



# CORTES GENERALES

## DIARIO DE SESIONES DEL

# CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Año 2009

IX Legislatura

Núm. 398

## SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL Y CONSUMO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. GASPAR LLAMAZARES TRIGO

Sesión núm. 23

celebrada el miércoles 28 de octubre de 2009

Página

### ORDEN DEL DÍA:

#### Declaraciones Institucionales:

- |  |   |
|--|---|
| — Sobre el desarrollo de nuevas vacunas contra la tuberculosis. (Número de expediente 140/000018.) .....                           | 2 |
| — Sobre medidas preventivas y de concienciación destinadas a la lucha contra el VIH-Sida. (Número de expediente 140/000017.) ..... | 2 |

#### Proposiciones no de ley:

- |   |   |
|---|---|
| — Sobre la limitación de las tarifas máximas de voz y datos de las compañías de telefonía móvil. Presentada por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds. (Número de expediente 161/001188.) ..... | 3 |
|---|---|

	Página
— Relativa a la atención a los niños que padecen hiperactividad. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/000485.) . . . . .	4
— Relativa a la extensión de beneficios fiscales a la Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/001243.) . . . . .	7
— Relativa a control sanitario del pez panga. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/001298.) . . . . .	9
— Sobre desigualdades y salud. Presentada por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds. (Número de expediente 161/000705.) . . .	11
<b>Aprobación, con competencia legislativa plena, a la vista del informe elaborado por la ponencia, sobre la proposición de ley de modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 122/000142.) . . . . .</b>	<b>14</b>

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

**DECLARACIONES INSTITUCIONALES:**

- **SOBRE EL DESARROLLO DE NUEVAS VACUNAS CONTRA LA TUBERCULOSIS. (Número de expediente 140/000018.)**
- **SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS Y DE CONCIENCIACIÓN DESTINADAS A LA LUCHA CONTRA EL VIH-SIDA. (Número de expediente 140/000017.)**

El señor **PRESIDENTE:** Comenzamos la sesión.

En primer lugar quiero decirles que la idea que teníamos era que las votaciones se pudieran producir no antes de las siete de la tarde. (**Varios señores diputados: Es muy tarde.**) Es muy tarde. ¿Seis y media? Pero deben ir rápido. Veo que venimos con ánimo de ser eficaces.

Primer y segundo punto del orden del día: declaraciones institucionales. Proponemos leer de forma breve su parte dispositiva, que sería la que publicaríamos. No haríamos una publicación del conjunto de la declaración, porque en algunos casos es demasiado larga.

La primera de ellas tiene que ver con nuevas vacunas contra la tuberculosis. La resolución habla de que nos encontramos ante una verdadera emergencia planetaria. Esta enfermedad, que acompaña a la humanidad desde hace milenios, está provocada por una bacteria, el bacilo de Koch, y normalmente afecta a los pulmones de las personas infectadas. Se plantean sobre todo dos factores primordiales de la expansión de la tuberculosis en las últimas décadas: la aparición y propagación del VIH-sida y el deterioro de las condiciones de vida en algunas regiones. Destaca que el paso de la tuberculosis latente a la activa se produce cuando el sistema inmunológico de las personas infectadas se deprime. Por otra parte, la

tuberculosis es conocida como la enfermedad de la vulnerabilidad y está asociada a la pobreza y a la pobreza extrema, la desnutrición y las malas condiciones de vida que alientan el avance de la pandemia.

Pasamos a la parte dispositiva, en la que hay un error ortográfico, una extraña palabra, que es comprensiva. Lo que diríamos es lo siguiente: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a adoptar una estrategia comprensiva informativa para mitigar el impacto de las tres pandemias de la pobreza: VIH-sida, malaria y TBC. Es decir, continuar con las actuaciones de la política de cooperación para el desarrollo que puedan servir para mejorar el desarrollo socioeconómico y la salud en todas las regiones del planeta. Segundo, incrementar los recursos financieros y políticos para erradicar la tuberculosis en todo el mundo y adecuar estos recursos al impacto que globalmente tiene la enfermedad. Y tercero, fomentar la investigación y desarrollo de nuevas, seguras, eficaces y universalmente accesibles herramientas de salud para tratar, prevenir y diagnosticar la tuberculosis, como nuevos tratamientos, vacunas de la TBC y nuevos sistemas de diagnóstico, a través del apoyo a asociaciones para el desarrollo de productos internacionales y estatales que trabajan en este campo como TBVI, TB Alliance, Aeras y FIND, respectivamente. Se solicita una atención particular para TBVI, dado el impacto previsto en la capacidad de investigación europea y española. Esa es la primera declaración.

La segunda declaración tiene que ver con el VIH-sida. Con objeto de favorecer un diagnóstico precoz de la enfermedad que incremente el efecto positivo de los tratamientos, mejore la esperanza y la calidad de vida de los afectados y reduzca el número de nuevos infectados, y aprovechando la relevancia internacional de la próxima Presidencia española de la Unión Europea en enero de 2010, el Congreso de los Diputados manifiesta lo siguiente. Primero, el Congreso de los Diputados apoya cualquier campaña institucional de conciencia-

ción destinada a la lucha contra el sida que incida sobre las conductas de riesgo, la necesidad de tomar medidas preventivas y la importancia de realizar la prueba VIH en caso de prácticas sexuales no seguras. Segundo, el Congreso de los Diputados promueve el esfuerzo conjunto por parte de todos los agentes implicados —especialistas, pacientes, ONG, autoridades sanitarias, medios de comunicación y población en general— para impulsar una acción coordinada más eficaz en relación con el diagnóstico y tratamiento del VIH-sida. Tercero, el Congreso de los Diputados respalda estas iniciativas con el objetivo de conseguir una mayor concienciación de los grupos más afectados por esta infección, como los jóvenes y el colectivo inmigrante. De igual manera, la Cámara favorece la superación de las barreras sociales, políticas y estructurales que —eviten, no— logren un mayor control del sida y un diagnóstico precoz de la enfermedad. Esa era la palabra que habíamos comentado; no que eviten, sino que logren. Cuarto, el Congreso de los Diputados impulsa y se solidariza con todas aquellas iniciativas destinadas a detectar a la población infectada que sirvan para fomentar la creación de una vía de comunicación constante y fluida que les ayude a escoger el tratamiento más adecuado a su patología. Y quinto, el Congreso de los Diputados enmarca su apoyo a esta campaña de concienciación y prevención sobre el VIH-sida dentro de los estándares de educación sexual previstos por la legislación española y la Unión Europea.

Esas son las dos declaraciones institucionales. Les anuncio que tenemos una pendiente, que no hemos incluido en el orden del día por razones de fechas, la declaración sobre la diabetes. El Día Mundial de la Diabetes es el día 12 y les recuerdo que también tenemos prevista una jornada sobre el tema. Como previamente tenemos una sesión de la Comisión, el día 4, aprobaríamos entonces la declaración institucional. **(La señora Grande Pesquero: El día 4 es miércoles y hay Comisión de Presupuestos.)** Ya sé que hay Comisión de Presupuestos, pero es el día que tenemos asignado en principio. Podemos cambiarlo. Lo veremos después al final de la sesión, pero el día que tenemos asignado es el 4.

#### PROPOSICIONES NO DE LEY:

##### — SOBRE LA LIMITACIÓN DE LAS TARIFAS MÁXIMAS DE VOZ Y DATOS DE LAS COMPAÑÍAS DE TELEFONÍA MÓVIL. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO DE ESQUERRA REPUBLICANA-IZQUIERDA UNIDA-INICIATIVA PER CATALUNYA VERDS. (Número de expediente 161/001188.)

El señor **PRESIDENTE:** Pasamos a la segunda parte, que va del punto 3.º al punto 7.º del orden del día: proposiciones no de ley.

Nos han propuesto una alteración del orden del día de tal manera que la proposición que figura en el punto 5.º sería primera; la proposición relativa a tarifas máximas de voz y datos de las compañías de telefonía móvil. ¿Hay algún inconveniente por parte de algún grupo? **(Denegaciones.)** Entonces, en primer lugar trataremos esta proposición no de ley. ¿Hay alguna alteración más? **(Pausa.)** Yo propongo una alteración de la mía, porque me tengo que ir a otra Comisión. Es la que tiene que ver con desigualdades y salud y pediría que fuera al final, la última de las proposiciones no de ley. Así, el punto número 4.º pasaría al final, después de la proposición del pez panga.

Pasamos entonces a la primera proposición no de ley, que es el punto número 5.º, sobre la limitación de las tarifas máximas de voz y datos de las compañías de telefonía móvil. Tiene la palabra por el grupo parlamentario proponente, el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds, el señor Canet.

El señor **CANET I COMA:** Gracias, señor presidente, por aceptar la alteración del orden del día, también por razones de compatibilidad de comisiones en el día de hoy.

Esta proposición no de ley parte del principio objetivo de que, a partir de la decisión del Parlamento Europeo del mes de julio, los SMS en el Estado español resultan más caros que si se establecen en itinerancia. Esta situación de abuso y a veces de desinformación ha sido denunciada por diversas asociaciones de consumidores. Por tanto, sencillamente nos hacemos eco de esa situación, que además se produce en el contexto también bastante conocido y denunciado por organizaciones de consumidores de los accesos a Internet en itinerancia, fuera del Estado español, que acaban resultando más caros. **(La señora vicepresidenta, Aburto Baselga, ocupa la Presidencia.)** A título de ejemplo, uno bastante difundido en su momento se concretaba en estos datos: abrir un correo electrónico con dos fotos de 2,5 megabytes podría llegar a costar cerca de 60 euros; ver un videoclip musical de 15 megabytes, unos 175 y estar un rato viendo videos de YouTube que equivalgan a 86 megabytes, alrededor de 1.000 euros. En definitiva, en ese contexto pedimos dos medidas que parecen de sentido común, que son establecer un máximo a las tarifas de voz y datos en itinerancia y, en segundo lugar, reducir, en consonancia con la rebaja tarifaria europea, el coste de los mensajes de texto dentro del territorio del Estado con el fin de que estos sean más baratos que los SMS en itinerancia con origen o destino a otros países de la Unión Europea.

Esta es la petición e insistimos en que proviene de bastantes denuncias de asociaciones de consumidores y usuarios.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Se han presentado dos enmiendas por parte del Grupo

Popular y para defenderlas tiene la palabra la señora Rodríguez Maniega.

La señora **RODRÍGUEZ MANIEGA**: Es una realidad el panorama que nos acaba de pintar el proponente de la proposición no de ley. Pero ante esta realidad la pregunta sería: ¿debe el Gobierno intervenir fijando una tarifa máxima como propone la proposición no de ley? Nuestra respuesta es que no. Creemos que, en un sector liberalizado como es el de la telefonía móvil, la mejor herramienta para conseguir una reducción de tarifas es el fomento de la competitividad entre operadores, para lo cual se deben establecer medidas tanto de promoción de dicha competitividad como de estrecha vigilancia de las prácticas que pudieran ser abusivas en la concertación de precios entre los operadores dominantes, que hay que señalar que en España copan el 96,3 por ciento del mercado de la telefonía móvil. La solución creemos que no pasa por fijar tarifas máximas, sino por dejar que sea el propio mercado el que se autorregule, fomentando, insisto, la competencia y vigilando que no haya concertación de precios. La comisaria europea de la sociedad de la información afirmó el mes de marzo que la competencia lleva a la inversión y a bajar los precios y España parece que no ha visto que la competencia es la mejor manera de invertir en los beneficios de los consumidores; son sus palabras. Organismos como la Comisión Nacional de la Competencia o como la Comisión Nacional de Telecomunicaciones deben colaborar en la supervisión y en el fomento de esta competencia y tienen un papel fundamental en todo este proceso.

