio impulsó la puesta en marcha de la estrategia para la mejora de la seguridad del paciente, que lleva a cabo el Ministerio de Sanidad y Política Social en estrecha colaboración con las comunidades autónomas y las sociedades científicas, siguiendo las recomendaciones de los expertos y las directrices de las organizaciones internacionales. La estrategia aborda todos los elementos identificados como cruciales en la seguridad del paciente.

La proposición no de ley que presenta el Grupo Popular, dentro de los efectos adversos producidos a nivel hospitalario, hace especial hincapié en lo que se refiere a las infecciones nosocomiales, infecciones que efectivamente son un problema de relevancia en los hospitales españoles, y cuya incidencia y prevalencia se debe a múltiples factores, como la mayor edad de los pacientes, un mayor número de patologías crónicas, intervenciones más complejas o procedimientos invasivos, así como microorganismos cada vez más resistentes. La gran repercusión económica y social de las infecciones nosocomiales hacen que sea uno de los grandes retos en la lucha para mejorar la asistencia sanitaria especializada, por lo que actualmente la tasa de infección nosocomial es considerada un indicador de calidad asistencial hospitalaria. Pues bien, parte de esta estrategia, a la que anteriormente me refería, afecta directamente al problema de la infección nosocomial, concretamente a lo que se refiere a la implantación de prácticas seguras y sistemas de información. Dentro de estas prácticas seguras, a través de los fondos para la

estrategia de salud y convenios específicos, todas las comunidades autónomas han desarrollado proyectos para mejorar la infección nosocomial por medio de la higiene adecuada de manos. Con objeto de mantener y profundizar los objetivos, el Ministerio de Sanidad y Política Social, siguiendo las directrices de la OMS, ha diseñado una campaña de higiene de manos a nivel nacional. Se ha creado un grupo de coordinación, con participación de todas las comunidades autónomas, que intercambian experiencias y actualmente están generando indicadores específicos.

Respecto a los sistemas de vigilancia y control, tengo que reconocer y recordar a SS.SS. que en España existen diversos sistemas para la recogida de información sobre infección nosocomial hospitalaria, en los que existe un convenio de colaboración con el Ministerio de Sanidad y Política Social. Prueba de ello es, por ejemplo, el estudio Epine, estudio de prevalencia que funciona desde el año 1990; el estudio Viconos, inicialmente Epio, que se dirige fundamentalmente a los servicios de cirugía y unidades de cuidados intensivos, así como el sistema Envin UCI. Por otro lado, el Ministerio de Sanidad y Política Social, junto con la Alianza Mundial para la Seguridad de Pacientes de la OMS y la Senic está en proceso de implantar en todo el territorio nacional un programa de disminución de bacteriemia relacionada con catéteres centrales en UCI, mediante una intervención multifactorial, que es adaptación de un programa desarrollado en el Estado de Michigan, de gran impacto en la mejora de la infección nosocomial. No obstante, aún existen retos en lo que se refiere a la vigilancia y prevención de las infecciones nosocomiales para hacer a los sistemas más eficientes, por lo que se está diseñando un cuadro de mandos que integre indicadores útiles, válidos, fiables y relevantes que permitan medir procesos y resultados de la práctica asistencial, con el fin de buscar medidas correctoras para prevenir los efectos adversos. Se está realizando un estudio específico en colaboración con varios países de la OCDE para consensuar las definiciones y métodos de obtención de aquellos indicadores; se ha realizado un estudio de variabilidad interhospitalaria en indicadores de la seguridad del paciente y otros estudios para evaluar la atención sanitaria a través de indicadores. Por todo ello, tengo que concluir diciendo que el trabajo realizado desde el Sistema Nacional de Salud en su conjunto, en lo referente a la enfermedad nosocomial y, en concreto, a la infección nosocomial, ha sido continuo y sigue siendo importante, metódico y progresivo. No obstante, la preocupación de este grupo, como no podía ser de otra manera, es continuar mejorando la seguridad de los pacientes, y con ello la calidad de la atención sanitaria. Considero que podremos llegar a un acuerdo con el resto de grupos en lo referente a seguir impulsando medidas en relación con la prevención de las infecciones nosocomiales mediante la elaboración de una estrategia nacional de prevención y control de la infección nosocomial en el marco de la estrategia de seguridad del paciente e inte-

gar la vigilancia de la infección nosocomial en la red nacional de vigilancia epidemiológica. Señoría, como ya conoce, hemos presentado una enmienda, con la que creo que llegaremos a un acuerdo con el Grupo Popular.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): ¿Algún grupo desea fijar posición? (**Pausa.**) Si no es así, pregunto al grupo proponente si desea intervenir para aceptar o rechazar las enmiendas presentadas.

La señora **FERNÁNDEZ PARDO**: Estamos en condiciones de elaborar una enmienda transaccional con el Grupo Socialista y poder llegar a un acuerdo.

— **SOBRE MEDIDAS PARA LA PROTECCIÓN DE LOS AFECTADOS POR LAS FACTURACIONES MASIVAS DE LAS LÍNEAS 905. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/001010.)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): En espera de esa transaccional, pasamos al 4.º punto del orden del día sobre medidas para la protección de los afectados por las facturaciones masivas de las líneas 905, cuyo autor es el Grupo Parlamentario Popular.

Tiene la palabra doña María Dolors Nadal.

La señora **NADAL I AYMERICH**: La proposición no de ley que paso a defender pretende efectivamente que el Gobierno adopte medidas para la protección de los afectados por fraudes en facturaciones masivas en las líneas 905. Este fraude tiene varias vertientes y un solo origen. No diré, señorías, que el origen sea la desidia o el desinterés del Gobierno, pero sí la tranquilidad con la que ha abordado estas irregularidades en las líneas 905. Digo esto porque hasta finales de 2008 existió un vacío legal sobre estas líneas que permitía a las compañías eludir las obligaciones de información, los protocolos de reclamación, y toda clase de garantías que deberían haberse ofrecido a los usuarios de estas líneas. Esta laguna —es cierto y verdad— quedó subsanada con la resolución de 4 de diciembre de 2008 de la Secretaría de Estado de Telecomunicaciones y Sociedad de la Información, por la que se atribuyó el código telefónico 905 a la prestación de servicios de tarificación adicional. Por otro lado, también es cierto que el pasado 28 de junio la comisión de supervisión de los servicios de tarificación adicional aprobó los códigos de conducta para las líneas 905, modificando el código de conducta hasta entonces vigente, referido a los servicios 803, servicios exclusivos de adultos; 806, servicios de ocio y entretenimiento y 807, servicios profesionales. Este código de conducta implica, entre otras cosas —abro comillas—, que deberá figurar siempre y en caracteres estáticos el precio y el prestador del servicio, así como que en los concursos que consistan en la participación del público, a través de llamadas a un 905, será obligatorio que apa-

rezca un rótulo informativo sobre el número de llamadas recibidas en los últimos diez minutos. Por último, se indica que este código entrará en vigor a los tres meses de que la CMT asigne los nuevos 905, cosa que hizo el 16 de julio de 2009 con la aprobación de la resolución que asigna inicialmente numeración con código 905, es decir, lo que se conoce como los nuevos 905. En cualquier caso la entrada en vigor de este código de conducta, si bien previene o tiene el objetivo de prevenir el fraude futuro, somete —eso es lo único que tenemos garantizado— este tipo de líneas a regulación, pero no resuelve el problema al que se enfrentan todos aquellos usuarios a los que sus compañías telefónicas reclaman facturas por llamadas que no hicieron, en un volumen imposible de asumir por muchos de ellos, amenazándoles con cortes de líneas, con registros de morosos e incluso con embargos.

Es inaceptable, desde el punto de vista del Grupo Parlamentario Popular, que la CMT —que como regulador debería aportar una solución al fraude derivado de la facturación masiva por llamadas que materialmente es imposible que hayan sido realizadas por los usuarios— ni responsables de consumo, en este caso la ministra de Sanidad y Bienestar Social, doña Trinidad Jiménez, no hayan dicho ni una palabra al respecto y no hayan actuado para aportar una solución a los usuarios que han sido víctimas de este fraude masivo.

Según han denunciado recientemente la asociaciones de consumidores, señora y señores diputados, más del 90 por ciento de los 267 números comprobados por el organismo encargado de velar por el cumplimiento de los códigos de tarificación adicional han sido retirados, lo que demuestra que existe un alto grado de fraude. Por lo tanto demuestra la necesidad de que se intervenga en estos números de tarificación adicional, que ustedes saben son aquellos negocios que se hacen a través de compañías telefónicas en los que se presta un servicio mediante un incremento del coste de la llamada, un incremento que he de decir que no es menor, que no es poco, y por ello la necesidad de actuar. En estas actuaciones se ha detectado, como digo, un alto grado de fraude, pero las denuncias han hecho referencia exclusivamente a los números 803, 906 u 807, es decir, que los fraudes de números 905 o no se han investigado todavía o no se tienen datos oficiales sobre los afectados por las líneas 905. Es por eso por lo que el Grupo Popular presenta y pide su voto para esta proposición no de ley, con el fin de que se cuantifique efectivamente el número de usuarios afectados y el volumen de facturación de las llamadas falsas a líneas 905. Es decir, datos oficiales de los afectados, porque los únicos datos de los que se disponen son los que facilitan las asociaciones de consumidores. En segundo lugar, adoptar las medidas de carácter administrativo y jurisdiccional que sean precisas contra las facturaciones indebidas. He de reconocer, como he dicho anteriormente, que se han tomado medidas pero creemos que se debe profundizar en ellas. Y finalmente creemos imprescindible, porque estas serían

siempre medidas de futuro, pero en ningún caso sería dar solución a los problemas con los que se encuentran los usuarios que han sido víctimas de actuaciones de rellamadas fraudulentas, como todo el mundo las conoce, que el Gobierno adopte las medidas necesarias para que los usuarios que se vean perjudicados por rellamadas fraudulentas que no hicieron obtengan una satisfacción a sus demandas. Para esto pido el voto de esta Comisión a la proposición no de ley del Grupo Popular.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Se ha retirado la enmienda presentada por el Grupo de CiU. Por lo tanto pasamos a la defensa de la enmienda del Grupo Socialista, para lo cual tiene la palabra la señora Medina.