Considerando lo anteriormente expuesto, el Grupo Parlamentario Popular presenta estas enmiendas. Nuestra intención sería llegar a un acuerdo, porque nuestra prioridad es siempre, y debe ser así, la defensa de los intereses legítimos de los consumidores y los usuarios. La enmienda dice: impulsar a través de los organismos competentes medidas que fomenten y garanticen la competencia entre operadores de telefonía móvil, con el fin de evitar la concertación de precios entre los operadores dominantes e impulsar a través de los organismos competentes las medidas necesarias, con el fin de que las tarifas para los mensajes de texto se correspondan a la media europea, en consonancia con la rebaja tarifaria que se impuso desde la Comisión Europea para los SMS enviados y/o recibidos en *roaming*.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Pasamos al turno de fijación de posición de los grupos. ¿Qué grupos quieren tomar la palabra? **(Pausa.)**

La señora Medina por parte del Grupo Parlamentario Socialista.

La señora **MEDINA TEVA**: Señoría, intervengo para posicionar a mi grupo, el Grupo Parlamentario Socialista, sobre la iniciativa que nos trae el Grupo de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds. En relación con este asunto, interesa recordar que

los precios minoristas de telefonía móvil no están en la actualidad regulados, por lo que los operadores de la misma en España, al igual que en el resto de Europa, cuentan con total libertad para fijar las tarifas de voz y datos que estimen convenientes, siempre y cuando, por supuesto, se ciñan a las reglas del libre mercado, tales como el respeto del derecho de competencia o la normativa sectorial específica que, por ejemplo, en materia de transparencia al usuario final, existe al respecto. En el campo del marco comunitario establece qué mercados son a priori susceptibles de ser considerados no competitivos por las autoridades nacionales de reglamentación.

El establecimiento de estos mecanismos de control de precios en los mercados minoristas en general y, en particular, en relación con la telefonía móvil, debe ser, por su propia naturaleza, excepcional. El enfoque es el de limitar el establecimiento de controles regulatorios a nivel minorista exclusivamente a aquellas instancias en que se acredite la inexistencia de una competencia efectiva y donde no existan soluciones regulatorias a nivel mayorista que permitan solventar los problemas planteados. Atendiendo a estos postulados, la Comisión del Mercado de Telecomunicaciones ha regulado de manera detallada los mercados mayoristas de telefonía móvil, es decir, aquellos mercados que efectivamente afectan a la relación entre los propios operadores de telefonía móvil y no la relación subsiguiente entre estos y el usuario final. A raíz de esta regulación, en los últimos tres años han aparecido en el mercado un elevado número de operadores alternativos con capacidad para ofrecer servicios innovadores y planes de precios atractivos a sus clientes. Cabe destacar que el acceso, entendido en estos términos, no se ha limitado a la provisión de servicios de voz, sino también de datos.

En definitiva, señorías, señora presidenta, queda claro que el Gobierno no es competente para fijar estas tarifas y, por tanto, desde el Grupo Parlamentario Socialista no vamos a apoyar esta iniciativa.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): ¿El grupo proponente desea pronunciarse a favor o en contra de la enmienda?

El señor **CANET I COMA**: Nos pronunciamos a favor de esta enmienda, porque al menos hay un esfuerzo por acercar las tarifas, para que no sean más elevadas en el Estado español. Por tanto, aceptamos las dos enmiendas, siendo una consecuencia de la otra, del Grupo Popular.

— **RELATIVA A LA ATENCIÓN A LOS NIÑOS QUE PADECEN HIPERACTIVIDAD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/000485.)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Según el orden del día en el que hemos quedado de

acuerdo, pasamos a la proposición no de ley relativa a la atención a los niños que padecen hiperactividad, del Grupo Parlamentario Popular. Tiene la palabra la señora Vázquez.

La señora **VÁZQUEZ BLANCO**: Intervengo hoy en nombre del Grupo Parlamentario Popular para defender esta iniciativa, que nos parece en estos momentos oportuna e importante, de atención a los niños que padecen hiperactividad. Como todos saben, el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad es el problema de salud mental que es más común en la infancia; de ahí los datos de que entre un 3 y un 7 por ciento de los niños en edades comprendidas entre los 3 y los 4 años padecen este síndrome o este trastorno de hiperactividad. Es un trastorno muy complejo en cuanto a las causas que lo motivan. Los rasgos que lo caracterizan son el déficit de atención y la hiperactividad o impulsividad en las conductas de estos niños. El trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad se manifiesta de forma general, según esté más o menos presente uno u otro eje, en un exceso de actividad motriz, que provoca la necesidad constante de moverse, la dificultad para centrar la atención y la dispersión de la misma ante cualquier estímulo irrelevante o una mayor impulsividad que lleva al niño a actuar de una forma inmediata sin ser capaz de controlar sus acciones. Estos comportamientos se expresan a nivel cognitivo en forma de dificultad para mantener la atención de forma continuada, lo que genera en estos casos una carencia en el rendimiento escolar. De ahí que se diga que entre el 40 y el 50 por ciento de estos niños en España tienen un bajo rendimiento escolar.

Para evitar todas estas manifestaciones y problemas y sobre todo que se prolonguen a la adolescencia o incluso a la edad adulta, este trastorno demanda un diagnóstico precoz, que no siempre es fácil, y un tratamiento adecuado, que para muchas familias no es fácilmente accesible. Por eso mi grupo presenta esta proposición no de ley, en la que insta al Gobierno a facilitar el diagnóstico precoz del trastorno por déficit de atención mediante la difusión entre profesionales sanitarios, educativos y familias de las características e implicaciones de este trastorno. Instamos asimismo al Gobierno a facilitar mecanismos de reeducación psicopedagógica para que los afectados puedan aprender a controlar las manifestaciones del trastorno, bien se refieran a déficit de atención, a hiperactividad o impulsividad. Por otra parte, lo más importante, que es favorecer la coordinación de familia-escuela, que es lo que demandan y echan en falta las familias con niños que tienen este trastorno, que no haya una buena coordinación entre las familias y la escuela para tratarles.

Se han presentado dos enmiendas, una del Grupo de Convergència i Unió, que nos parece muy adecuada y que habla de estimular los recursos financieros en las comunidades autónomas, lo que consideramos oportuno y que nos parece que debe incorporarse a esta iniciativa,

para enriquecerla. También se nos ha presentado otra enmienda, del Grupo Parlamentario Socialista, con dos puntos, que también estaríamos dispuestos a analizar e incluirlos en el texto de nuestra proposición no de ley. Todo esto para que hoy, en el Congreso de los Diputados, se recuerde a estas familias y a estos niños que padecen hiperactividad. Aunque tengamos que ceder en los planteamientos iniciales, lo ideal es que hoy salgamos de aquí con una iniciativa conjunta y que todos los ciudadanos sepan que hoy están presentes para nosotros todos estos niños y estas familias, que no deben sentirse solas, ya que nosotros y las administraciones públicas debemos ayudarlas a superar este trastorno en la infancia.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Para defender las enmiendas, en primer lugar tiene la palabra la señora Tarruella, por el Grupo de Convergència i Unió.

La señora **TARRUELLA TOMÀS**: Sinceramente nosotros queremos felicitar al Grupo Parlamentario Popular por la presentación de esta proposición no de ley. Nos parece importante todo lo que se pueda hacer por el trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad. Estos trastornos son tan complejos en cuanto a las causas que lo motivan y tenemos tantos casos a lo largo de toda la geografía española que, para todo lo que podamos hacer para ayudar a facilitar el diagnóstico precoz de este trastorno y ayudar a todas estas personas que lo padecen y a todas estas familias, siempre estaremos a favor y a su lado. Lo que pasa es que lo que dice la proposición no de ley en cuanto a facilitar tanto el diagnóstico precoz, mediante la difusión entre estos profesionales sanitarios y educativos y entre todas las familias implicadas, como los mecanismos de reeducación psicopedagógica para los afectados, nos parece muy bien —vuelvo a repetir—, pero son competencias de las comunidades autónomas y ellas son las que lo deben llevar a cabo. Por eso hemos presentado esta enmienda instando al Gobierno a que se les dé la ayuda necesaria, los recursos financieros necesarios, los que necesiten estas comunidades autónomas, para asegurar esta atención integral a las personas que padecen trastornos por déficit de atención con o sin hiperactividad. Nuestra enmienda nos parece que mejora el resto de la proposición no de ley porque da los medios para poderlo cumplir y por tanto, agradecemos la incorporación de nuestra enmienda a la proposición no de ley del Grupo Popular.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): La enmienda número 2, del Grupo Socialista, va a ser defendida por la señora Sanz Carrillo.

La señora **SANZ CARRILLO**: Debatimos hoy en esta Comisión de Sanidad, Política Social y Consumo una proposición no de ley, presentada por el Grupo Parlamentario Popular, mediante la que se insta al Gobierno

a adoptar las medidas adecuadas para una atención integral de las personas con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. Lamentablemente, nuestro grupo parlamentario no puede votar favorablemente esta iniciativa en sus justos términos, pero, dada la importancia que consideramos que tiene el tema que hoy nos ocupa y con el ánimo de llegar a un consenso, presentaremos entre todos los grupos una enmienda transaccional.

Señorías, ya han relatado con profundidad mis antecesores en el uso de la palabra cómo el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad representa entre el 20 y el 40 por ciento de las consultas en los servicios de psiquiatría infanto-juvenil, cómo tiene una prevalencia mundial del 5,3 por ciento, siendo mucho más frecuente en niños, y cómo entre el 60 y el 75 por ciento de los niños con TDH continúa presentando síntomas en la vida adulta, es decir, el 4,4 por ciento de los adultos padecen este síndrome. Se trata de un trastorno neuroconductual de origen genético en el 80 por ciento de los casos. Los rasgos principales son la triada característica: por un lado, el déficit de atención y por otro la hiperactividad y la impulsividad. Según aparezcan estos tres grupos de síntomas juntos o por separado hablamos de tres tipos: con predominio de déficit de atención, con predominio de conducta impulsiva e hiperactividad, o combinado, siendo este último el más frecuente. No existe una prueba única en su diagnóstico, pero en estos momentos existen unos claros criterios clínicos establecidos, basados en una correcta evaluación, que puede incluir tanto el examen físico como la correcta entrevista, tanto con los padres como con los niños e incluso con los profesores. A pesar de ello, un porcentaje elevado de adultos y de niños sigue sin diagnosticar, pero también a pesar de ello un 25 por ciento de pacientes que reciben el diagnóstico por parte de médicos de primaria o por parte de pediatras lo están haciendo mal probablemente en relación con la alta comorbilidad del trastorno. Respecto al abordaje, el pilar de la terapéutica sigue siendo en estos momentos el tratamiento farmacológico, aunque la complementariedad con las terapias cognitivo conductuales parece hoy el mejor tratamiento.

Hoy estamos todos de acuerdo y comprendemos la trascendencia del diagnóstico precoz y del tratamiento adecuado, pero, señorías, no debemos olvidar algunos hechos. No debemos olvidar cómo en el real decreto dedicado a la cartera de servicios de atención primaria se indica que entre los servicios de atención a la infancia se incluye específicamente la detección del trastorno por déficit de atención e hiperactividad y cómo, además, las comunidades autónomas podrán adoptar cuántas medidas adicionales consideren oportunas, que complementen las establecidas a nivel del territorio nacional. Señorías, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó el año pasado la nueva estrategia en salud mental, en cuya elaboración participaron no solo las sociedades científicas sino también, y de forma muy

activa, la Confederación Española de Agrupaciones Familiares y Personas con Enfermedad Mental. La estrategia —como todos ustedes saben— contempla el desarrollo de múltiples actuaciones para que las personas que padecen trastornos mentales sean diagnosticadas precozmente y reciban una atención integral y continuada. Y más concretamente, ante los problemas infanto-juveniles, se señala que las comunidades autónomas adecuarán sus servicios con programas específicos en salud mental para dar respuesta a las necesidades de los niños y de los adolescentes. En esta línea, es muy importante que marquemos cómo el Ministerio de Sanidad y Consumo está realizando un análisis de la situación de la salud mental infanto-juvenil con la colaboración de las sociedades científicas y cómo también está financiando la elaboración de una guía de práctica clínica sobre trastornos de hiperactividad y déficit de atención, con el objetivo último de servir de apoyo a los profesionales, tanto de atención primaria como de especializada.

En relación con todo lo anterior, no debemos olvidar cómo el sistema educativo también se ve afectado por la incidencia de este trastorno que afecta a uno de cada 20 escolares, que requiere de diversas adaptaciones para su adecuada inserción en el aula y evitar así un probable fracaso escolar. El reconocimiento de la diversidad de los procedimientos de aprendizaje y la evaluación de los escolares son de indudable importancia. Así, el alumnado con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad está contemplado dentro del grupo con necesidad específica de apoyo educativo, según la Ley Orgánica de Educación, que determina que corresponde a las administraciones educativas identificar tempranamente las necesidades específicas del alumnado y disponer, entre otras medidas, los recursos materiales, personales y organizativos necesarios para la atención integral del referido alumnado, para que alcance el máximo desarrollo personal, intelectual, social y emocional. Asimismo, se especifica claramente que las enseñanzas se adaptarán al alumnado con necesidades específicas de modo que le garanticen el acceso, la permanencia y la progresión en el mismo.

Por todo ello, hemos presentado una enmienda transaccional que esperamos que sea votada por todos los grupos, porque, señorías, estamos convencidos de que estas iniciativas como aquellas que ya están desarrollando en estos momentos en el ámbito de sus competencias las comunidades autónomas sirven al objetivo último de que las personas con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad reciban la atención integral que precisan, que es, en definitiva, el deseo de todos nosotros.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Puesto que la señora Vázquez se ha mostrado más bien favorable a aceptar las enmiendas, esperamos, si llegan a una transaccional, que hagan llegar su texto a la Mesa.

— **RELATIVA A LA EXTENSIÓN DE BENEFICIOS FISCALES A LA CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER. (Número de expediente 161/001243.)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Pasamos al tercer punto del orden del día, proposición no de ley relativa a la extensión de beneficios fiscales a la Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer, del Grupo Parlamentario Popular, para cuya defensa tiene la palabra el señor Gallego Burgos.

El señor **GALLEGO BURGOS**: Durante el debate parlamentario del proyecto de ley de Presupuestos Generales del Estado para el año 2009, se aprobó una enmienda, promovida por el Grupo Parlamentario Socialista, por la que se establecían beneficios fiscales a la Fundación Pascual Maragall, con motivo de la celebración del Año internacional para la investigación en alzheimer y enfermedades neurodegenerativas, Alzheimer Internacional 2011, que promueve dicha fundación y es, sin duda, una iniciativa muy provechosa. Para la celebración de este año internacional está previsto desarrollar un programa de apoyo, que se extenderá desde el 1 de enero de 2009 hasta el 31 de diciembre de 2011, a través del cual se pretende conseguir en España ciertos avances que permitan mejorar en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades neurodegenerativas, así como incidir en la reducción del número de enfermos. Debido al alcance y al objeto de la celebración que promueve la Fundación Pascual Maragall, esta efeméride tendrá la consideración de acontecimiento de excepcional interés público, por lo que serán de aplicación los máximos beneficios fiscales contemplados en el artículo 27.3 de la Ley 49/2002, de 23 de diciembre, de régimen fiscal de las entidades sin fines lucrativos y de los incentivos fiscales al mecenazgo.

La lucha contra el alzheimer y otras enfermedades neurodegenerativas, la investigación sobre las causas que provocan esta enfermedad, sus consecuencias, así como la búsqueda de un tratamiento que ralentice la marcha de la enfermedad y que con el tiempo ponga fin a la misma son objetivos por los que están trabajando muchas entidades públicas, privadas, y asociaciones de familiares de enfermos de nuestro país, entre otros colectivos. Una de las entidades más importantes en España en la lucha contra esta enfermedad es la Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras demencias, denominada en siglas Ceafa. Esta organización no gubernamental está creada desde el año 1990 y tiene un importantísimo colectivo de entidades. Es una confederación que agrupa a centenares de asociaciones que se dedican a la lucha contra el alzheimer en nuestro país y tiene como objetivo ayudar a las familias y tratar de paliar esta enfermedad que a todos nos preocupa.

Tiene la consideración de entidad pública, exactamente igual que otra entidad a la que también considero

muy importante que se haga referencia, que es AFAL, Asociación de familiares de enfermos de alzheimer, que tiene asimismo una vocación nacional, que agrupa a muchas entidades en todo el territorio nacional, tiene presencia en muchas provincias de nuestra geografía y cuyo trabajo pensamos en esta Comisión que ha de ser ampliamente respetado y destacado. Y para ayudar a estas importantes entidades que tienen como fin acabar con esta enfermedad, nos parece que sería positivo que estas dos entidades también recibieran los máximos beneficios fiscales a los que antes hacíamos referencia. Después de hablar con ellas de una manera muy profunda y con personas vinculadas al mundo de la lucha contra el alzheimer, consideran que es una iniciativa positiva y por eso el Grupo Popular presentó esta proposición no de ley con esa vocación, dar a estos colectivos esta posibilidad de la cual se beneficiarán sin ningún tipo de duda.

A lo largo de las últimas horas hemos podido hablar con el Grupo Socialista y hemos llegado a un acuerdo en una enmienda, por lo que estamos muy satisfechos de que se vaya a aprobar esta iniciativa. Muchas entidades vinculadas al mundo del alzheimer en España saldrán muy beneficiadas de lo que hoy aprobemos en esta Comisión de Sanidad y nosotros pensamos que es una noticia muy buena que esto sea así. También he de aclarar que, en la propuesta inicial, el Grupo Popular se autoenmendó; es cierto que solo contemplaba a Ceafa y no a la Asociación Nacional de Enfermos de Alzheimer, y consideramos que no era razonable dejar fuera de este acuerdo a la otra gran confederación de entidades de Alzheimer en nuestro país; por eso nos autoenmendamos. El contenido de nuestra propuesta y el mensaje es exactamente el mismo. Eso ya está aclarado también con el ponente que lleva el tema en el Grupo Socialista y por tanto nos alegramos, insisto, de este acuerdo, que permitirá que estas dos grandísimas entidades, que agrupan a su vez a centenares de entidades de todo el territorio nacional, se beneficien de esta creo que muy positiva medida que se tomará hoy en esta Comisión.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Para la defensa de su enmienda tiene la palabra por el Grupo Socialista el señor Fernández.

El señor **FERNÁNDEZ IRUELA**: Señorías, intervengo en nombre del Grupo Socialista con el fin de posicionar a nuestro grupo en relación con la proposición no de ley presentada por el Grupo Popular y que es objeto de debate en esta Comisión; también para defender nuestra enmienda. Entendemos que los beneficios fiscales a los que se hace referencia en la proposición no de ley son extendibles a cualquier entidad que haga actuaciones con relación al evento que en su día se incorporó a la Ley de Presupuestos para 2009.

En primer lugar me voy a referir a la propuesta que hace el Grupo Parlamentario Popular para extender todos los beneficios fiscales del artículo 27.3 de la Ley 49/2002,

que habla del régimen fiscal de entidades sin fines lucrativos y de los incentivos para el mecenazgo, en el ámbito del Año Internacional de Investigación del Alzheimer en 2011. Señorías, nuestro grupo comparte el propósito que pretende la propuesta que estamos discutiendo, ya que persigue facilitar el trabajo a tantas entidades sociales que desarrollan actividades en nuestro país y en este caso concreto a aquellas que trabajan en relación con el Alzheimer. Dicho esto, entendemos que la provisión de la ley en principio no sería necesaria, puesto que la disposición adicional quincuagésima cuarta de los Presupuestos Generales del Estado de 2009 no beneficia únicamente a la Fundación Pascual Maragall, aunque sea la promotora, sino que a cualquier entidad que realice actuaciones en el marco del referido evento se le pueden aplicar dichos beneficios.

Señorías, esta propuesta, tal y como está redactada es una resolución que no se ajusta del todo a lo que estipula la Ley 49/2002; intentaré explicar por qué. La enmienda de nuestro grupo pretende dar una respuesta ajustada a la referida ley y de la que puedan beneficiarse todas aquellas entidades de utilidad pública que lleven a cabo acciones relacionadas con el evento que nos ocupa, Año internacional para la investigación del alzheimer y enfermedades neurodegenerativas, con independencia de la entidad que lo promueva, inicialmente en este caso la Fundación Pascual Maragall.

Nuestra enmienda es concreta y, como he dicho antes, ofrece la posibilidad de que cualquier entidad se pueda acoger a ella. Manifiesto asimismo la satisfacción de nuestro grupo por entender que el ponente también la asume. Dice nuestra enmienda que el Congreso de los Diputados insta al Gobierno a aplicar, en virtud de lo dispuesto en la disposición adicional quincuagésima cuarta de la Ley 2/2008, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 2009, de los beneficios fiscales aplicables a la celebración del Año internacional para la investigación del alzheimer y enfermedades neurodegenerativas relacionadas con Alzheimer Internacional 2011, a las dotaciones relacionadas con el acontecimiento en los términos establecidos en dicha regulación y entre ellas y muy especialmente a las realizadas por la Confederación española de familiares de enfermos de alzheimer y otras demencias, dado el singular papel que desenvuelven en la lucha contra esta enfermedad. También aquí podríamos incluir la entidad que en este momento ha incorporado el Grupo Popular, pero nosotros entendemos que es aplicable a todas las entidades que trabajan en el evento. Y aquí sí que me gustaría señalar lo que hace la ley. La Ley 49/2002, que fue aprobada con el Gobierno popular, tiene dos grandes bloques. Uno, que es de definición de entidades sin ánimo lucrativo y que por tanto sus beneficios fiscales son aplicables a todos por igual, y otro, que hace especial referencia a los incentivos fiscales al mecenazgo, que regula las aportaciones, colaboraciones de empresas y particulares. Y es aquí donde se incorpora el contenido del artículo 27, sobre programas de apoyo a aconteci-

mientos de interés excepcional. Por tanto estamos hablando de una propuesta en la que todas aquellas entidades que realmente hagan actuaciones en relación con el evento que se ha declarado de interés público excepcional podrán tener los beneficios a los que hace referencia dicho artículo 27.3 de la Ley. Esto quiere decir que cualquier entidad puede participar del evento declarado de interés excepcional y por consiguiente todas las empresas o particulares que colaboren podrán disponer de todos los incentivos. Por eso nuestra enmienda entendemos que comprende todas las entidades que hagan actuaciones en relación con este evento.

En el caso que nos ocupa, aunque la entidad que en su día promovió la enmienda en los presupuestos del año 2009 fue la Fundación Pascual Maragall, no quiere decir que los beneficios fiscales solamente sean para esta fundación; no impide que otras entidades que desarrollan actividades sobre el evento puedan obtener todos los beneficios fiscales para los que la ley les ampara. Es evidente y de justicia —y nuestro grupo quiere hacerlo ahora— reconocer el gran trabajo que ha estado desarrollando desde su inicio la Confederación española de familiares de enfermos de alzheimer y otras demencias y todas aquellas entidades que hacen un trabajo similar. Y desde aquí queremos seguir animándolas a que sigan trabajando y que sepan que pueden contar con todo nuestro apoyo para intentar dar respuesta a todas sus reivindicaciones. Una entidad, Ceafa, con una dilatada experiencia y que además hace unas funciones básicas y que son una muestra más de lo bueno que es buscar la colaboración entre la sociedad civil y los poderes públicos. No es casualidad que esta entidad sea en este momento la sexta entidad, de más de 300 entidades, que recibe aportaciones del 0,7 por ciento. Este es un reconocimiento que queremos hacer extensivo a todas aquellas entidades que trabajan en ámbitos similares, ya que su trabajo es fundamental para la mejora del bienestar de los ciudadanos afectados. Nuestro grupo ha tenido reuniones con esta entidad y con otras con relación a esta problemática y siempre nos van a tener de su lado, puesto que hacen un trabajo importantísimo.

El Grupo Socialista también quiere poner de manifiesto la apuesta clara, no solo por justicia sino por convicción política, de trabajar para los más necesitados, y de ahí la Ley de Dependencia, como un pilar básico del Estado del bienestar y el reconocimiento y mejora de derechos de prestaciones de los más necesitados. Acabo señalando que nuestra enmienda da una respuesta ajustada a la ley mucho más amplia y que por tanto los beneficios fiscales del artículo 27.3 se pueden aplicar a todas las entidades que hagan cualquier actuación en relación con el evento de referencia.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Espero que nos hagan llegar a la Mesa el acuerdo que hayan alcanzado, para que nos aclaremos de lo que hay que votar al final.