La señora **MEDINA TEVA**: Efectivamente, como se refleja en el propio texto de la iniciativa que nos presenta hoy el Partido Popular, y además ha expuesto la propia portavoz, las líneas 905 han sido objeto de regulación a través de la resolución de la Secretaría de Estado de Telecomunicaciones y para la Sociedad de la Información de 4 de diciembre de 2008, de tal manera que la prestación de estos servicios está sometida a un código de conducta el cual es vinculante tanto para el operador de telecomunicaciones —titular de la numeración— como para los prestadores de los servicios, y se trata del desglose de la factura y el correlativo derecho del usuario a no pagar la parte de tarificación adicional sin por ello ser suspendido del servicio telefónico, un derecho que se encuentra vigente desde el 13 de marzo de 2009.

Efectivamente, señoría, el Ministerio de Industria ha declarado los SMS premium y los números 905 como tarificación adicional, por lo que ambos servicios cuentan ya con sus propios códigos de conducta. Así, el pasado mes de junio, como decía también la portavoz del Partido Popular —esta iniciativa también hay que reconocer que tiene fecha de abril de 2009—, la comisión de supervisión de los servicios de tarificación adicional aprobó estos códigos de conducta de los servicios SMS premium y líneas 905, cumpliendo de este modo la normativa reguladora de los derechos de los usuarios de telecomunicaciones que prevé la sumisión de estos servicios, como servicios de tarificación adicional, a estos códigos de conducta. Se obliga por tanto a informar con claridad al consumidor sobre el coste, las condiciones del servicio y las posibilidades de alta y baja. Así, por ejemplo, los programas de televisión que utilizan números 905 deberán cumplir con la normativa sobre publicidad del código de conducta de los servicios de voz, a través de prefijos de tarificación adicional, esto es, mientras se anuncie un teléfono 905 para participar en cualquier concurso figurará en la pantalla en todo momento el precio de la llamada y la identificación del prestador del servicio. Además se prohíbe la utilización de números con tarificación adicional a través de cualquiera de los prefijos que se utilizan para los servicios de atención al cliente o posventa vinculados a la adquisición de bienes

o servicios. Quiero también recordar aquí que en esta comisión están representadas, aparte de varios ministerios, las comunidades autónomas, las asociaciones de consumidores, los operadores de telecomunicaciones y los prestadores de servicios. Asimismo esta comisión aprueba el código de conducta y su comisión permanente controla y supervisa su cumplimiento. El incumplimiento, señorías, de estas obligaciones, de esta normativa podrá ser denunciado por el usuario y supondrá la retirada al prestador del servicio del número con el que haya cometido la infracción.

Por tanto, señorías, señora presidenta, el Gobierno consciente de esta problemática ha actuado desde el primer momento, y sigue actuando en las líneas que se proponen en esta iniciativa. Desde mi grupo, desde el Grupo Socialista queremos proponerle una transaccional que viene en cierta medida a reforzar el planteamiento que ha hecho la portavoz del Grupo Popular, y siendo esto así, apoyaremos la iniciativa.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): ¿Algún grupo desea fijar posición? (**Pausa.**) En ese caso pregunto a la señora Nadal si desea referirse a la propuesta de transacción.

La señor **NADAL I AYMERICH**: Haremos llegar a la Mesa la transacción, porque estamos en disposición de llegar a un acuerdo.

— **SOBRE EL EJERCICIO DE LA HOMEOPATÍA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/001141.)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Pasamos al 5º punto del orden del día sobre el ejercicio de la homeopatía, del Grupo Parlamentario Socialista, la y tiene la palabra doña Mercedes Coello.

La señora **COELLO FERNÁNDEZ-TRUJILLO**: En primer lugar, me gustaría hacer una pequeña reflexión sobre que esta es una proposición no de ley por la que llevamos luchando en el Grupo Socialista desde hace muchos años, y que ha sido objeto de muchos debates por parte de este grupo con los médicos homeópatas, con la Organización Médica Colegial, con el ministerio, y al final ha llegado el feliz día en el que por fin el Congreso de los Diputados va a tratar a la medicina homeopática como lo que son, como médicos.

Me gustaría hacer previamente un poco de historia porque lo merece. La introducción de la homeopatía en España tuvo lugar en un periodo especialmente complejo de nuestra historia, caracterizado por la inestabilidad y el cambio. Fue Fernando VII al casarse con María Cristina, hija del rey de Nápoles, quien introdujo a través de su médico personal la homeopatía en nuestro país. En la época isabelina se constituyó una cátedra de medicina homeopática y una jefatura clínica para ejercicio en un

hospital, aunque ello nunca se llevó a la práctica por falta de medios oficiales, pero indicando el importante grado de desarrollo que había obtenido la homeopatía en España a mediados del siglo XIX. En el año 1872 se creó en Madrid el Hospital Homeopático de San José, habiendo sido construido con cuotas y cesiones de los médicos homeópatas y de muchos pacientes. Este hospital funcionó ininterrumpidamente hasta el año 1936.

La Academia Médico-Homeopática de Barcelona se estableció a partir del año 1890 y también, como no podía ser de otra manera, desapareció en el año 1936. En el año 1924 tuvo lugar en Barcelona el *International Homeopathic Council*. Este congreso fue el antecedente de la posteriormente fundada Asociación de la Liga Médica Homeopática Internacional en 1928, en Rotterdam, que en la actualidad agrupa a médicos de 73 países y que ha desarrollado 64 congresos internacionales, el último de los cuales tuvo lugar el mes de agosto pasado en Varsovia. También se constituyó un hospital homeopático en Barcelona, el Hospital del Niño de Dios, que también funcionó hasta la Guerra Civil. En 1929 tuvo lugar en Madrid el I Congreso Nacional de Homeopatía. En 1934, también en Madrid, hubo un congreso de la recién constituida Liga Médica Homeopática Internacional, aceptando su pertenencia al comité de honor el doctor Santiago Ramón y Cajal, y participando como ponente con una conferencia magistral, el doctor Marañón, quien ya dijo entonces que se trataba de medicinas todas que tendían a converger. Al estallar la Guerra Civil la homeopatía sufrió un grave retroceso en España, y fue en el año 1953 cuando se produce una tímida apertura en el Colegio de Médicos de Barcelona. En este contexto la práctica y la teoría de la homeopatía languideció en España hasta prácticamente desaparecer, y solo conservando cierta continuidad cultural en Barcelona hasta el año 1978. Se produjeron apoyos de algunos ilustres homeópatas que estaban exiliados, como el doctor Salvador de Madariaga.

En el año 1978, con la llegada de la democracia, volvió a resurgir la homeopatía en toda España a través de grupos de alumnos en las facultades de medicina, buscadores de alternativas eficaces, a favor de la naturaleza y de pocos efectos secundarios. En estos años y en los posteriores es cuando se constituyó la asociación que dará lugar a la Federación Española de Médicos Homeópatas y a la Sociedad Española de Medicina Homeopática. En 1999 la Familia Real recibió a un colectivo de médicos homeópatas que estaban realizando en 45.º congreso internacional en Barcelona, y a continuación se inició un proceso de incorporación oficial de las asociaciones de médicos homeópatas a los distintos colegios de médicos llegando a incorporarse hasta veinte colegios oficiales. En 2008, producto de todos los trabajos que hemos estado realizando a lo largo de estos últimos años, la Organización Médica Colegial reconoció, a través de la Comisión de Deontología y Visado y luego ratificó en la junta directiva, el ejercicio de la homeopatía como un acto médico.

En estos momentos existe una norma estatal que regula algunos de los centros donde se realizan las terapias naturales, como es el Real Decreto 1267/2003, cuya finalidad es regular las bases de procedimientos de autorización, por parte de las distintas comunidades autónomas, de centros, servicios y establecimientos, y concretamente cabe destacar la norma U.101, denominada: terapias no convencionales, que habla de la homeopatía como una unidad asistencial en la que un médico es responsable de realizar tratamiento de las enfermedades por medio de medicina naturistas o con medicamentos homeopáticos o mediante técnicas de estimulación periférica con agujas, que demuestren su eficacia y su seguridad.

En 2007 se aprobó una proposición no de ley en esta misma Comisión que instaba a la creación de un grupo de trabajo entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y las distintas comunidades autónomas para propiciar una reflexión al respecto, a efectos de una futura regulación. Este grupo, creado a través de este ministerio, el Instituto de Salud Carlos III, el Ministerio de Educación y las catorce comunidades autónomas, y coordinado por la Dirección General de Ordenación Profesional, Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección, tenía el objeto de crear un foro de reflexión. Este grupo, a su vez, formó un subgrupo más pequeño que llegó a una serie de conclusiones, y que son las que van a dar lugar que la medicina homeopática pueda ser constituida como una especialidad en un futuro próximo.

Existe una demanda por parte de la sociedad española que reclama la medicina homeopática realizada por médicos licenciados en medicina en nuestras facultades, y no bajo el oscurantismo y la seudomedicina con la que se suele practicar en otros establecimientos por personas que no son médicos licenciados. Considerando estas cuestiones nos parece muy acertado plantear que la homeopatía contribuye a la sostenibilidad del sistema sanitario español, existiendo en la actualidad unos 1.500 médicos, según un censo de 1998, que la ejercen de forma habitual y cotidiana, llegando a ser un grupo entre 5.000 y 6.000 médicos los que la ejercen de una forma eventual. En Europa forma parte del sistema sanitario público desde el año 1933, y prácticamente el 80 por ciento de la población alemana acude a la medicina homeopática como medicina habitual; en el Reino Unido esto ocurre desde el año 1950; en Francia es una de las medicinas que están subvencionadas por el sistema público de salud, el cual paga parte de sus medicamentos. Lo mismo sucede en Austria, y en Suiza se aprobó en 2009, por referéndum popular, su incorporación a la medicina pública de las denominadas medicinas homeopáticas o alternativas.