— **RELATIVA AL CONTROL SANITARIO DEL PEZ PANGA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/001298.)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Pasamos a la proposición no de ley del Grupo Parlamentario Popular, relativa al control sanitario del pez panga. Para su defensa tiene la palabra doña Belén do Campo.

La señora **DO CAMPO PIÑEIRO**: Señorías, intervegno para defender la proposición no de ley relativa al control sanitario del pez panga. Como ustedes conocen, el pez panga es una especie procedente de la acuicultura que se cultiva en el contaminado río Mekong, en Vietnam. Es una especie de dudosa calidad nutricional, que se produce en unas condiciones de salubridad y explotación laboral de personas. Es una especie de baja calidad nutricional que saltó a la actualidad una vez que el Instituto de Investigaciones Marinas alertara sobre la presencia de contaminantes en el delta en el que se produce. A esto hay que añadir que el laboratorio de referencia, Anfac-Cecopesca, confirmó la presencia de agentes patógenos en diferentes lotes comercializados. Por ende, diversas investigaciones periodísticas han dado testimonio del uso de fármacos y hormonas femeninas procedentes de la orina de mujeres embarazadas que son administrados al pez panga para estimular su fecundidad. Incluso, el propio Consejo Superior de Investigaciones Científicas, órgano de mayor prestigio en la investigación del Estado, da fe de la poca idoneidad de este pescado. Señorías, voy a leer lo que literalmente dice el citado consejo: Sorprende que en un producto descongelado, como es el caso del pez panga, aparezcan valores tan altos de los recuentos de microorganismos totales, por lo que, teniendo en cuenta la forma y el lugar de producción, se cree muy adecuado realizar análisis de los posibles contaminantes de manera aleatoria en los productos que se importen. Por ello quiero decir que el Grupo Parlamentario Popular, en coherencia con lo ya presentado y defendido en el Parlamento gallego e incluso en el Parlamento Europeo, está preocupado de cara a lo que debe ser la defensa y la protección del consumidor. No nos puede dar igual y, menos, mirar para otro lado, siendo conocedores también de que el pez panga es objeto de múltiples incidencias en el sistema europeo de alerta rápida de alimentos y piensos Raf.

Señorías, el sistema europeo de alerta rápida emitió múltiples advertencias. Como ustedes saben, la notificación tiene por objeto dar a todos los miembros de la red la información para verificar si el producto en cuestión está en su mercado a fin de que también puedan tomar las medidas necesarias. Con estas notificaciones de alerta, los consumidores tienen que saber que un producto ha sido retirado o está en proceso de ser retirado del mercado. Son los Estados miembros los que, a través de sus mecanismos, tienen llevar a cabo las acciones, incluido el suministro de información detallada a través

de los medios de comunicación, si es necesario. Con respecto al tema que estamos tratando, quiero decir que se han dado varias notificaciones relacionadas con el pez panga, tanto en el año 2007 como en el año 2008, que por falta de tiempo no voy a nombrar, pero me gustaría hacer referencia a la notificación de la semana cinco de 2007, notificación en España sobre presencia de la bacteria *Escherichia coli* en filetes de panga con hojas de limón; o en la semana doce de 2008, donde hay nuevo rechazo en frontera por contener sustancias prohibidas: nitrofurano, nitrofurazona en filetes pangasius congelados procedentes de Vietnam. Por otro lado, distintos laboratorios han confirmado que a nuestro mercado llegaron lotes de pez panga con listeria, salmonela, cólera, enterobacilos, metales pesados, nitrofuranos y cloranfenicol. Por cierto, el propio Gobierno de la nación, en respuesta parlamentaria a esta diputada, reconoce que, en partidas de panga procedentes de Vietnam analíticas de metabolitos, de nitrofuranos y cloranfenicol resultaron positivas; respuesta, señorías, del 10 de marzo de 2009. Es fundamental, por tanto, para el consumidor tener confianza.

Ante estos datos, manifestamos nuestra preocupación, sobre todo cuando vemos el incremento de importaciones del pez panga en nuestro país, que alcanza altas tasas de consumo en la población infantil, por ser un filete sin piel ni espinas, lo que favorece su consumo. Señorías, con respuesta del Gobierno en mano, quiero decir que la importación en toneladas del pez panga procedente del Vietnam desde el año 2002 hasta el año 2007 ha sido la siguiente: en el año 2002, 121 toneladas; en 2003, 503 toneladas; en 2004, 5.785 toneladas; en 2005, 9.289 toneladas; en 2006, 21.931 toneladas; y en el año 2007, 32.602 toneladas. Esto supone, señorías, casi el 90 por ciento de las importaciones de filetes congelados de pescado de agua dulce y un incremento de un 235 por ciento desde el año 2004 hasta 2007.

La confianza que debe tener todo consumidor exige en este caso un mayor compromiso de la Administración General del Estado. Es por lo que pedimos en esta proposición no de ley, en primer lugar, que se refuercen todos los controles sanitarios con el objeto de detectar si las importaciones de pez panga contienen productos o agentes contaminantes prohibidos antes mencionados. Señorías, no solo nosotros defendemos ese mayor control, también los pescadores y armadores españoles llevan reclamando un mayor control de las importaciones de pescado procedentes de terceros países, porque lo que captura nuestra flota no solo tiene mayor calidad nutritiva, sino que también dispone de mayores garantías higiénico-sanitarias y por ello también piden que los consumidores conozcan esta realidad. En segundo lugar, desde el Grupo Popular creemos que deben desarrollarse campañas informativas y de asesoramiento, con el objeto de que los datos relativos al pez panga y otros productos importados de dudosa calidad puedan ser conocidos por el consumidor final, con el fin de que dispongan de toda la información precisa a la hora de elegir entre el con-

sumo de pez panga y otros pescados con mejores garantías higiénicas y nutricionales. Los consumidores deben saber cómo se cultiva el pez panga, deben saber y conocer cuáles son sus aspectos higiénicos y cuál es su calidad nutritiva. Queremos, señorías, que el consumidor, dentro de su libre ejercicio de elección responsable, esté debidamente informado. En tercer lugar, entendemos que debe ser la Agencia Española de Seguridad Alimentaria la que, en coordinación con los servicios de sanidad exterior y los puntos de inspección fronteriza, refuerce el plan de inspección y muestreo de la importación del pez panga, procedente del sudeste asiático. Para ello es necesario que se incremente la frecuencia de los controles físicos relativos a pruebas de laboratorio in situ y sobre todo a las tomas de muestreos oficiales para su análisis. Por tanto, señorías, creemos sinceramente que esos muestreos se deben incrementar ante los datos que existen a día de hoy. En cuarto lugar, y de la misma manera, siendo concededores del papel de la Unión Europea, solicitamos que el Gobierno de la nación promueva la intensificación de los programas de control de las importaciones del pez panga y que se puedan adoptar medidas, incluida la prohibición de la importación de este producto hasta que se solucionen los problemas detectados en origen.

No crean, señorías, que somos alarmistas; solo quiero decirles que países como Estados Unidos, Japón y Rusia, tienen prohibida la importación de este producto. La Comisión Europea, en respuesta al Grupo Popular en el Parlamento Europeo, confirmó que Vietnam fue objeto de hasta ocho notificaciones en el marco del sistema rápido de alerta para alimentos en los años 2007 y 2008. Cinco de estas alertas estaban relacionadas con la presencia de residuos de medicamentos en peces de la especie del panga. La propia comisaria europea de Sanidad, Androula Vassiliou, aseguró, y cito sus propias palabras, que España confirmó la contaminación de pescado importado y comunicó los resultados de los análisis. Añade, sin embargo, que la autoridad competente española no consideró necesario tomar medidas específicas para estos productos pesqueros, sino que decidió proceder a otros controles de envíos de productos alimenticios de terceros países, en particular de productos de acuicultura. En quinto y último lugar, y dentro del papel y las competencias que está desarrollando la Agencia Española de Seguridad Alimentaria dentro de la estrategia Naos, que se ponga en marcha, en colaboración con el Ministerio de Medio Ambiente, y Medio Rural y Marino, el Ministerio de Educación y las comunidades autónomas, un plan de consumo de pescado procedente de la actividad pesquera española. Señorías, es necesario hacer con el pescado lo mismo que se está haciendo con las frutas y verduras en el programa Perseo, sabiendo que el pescado procedente de nuestra actividad pesquera reúne las necesarias condiciones higiénicas. Sin embargo, vemos cómo cada día se sustituye el filete de merluza o de fletán congelado, que son capturados por la moderna flota congeladora española, por el pez panga.

Por todas estas razones, esperamos contar con el apoyo de los grupos parlamentarios.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Se ha presentado una enmienda por parte del Grupo Socialista. Para su defensa tiene la palabra doña Ana Cano.

La señora **CANO DÍAZ**: Señora presidenta, señorías, intervengo en nombre del Grupo Parlamentario Socialista defendiendo la enmienda que hemos presentado a la proposición no de ley que nos ocupa. Puedo llegar a comprender la preocupación del Grupo Popular sobre el control sanitario que se realiza en la importación del pez panga. Después de haber estudiado este tema, no veo motivo alguno de alarma social. Desde aquí quiero manifestar el apoyo del Grupo Parlamentario Socialista a cualquier iniciativa para promover el consumo de pescado procedente de la actividad pesquera nacional. Los pescados importados que se comercializan en España han de proceder de países y establecimientos autorizados por la Unión Europea que comprueba que los productos procedentes de dicho establecimiento cumplen con la legislación de aplicación en cada caso. En el caso del panga, las medidas de control oficial que han de adoptar los Estados miembros de la Unión Europea están reguladas en dos reglamentos comunitarios de directa aplicación: el Reglamento 854/2004, del Parlamento Europeo, por el que se establecen normas específicas para la organización de controles oficiales de los productos de origen animal destinados al consumo humano; el Reglamento 882/2004, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril, sobre los controles oficiales efectuados para garantizar la verificación del cumplimiento de la legislación en materia de piensos y alimentos, así como en la normativa sobre salud animal y bienestar de los animales.

Los funcionarios comunitarios inspeccionan sobre el terreno si los productos cumplen los requisitos adoptados en la normativa comunitaria de aplicación y, posteriormente, las autoridades competentes de los Estados miembros, en el caso de España la Dirección General de Sanidad Exterior, del Ministerio de Sanidad y Política Social, realizan controles que incluyen ensayos aleatorios de laboratorio en los puestos de inspección fronterizos a la llegada de los envíos. Los mencionados controles garantizan que las condiciones de producción y la calidad de los productos cumplen los requisitos comunitarios. De hecho, la Directiva 97/78, de la Comunidad Europea y del Consejo, establece los principios relativos a la organización de controles veterinarios de los productos que se introducen en la Comunidad procedentes de países terceros. Esta directiva, incorporada a nuestro ordenamiento jurídico interno mediante el Real Decreto 1977/1999, de 23 de diciembre, establece los controles a que deben someterse los productos de origen animal originarios de terceros países para introducirse en el territorio comunitario. La realización de dichos controles es implementada por los servicios de sanidad exterior en los puestos de

inspección fronterizos. Los servicios de sanidad exterior realizan, por tanto, un control exhaustivo de todas las partidas de producto de origen animal con objeto de verificar el cumplimiento de las medidas descritas. La realización de los controles descritos es implementada por los servicios de sanidad exterior en los puestos de inspección fronteriza españoles, que realizan, por tanto, un control exhaustivo de todas las partidas de productos de origen animal. Además, el Ministerio de Sanidad y Política Social establece controles reforzados en función de las alertas transmitidas a través del sistema de alerta rápida para alimentos y piensos y mediante el programa coordinado de controles de sanidad exterior, donde se incluye, entre otros productos alimenticios, el pescado y, por tanto, el pez panga. Por otro lado, sin perjuicio de los controles a los que pueda ser sometido en la frontera de cada Estado miembro, las autoridades competentes de las comunidades autónomas también realizan controles cuando el pescado está ya en los canales de comercialización en España. En caso de detectarse sustancias prohibidas o no autorizadas en los puestos de inspección fronterizos europeos se intensificarían los controles. La Unión Europea podría adoptar medidas de salvaguardia e incluso llegar a prohibir las importaciones. Sin embargo, en el caso del panga vietnamita este tipo de medidas no ha sido necesario utilizarlas hasta el momento. En definitiva, se considera que los controles actuales se ajustan a la normativa vigente y a las alertas alimentarias establecidas.

Nosotros hemos presentado una enmienda que estamos estudiando a lo largo de esta sesión para ver las propuestas y poder llegar a una transacción. Pero antes de finalizar sigo insistiendo en que no hay indicio alguno para que se genere alarma, más allá de que este tema en su momento pudo ser utilizado en Galicia en una época preelectoral en contra de la Administración autonómica. Vuelvo a insistir en que es una responsabilidad política generar desconcierto sobre un producto de consumo habitual que cumple todas las garantías de control sanitario. Por tanto, a lo largo de la sesión intentaremos ver este tema.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Tiene la palabra la señora Do Campo.

La señora **DO CAMPO PIÑEIRO**: Quiero dar una respuesta a la enmienda del Grupo Socialista. En primer lugar, alarma social no, lo que estamos solicitando es mayor control. Pido al Grupo Socialista que vuelva a tener en cuenta las cifras que hemos dado; el incremento de un 235 por ciento de los años 2004 a 2007 nos está pidiendo que incrementemos los controles de la inspección fronteriza. En segundo lugar, en Galicia responsablemente se denunció este tema en la anterior legislatura y de la misma manera...

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Perdona, señora Do Campo, este turno es a los solos efectos de aceptación o rechazo de la enmienda o para llegar a una transaccional.

La señora **DO CAMPO PIÑEIRO**: Simplemente quiero decir que tal cual está la enmienda esperamos a ver si aceptan nuestra proposición no de ley, que es mucho más ambiciosa que lo que está recogido en la propia enmienda del Grupo Socialista. No podemos renunciar a ciertas cuestiones, por ejemplo, el control de los puntos de inspección fronteriza, a que haya campañas dirigidas a los consumidores y que dentro del Plan Perseo se incentive el consumo de los productos de pescado. Por tanto, bajo ningún concepto vamos a renunciar a esos puntos. Esperemos que el Grupo Socialista pueda ceder a lo que objetivamente y con estos datos se recoge en la proposición no de ley del Grupo Popular.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Esperaremos a que hagan llegar a la Mesa su posible acuerdo.

— **SOBRE DESIGUALDADES Y SALUD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO DE ESQUERRA REPUBLICANA-IZQUIERDA UNIDA-INICIATIVA PER CATALUNYA VERDS. (Número de expediente: 161/000705.)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Pasamos a la última proposición no de ley, sobre desigualdades y salud, presentada por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds, para cuya defensa tiene la palabra el señor Llamazares.

El señor **LLAMAZARES TRIGO**: La iniciativa que hoy presento es a favor del estudio, de la investigación, del registro y de la adopción de medidas con respecto a las desigualdades en salud. Es ya un lugar común que además de los servicios sanitarios y su carácter universal, resultan de la mayor importancia los estilos de vida de la población, pero también la superación de las desigualdades que tienen un efecto muy importante en la salud, en particular de determinados colectivos con menor renta y menor educación. Sin embargo, a pesar de que esto es obvio, son muy pocos los estudios que hacen referencia a la influencia de las desigualdades en relación con las consecuencias en materia de salud, así como a las desigualdades en la accesibilidad a los sistemas de salud. Estos estudios sí son conocidos en otros países europeos y en Estados Unidos, sin embargo en nuestro país son mucho más raros, hasta tal punto que, por ejemplo, la encuesta del Instituto Nacional de Estadística no contempla la variable clase social. Sin embargo, la mayor parte de las encuestas de los países miembros de la Unión Europea y las norteamericanas tienen en cuenta esa variable y otras incluso más finas en la valoración de clases, capas, sectores sociales, y no solo con respecto a las políticas de salud.

Por esa razón, y porque además, a pesar de no conocer esos datos, sí conocemos datos comparados en el marco de la Unión Europea y nos preocupa la situación de

desigualdades de salud en España, es por lo que planteamos esta iniciativa. En la Unión Europea la diferencia de esperanza de vida entre lo que podríamos denominar una capa alta de la sociedad y los trabajadores está en torno a siete años; en Estados Unidos, quince años de diferencia de esperanza de vida; en España estamos a nivel intermedio, en torno a una década de diferencia de esperanza de vida entre unos trabajadores manuales y lo que podría ser un profesor de universidad o un empresario. Además, incluso en estudios más desagregados esa diferencia de una década aumenta si vamos bajando en la escala social y en vez de hablar de un trabajador cualificado hablamos de uno no cualificado o en vez de hablar de un trabajador no cualificado hablamos de un trabajador inmigrante o de uno con cinco años en paro, observando que las diferencias de esperanza de vida son de uno y de dos años. Si hiciéramos lo mismo y bajásemos totalmente en la escala al estrato de población con una situación de casi pobreza y de marginalidad, nos encontraríamos con una diferencia de esperanza de vida superior a la esperanza de vida que les he comentado antes que está en torno a una década. Sin embargo, en los medios de comunicación y en la opinión pública cala el problema de las diferencias en el acceso a la salud y de las diferencias en salud fundamentalmente de carácter territorial, cuando, si comparamos la esperanza de vida o el nivel de morbimortalidad entre comunidades autónomas, esas diferencias son menores, es decir, no se producen por encima de un año o un año y medio de esperanza de vida. No nos preocupa tanto una diferencia tan importante como la que puede haber entre un trabajador manual y en este caso un empresario o un catedrático de universidad, y resulta de la mayor importancia, no solamente desde el punto de vista sanitario, sino también desde el punto de vista social, desde el punto de vista de las políticas sociales y de las políticas de atención a la dependencia o de las políticas de pensiones. Por ejemplo, hay un debate en estos momentos en la sociedad española con respecto a la prórroga en la edad de jubilación, sin embargo no se toma en cuenta que esa prórroga, que puede ser beneficiosa para un sector social que tiene un amplia esperanza de vida, no es tan beneficiosa para otro sector social que tiene mucha menor esperanza de vida. Por otra parte, lo que podemos estar haciendo es que precisamente el que tiene menor esperanza de vida financie la pensión del que tiene la diferencia de diez años más de esperanza de vida. Por lo tanto, ese modelo no es solamente una cuestión de carácter sanitario sino una cuestión social.

Para profundizar en estos datos a nosotros nos parece muy importante que en nuestro país haya indicadores, que no los hay; que haya encuestas, como he dicho antes, del Instituto Nacional de Estadística, que también son importantes; que se promuevan investigaciones por parte de los profesionales sanitarios, por parte de los institutos de estudios y que, por otra parte, estas investigaciones no se queden únicamente en un conocimiento de la desigualdad sino que promuevan medidas para acabar con

la desigualdad o para reducir la desigualdad. Es verdad que nosotros tenemos un sistema sanitario universal que, en parte, palia esas desigualdades. Eso puede explicar, por ejemplo, la diferencia que existe, en cuanto a esperanza de vida, entre Estados Unidos y la Unión Europea. Esos cinco años de diferencia de esperanza de vida probablemente tengan que ver con la existencia en la Unión Europea, en los países europeos, de políticas sanitarias y de sistemas sanitarios universales. Por lo tanto, esa cuestión nos parece de la mayor importancia. Por ello, presentamos una serie de medidas que relato de forma breve y que piden, por una parte, un estudio periódico de desigualdades de salud en España; por otra parte, reclaman que en las estrategias de salud del Sistema Nacional de Salud se incluya información sobre desigualdades en salud; que existan en los sistemas de información sanitaria datos e indicadores que permitan estudiar esta materia de desigualdades en salud y que España se adhiera a organismos internacionales y movimientos internacionales que están haciendo un trabajo dentro de la Organización Mundial de la Salud y otros a favor del estudio y también de la reducción de las desigualdades en salud. Se han presentado varias enmiendas que prácticamente respetan el texto inicial, salvo alguna cuestión menor; creo que la redacción de los puntos no enmendados se mantendría y buscaríamos una nueva redacción en aquellos puntos que se han enmendado y en los que me parece que las propuestas mejoran de manera sustancial la propuesta inicial de mi grupo parlamentario.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Para defender las enmiendas presentadas, en primer lugar tiene la palabra por el Grupo Parlamentario Popular la señora Chacón.

La señora **CHACÓN GUTIÉRREZ**: Señorías, efectivamente la desigualdad social en salud se refiere a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, de su sexo, territorio o etnia, lo que se plasma en una peor salud en los colectivos sociales menos favorecidos. Existen numerosos estudios científicos en los que se muestra que las desigualdades en salud son enormes, causando un exceso de mortalidad y de morbilidad. Es cierto también que las desigualdades en salud pueden reducirse si se aplican las intervenciones y las políticas públicas sanitarias y sociales adecuadas.

Señorías, las políticas deben mejorar los niveles de salud de la población, Para disminuir las desigualdades en salud entre distintos grupos, el objetivo, evidentemente, es aumentar el nivel de salud de los menos privilegiados y no reducir las desigualdades disminuyendo el nivel de salud de los grupos más privilegiados. La reducción de las desigualdades en salud se ha convertido en un objetivo central de la Organización Mundial de la Salud en su estrategia Salud para todos en el siglo XXI, y aunque es verdad que la salud de la población ha mejorado globalmente, también es cierto que esta ganancia no se distri-

buye por igual, ya que los grupos de población que mejoran más son aquellos que parten de una posición económica y educativa más elevada. Las desigualdades en salud se producen en todos los grupos de población y su expresión más radical son los grupos de exclusión social. Ya en el año 1993 el Ministerio de Sanidad y Consumo de entonces nombró una comisión científica para el estudio de las desigualdades, con el objetivo de describir la situación en España, pero poco sabemos de los resultados y de las medidas que se han puesto en marcha para acabar con los desequilibrios en salud. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud son ya una prioridad para muchos países y responden al objetivo 2 de la estrategia anteriormente mencionada, Salud para el siglo XXI, de la Organización Mundial de la Salud, la cual indica que para el año 2020 las diferencias en salud entre los grupos socioeconómicos de cada país se deberán reducir en al menos una cuarta parte en todos los Estados miembros mediante la mejora sustancial del nivel de salud de los grupos más desfavorecidos. Este tipo de políticas coloca a la salud pública ante un gran reto, ya que para acabar con las desigualdades hace falta un alto compromiso político que implique a todas las áreas del Gobierno y a la participación de la ciudadanía en la priorización de los problemas, en su diagnóstico, en el diseño de los programas, en la implementación y también en la evaluación. Sin lugar a dudas, hace falta voluntad política, hace falta también más conocimiento, tanto en la evidencia de la existencia de desigualdades como de las políticas a poner en marcha, más fondos públicos que se traduzcan en recursos materiales y humanos, más coordinación, y también más consideración. Nuestro país presenta evidentes desigualdades en salud, pero las políticas para disminuirlas no han entrado en la agenda política del Gobierno, aunque sí se han priorizado algo más las desigualdades de género y también es verdad que algunas comunidades autónomas lo han incluido, como en la ley de barrios de Cataluña o los planes de salud de Valencia, Madrid o Andalucía, que deberán ser evaluados para conocer su viabilidad y su efectividad.

Todos sabemos que la atención primaria constituye la puerta de entrada al sistema sanitario, siendo el nivel asistencial con el que gran parte de la población realiza su primer contacto y el que utiliza un mayor porcentaje de personas. Estas características lo hacen idóneo como el entorno donde explorar y aplicar estrategias para la reducción de las desigualdades en salud. Asimismo, creemos necesario que se publique un informe anual que analice la situación de desigualdad cada año para proponer objetivos medibles y alcanzables para el ejercicio presupuestario siguiente. Se deben crear redes de profesionales que promuevan el nivel de discusión profesional para aumentar la visibilidad de las desigualdades como un problema de salud, tanto en el entorno profesional como entre la población. El Gobierno debe aumentar la información sobre los recursos sociosanitarios y la forma de utilizarlos y, lo que es más importante, la coordinación entre el ministerio y las distintas comunidades

autónomas, reforzar el papel del observatorio de la salud del Sistema Nacional de Salud y que el Ministerio de Sanidad y Política Social incremente el importe del Fondo de Cohesión Sanitaria con el objetivo de evitar las desigualdades en salud en nuestro sistema sanitario. El plan de calidad del Sistema Nacional de Salud prevé la actuación del Observatorio de la salud para velar por la cohesión y la equidad en nuestro sistema sanitario.