En conclusión, consideramos fundamental que se regule el acto médico para la homeopatía, porque ello es acorde con nuestras tradiciones y está en relación con los anhelos de muchos ciudadanos y ciudadanas de este país, siendo fundamental preservar el aspecto sanitario y obtener la seguridad del ciudadano. Hay una enmienda

introducida por el Grupo Popular que habla de que los medicamentos que son expedidos por médicos homeópatas licenciados en medicina lo sean en las oficinas de farmacia. Esto va totalmente a favor de lo que la ley española dice, y además forma parte de una de las reflexiones que estamos haciendo desde este grupo y que pretendemos plasmar en una posible proposición no de ley que elaboraremos posteriormente.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Corresponde ahora la defensa de la enmienda presentada por el Grupo Popular. Tiene la palabra el señor Ramírez.

El señor **RAMÍREZ DEL MOLINO MORÁN**: Después de la amplia revisión histórica que nos ha hecho la portavoz del Grupo Parlamentario Socialista creo que también deberíamos hacer una revisión de en qué consiste la homeopatía, porque a lo mejor a muchos de nosotros nos resulta un poco extraña.

La homeopatía es un método terapéutico que consiste en dar al enfermo unas dosis bajas o infinitesimales de una sustancia que administrada a dosis altas o muy altas nos puede provocar síntomas semejantes a los del enfermo. Hay productos que a dosis elevadas nos pueden provocar náuseas y vómitos, y sin embargo estos productos utilizados en homeopatía en dosis infinitesimales curan las náuseas y los vómitos. Acostumbrados a la terapéutica tradicional, la homeopatía puede resultar sorprendente, pero si profundizamos observamos que en la medicina tradicional o alopática también se utiliza a menudo la ley de la similitud. Hay un producto como es el cornezuelo del centeno que toxicológicamente puede provocar hipotensión, vasodilatación encefálica y cefalea, y que es utilizado en dosis infinitesimales para el tratamiento de la cefalea, la jaqueca y los trastornos circulatorios.

El número de usuarios que está utilizando la homeopatía en el mundo y también en España es cada día mayor. El 15 por ciento de la población española utiliza los medicamentos homeopáticos. En Europa lo utilizan aproximadamente el 30 por ciento de la población, y en el mundo en torno a los 300 millones de pacientes. Estos usuarios tienen que tener la seguridad sobre la correcta formación del profesional al que acuden. En el caso de la práctica por no médicos el mayor peligro radica en la insuficiente preparación de estos para establecer un diagnóstico; requisito indispensable para poder evaluar la situación del enfermo y considerar los posibles tratamientos adecuados, convencionales y no convencionales. Sin haberse establecido dicho diagnóstico siempre existe la posibilidad de que al paciente se le prive de un tratamiento necesario y efectivo. Además se ha comprobado que el ejercicio de la homeopatía en España no solo se limita al tratamiento de enfermos que podríamos denominar como leves, sino que con este método llegan a tratarse patologías calificadas de graves, y a veces hasta muy graves. Esto aumenta la importancia del problema, ya que no se trata solo de un posible fraude al consu-

midor, sino de un verdadero riesgo para el usuario. En España el número de médicos que están ejerciendo cada día va en aumento y actualmente existen en torno a 2.000 pediatras, 4.600 médicos de otras especialidades, y 3.000 médicos de atención primaria, que habitual u ocasionalmente prescriben medicamentos homeopáticos.

A pesar de la larga historia de la homeopatía se encuentran trabas e impedimentos que dificultan su progresión, no ya entre pacientes y público en general, sino en el sistema sanitario y en las universidades. Frente a estos obstáculos, se cuenta con apoyo legislativo a nivel europeo y a nivel estatal que reconocen que los productos homeopáticos son medicamentos, estableciendo dos categorías: unos con indicación terapéutica y otros sin indicación terapéutica, y su dispensación tendría que ser en farmacia. Se entiende por dispensación el servicio profesional del farmacéutico encaminado a garantizar, tras una evaluación individual, que los pacientes reciban y utilicen los medicamentos de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales durante el periodo de tiempo adecuado, con la información para su correcto uso y de acuerdo con la normativa vigente.

Con la PNL que nos presenta el Grupo Parlamentario Socialista estamos básicamente de acuerdo, como no podía ser de otra manera, si bien nosotros, Grupo Parlamentario Popular, presentamos una enmienda de adición en aras de que el paciente tenga una mayor confianza y seguridad. Espero, como así se ha dicho, que se apoye esta enmienda.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Me han comunicado que no hay fijación de posiciones por parte de otros grupos, por tanto pregunto a la señora Coello si quiere intervenir para la aceptación de la enmienda.

La señora **COELLO FERNÁNDEZ-TRUJILLO**: Ya he dicho en mi intervención que aceptamos la enmienda que presenta el Grupo Parlamentario Popular, porque es oportuna y además porque está dentro del contexto de la propia Ley del Medicamento.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Se nos solicita que aplacemos al último punto del orden del día el punto 6.º, porque el presidente de esta Comisión está en la Junta de Portavoces. Si les parece bien, lo aceptamos. (**Asentimiento.**)

— **DE INFORMACIÓN PERMANENTE DEL GOBIERNO SOBRE LA EVOLUCIÓN DEL VIRUS DE GRIPE H1N1. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/001222.)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Pasamos al punto 8º del orden del día, de información permanente del Gobierno sobre la evolución del virus de

gripe H1N1, del Grupo Parlamentario Popular, para cuya defensa tiene la palabra el señor Mingo.

El señor **MINGO ZAPATERO**: El Grupo Parlamentario Popular ha presentado una proposición no de ley en relación con la gripe A que dice que el Congreso de los Diputados acuerda la comparecencia periódica de la ministra de Sanidad y Política Social en esta Comisión de Sanidad, para informar sobre la evolución de la gripe A en España. Dicha comparecencia tendrá carácter quincenal durante el presente periodo de sesiones, y mensual a partir de enero de 2010 hasta el control efectivo de la pandemia.

Las razones que recogemos en la exposición de motivos de la proposición no de ley son bien conocidas por la mayor parte de los miembros de esta Comisión. Estamos ante la primera pandemia del siglo XXI, y estamos ante una pandemia que no solamente en nuestro país, sino en todo el mundo, en el hemisferio norte en los próximos meses va a poner a prueba a la sociedad internacional y va a dar una importante tensión asistencial a todos los sistemas nacionales de salud. La prevención de la pandemia y la evolución de la misma se ha ido incrementando en el número de casos en las últimas semanas. En España concretamente ya tenemos unas cifras de más de 50 casos por 100.000 habitantes; y si hablamos de niños entendemos que las cifras son mucho más preocupantes, porque son 93 casos por 100.000 habitantes. Ya tenemos algún fallecido, más de 30 casos, que mayoritariamente, es verdad, lo han sido en enfermos que ya tenían patología previa, pero también hay casos en los que no había patología previa y la insuficiencia respiratoria ha conducido a la muerte. Por tanto es evidente que nos encontramos ante un futuro complicado, un otoño complicado y un invierno difícil para todas las autoridades sanitarias del Sistema Nacional de Salud, y entendemos que el Gobierno de España tiene que hacer un verdadero esfuerzo de comunicación y de coordinación, en todos los ámbitos de su competencia, para emitir los criterios de coordinación adecuados en todo el Sistema Nacional de Salud, y lanzar un mensaje de tranquilidad que disminuya en la medida de lo posible la incertidumbre que tiene una gran parte de la población en relación con lo que va a pasar en las próximas semanas. Este compromiso que solicitamos al Gobierno, y a la ministra de Sanidad y Política Social en particular, de comparecer en el Parlamento de forma periódica entendemos que es trascendental en tanto en cuanto debe informar no solo de la preparación de la pandemia y la disponibilidad de las vacunas y protocolo de los antivirales y de la preparación de los distintos planes de contingencia, sino de todas y cada una de las actuaciones que está llevando a cabo el Ministerio de Sanidad y el Consejo Interterritorial en el conjunto del país.

A esta proposición no de ley se han presentado dos enmiendas, una del Grupo Parlamentario Socialista y otra del Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya. Las dos

enmiendas presentadas recogen la filosofía que está inmersa en la proposición no de ley. La enmienda socialista reconoce la necesidad de la comparecencia periódica y matiza que insta al Gobierno a que continúe la comparecencia de la ministra en la Comisión de Sanidad, como ha estado sucediendo hasta ahora, pero modificándolo en el criterio de que tiene que comparecer cuando aparezcan novedades significativas en la pandemia. Estamos viendo que hay novedades semanales, novedades quincenales en la propia evolución de la pandemia, luego la filosofía que recoge la enmienda del Grupo Parlamentario Socialista creo que comparte la línea de la proposición no de ley. Y la enmienda del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida acuerda mantener y consolidar la unidad de los grupos parlamentarios en la definición de la estrategia sobre la gripe A.

Es verdad que en líneas generales mantenemos una posición de acuerdo en relación con la estrategia de la actuación del Sistema Nacional de Salud, pero también hay elementos disgregadores o elementos no compartidos, como pueden ser por ejemplo cuáles son los grupos esenciales o cuáles son los grupos de riesgo, si debemos vacunar a los niños o no —en nuestro grupo entendemos, ya lo saben SS.SS., que deben ser vacunados los niños—; y también entendemos —y esto es importante y nos diferencia de los otros grupos— que los antivirales tienen que ser realizados bajo prescripción médica como se hace en el momento actual, pero que debieran estar en las farmacias.