Por tanto consideramos que, en un momento en el que se hace necesaria la austeridad de las administraciones públicas, no debemos crear nuestras estructuras sino eliminar aquellos organismos, ministerios o vicepresidencias inútiles, tal y como se aprobó ayer en el Pleno de esta Cámara. Lo que hay que hacer es justamente lo contrario, es decir, potenciar los organismos que ya tenemos. Asimismo, tal y como venimos demandando desde el Partido Popular desde hace varios años, creemos conveniente aumentar el Fondo de Cohesión Sanitaria con un objetivo: garantizar, entre otras cosas, la equidad de nuestro sistema sanitario. Estoy convencida de que vamos a llegar al consenso en esta iniciativa, como así lo ha manifestado el señor Llamazares, en aras a erradicar cualquier discriminación que se produzca en la salud de los españoles. **(Un señor diputado: ¡Muy bien!)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Tiene la palabra la señora Corral Ruiz por el Grupo Socialista para defender su enmienda.

La señora **CORRAL RUIZ**: Señorías, el Grupo Socialista agradece la posibilidad que nos ha dado el portavoz del Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds, el señor Llamazares, de debatir este tema.

La reducción de las desigualdades en salud es una de las prioridades de este grupo, especialmente las desigualdades en salud pública, porque tenemos claro, como ya se ha dicho aquí, que el modo en que vive la gente, sus hábitos, el nivel de instrucción o el género afectan a las posibilidades de enfermar y también al riesgo de morir de forma prematura. El señor Llamazares daba algunos ejemplos y es claro que la esperanza de vida de una niña que nazca hoy puede ser de 80 años o más si nace, por ejemplo, en España y no llegar a los 45 años si nace en algún país de África.

Sabemos que dentro de nuestro país, como se ha puesto de manifiesto, también hay diferencias sanitarias en función siempre del desfavorecimiento social, así se ha puesto de manifiesto en los escasos estudios —que los hay— que se han hecho en diferentes territorios del Estado español, por ejemplo, en Cataluña, en Andalucía o en el País Vasco; hay planes en diferentes comunidades españolas que ponen de manifiesto que el factor socioeconómico puede ser un riesgo para nuestra salud. El objetivo de reducir esta brecha de inequidad en salud y de profundizar en el abordaje de los determinantes sociales que hacen y confluyen en estas situaciones ha sido el motivo por el que el Ministerio de Sanidad y Política

Social tiene ya constituido y trabajando desde hace meses un grupo que se llama el grupo nacional de trabajo, en el que están representados diferentes territorios. Es un grupo intersectorial, que está coordinado con las comunidades autónomas y que está elaborando una estrategia nacional que va a proponer en el Consejo Interterritorial de Salud, que se convertirá en un plan de análisis. El objetivo es intervenir directamente en los determinantes sociales.

Asimismo, el ministerio trabaja en estrecha colaboración con la Unión Europea y con la Organización Mundial de la Salud en la reducción de desigualdades sociales en salud y, en este sentido, a través de la Dirección General de Salud Pública el ministerio también forma parte activa de un grupo de expertos de desigualdades en sanidad en la Comisión Europea. A mí lo que me ha parecido más interesante cuando he intentado preparar esta contestación a la proposición no de ley es que el Ministerio de Sanidad ha pensado, aprovechando la Presidencia de la Unión Europea, que ésta tiene que ser una prioridad para el primer semestre de 2010. De hecho, tiene ya planteado un reto que lo titula Innovación en salud pública, monitorización de los determinantes sociales y reducción de las desigualdades en salud. Con el objeto de mejorar estas desigualdades, va a actuar profundizando en la evaluación de las mismas, desarrollando un sistema de indicadores de seguimiento de las políticas públicas e incorporando estos indicadores al sistema de información. Se ha elaborado también un documento, en el que ha participado la Dirección General Sanco de la Unión Europea y la oficina de la Organización de Mundial de la Salud de Venecia, para la inversión en salud y desarrollo. En este sentido, hay que añadir que el Gobierno destinará específicamente dinero a esta estrategia de equidad en el objetivo 7 y en el seguimiento de la Resolución 6214.

Seguro que también SS.SS. recordarán que hace pocos meses estubo en Madrid invitado por el ministerio el señor Marmot, que ha presidido la Comisión de Determinantes Sociales. Ha venido con el objetivo de difundir un informe importante a nivel mundial elaborado por la Organización Mundial de la Salud, que se titula Informe sobre cómo subsanar las desigualdades sanitarias en una generación. El señor Marmot se ha reunido en diferentes foros y también ha tenido una reunión —esto también lo quiero destacar— con representantes de todos los departamentos de los diferentes ministerios que pueden tener que ver con este objetivo.

Para terminar quiero comentar dos proyectos españoles de los que nos podríamos sentir orgullosos en esta dirección. El primero, que arrancó en 2003 y se ha estado implementando todos los años, es la estrategia nacional de equidad en salud dirigida al pueblo gitano. Tiene este nombre quizás un tanto redundante, pero es un proyecto del que toman ejemplo y modelo en diferentes países. En concreto este año se presentó el 28 de abril un informe que respondía a una encuesta comparativa de salud entre la población gitana y la población general de España y se veían con claridad los determinantes sociales que

evidencian la desigualdad de salud entre estas dos poblaciones. Les recomendaría que visitaran la página del ministerio porque está ampliamente comentado este estudio de salud. El segundo proyecto del que también nos podemos sentir orgullosos es que ya el ministerio lleva tiempo separando y desglosando la variable género para su posterior análisis. Habrán visto los informes que periódicamente se envían sobre salud y género y que abordan las desigualdades en morbilidad y mortalidad, en las condiciones de vida, fundamentalmente de las mujeres relacionadas con el otro género. En este caso, este año también han profundizado en la influencia de las profesiones.

Para finalizar, el Grupo Socialista considera —esto hay que decirlo también— que esta Comisión de Sanidad tiene un papel especial seguramente de protagonismo, al igual que el Ministerio de Sanidad y Política Social. El objetivo que nos proponemos conseguir, la equidad en la salud, la salud desde la globalidad del término, trasciende a este ámbito y debe ser siempre abordado intersectorialmente. Sabemos que el reto que nos proponemos es complejo y que para avanzar en profundidad hay que abordar con empeño, de forma global, entre todas las comunidades autónomas y entre todas las partes que influyen en nuestro objetivo. Hay que avanzar profundizando en nuestro Sistema Nacional de Salud, las políticas sociales, las políticas de integración, las políticas educativas, las políticas de empleo, desde luego también las políticas de igualdad de género. En definitiva, siguiendo en el desarrollo del Estado de bienestar, que sin duda es la forma que entiende este grupo más segura de garantizar la igualdad de oportunidades. Avanzando en la justicia social, conseguiremos esta equidad en salud, que es el objetivo de esta proposición no de ley.

Termino asumiendo en nombre de mi grupo un compromiso, que todo lo expuesto va a quedar reflejado dentro del proyecto de ley que dentro de poco entrará en esta Cámara, en este caso dentro del proyecto de ley de salud pública, que incluirá un eje de equidad y que incorporará de forma específica las desigualdades en salud. Agradezco nuevamente esta oportunidad y estoy segura, después de escuchar con atención a los dos portavoces que me han precedido en el uso de la palabra, de que esta proposición no de ley cuenta con suficiente sensibilidad para llegar al acuerdo.

**APROBACIÓN, CON COMPETENCIA LEGISLATIVA PLENA, A LA VISTA DEL INFORME ELABORADO POR LA PONENCIA, SOBRE LA PROPOSICIÓN DE LEY DE MODIFICACIÓN DE LA LEY 29/2006, DE 26 DE JULIO, DE GARANTÍAS Y USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 122/000142.)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Pasamos al último punto del orden del día, relativo a la

aprobación, con competencia legislativa plena, a la vista del informe elaborado por la ponencia, sobre la proposición de ley de modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantía y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

Antes de iniciar el debate de la proposición de ley de modificación de la ley que acabo de mencionar, la Comisión debe ratificar el nombramiento de la ponencia, de conformidad con la norma 5ª de la resolución de la Presidencia sobre designación y funciones de las ponencias, de 23 de septiembre de 1986. ¿Puede entenderse ratificada la ponencia que ha informado la mencionada iniciativa legislativa? (**Asentimiento.**)

Entramos entonces en el debate de este punto del orden del día. Quedan vivas dos enmiendas del Grupo Parlamentario Popular, las números 3 y 4, para cuya defensa tiene la palabra el señor portavoz, Mario Mingo.

El señor **MINGO ZAPATERO:** Intervengo en representación del Grupo Parlamentario Popular no solo para defender las dos enmiendas que quedan vivas en relación con la modificación de esta ley, sino para manifestar la posición de mi grupo en relación con esta proposición de ley, que se deriva —lo vimos en el Pleno antes del verano— de las distintas demandas por parte de profesionales, en concreto podólogos, enfermeros y fisioterapeutas, para aproximarse o tener mayores responsabilidades en el uso y manejo de los distintos medicamentos. Es verdad que durante estos meses los distintos grupos parlamentarios han trabajado y el texto de la ponencia que aprobamos ayer es completamente distinto del texto de la proposición de ley presentada inicialmente, el cual creo que tiene indudables mejoras. En el debate en el Pleno, personalmente tuve ocasión de decir que, a mi juicio, era de enorme trascendencia que mantuviéramos el espíritu de la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias, sobre todo su artículo 9, que enmarcara la evolución de las distintas profesiones sanitarias y que se hiciera siempre con consenso, porque este fue el criterio que empleamos en el año 2003 para aprobar aquella ley. Pues bien, creo que hay una parte de ese consenso que se mantiene en el informe de la ponencia y quiero resaltarlo porque es conveniente. En primer lugar, los podólogos ven recogidas sus demandas. En el informe de la ponencia se recoge perfectamente su capacidad para prescribir en el ámbito de las competencias. En segundo lugar, el informe de la ponencia recoge bastante acertadamente un problema que están demandando los enfermeros en su práctica clínica diaria, las dificultades que tienen en el uso de los medicamentos, para las que vienen demandando desde hace años una solución. En el informe de la ponencia hay una propuesta resolutive satisfactoria en ese sentido, que implícitamente afecta al artículo 9 de la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias. A mi juicio, en la ley se recogen tres pilares que son de enorme trascendencia, en los cuales quiero incidir en esta intervención. En primer lugar, pone de manifiesto la nece-

sidad de que las condiciones en las cuales puede producirse la delegación de las actuaciones, en este caso la prescripción, deben estar establecidas de antemano, es decir, delimitación de los medicamentos y productos sanitarios que pueden ser prescritos por enfermeros y en la situación en que deben hacerlo o, lo que es lo mismo, lo que nosotros demandábamos, que eran protocolos de actuación. Esto viene recogido en el informe de la ponencia. En cuanto al segundo pilar básico que defendemos, como condición necesaria para dicha delegación, el que recibe la delegación tiene que tener la capacidad para llevar a cabo esa actuación y, en la medida en que eso sea posible, dicha capacidad debe ser objetivada con la pertinente acreditación. Se recoge muy bien en el informe de la ponencia esa acreditación por parte de protocolos y de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, lo cual es intrínsecamente positivo. Por lo tanto, en ese sentido mi grupo apoya esa propuesta en tanto en cuanto defiende que los distintos profesionales deben estar cada día mejor capacitados, deben tener cada día mayor formación y deben tener cada día mayor responsabilidad. Esto ya lo decíamos en el año 2003 y está recogido en la LOPS. Y el tercer pilar en el que quiero insistir —no lo recoge implícitamente y me hubiera gustado, pues esta es una de las lagunas que mantengo en el criterio de no pacto total en relación con esta ley, que se hubiera recogido explícitamente en el marco de la ley— es que para resolver los problemas interprofesionales tiene que haber pactos. Si bien es fundamental adecuar nuestro sistema sanitario a la realidad que vive nuestra sociedad hoy, no menos importante es estructurar adecuadamente no solo las facultades de prescripción, sino su contrapartida, es decir, la responsabilidad exigible a cada profesional sanitario en cada actuación médica. En este sentido, acogemos con gran satisfacción el acuerdo alcanzado con los profesionales de la medicina y de la enfermería, un acuerdo que permitirá que en la práctica diaria los médicos y los profesionales de enfermería, en lo que a prescripción de medicamentos se refiere, esté regida por la colaboración y la transparencia y no por la confrontación, y esto es positivo. Por tanto, hay aspectos positivos, pero también hay aspectos que no se recogen completamente, según el criterio del Grupo Parlamentario Popular. Ya he mencionado uno, que es implícitamente lo que entendemos como una apelación clara, directa y rotunda a la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