Estoy seguro de que como compartimos la filosofía de la proposición no de ley, podremos llegar a un acuerdo, y así lo veremos después del debate.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Ahora correspondería la defensa de la enmienda del Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya, pero no hay nadie de su grupo presente y supongo que otro grupo no querría asumirla. Pasamos por tanto a la defensa de la enmienda del Grupo Parlamentario Socialista, aunque el señor Mingo ya nos ha dado bastantes indicaciones, quedando a la espera, si aparece el autor de la otra enmienda, de darle la palabra, y si no continuaremos con el orden del día.

Tiene la palabra doña Pilar Grande.

La señora **GRANDE PESQUERO**: Señora presidenta, la ministra ha manifestado en numerosas ocasiones su absoluta disposición a comparecer las veces que fuera necesario para tratar con las fuerzas políticas representadas en el Congreso de los Diputados aquellos asuntos de mayor interés ciudadano, como el de la evolución del virus de la gripe A H1N1. De hecho, desde que asumió el cargo, ha comparecido bien en el Congreso o bien en el Senado en repetidas ocasiones, todas ellas por cierto a petición propia y casi siempre, la mayor parte de ellas, con el acuerdo unánime de los grupos parlamentarios.

Compareció por primera vez el 29 de abril, casi recién tomada posesión, para informar sobre la situación generada por el brote de gripe en México y en los Estados Unidos, y sobre las medidas adoptadas en nuestro país cuando todavía no había pasado ni siquiera una semana desde que se recibieron las primeras comunicaciones de la Organización Mundial de la Salud. Desde entonces —y solo han pasado cinco meses— ha comparecido el 21 de mayo para informar de las líneas generales en el Congreso, pero que se habló de gripe, como recordarán SS.SS.; el 27 de mayo junto a la ministra de Defensa para informar sobre el brote de gripe A detectado en el acuartelamiento de Hoyo de Manzanares aquí en esta Cámara; el 18 de junio para informar de las líneas generales en el Senado, pero también se habló de gripe; el 27 de julio para informar de nuevo sobre la gripe aquí en el Congreso, y el 9 de septiembre para informar de nuevo sobre la gripe en el Senado. Es decir, en algunos meses incluso dos veces. Decididamente la ministra está haciendo un importante esfuerzo para informar a ambas cámaras y para atender las peticiones de los distintos grupos, porque les recuerdo que no ha rechazado o pospuesto ninguna comparecencia. Es más, ha solicitado nuevamente comparecer ante esta Cámara, como S.S.SS. conocen, en esta Comisión a su vuelta de la reunión de la Unión Europea que se celebrará el próximo 12 de octubre para hablar precisamente de vacunación, de grupos de riesgo y de fijación del futuro más próximo en esta pandemia que tenemos en este momento entre las manos.

Nuestro grupo considera que estas comparecencias se han producido en momentos importantes en los que la atención de los medios de comunicación y de los ciudadanos en torno a la situación actual y a la evolución futura de la pandemia se ha incrementado. Por ello las comparecencias en esta Cámara, que normalmente se producen en un marco necesariamente más sosegado y que pueden y deben contribuir a transmitir a los ciudadanos un mensaje de tranquilidad, de seguridad y de confianza en las autoridades sanitarias, son necesarias, pero son necesarias cuando realmente haya novedades significativas que tengan que comunicarse a los grupos parlamentarios. Además no hay nada que indique lo contrario, fundamentalmente porque no tenemos una bola de cristal, señor Mingo, y no sabemos si la ministra debe comparecer quincenal o mensualmente. Deberá comparecer, como lo está haciendo hasta ahora, cada vez que sea necesario. Como acabo de relatar y de explicar, eso es lo que ella y su equipo están haciendo. Por tanto consideramos innecesario y un exceso establecer una periodicidad exactamente quincenal o mensual.

Todos somos conscientes de que la gripe genera una comprensible preocupación ciudadana, pero también deberíamos de serlo de no alentar actitudes que puedan contribuir a generar una mayor alarma social, por lo que deberíamos todas y todos, y más en nuestro caso, diputados representantes de los ciudadanos, continuar auto-exigiéndonos un ejercicio de responsabilidad para no

generar una alarma social injustificada que pueda confundir a la población. Por ello hemos presentado una enmienda —el diputado señor Mingo la ha leído prácticamente—, que creemos que es más razonable y pedimos que sea aceptada. Nosotros también estaríamos dispuestos a llegar a un acuerdo de un texto transaccional, porque lo importante y el fondo y la filosofía del asunto es, como dice la enmienda del señor Llamazares y está en el ánimo de todo el mundo, mantener el consenso y el espíritu de acuerdo, porque estamos hablando de algo que realmente preocupa muchísimo a los ciudadanos, y preocupa también a los profesionales y a las instituciones sanitarias, tanto autonómicas como nacionales. Por tanto, señor Mingo, este grupo parlamentario está de acuerdo en llegar a un consenso con un texto que podamos apoyar y aprobar todos los grupos de esta Cámara.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): No hay más remedio que dar por decaída la enmienda presentada por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida.

Para fijar posición tiene la palabra la señora Tarruella del Grupo Parlamentario de Convergència i Unió.

La señora **TARRUELLA TOMÀS**: Nuestro grupo parlamentario quiere manifestar aquí que estamos de acuerdo en la filosofía que transmite esta proposición no de ley que el Grupo Popular ha presentado. Estamos de acuerdo con la filosofía en cuanto que existe preocupación, vigilancia y una cierta incertidumbre sobre lo que puede pasar en este otoño con la gripe A. También en nuestro grupo creemos, lo manifestamos y lo dijimos así hace pocos días en una pregunta a la ministra en el Pleno del Congreso, que nuestra obligación es transmitir a la población tranquilidad. La ministra tiene que ir trabajando con todas las comunidades autónomas y con los buenos profesionales que tenemos en nuestro sistema sanitario e ir preparando internamente todo lo que sea necesario respecto a los protocolos para intentar que, si llega masivamente esta gripe, esté todo en marcha y solucionado.

Las experiencias y lo que se está viendo en otros países, en donde ya ha pasado el periodo quizá más fuerte de esta epidemia, nos advierten de esa incertidumbre que el portavoz del Grupo Popular manifestaba, pero también de que el número de casos ha sido un poco menor del que en un principio se preveía. Nosotros también estamos preocupados por esta situación, pero creemos que no contribuiría quizá demasiado a la tranquilidad y a la calma. El mismo Consejo General de Médicos y muchas entidades científicas están diciendo que estamos quizá hablando demasiado de puertas afuera y estamos creando una alarma en la población. La comparecencia tan seguida o quincenal de la ministra no es necesaria si no hay auténticas novedades. Nuestro grupo cree que tiene que comparecer cuando sea necesario, y que no habría que marcar este calendario. A lo mejor en

una semana ha tenido que comparecer dos veces seguidas, pero si no ha habido otras novedades no es necesario.

Queremos agradecer desde aquí también la información que el ministerio y su equipo nos han transmitido a los portavoces parlamentarios. Además la ministra se ha entrevistado también con los portavoces de todos los grupos políticos por el tema de la gripe A. Nosotros queremos seguir estando informados y debemos tener información todos los grupos parlamentarios, pero creemos que cuando se dé la comparecencia en el Congreso que lo sea para temas relevantes y si de verdad hay cambios importantes que deban conocerse. Es importante que nosotros también demos ejemplo de tranquilidad a la población. No sé si esa tranquilidad se transmitiría si decimos de repente que la ministra va a comparecer aquí cada quince días —los mismos profesionales de la sanidad dicen que no tenemos que hablar tanto fuera— y si ayudaría en este sentido, cuando no ha sido habitual hasta ahora.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Se encuentra en la sala el señor Llamazares y tiene la oportunidad por lo menos de fijar posición.

El señor **LLAMAZARES TRIGO**: La enmienda era lo de menos, lo importante era la oportunidad también de poder intervenir en el debate, y en todo caso en una fijación de posición, aunque sea breve. No creo que sea adecuado que esta Comisión traslade la imagen pública de que en el tema de la gripe, donde hemos estado de acuerdo todos los grupos parlamentarios, empezamos a tener diferencias. No es bueno tampoco lanzar la idea de que empezamos a tener diferencias en la magnitud del problema, porque en definitiva esa frecuencia de comparecencia de la ministra apunta a una magnitud grave del problema. No lo comparto y estoy seguro de que ningún grupo parlamentario lo comparte. Creo que lo hemos hecho bien hasta ahora. Nos hemos mantenido unidos en una materia que debe provocar la alerta pero no la alarma y, por otra parte, hemos mantenido la confianza en los profesionales y la prudencia política. Creo que aquí es donde debemos fijarnos los grupos parlamentarios. Por eso presenté la enmienda y por eso considero que esta iniciativa de una comparecencia quincenal no es afortunada. No es afortunada en relación con una imagen que no queremos dar sobre la gripe A —introduce elementos de alarma y de preocupación excesivos—, y no es afortunada en relación con el funcionamiento de la Comisión. La Comisión de Sanidad no puede ser la comisión de la gripe A y corre el peligro de convertirse en la comisión de la gripe A. Tenemos muchas más cosas de que discutir y lo hemos demostrado hoy aquí. Por tanto, en ese sentido llamaría a la prudencia y a la responsabilidad en esta materia.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): ¿El señor Mingo desea posicionarse sobre la enmienda?



El señor **MINGO ZAPATERO**: Sí, presidenta.

Recogiendo el sentir de los distintos grupos parlamentarios estoy seguro de que podremos llegar a una transaccional que recoja el máximo común denominador de todos nosotros.

— **SOBRE EL TRATAMIENTO SUSTITUTIVO RENAL. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO CATALÁN (CONVERGÈNCIA I UNIÓ).** (Número de expediente 161/001238.)