En segundo lugar, me parece que se nos queda algo cojo y es que hay unos profesionales a los que no estamos atendiendo, los fisioterapeutas. ¿Por qué? Sinceramente, mi grupo ha demandado desde el primer momento, y desde luego en la ponencia, que incorporemos a los fisioterapeutas en este campo como los otros profesionales sanitarios. No es una cuestión baladí. Estos profesionales cuentan con formación adecuada, utilizan medicamentos y productos ortoprotésicos en su práctica clínica diaria, los manejan adecuadamente y hay una conexión clara con el médico fisioterapeuta y con el médico rehabili-

tador. Por tanto, parece razonable que esta Cámara y los distintos grupos políticos acepten esta enmienda y les emplazo para que lo hagan porque supondrá dos cosas. En primer lugar, vamos a evitar dobles consultas en muchos casos y vamos a agilizar el sistema sanitario español. En segundo lugar, les vamos a dar competencia exactamente igual, con protocolos y con guías prácticas, con el colegio de médicos correspondiente. Creo que es un punto de partida que dejo encima de la mesa y estoy seguro que lo podríamos trabajar en el futuro para llegar a un acuerdo en este sentido.

El segundo punto —y con ello termino, señora presidenta—, es una demanda que nuestro grupo viene haciendo desde hace muchísimo tiempo. Parece lógico que todos los recursos económicos que ofrece el sistema vuelvan al sistema. En este caso los recursos diarios de la factura farmacéutica pasan al Carlos III y a la investigación en el Carlos III; y resulta que la investigación del Carlos III depende del Ministerio de Ciencia y Tecnología y no del Ministerio de Sanidad y Política Social. Aprovechando que hay una disposición adicional en el tema que estamos debatiendo hoy, mi grupo mantiene una discrepancia en ese sentido. Parece razonable que los ingresos derivados del gasto en medicamentos reviertan al Ministerio de Sanidad y Política Social para investigación biomédica en el campo sanitario. Esta es una oportunidad y demando a los distintos grupos políticos que la valoren para que voten afirmativamente estas dos enmiendas.

Entendemos que el informe de la ponencia es muchísimo mejor que el informe previo, pero no podemos llegar a un acuerdo completo porque no se nos aceptan enmiendas que consideramos transaccionales y que son más ambiciosas en la línea política que estoy defendiendo. Por tanto, quiero manifestarles que la posición final de mi grupo no podrá pasar más allá de la abstención.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Señor Mingo, entiendo entonces que ha hecho uso de la palabra tanto para defender las enmiendas como para posicionar a su grupo.

No es necesario el turno en contra para las enmiendas. Pasamos entonces a la posición del resto de los grupos con el turno de portavoces. Tiene la palabra la señora Tarruella por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió).

La señora **TARRUELLA TOMÀS**: Esta proposición de ley que estamos debatiendo aquí, como ha dicho el portavoz del Grupo Parlamentario Popular, empezó todo su trámite ya en el mes de febrero con la presentación de unas iniciativas. Vimos en el mes de abril en el Pleno del Congreso su toma en consideración, que fue aprobada por unanimidad de todos los grupos políticos. Después del largo proceso parlamentario de todos estos meses, ha ido variando y creo que al final hemos llegado a un gran y buen consenso entre todos los grupos políticos.

Tal como dice su exposición de motivos, en las profesiones sanitarias son crecientes los espacios competenciales compartidos. Como tal, teníamos que regular las competencias de los profesionales del ámbito de salud, darles a cada uno los medios y regularizarlas. Cuando se hizo la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios una parte de estos profesionales muy importantes en el ámbito de la salud y que forman parte de un equipo multidisciplinar quedó fuera en una especie de ilegalidad. Lo que hasta ese momento había sido una alegalidad, en el momento en que se aprobó esa ley quedó como una ilegalidad. Al mismo tiempo a los podólogos, a los profesionales que cuidan de la salud de los pies de los ciudadanos, también les debíamos esa competencia que tenían asumida y que se les prohibía para poder prescribir todos los medicamentos que ellos utilizan en su práctica diaria para la salud y el cuidado de los pies. Esto quedaba también fuera de la legalidad.

Creo que con esta proposición de ley y con la transaccional que aprobamos ayer en ponencia y con la que en un principio estábamos todos de acuerdo, después de todo este largo proceso de conversaciones con las organizaciones colegiales, tanto de médicos como de enfermería, se ha llegado a una buena redacción que corrige en parte los problemas de gran inseguridad jurídica en los que durante este tiempo se han visto inmersos los profesionales de la podología, como he dicho, pero también de la enfermería. Si hablamos, por ejemplo, de las matronas —enfermeras especialistas—, ¿qué mayor incongruencia que, cuando por ley y cuando una directiva europea les reconoce que son las responsables de vigilar la salud en el embarazo de la mujer y son las que tienen que visitarlas, no puedan llegado el momento ni hacer una receta de vitaminas? ¿Tienen que ir luego a la consulta del compañero médico para que firme lo que dentro de su ámbito competencial ellas creían que necesitaban las personas que atienden bajo su responsabilidad? Eso se tiene que corregir. En el ámbito de los profesionales de enfermería, su misma profesión, los cuidados de enfermería, la atención al paciente que ellos dan —y dan muy bien— dentro de todo el equipo de salud implican en su día a día recetar, indicar, usar o autorizar productos sanitarios y algunos medicamentos que son de libre dispensación, que después en la calle cualquier persona puede comprar y que en las mismas farmacias, no ya los profesionales farmacéuticos que están en todo su derecho, sino cualquier persona o vecino se atreve a recomendar. Sin embargo, resulta que los profesionales de enfermería después de hacer una cura no pueden indicar nada, ningún uso de los que en su práctica diaria deben y tienen que utilizar.

Con la defensa de esta proposición de ley hemos llegado a una buena redacción. Seguro que los profesionales de enfermería hubieran querido ir mucho más allá, pero en aras al consenso, ya que los profesionales médicos y enfermeros lo que deben hacer —como ha dicho hace un momento el portavoz del Grupo Parlamen-



tario Popular— es trabajar conjuntamente y colaborar y nunca enfrentarse y ya que nosotros como responsables políticos hemos de procurar que no haya enfrentamientos sino colaboración, utilizando esta responsabilidad que tenemos creo que hemos llegado a un acuerdo y a un consenso bueno y amplio. Tengo que decir que me hubiera gustado que hubiera unanimidad al respecto. Por lo menos espero que no haya ningún voto en contra. Si no puede haber el voto positivo de todos los grupos políticos, espero que después de todo el trabajo que todos hemos hecho en el momento de la votación esto sea respaldado por una amplia mayoría y sin ningún voto en contra. Los profesionales lo necesitan.

Para terminar —veo que se me está terminando el tiempo—, quiero volver a repetir y leer la parte siquiera de la disposición adicional duodécima porque esto aclara mucho la cesión que todos hemos hecho en aras al consenso, de la responsabilidad y para dar garantías a todos los profesionales sanitarios y, sobre todo, a la población. Con este acuerdo, los que lógicamente van a salir beneficiados son los pacientes y la población en general. Vamos a ganar en tiempo y vamos a ser más operativos en el ámbito sanitario si, después de las atenciones y de los cuidados de enfermería, evitamos que luego se vaya a la consulta de otro profesional a que le firmen las recetas. Además, las enfermeras, que están muy bien preparadas y para ello están además autorizadas, podrán ejercer con plena legalidad eso que en el día a día desde hace tiempo y muchos años, con el visto bueno y el beneplácito de muchas administraciones, se ha estado haciendo hasta ahora. Voy a leer la parte de la parte disposición adicional duodécima que lo recoge, donde dice que el Gobierno regulará la indicación, uso y autorización de dispensación de determinados medicamentos sujetos a prescripción médica —está claro que los productos sanitarios no sujetos a prescripción médica los enfermeros ya los pueden recetar de forma autónoma; lo decía esta ley en el otro apartado— y, en el ámbito de los cuidados tanto generales como especializados, fijará con la participación de las organizaciones colegiales, enfermeros y de médicos, los criterios generales, los requisitos específicos y los procedimientos que para la acreditación de estos profesionales, con efectos en todo el territorio del Estado, se tendrá en cuenta en las actuaciones previstas en este artículo. No leo todo el artículo porque lo conocemos después de tanto tiempo que lo llevamos trabajando, pero ¿por qué leo esto? Porque mayores garantías ya no se pueden dar; están todas las garantías al respecto.

Por tanto, quiero agradecer aquí el trabajo de todos en este largo proceso. Quiero agradecer también a las organizaciones colegiales, tanto de médicos como de enfermeros, el esfuerzo que han hecho cediendo en lo que querían y lo que les hubiera gustado en el ámbito de sus respectivas competencias para hacer que por fin se les saque de una inseguridad jurídica y que puedan trabajar en colaboración todos ellos juntos y nunca con enfrentamientos. Además, estoy segura de que todo esto repercutirá en una mayor eficacia, una mayor eficiencia

y sobre todo en una todavía mejor atención en beneficio de los pacientes.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Por el Grupo Parlamentario Socialista tiene la palabra la señora Grande.

La señora **GRANDE PESQUERO**: Repasando las intervenciones de la toma en consideración de la proposición de ley en el Pleno del pasado 28 de abril —hace hoy exactamente seis meses—, me gustaría recordar dos cosas. Una de ellas es el final de la intervención del señor Mingo, que decía: Les invito, señorías, a que nos tomemos las cosas con calma —seis meses, señor Mingo; nos la hemos tomado con calma, sin prisa pero sin pausa, porque sabe usted bien que hemos trabajado juntos y que hemos trabajado bien—, que seamos serenos, que tengamos medida, que escuchemos a todos los profesionales, que les pongamos de acuerdo —que en aquel momento usted decía: no lo están— como en el año 2003 —lo acaba de decir hoy también—, en el que todos estuvieron de acuerdo, porque con un poco de cuidado y con bastante atención nos podremos poner todos de acuerdo en beneficio de la sanidad española. Aprobando hoy esta proposición de ley, vamos a cumplir con el último deseo que usted decía antes de bajarse de la tribuna hace exactamente seis meses. Quería también recordar parte de la intervención que esta portavoz hizo en nombre de mi grupo parlamentario. Me acuerdo que decía en aquel momento y mantenemos hoy —y voy a leer textualmente, porque es bastante clarificador y realmente es un poco el meollo, el corazón de la cuestión— que, entre la facultad absoluta o la nula de prescribir, hay puntos intermedios, que son los que pretendemos regular con esta norma, y que ejercitada por profesionales cualificados, con la acreditación pertinente que fuere necesaria, y en base a su formación universitaria, unida a los suficientes conocimientos académicos, a la formación continuada y a las habilidades adquiridas en la práctica asistencial, vendrá a amparar jurídicamente tareas que desde hace años están siendo asumidas por estos profesionales y que, por supuesto, deberán hacerse en base a la cooperación y dentro de unos protocolos multidisciplinarios, fruto del imprescindible consenso de las sociedades científicas representantes de las profesiones sanitarias. Apelábamos en aquel momento a que los grupos parlamentarios pudiéramos encontrar durante el periodo de enmiendas —durante todo este tiempo— fórmulas que mejorasen la proposición de ley y que vinieran avaladas por el trabajo, el acuerdo previo y el consenso inexcusable entre la organización médica y la enfermería. Pues bien, señoría, el momento ha llegado y creo que los deberes están hechos. Hoy, después de muchos días de trabajo conjunto con las organizaciones profesionales, que representan a médicos, enfermeros y podólogos, con los grupos parlamentarios presentes hoy en esta sesión, con todos y sin excepción, y también con el Gobierno, representado por el Ministerio de Sanidad y

Política Social, hemos llegado a un texto muy consensuado y que mejora en mucho —y lo han reconocido los portavoces que me han precedido en la palabra— el texto que se presentó el 28 de abril en el Pleno.

Quiero en nombre de mi grupo y en el de mis dos compañeras ponentes, Soledad Pérez Domínguez y Guadalupe Martín González, agradecer a todos y todas los que han participado en este trabajo con un espíritu constructivo y colaborador el esfuerzo hecho, que ha permitido conseguir el texto que se incluye en el dictamen de la ponencia que hoy vamos a votar y que creemos va a conseguir, por un lado, el amparo jurídico a una realidad que se da en el día a día de los servicios de salud de nuestro país y, por otro, mantener e incluso mejorar la calidad de la atención a los pacientes, ampliando, ordenando y garantizando las competencias de estos profesionales sanitarios, y además evitar situaciones injustas —lo decía la diputada Tarruella— como las que estaban padeciendo históricamente los podólogos. Quizá no sea el texto ideal soñado por algunos colectivos al principio de la tramitación o también exceda a lo que otros estaban dispuestos a admitir, pero todo el mundo ha de reconocer que mejora en mucho la situación actual y que es además —y permítanme que insista— fruto del diálogo y de la búsqueda activa de puntos de encuentro entre los representantes de los profesionales implicados, las autoridades sanitarias y, señorías, nosotros mismos.

Quisiera también razonar el voto contrario a las enmiendas que ha mantenidas el Grupo Parlamentario Popular en cuanto a la inclusión de los fisioterapeutas en esta ley. En este momento, en el mes de octubre de 2009, no podemos estar de acuerdo con los argumentos que esgrimen para su incorporación, como son las competencias profesionales para prescribir dentro de su ámbito de actuación y el currículum académico que contempla la adquisición de conocimientos para el uso de medicamentos. La verdad es que hemos estado buscando el amparo jurídico de ambos argumentos, y lo cierto es que en la orden CIN/2135/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de fisioterapeuta, entre las competencias que los estudiantes deben adquirir, analizando las diecinueve competencias incluidas y descritas en el anexo de esta orden, no hemos podido encontrar nada sobre prescripción o indicación de fármacos o productos sanitarios, nada que contemple específicamente competencias en el ámbito de la farmacología. Además, en los planes de estudio para este curso 2009-2010, de los 28 centros que impartirán los nuevos estudios de grado en fisioterapia, según la relación del Ministerio de Educación, solo diez incorporan la farmacología como asignatura obligatoria, en su mayoría compartida con bioquímica o nutrición, y en dos centros más es una asignatura optativa. Por tanto, no lo es en los 28 centros que van a impartir los nuevos estudios de grado. Por último, los pacientes que atiende en el sistema sanitario

público el fisioterapeuta son pacientes referidos, por tanto, siempre tienen un médico, bien sea de familia, rehabilitador, traumatólogo o reumatólogo responsable de la prescripción del tratamiento, tanto del primer tratamiento como de sus posibles variaciones; y usted mismo lo ha reconocido en su discurso, señor Mingo. Por todo ello, no podemos hoy votar afirmativamente las enmiendas del Grupo Parlamentario Popular.

Termino, señora presidenta, diciendo que mi grupo está muy satisfecho de esta ley que previsiblemente vamos a aprobar en unos momentos, de su texto y de cómo hemos llegado a él. Ha sido un recorrido y un camino de debate, de trabajo, de conversaciones, de cruzar documentos, pero muy alentador y enriquecedor porque ha sido mucho trabajo con las sociedades científicas, con los colectivos sociales, con los representantes de las sociedades científicas, con el Gobierno, y este texto va a significar un avance de modernidad y de calidad para nuestro sistema sanitario en general y para los pacientes y los profesionales en particular.

No podemos dejar de pensar —como también ha dicho la diputada Tarruella— que en el fondo y en primer lugar esto va a beneficiar a la calidad asistencial y a la asistencia del día a día del sistema sanitario de nuestro país; va a suponer la mejora de la seguridad jurídica de los profesionales, fundamentalmente la mejora en la atención y en la seguridad jurídica de lo que debe ser siempre el centro del sistema, que es el paciente, el ciudadano.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): La Mesa se suma, por supuesto, a la satisfacción por el trabajo que han realizado los grupos, pero no podemos pasar a la votación porque hemos acordado que no se votara antes de las seis y media. Suspendemos por tanto, la sesión hasta esa hora, o hasta que los grupos decidan que están preparados.

**Se suspende la sesión.**

**Se reanuda la sesión.**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Vamos a comenzar las votaciones de los puntos del orden del día. Tenemos transaccionales en todas las proposiciones no de ley, hay que leerlas y lleva un poco de tiempo.

En primer lugar, proposición no de ley relativa a la atención a los niños que padecen hiperactividad, del Grupo Parlamentario Popular. La transaccional dice así: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a continuar adoptando las medidas necesarias para asegurar una atención integral a las personas que padecen trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, en especial atención a: 1) Facilitar el diagnóstico precoz del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad mediante la elaboración y difusión de una guía de práctica clínica que sirva de apoyo a los profesionales sani-

tarios tanto de atención primaria como especializada, así como entre los profesionales educativos en base al capítulo I del título II de la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. 2) Seguir impulsando, en el marco de la estrategia de salud mental, con sus consiguientes recursos asignados, que las comunidades autónomas adecuen los servicios en programas específicos de reeducación psicopedagógica para el aprendizaje en el control de las manifestaciones del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad para dar respuesta a las necesidades de niños, niñas y adolescentes.

### Efectuada la votación dijo

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

La segunda proposición no de ley, sobre desigualdades y salud, del Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds, queda como sigue. El punto 1 es el punto 1 de la enmienda del Grupo Socialista. No sé si quieren que lo lea entero. **(Denegaciones.)** El punto 2 es el punto 2 de la enmienda del Grupo Popular. Los puntos 3 y 4 son los puntos 3 y 4 originales y el punto 5 dice así: Que en relación a las desigualdades en salud se tenga en cuenta en los planes y líneas de investigación sanitarios y sociales.

La señora **CORRAL RUIZ**: Señora presidenta, tengo una curiosidad. Ha dicho que el punto 2 queda según la enmienda del Grupo Popular. ¿Incluye la expresión de acuerdo con las comunidades autónomas?

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): El punto 2 dice: Que las estrategias de salud del Sistema Nacional de Salud incluyan información sobre desigualdades de salud, así como objetivos de indicadores relacionados con su reducción. A tal efecto se reforzará el papel del Observatorio de la salud del Sistema Nacional de Salud como organismo responsable de velar por la equidad en la salud y se tomarán las medidas necesarias para fomentar la coordinación entre dicho observatorio y las comunidades autónomas.

### Efectuada la votación dijo

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

Proposición no de ley sobre la limitación de las tarifas máximas de voz y datos de las compañías de telefonía móvil, del Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds. La transaccional queda con dos puntos. Punto 1: Fortalecer, a través de los órganos competentes, medidas que fomenten y garanticen la competencia entre operadores de telefonía móvil, con el fin de evitar la concertación de precios entre los operadores dominantes. Punto 2:

Impulsar, a través de los organismos competentes, las medidas necesarias, con el objetivo de que las tarifas para los mensajes de texto se correspondan a la media europea, en consonancia con la rebaja tarifaria que se impulsó desde la Comisión Europea para los SMS enviados y/o recibidos en *roaming*.

### Efectuada la votación, dijo

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

Proposición no de ley relativa a la extensión de beneficios fiscales a la Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer, del Grupo Parlamentario Popular. El texto de la transaccional es nuevo, por tanto, les voy a dar lectura del mismo: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a aplicar, en virtud de lo dispuesto en la disposición adicional quincuagésima cuarta de la Ley 2/2008, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2009, los máximos beneficios fiscales aplicables a la celebración del año internacional para la investigación en Alzheimer y enfermedades neurodegenerativas relacionadas, Alzheimer Internacional 2011, a las actuaciones relacionadas con el acontecimiento, en los términos establecidos en dicha regulación, y entre ellas muy especialmente las realizadas por la Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras demencias, Ceafa, y la Asociación Nacional del Alzheimer, Afal, dado el singular papel que vienen desempeñando en la lucha contra esta enfermedad.

### Efectuada la votación, dijo

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

Proposición no de ley relativa al control sanitario del pez panga, presentada por el Grupo Parlamentario Popular. Tiene cuatro puntos. El punto 1, que corresponde a la enmienda del Grupo Parlamentario Socialista, dice así: Reforzar el control sanitario de todas las partidas de pez panga y del resto de productos de origen animal. Todo el resto del punto queda igual a la enmienda. Punto 2: Reforzar los controles de los servicios de sanidad exterior y los puntos de inspección fronterizos, PIF, en base a las alertas transmitidas a través del sistema alerta rápida para alimentos, piensos, Rasff, y mediante el programa coordinado de control de sanidad exterior en los que se incluye, entre otros productos alimenticios, el pescado de acuicultura y, por tanto, el pez panga. El punto 4 queda así: Promover, en el seno de la Unión Europea, la intensificación de los programas de control de las importaciones de productos alimentarios, incluido el pez panga. Punto 5: Que a través de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria, dentro de la estrategia NAOS, se ponga en marcha, en colaboración con el Ministerio de Medio Ambiente, y Medio Rural y Marino,

el Ministerio de Educación y las comunidades autónomas. **(La señora Cano Díaz pide la palabra.)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Sí, señora Cano.

La señora **CANO DÍAZ**: En el punto 5, donde dice que se ponga en marcha, debe poner que se impulse, en colaboración con el Ministerio de Medio Ambiente, y Medio Rural y Marino, el Ministerio de Educación y las comunidades autónomas. Lo del FROM a través del Ministerio de Medio Ambiente.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Repetimos el punto número 5: Que a través de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria, dentro de la estrategia NAOS, se impulse, en colaboración con el Ministerio de Medio Ambiente, y Medio Rural y Marino, el Ministerio de Educación y las comunidades autónomas, el consumo de pescado procedente de la actividad pesquera española. ¿Está así correcto?

La señora **CANO DÍAZ**: Antes del ministerio, hay que incluir a través del FROM, que es el organismo autónomo del Ministerio de Medio Ambiente. **(Rumores.)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): No queda más remedio que repetirlo. Lo siento, señorías. **(La señora Nadal i Aymerich pide la palabra.)**  
Señora Nadal.

La señora **NADAL I AYMERICH**: Señora presidenta, no es exactamente el texto al cual habíamos llegado, por tanto, someteríamos a votación el texto del Grupo Popular en este punto.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): La verdad es que el texto que nos han pasado no coincide exactamente.

La señora **NADAL I AYMERICH**: No coincide el texto que se ha pasado a la Presidencia con lo que se pretende desde el Grupo Socialista.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): ¿Quieren que suspendamos un minuto la sesión para que se pongan de acuerdo? **(Pausa.)**

Señorías, voy a dar lectura al punto 4 de la proposición no de ley relativa a control sanitario del pez pangas: Que a través de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria, dentro de la estrategia NAOS, se impulse en colaboración con el Ministerio de Medio Ambiente, y Medio Rural y Marino, el Ministerio de Educación y las comunidades autónomas el consumo de pescado procedente de la actividad pesquera española.

#### **Efectuada la votación, dijo**

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

Damos por concluida la parte referida a las proposiciones no de ley y pasamos a la votación de la proposición de ley de modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. En primer lugar, corresponde la votación de las enmiendas 3 y 4 del Grupo Parlamentario Popular.

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

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Quedan rechazadas.

Pasamos ahora a la votación del informe elaborado por la ponencia sobre la proposición de ley.

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

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Queda aprobado con competencia plena y se trasladará al Senado.

Se levanta la sesión.

**Eran las seis y cincuenta 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**