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Pasamos entonces al punto 9.º del orden del día, sobre el tratamiento sustitutivo renal, del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió). Tiene la palabra la señora Tarruella.

La señora **TARRUELLA TOMÀS**: Como saben todos ustedes, en el Estado español hay aproximadamente 44.000 —quizá más ahora porque estos datos son de 2007— pacientes renales que reciben tratamiento sustitutivo, de los cuales solamente 2.400 —menos del 6 por ciento del total— lo realizan en su domicilio. Es uno de los porcentajes más bajos de toda Europa a pesar de todas las ventajas que esta modalidad domiciliaria puede aportar al paciente renal, además del ahorro de gasto sanitario que supondría un mayor uso, dado que es más económico que la hemodiálisis en centros sanitarios, modalidad de diálisis que hoy por hoy es mayoritaria.

No nos podemos olvidar tampoco del modelo de donación y de trasplante de órganos, en el cual la Organización Nacional de Trasplantes de nuestro país es referencia mundial. Pero debemos tener en cuenta que por motivos clínicos solo el 20 por ciento de los pacientes que están en diálisis están en lista de espera para recibir un riñón. Mientras llega el momento, este grupo de pacientes debe permanecer en diálisis al igual que el restante 80 por ciento que no puede ser trasplantado, por lo que todos deben elegir una de las modalidades de tratamiento anteriormente citadas.

Creemos que es insuficiente la información que reciben los pacientes sobre los diferentes tratamientos de las enfermedades crónicas renales. Existe insuficiente información sobre los diferentes tipos de diálisis —en especial sobre la diálisis peritoneal— y, además, existe también escasez en recursos humanos y materiales que los hospitales destinan a esta modalidad. Estas son algunas de las causas de la disparidad existente entre las dos opciones terapéuticas. Mientras que unas comunidades autónomas —incluso dentro de cada comunidad autónoma según qué hospital de referencia tienen— tratan en domicilio a la gran parte de los pacientes mediante la diálisis peritoneal, en otras comunidades autónomas este tratamiento es puramente anecdótico. Quiero recordar una vez más que el tratamiento en hemodiálisis, que es el que favorece nuestra estructura sanitaria porque se hace bien en los mismos hospitales o bien con centros concertados, es el que mayoritaria-

mente está llevándose a cabo en todos los hospitales. Todos sabemos bien que esta hemodiálisis consiste en depurar la sangre, que se extrae, se filtra y se devuelve al paciente, empleando la máquina; mientras que en la diálisis peritoneal, que es este tratamiento en domicilio, la eliminación de las sustancias tóxicas se realiza a través de la membrana peritoneal del paciente, se puede realizar de una manera manual o automática durante la noche mientras este duerme y el paciente solo acude al hospital para revisión cada uno o dos meses. Su escaso porcentaje —recuerdo, el 6 por ciento— es el que nos preocupa y también que nos han hecho llegar asociaciones de pacientes quejas sobre la falta de información que a veces reciben.

Por este motivo hemos presentado esta proposición no de ley instando a estimular programas de diálisis peritoneal por parte de todas las comunidades autónomas y que a la vez se garantice al paciente la información necesaria para poder elegir, con el consejo de su médico, cuál de los dos tratamientos es el que precisa. Además, tiene derecho en reconocimiento de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, sobre autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Quiero manifestar que he visto que se ha presentado una enmienda por parte del Grupo Parlamentario Socialista. Nuestro grupo parlamentario acepta esta enmienda porque creemos que mejora todavía más nuestra proposición no de ley, porque cuenta con la inclusión de los trasplantes de donantes vivos. Por tanto, aceptaremos la enmienda y espero que sea respaldada por el resto de los grupos parlamentarios.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Se ha presentado una enmienda del Grupo Parlamentario Socialista para cuya defensa tiene la palabra el señor Fidalgo.

El señor **FIDALGO FRANCISCO**: En primer lugar, quiero agradecer a CiU que haya traído a colación a esta Comisión de Sanidad una proposición no de ley que habla de política sanitaria real, que, uniéndome a las palabras que ha pronunciado anteriormente también el señor Llamazares, dota de contenido real el día a día de esta Comisión. Por tanto, les felicito y se lo agradezco en nombre también de todas las asociaciones de pacientes, que nos han transmitido una y otra vez su preocupación por esta cuestión, y de la Sociedad Española de Nefrología y del conjunto de los nefrólogos y médicos de España interesados también en esta cuestión de la que nos hacemos eco.

Es cierto que estamos hablando de política sanitaria real en España. Pero al mismo tiempo me gustaría comentar que uno de los motivos por los que esto ocurre en nuestro país es porque nuestra esperanza de vida es de 81 años. Esto me hace reflexionar sobre que en muchos de los países africanos esta esperanza de vida es la mitad de la de los españoles. Lógicamente esto de

debe a un gran esfuerzo de la sociedad española, pero también a la introducción de tecnologías importantes en el ámbito sanitario que han propiciado estos avances. Hace unos días en el hospital en que yo ejercía habitualmente se hizo una exposición y tuve ocasión de ver la primera máquina de diálisis, que era una especie de barreño en el que se daban vueltas y se mezclaban fluidos. Eso ocurría hace cincuenta años y aseguraba ya la supervivencia a algunos pacientes. Como digo, a partir de aquello, en estos cincuenta años, los avances han sido importantísimos y han propiciado que muchos enfermos, que tenían la opción de elegir entre morir o malvivir encadenados, en este momento tengan una calidad de vida razonablemente equiparable al resto de sus conciudadanos. Como digo, para eso ha habido un gran esfuerzo por parte de toda la sociedad.

Desde luego en España, que —como saben— en este momento es el país líder en trasplantes con una tasa de donación de 34,2 donaciones por millón de habitantes, tenemos mucho que decir. Pero cada año en España entran en diálisis, en tratamiento o en insuficiencia renal crónica del orden de 5.700 personas, que completan las cifras que anteriormente la portavoz de CiU comentaba. De las 45.000 personas que están actualmente en tratamiento renal sustitutivo con una enfermedad renal crónica y terminal —énfasis esto para que seamos conscientes de las realidades de las que estamos hablando ahora— la mitad de ellos son trasplantados; la otra mitad están en diálisis, es decir, en tratamientos de filtración de una u otra manera. De los que están en diálisis poco más del 10 por ciento, el 10,6 por ciento, están en diálisis peritoneal y solamente el 0,13 por ciento hacen diálisis en su domicilio. Es decir, que están viviendo prácticamente fuera de su domicilio tres días a la semana durante muchísimo tiempo y, por supuesto, están sometidos a unas condiciones sanitarias con muchas garantías, pero que no dejan de ser elementos extraños a su vida habitual y a sus familias. A los pacientes se les ofrecen tres opciones: la opción del trasplante, la opción de diálisis domiciliaria, bien peritoneal o bien hemodiálisis, y la hemodiálisis en el centro. Ya queda explicado por qué en España la hemodiálisis en los centros es tan preponderante. Quizás eso es algo que tenemos que intentar ir revirtiendo, porque cualquier modalidad del tratamiento de la enfermedad renal crónica terminal presenta ventajas y posibles complicaciones o molestias para los pacientes. De acuerdo con los estudios de supervivencia y de calidad de vida realizados en la población con enfermedad renal crónica, las modalidades terapéuticas que presentan una mejor supervivencia, calidad de vida e integración social y laboral son, en este orden, el trasplante, la diálisis domiciliaria, sea peritoneal o hemodiálisis, y la hemodiálisis en centro, e inversamente son los costes de tratamiento, como bien se ha dicho, siendo la modalidad menos costosa el trasplante.

En esa línea va nuestra enmienda, no solo fomentar la diálisis peritoneal, sino también para hacer hincapié en las donaciones y seguir siendo un país líder. Porque,

señorías, no podemos obviar que por la evolución social, por las medidas que hemos tomado, por la concienciación de nuestro país, la mayor fuente —entre comillas y perdóneme la expresión— de donaciones eran los accidentes de tráfico. Esto lo hemos revertido afortunadamente y ahora estamos recurriendo a otro tipo de muertes, relacionadas generalmente con enfermedades cerebrales agudas, pero es necesario, de todas las maneras, plantearnos para en el futuro ir sustituyendo esas donaciones por donaciones en vivo; algo que en Europa es muy corriente y muy común, pero nosotros solamente tenemos una tasa del 7 por ciento de donantes, aunque hemos crecido en los diez últimos años, porque hemos pasado del 1 por ciento de donaciones en vivo al 7 por ciento. Las técnicas, la laparoscopia, y la propia concienciación de la sociedad hacen posible hoy esas técnicas de donantes en vivo que tenemos que fomentar.

En ese sentido va nuestra enmienda también y, por supuesto, en el de redoblar los esfuerzos para que a la población, a los enfermos y a sus familiares, se les dé todo tipo de información para que puedan decidir adecuadamente en esa modalidad de racionalidad deliberativa que planteaba Raus, que elijan libremente las opciones que mejor pueden adaptarse a su vida diaria, a su vida familiar y, por supuesto, a la inserción laboral, inserción laboral y familiar en la cual estamos progresando. Le agradezco a *Convergència i Unió* que haya aceptado esta enmienda y agradezco a todos los grupos que nos pronunciemos favorablemente en un tema tan sensible para muchos ciudadanos y en el que la sociedad española además es puntera.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Entiendo que han llegado a un acuerdo. Para la fijación de los grupos parlamentarios tiene la palabra, por el Grupo Parlamentario Popular, doña Begoña Chacón.

La señora **CHACÓN GUTIÉRREZ**: Señorías, tomo la palabra, efectivamente, para posicionar a mi grupo en la iniciativa que hoy nos trae a esta Cámara *Convergència i Unió* sobre el tratamiento sustitutivo renal. Anuncio de antemano que mi grupo parlamentario va a votar a favor de esta iniciativa, porque, señorías, es cierto que en España solo el 6 por ciento de los pacientes renales se beneficia de la diálisis peritoneal en domicilio, uno de los porcentajes más bajos de implantación de toda la Unión Europea. La diálisis peritoneal domiciliaria permite a los pacientes renales desplazarse con autonomía e independencia, sin necesidad de acudir a un hospital a dializarse. Ahora que ha pasado el verano, fecha en la que se viaja más, los pacientes renales que han tenido acceso al tratamiento de diálisis peritoneal han podido desplazarse con autonomía a cualquier parte del mundo sin necesidad de acudir a ningún hospital a dializarse varias veces por semana. Para facilitar estos desplazamientos —también le consta a esta diputada— las compañías farmacéuticas han puesto su red internacional al servicio del paciente con el fin de hacerle llegar

todos los materiales necesarios para su tratamiento renal sustitutivo o diálisis peritoneal.

Señorías, viajar no es la única ventaja que ofrece este tratamiento, ya que es el paciente quien controla dicho tratamiento y puede confeccionar un horario que se ajuste a su estilo de vida durante todo el año, lo que le permite tener una vida laboral y social activa. Según los expertos —algunos compañeros que me han precedido en el uso de la palabra lo han dicho—, este tratamiento sustitutivo renal, la diálisis peritoneal, es capaz de mantener mejor la función residual de los riñones de los pacientes que tienen que comenzar el tratamiento, es una modalidad óptima para los pacientes que posteriormente puedan ser candidatos a un trasplante y también es considerada una excelente opción de tratamiento inicial de diálisis. Cabe destacar que al realizarse de manera continua es la que más se acerca al normal funcionamiento de los riñones, es muy fisiológica y tiene muy buena tolerancia, lo que también ofrece claros beneficios. Sin embargo, a pesar de las ventajas de la diálisis peritoneal y según el registro de pacientes renales de la Sociedad Española de Nefrología, en España —lo decía al principio y lo repito ahora, como también han hecho mis compañeros— solo el 6 por ciento de los pacientes renales se beneficia de este tratamiento, uno de los porcentajes más bajos de toda Europa debido en gran parte a la falta de información que tienen los pacientes sobre diálisis peritoneal.

Compartimos el contenido de la iniciativa que nos ocupa, pero hay varios puntos que quiero resaltar en esta intervención. Hoy, en España, en las distintas comunidades autónomas, hay una gran escasez de recursos tanto humanos como materiales en los hospitales para poner en marcha esta modalidad de diálisis. En algunas comunidades autónomas no solo este tratamiento está estancado, sino que cada vez se lleva a cabo con menor frecuencia. Insisto en la poca información de la que disponen los pacientes y, de esa manera, también es muy difícil que puedan elegir la opción que mejor se adecue a sus circunstancias personales, como reconoce la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente. No me quiero olvidar tampoco de que este tratamiento supondría un ahorro del gasto sanitario, ya que es más económico que la diálisis tradicional.

Señorías, acabo. Mi grupo parlamentario entiende que el Gobierno es el que tiene que promover la adopción de programas de diálisis peritoneal para que las comunidades autónomas los lleven a cabo. Entendemos también que el Gobierno debe instar a las comunidades autónomas a realizar un protocolo de actuación entre los enfermos renales para suministrar la diálisis que se adapte mejor a las circunstancias personales del enfermo, como reconoce la ley anteriormente mencionada. Mi grupo, por tanto, apoya sin reservas esta iniciativa y, si hay acuerdo respecto a la enmienda que presenta el Grupo Parlamentario Socialista —estoy segura que así va a ser—, la redacción final de la iniciativa sería apo-

yada sin reservas por parte del Grupo Parlamentario Popular. **(El señor Llamazares Trigo pide la palabra.)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): ¿Señor Llamazares?

El señor **LLAMAZARES TRIGO**: Solamente intervingo para expresar el apoyo de mi grupo.

— **SOBRE EL INCREMENTO DE PARTICIPACIÓN DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS Y CONTENCIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO PARA LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO DE ESQUERRA REPUBLICANA-IZQUIERDA UNIDA-INICIATIVA PER CATALUNYA VERDS. (Número de expediente 161/001185.)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Pasamos al debate del último punto del orden del día, que es el número 6º del orden del día que teníamos previsto, sobre el incremento de participación de medicamentos genéricos y contención del gasto farmacéutico para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, del Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds.

Tiene la palabra el señor Llamazares.

El señor **LLAMAZARES TRIGO**: Voy a ser breve. Se trata de una iniciativa para impulsar el uso racional del medicamento y, en particular, para aumentar la presencia de los genéricos en nuestro Sistema Nacional de Salud. Los datos son los siguientes, señorías: más de la tercera parte del gasto sanitario se dedica a medicamentos en España, prácticamente el doble que en la Unión Europea. La Unión Europea gasta el 14 por ciento en medicamentos y nosotros gastamos más del 30 por ciento. En segundo lugar, el gasto farmacéutico —es verdad— se ha ido moderando. Ha ido moderando su crecimiento, pasando del 10 por ciento anual en los años noventa al 7 por ciento actual. Sin embargo, todavía el gasto farmacéutico crece el doble que el gasto sanitario, es decir, el gasto farmacéutico crece por encima del 6,9 por ciento este año y el gasto sanitario crece la mitad y, por último, el gasto farmacéutico hospitalario —ese gran olvidado— crece en torno al 26 por ciento. Son datos que demuestran la necesidad de avanzar en el uso racional del medicamento y en potenciar los genéricos. Los objetivos que proponemos son los siguientes. En primer lugar, converger con Europa en gasto farmacéutico y en genéricos. En estos momentos los genéricos significan el 22 por ciento y el 9 por ciento en valor, mientras que en la Unión Europea significan el 30 por ciento en valor. Por tanto, hay un margen de ahorro de más del 20 por ciento del gasto total en esta materia. Esto quiere decir que, a través de la potenciación de los genéricos, podemos influir en el ahorro de más del 20 por ciento del gasto

total. Es verdad que en paralelo, para mejorar tanto el potencial terapéutico como el de genéricos, son importantes la atención primaria y la participación ciudadana. En buena medida, estamos pagando la insuficiente financiación de la atención primaria en gasto farmacéutico. La insuficiente atención en general en el sistema sanitario, los déficits de atención, los pagamos compensándolos con gasto farmacéutico y no con mejoras de la salud, porque el gasto farmacéutico no está directamente vinculado a mejoras de la salud. Por tanto, las medidas que proponemos —parece que vamos a llegar a un acuerdo entre los grupos parlamentarios— son las siguientes. En primer lugar, mecanismos eficaces de información y formación de los prescriptores, es decir, de los profesionales, que en estos momentos tienen una información exigua en materia terapéutica, información que canalizan fundamentalmente las compañías farmacéuticas y no las instituciones públicas o las profesionales. En segundo lugar, hay que separar necesariamente autorización y financiación pública. Una cosa es la autorización de un medicamento y otra que ese medicamento se incorpore a la financiación pública de medicamentos, y tenemos muestras evidentes de esto en los últimos tiempos. En tercer lugar, es necesario aumentar la calidad de las patentes, que en muchos casos no tienen diferencia respecto a patentes existentes, e impedir litigios inútiles entre las empresas multinacionales y las de genéricos. En cuarto lugar, hay que agilizar los plazos —nos lo han dicho todas las empresas de genéricos— de evaluación, de precio y de financiación, porque mientras que en España los genéricos de la Unión Europea tienen un plazo de aprobación que no supera el mes, los genéricos españoles superan los cien días. Esa es una situación de indefensión de las compañías de genéricos en España y una dificultad para la potenciación de los genéricos. En quinto lugar, es necesario que participen las comunidades autónomas, que participen en la financiación pero no en la negociación de precios. Creemos que deben participar en todo el sistema de generación de precios en relación con el sistema farmacéutico y con el sistema de genéricos. En definitiva, se trata de una serie de medidas para potenciar los genéricos y, con ello, potenciar la salud de los ciudadanos y mejorar la eficiencia de nuestro sistema sanitario, que tiene capacidad de ahorro manteniendo y mejorando la calidad.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Se han presentado cuatro enmiendas, las tres primeras pertenecen al Grupo Popular. Para su defensa tiene la palabra el señor Soriano.

El señor **MARTÍNEZ SORIANO**: La iniciativa que nos trae hoy aquí el Grupo de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds no solo tiende a potenciar el uso de genéricos, sino que, lógicamente, tiende a contener el gasto farmacéutico. En la actualidad existen en España un conjunto de medidas aplicables a la hora de contener el gasto farmacéutico en

el Sistema Nacional de Salud. Estas medidas son, entre otras: potenciar los genéricos, prescripción por principio activo, precios menores o precios de equivalencia, financiación selectiva e información a pacientes sobre el uso racional de medicamentos, información a prescriptores e incentivos a prescriptores en función de los objetivos que tengan las diferentes comunidades autónomas. El problema que existe realmente en España es la falta de coordinación razonable entre las diferentes comunidades autónomas a la hora de apostar por estas medidas. La potenciación de los medicamentos genéricos fue una iniciativa tomada ya por el Gobierno del Partido Popular en 1996, pero hay comunidades autónomas en las que el medicamento genérico en estos momentos no llega al 6 por ciento del total de la facturación, y hay otras, como la Comunidad de Madrid, en las que supera el 20 por ciento. En cuanto a la prescripción por principio activo, hay comunidades autónomas que vieron un filón para ahorrar y potenciaron bastante esta medida, entre ellas la comunidad autónoma andaluza, en la que prácticamente el 80 por ciento del total de las recetas son de principio activo. Esta comunidad, que es la mía, ha encontrado últimamente la piedra filosofal, que es la financiación selectiva de medicamentos, financiación que ha hecho por libre y sola —o sea, financiación selectiva de medicamentos a la andaluza—, sin llegar a la más mínima coordinación con otras comunidades autónomas. Andalucía decide qué medicamentos se financian, y lo hace por hospitales. Fíjense que barbaridad. Cada hospital decide qué medicamento va a financiar. La verdad es que se produjo tal caos que a finales de este último agosto han tenido que elaborar un decreto para que se decidiera la financiación por provincias, de manera que cada provincia tendrá diez expertos —entre comillas lo de expertos— que van a decidir qué medicamentos va a financiar y qué medicamentos no va a financiar el sistema público andaluz, el SAS. Esto es una barbaridad. La situación es totalmente aberrante, ya que no solo hay discriminación a la hora de acceder al medicamento en las diferentes comunidades autónomas, sino que en Andalucía hay diferencias entre provincias. Señorías, debemos arreglar esto cuanto antes. Si no llegamos a un arreglo, es muy probable que nos carguemos el Sistema Nacional de Salud en cuanto a la igualdad de los ciudadanos en el acceso al mismo. Esto afecta a toda la población, pero mucho más a las personas más humildes, a los parados, a las personas que tienen menores ingresos. Ayer tuve ocasión de reunirme con oncólogos de Andalucía que me expresaron su preocupación por el problema de cómo acceder a los nuevos medicamentos oncológicos. Normalmente estos medicamentos son caros y, a veces, la Junta de Andalucía tiene objetivos económicos antes que objetivos de calidad, seguridad y eficiencia. Por tanto, debemos intervenir lo antes posible para que esto acabe, porque más vale una vida que un medicamento.

Señorías, si hablamos de otras medidas, como los precios menores, la puesta en marcha del anexo de los

precios de equivalencia fue un caos total, porque cada comunidad autónoma lo ha aplicado en tiempos diferentes e incluso en contenidos diferentes, lo que ha provocado la desinformación de los pacientes y de los prescriptores. Por último, ha habido incentivos a prescriptores en función de los objetivos de la consejería. En Andalucía llaman a eso la teoría del terror, porque si un médico que está contratado o que es interino receta más de la cuenta no se le vuelve a contratar. Estas cosas no se deben hacer así, se deben hacer utilizando el sentido común y todos los medios que tenemos para acceder a los medicamentos eficaces y de forma igualitaria.

Estas medidas no deben aislarse del conjunto de la política farmacéutica. ¿Por qué? Porque no cabe que se den menos incentivos a la investigación. Hay que seguir aumentando el apoyo a la I+D, a los avances a favor de nuevos fármacos, fármacos que deben ser más eficaces y de mejor calidad. No cabe recortar el acceso de los pacientes a estos nuevos fármacos. No es aceptable que los recortes de las prestaciones farmacéuticas se hagan en cada comunidad autónoma, rompiendo los principios de no discriminación y de igualdad en el acceso al Sistema Nacional de Salud. No es aceptable la situación de confusión que se promueve con la aplicación descoordinada de criterios de racionalización y contención del gasto sanitario en las distintas comunidades autónomas, porque esa descoordinación rompe la cohesión del Sistema Nacional de Salud, desorienta a los profesionales y perjudica los derechos de los pacientes.

En cuanto al nuevo plan estratégico que está haciendo el Gobierno, sería el segundo plan, pero se está haciendo sin evaluar antes el primero, que sería lo lógico. Lo lógico sería hacer primero una evolución de cómo ha ido, corregir los errores y tener un nuevo plan estratégico farmacéutico dentro de poco tiempo.

En cuanto a las enmiendas concretas, hemos presentado enmiendas a los puntos 1, 2, 3, 4, 6, 10, 11 y 12. Todas ellas van encaminadas a mejorar esta proposición no de ley. La enmienda al punto 1 va en el sentido de que el Ministerio de Sanidad y Política Social y las comunidades autónomas tomen sus iniciativas, de modo que se garantice la cohesión social y no haya discriminación de los pacientes. En cuanto a la enmienda al punto 2, pretendemos potenciar la utilización de genéricos de forma que se converja con los niveles medios de consumo en la Unión Europea. Se trata de suprimir los porcentajes, porque en cada país hay un porcentaje diferente y ello conlleva posibles errores. La enmienda al punto 3 es de sustitución, y quedaría: Regulando, si fuera preciso, mejoras en las actividades de información a prescriptores y pacientes, así como difundiendo en campañas informativas la eficacia, calidad y seguridad de los medicamentos genéricos en todos los niveles asistenciales. No solo en el hospitalario, aunque es el más necesitado, sino en todo el Sistema Nacional de Salud, avanzando en la dirección del llamado *European Pharmaceutical Package*. En cuanto a la enmienda al punto número 4, ¿por qué hablamos del 80 por ciento de

las ventas totales de las marcas y genéricos en el plazo de un año? Yo creo que se debe hablar de desarrollo de los genéricos y no deben aislarse de los pacientes, de la libertad de prescripción ni de la mayor o menor disponibilidad de los nuevos fármacos. En cuanto a la enmienda al punto número 6 creo que se debe potenciar la participación y la corresponsabilidad ciudadana al objeto de avanzar en el uso racional de medicamentos. ¿Es mejor la sanidad con menos medicamentos? No lo sé; lo importante es el uso racional de los medicamentos. La enmienda al punto número 10 trata de plantear una regulación encaminada a favorecer una mayor transparencia en el régimen de descuentos y desarrollar una política farmacéutica que favorezca los descuentos y revierta en el Sistema Nacional de Salud. La legislación vigente permite la realización de descuentos por pronto pago o por volumen de compra, siempre que no se incentive la compra de un producto frente a otro. Esto permite hacer frente a descuentos que se realizan hoy día al Sistema Nacional de Salud y a las mutualidades; en concreto al Sistema Nacional de Salud a través del Real Decreto 823/2008, que actualmente supone una minoración del gasto en un 4 por ciento de la factura total de medicamentos, y en mutualidades a través del Real Decreto 2130/2008, va a suponer una minoración del gasto aproximadamente de un 6 por ciento. Por lo tanto se está haciendo pero debe seguir incentivándose y haciéndose. Quiero comentar que la enmienda al punto 11 va encaminada a poner de manifiesto que no tiene sentido solamente un endurecimiento de la Agencia Española del Medicamento a la hora de autorizar nuevos medicamentos ni se debe entrar en el ámbito de las competencias de los juzgados y tribunales, ni dificultar el acceso al principio de la tutela judicial efectiva establecido en nuestra Constitución. Por eso pedimos la supresión. En la enmienda al punto número 12 pedimos la supresión porque esa cuestión debe quedar reflejada en los decretos que está preparando el Gobierno, concretamente sobre los laboratorios, la distribución y la trazabilidad.

Estas son las enmiendas que hemos presentado pero podemos llegar perfectamente a un acuerdo mediante una serie de transaccionales. No va a haber ningún problema.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Señor Martínez Soriano, estoy segura de que los parlamentarios andaluces de su grupo encontrarán muy útiles todos sus argumentos.

Pasamos ahora a la enmienda del Grupo Parlamentario Socialista, para cuya defensa tiene la palabra doña Guadalupe Martín.

La señora **MARTÍN GONZÁLEZ**: Señorías, los medicamentos genéricos desempeñan un papel fundamental en la sostenibilidad financiera del Sistema Nacional de Salud, manteniendo la misma calidad, segu-

ridad y eficacia que los medicamentos de marca y siendo su precio sensiblemente inferior a estos.

Comenzaré la defensa de nuestra postura ampliando algunos datos que ya han iniciado los que me han precedido en el uso de la palabra. En el periodo enero-febrero de este año el consumo de medicamentos genéricos facturados a través de recetas médicas del Sistema Nacional de Salud dispensados en oficinas de farmacia fue de más de 35 millones de envases para el conjunto nacional, lo que ha supuesto un porcentaje de consumo de envases de genéricos respecto del total de medicamentos facturados de un 23,27 por ciento. El mercado de medicamentos genéricos continúa creciendo en nuestro país como consecuencia de las políticas promovidas por el ministerio y las medidas de gestión impulsadas desde la mayoría de las comunidades autónomas. Así pues hay que destacar el aumento constante en el consumo de medicamentos genéricos, ya que desde 2004 a 2009 prácticamente se ha duplicado el número de envases genéricos consumidos, pasando de un 12,03 por ciento en 2004 al 23,27 por ciento en el periodo enero-febrero de 2009. Los porcentajes de consumo en importe de genéricos sobre el total de medicamentos financiados han ido incrementándose paulatinamente cada año, así en el año 2004 este porcentaje suponía un 6,58 por ciento y en el periodo enero-febrero de 2009 ha crecido hasta un 9,50 por ciento. Desde el año 2004, la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios ha incluido 110 nuevos principios activos de medicamentos genéricos en la financiación pública. En el año 2004 el número de formatos de medicamentos genéricos que se incluyeron en la financiación pública fue de 676; en 2008 han sido 972, y en el periodo de enero a julio de 2009 son ya 756 los formatos incluidos. Desde el comienzo de la anterior legislatura también ha ido creciendo el porcentaje de medicamentos genéricos sobre el total de nuevos medicamentos que se incluyen cada año en la financiación pública, pasando del 45 por ciento en 2004 al 72,5 por ciento del periodo enero-julio de 2009. El tiempo medio de tramitación de la resolución de los expedientes de financiación de medicamentos genéricos en este periodo de 2009 ha supuesto una media de 108 días, menor que los de otros expedientes tramitados. El porcentaje de medicamentos genéricos en envases clínicos es algo mayor que en los envases normales: el 41,83 por ciento frente al 40,45.

En la referida proposición no de ley del grupo proponente hay trece medidas para el plan estratégico de política farmacéutica. Respecto a las medidas referidas a medicamentos genéricos se efectúa una valoración positiva para su inclusión en el nuevo plan estratégico de política farmacéutica de aquellas medidas que se orienten a incrementar la utilización de medicamentos genéricos en el Sistema Nacional de Salud, en especial las de carácter informativo y formativo a los prescriptores y consumidores y las de agilización de los trámites de autorización y financiación de dichos medicamentos.

En relación con las medidas especificadas en los epígrafes 5 y 7 debe señalarse que en la fijación de precios de genéricos se respetan los criterios de financiación contemplados en la Ley 29/2006, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, y en la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos se tienen en cuenta criterios de precios diferenciales para estos medicamentos al objeto de incentivar su utilización.

En cuanto a las medidas orientadas a la contención del gasto farmacéutico, deben tenerse en cuenta los diferentes sistemas sanitarios de la Unión Europea, las diferencias de las coberturas de la financiación pública de los medicamentos y su repercusión en el gasto farmacéutico de cada país para determinar la situación del gasto farmacéutico en España respecto del gasto farmacéutico medio de la Unión Europea. Se valora positivamente la propuesta al epígrafe 6, considerando de gran interés por su importancia la corresponsabilidad ciudadana, que puede incentivarse orientando las estrategias a campañas informativas de la población en el uso responsable de los medicamentos.

Respecto a la participación de las comunidades autónomas en la negociación de precios debe realizarse dentro del vigente marco competencial y normativo sin descartar en principio una participación más activa de las administraciones autonómicas en las decisiones de financiación de los medicamentos. Por otra parte se considera de interés la propuesta de clarificación del descuento por volumen de los laboratorios a farmacias y distribuidores, si bien las medidas orientadas al establecimiento de los límites máximos porcentuales requieren la modificación legal correspondiente.

Finalmente, se significa que las obligaciones de suministro de los laboratorios a los almacenes está previsto que sean contempladas en el desarrollo reglamentario de la Ley 29/2006, actualmente en preparación. Por eso, basándonos en todo lo expuesto y teniendo en cuenta todas las enmiendas que se han presentado por los diferentes grupos, estamos de acuerdo en un nuevo texto elaborado, que pasaré a la Mesa, y espero que sea aprobado con el consenso de todos los grupos.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Esperamos entonces ese texto. ¿Algún grupo quiere intervenir para fijar posición?

El señor **LLAMAZARES TRIGO**: Únicamente que nos parece bien llegar a un nuevo texto.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): En ese caso, hemos terminado el debate de las proposiciones no de ley y vamos a pedir un minuto para terminar las negociaciones en curso. **(Pausa.)**

Señorías, vamos a pasar a la votación, para lo cual vamos a tener que leer muchas de las enmiendas transaccionales, que son muy largas y cuya redacción quedará a discreción también, si les parece, de los servicios

de la Cámara, porque a veces no tienen una redacción muy correcta. En cualquier caso, lo vamos a ir viendo sobre la marcha. Por lo tanto, pasamos a la votación de las proposiciones no de ley según el orden del día original.

En la correspondiente al punto 1.º tenemos una enmienda transaccional que dice así: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a que en el marco de sus competencias y en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, 1. Desarrolle una estrategia de salud sexual y reproductiva que contemple la implantación y consolidación efectiva de la educación sexual en los ámbitos educativos, que contemple un mayor contenido de salud sexual y planificación familiar en los programas formativos de los profesionales sanitarios. Los apartados 2, 3, 4 y 5 quedan en sus términos, excepto la primera palabra, que en vez de promoverá, será promover. El apartado 6 es: Estudiará con las comunidades autónomas el avance en la financiación pública de los métodos anticonceptivos de última generación y en particular de los anticonceptivos de urgencia. ¿Queda claro?

El señor **LLAMAZARES TRIGO**: Métodos anticonceptivos y en particular de los anticonceptivos de urgencia.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Y en particular de los anticonceptivos de urgencia.

**Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 20; en contra, 18; abstenciones, una.**

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

Respecto a la proposición del punto 2.º de modificación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, paso a leer el texto de la enmienda transaccional: Se insta al Gobierno a que en el caso de los trabajadores españoles residentes en Marruecos o en territorios transfronterizos, en concreto en las poblaciones transfronterizas con Ceuta y Melilla, se estudie la situación de accesibilidad a los servicios y prestaciones del Sistema Nacional de Salud y en su caso se encuentren soluciones que resuelvan los aspectos que presentan dificultades para la práctica efectiva del derecho a la protección de la salud. En el segundo punto se dice: Asimismo se insta al Gobierno a que dé cumplimiento sin dilación a la proposición no de ley aprobada por unanimidad el 2 de octubre de 2008 y se informe de las medidas adoptadas y del grado de cumplimiento de las mismas. ¿Es correcto? (**Asentimiento.**)

Efectuada la votación, dijo.

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

En el punto 3.º, proposición no de ley sobre medidas para la prevención de la enfermedad nosocomial, se ha alcanzado una transaccional que dice: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a: 1. Que el Ministerio de Sanidad y Política Social proponga a las comunidades autónomas, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, la elaboración de una estrategia nacional de prevención y control de la infección nosocomial en el marco de la estrategia de seguridad de los pacientes, así como las líneas de apoyo económico. 2. Impulsar la integración de la vigilancia de la infección nosocomial en la red nacional de vigilancia epidemiológica. 3. Adoptar medidas para la divulgación de la estrategia, así como la formación de los profesionales sanitarios. ¿Está claro? (**Asentimiento.**)

**Efectuada la votación, dijo.**

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

Sobre el punto 4.º, medidas para la protección de los afectados por las facturaciones masivas de las líneas 905, paso a leer la enmienda transaccional: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a: 1. Cuantificar el número de usuarios afectados y el volumen de facturación de las llamadas falsas líneas 905, utilizando todos los medios técnicos disponibles. 2. Profundizar en las medidas de carácter administrativo y jurisdiccional que sean precisas para las facturaciones indebidas. 3. Que a través de la Secretaría de Estado de Telecomunicaciones y para la Sociedad de la Información se profundice en las actuaciones de vigilancia para impedir reclamaciones a los usuarios de pago derivado de mecanismos fraudulentos de rellamada. 4. Adoptar las medidas necesarias para que los usuarios no se vean perjudicados por las rellamadas fraudulentas facturadas en las líneas 905.

**Efectuada la votación, dijo.**

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

En el punto 5.º, sobre el ejercicio de la homeopatía, no tenemos texto transaccional, pero creo que se ha llegado a un acuerdo.

El señor **MINGO ZAPATERO**: Es una enmienda de adición.

La señora **COELLO FERNÁNDEZ-TRUJILLO**: Es una enmienda de adición. El Grupo Parlamentario Socialista admite la del Grupo Popular como adición.

La señora **GRANDE PESQUERO**: El texto es el de la proposición del Grupo Parlamentario Socialista más la enmienda del Grupo Popular.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga):  
Votamos entonces la proposición del Grupo Socialista  
con la enmienda del Grupo Popular.

**Efectuada la votación, dijo.**

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

Punto 6.º del orden del día, sobre el incremento de participación de medicamentos genéricos y contención del gasto farmacéutico para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. Esta transaccional es un poquito más compleja. Consta de siete puntos, el primero de los cuales dice: Definir y aplicar políticas activas de contención del gasto farmacéutico global que lo sitúe en la media del gasto sanitario y garantice la convergencia con la media de la Unión Europea en paridad de poder de compra, hoy en tercer lugar en mayor gasto ajustado, coordinando el Ministerio de Sanidad y Política Social y las comunidades autónomas sus iniciativas, de modo que se garantice la cohesión social y la no discriminación de los pacientes. 2. Incorporar en el segundo plan estratégico de política farmacéutica un objetivo de potenciación de la utilización de genéricos, de manera que tiendan a los niveles medios de consumo en la Unión Europea. 3. Desarrollar mecanismos eficaces de información y formación de los prescriptores y pacientes, así como difundir con campañas informativas la eficacia, calidad y seguridad de los medicamentos genéricos en todos los niveles asistenciales del Sistema Nacional de Salud. Asimismo se insta al mejor control de las actividades de márketing de la industria farmacéutica y a evitar las campañas de desprestigio de los genéricos. 4. Potenciar la participación y corresponsabilidad ciudadana avanzando en el uso racional de medicamentos sin hacer recaer en la ciudadanía las insuficiencias del sistema. 5. Concretar con carácter urgente la obligación de suministro directo de medica-

mentos por los laboratorios a los almacenes de los distribuidores de gama amplia frente a abusos de posiciones de dominio y no suministro total o en parte a estos distribuidores farmacéuticos por algunos laboratorios. El punto 6 sería el párrafo 13 del texto inicial. 7. Adoptar las medidas necesarias para agilizar la pronta entrada de genéricos en el mercado farmacéutico. ¿Queda claro? (**Asentimiento.**)

**Efectuada la votación, dijo.**

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

Punto 7.º, decaído. Punto 8.º, de información permanente del Gobierno sobre la evolución del virus de gripe H1N1. Tenemos un texto transaccional que dice: El Congreso de los Diputados entiende necesaria y acuerda la comparecencia periódica de la ministra de Sanidad y Política Social en la Comisión para informar sobre la evolución de la gripe A en España.

**Efectuada la votación, dijo.**

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

Por último, el punto 9.º, sobre tratamiento sustitutivo renal, queda según el acuerdo de la enmienda transaccional con el Grupo Socialista.

**Efectuada la votación, dijo.**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga):  
Queda aprobada por unanimidad.  
Se levanta la sesión.

**Era la una y diez minutos de la tarde.**

Edita: **Congreso de los Diputados**  
Calle Floridablanca, s/n. 28071 Madrid  
Teléf.: 91 390 60 00. Fax: 91 429 87 07. <http://www.congreso.es>

Imprime y distribuye: **Imprenta Nacional BOE**  
Avenida de Manoteras, 54. 28050 Madrid  
Teléf.: 902 365 303. <http://www.boe.es>



Depósito legal: **M. 12.580 - 1961**