



# CORTES GENERALES

## DIARIO DE SESIONES DEL

# CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Año 1999

VI Legislatura

Núm. 816

## SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. FELICIANO BLÁZQUEZ SÁNCHEZ

Sesión núm. 44

celebrada el miércoles, 1 de diciembre de 1999

Página

### ORDEN DEL DÍA:

#### Proposiciones no de ley:

- Relativa al desarrollo de programas socio-sanitarios dirigidos a las personas con discapacidades y otras dolencias que requieran atenciones preventivas o paliativas. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/001571.) ..... 24276
- Sobre medidas precisas para ampliar la oferta del servicio médico de fecundación in vitro a todos los grandes hospitales dependientes de la Comunidad de Madrid. Presentada por el Grupo Socialista del Congreso. (Número de expediente 161/001410.) ..... 24279
- Relativa al problema que está causando la anorexia en nuestra sociedad. Presentada por el Grupo anterior. (Número de expediente 161/001574.) ..... 24283
- Relativa al mantenimiento de las medidas de protección social y a la agilización del pago de indemnizaciones a las personas afectadas por el síndrome del aceite tóxico. Presentada por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida. (Número de expediente 161/001727.) ..... 24287

	Página
— <b>Comparecencia del señor Presidente ejecutivo del Instituto Nacional de la Salud (Núñez Feijóo) para informar sobre la actitud de los facultativos del Hospital Ramón y Cajal que han condicionado la posibilidad de un trasplante cardíaco al ciudadano saharauí Abdelhak Chaib Mohamed a una mejora de su situación socio-laboral, y para explicar los criterios que se valoran para la realización de trasplantes o para cualquier tratamiento, y si entre ellos se considera la situación socio-laboral del presunto receptor. A solicitud del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida. (Número de expediente 212/002388.)</b> .....	24287
<b>Preguntas:</b>	
— <b>De la señora Maestro Martín (Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida), sobre motivo del cese de doscientos cincuenta trabajadores contratados por obra y servicio en el Hospital La Paz del Insalud de Madrid. (Número de expediente 181/002712.)</b> .....	24294

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

#### **PROPOSICIONES NO DE LEY:**

— **RELATIVA AL DESARROLLO DE PROGRAMAS SOCIO-SANITARIOS DIRIGIDOS A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES Y OTRAS DOLENCIAS QUE REQUIERAN ATENCIONES PREVENTIVAS O PALIATIVAS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/001571)**

El señor **PRESIDENTE:** Señorías, buenos días a todos. Damos comienzo a la sesión de la Comisión con el orden del día que todas SS.SS. conocen, que es debate y votación de varias proposiciones no de ley. Informo a SS.SS. que a petición del Grupo Parlamentario Socialista se ha retirado la segunda proposición no de ley, sobre realización de una campaña informativa sobre los productos transgénicos.

A petición del Grupo Parlamentario Popular, y aceptado por los distintos portavoces, vamos a debatir en primer lugar la que figuraba en el orden del día como número 3, relativa al desarrollo de programas socio-sanitarios dirigidos a las personas con discapacidades y otras dolencias que requieran atenciones preventivas o paliativas. Dicha proposición no de ley ha sido propuesta por el Grupo Parlamentario Popular, y para su presentación y defensa tiene la palabra la señora Pardo.

La señora **PARDO RAGA:** Permítanme que en primer lugar dé las gracias por la magnanimidad de la Mesa y la comprensión del resto de los grupos al acceder a cambiar el orden del día.

Entrando en materia, y en representación del Grupo Parlamentario Popular, traemos ante el seno de la Comisión de Sanidad esta proposición no de ley relativa al desarrollo de programas socio-sanitarios dirigidos a las personas con discapacidad y otras dolencias que requieran

atenciones preventivas o paliativas. Sus señorías saben de los cambios demográficos operados en la sociedad española, y el envejecimiento de la población, la atención a las personas con envejecimiento y discapacidades y también otras que precisan de cuidados específicos, hacen necesario el desarrollo de nuevos servicios con la finalidad de incrementar la calidad de vida de todos los ciudadanos. Por ello, parece necesario, y así lo considera el Grupo Popular, al que represento, repito, parece necesario implantar programas de atención socio-sanitarios que vayan dando respuesta a las necesidades de las personas y de las familias que los tienen en su seno, y que se promueva la autonomía personal y la permanencia en el entorno familiar y social de estas personas afectadas.

Con esta proposición no de ley, mi grupo insta al Gobierno a dedicar una especial atención a la problemática de un sector amplio de la sociedad que requiere de cuidados paliativos y/o rehabilitadores. Son personas que además viven en sus hogares, lo que genera enormes sobrecargas familiares y está demandando a los poderes públicos la oferta suficiente, ágil y de calidad, de unidades básicas de atención o de acceso a tratamientos específicos, como es el caso de los programas de intervención para discapacitados en el medio acuático. Estos programas se prescriben habitualmente como cuidado paliativo o de rehabilitación de determinadas discapacidades, tales como el síndrome de Down, parálisis cerebrales, plurideficiencias y cualquier dolencia crónica que conlleve algunos trastornos psicomotrices.

Yo quisiera ponerles un ejemplo que he estado constatando, y es que en una ciudad como Madrid sólo existen dos instalaciones, y ellas son de ámbito privado, donde se les ofrece este tratamiento, que consiste en una piscina climatizada y unos monitores especializados que atiendan, casi con carácter individualizado, a las personas que necesitan este tipo de tratamientos o terapias. Es fácil, pues, imaginar que hay unas dificultades añadidas con las que se encuentran los afectados y sus familias a la hora de acceder a estos servicios, dada la escasa oferta existente, como ya se ha puesto de manifiesto, y es una cuestión que lleva a que en alguna ocasión más de las deseables algunos de los afectados se queden sin un tratamiento prescrito o reco-

mendado, y la constatación de este hecho preocupa al Grupo Popular. Vemos que en muchas ciudades hay innumerables instalaciones públicas desde las que se podría atender esta demanda, simplemente se tendrían que hacer las reservas de unas horas los días específicos, pero, eso sí, con un número suficiente de monitores especializados en el tratamiento de minusválías en el medio acuático. Bajo estas premisas son con las se ha argumentado esta proposición no de ley para atender a estas personas y que no tengan que depender de los medios privados.

Por otra parte, señorías, es verdad que esta proposición no de ley entra en un terreno socio-sanitario, por lo que podríamos verla lo mismo en la Comisión de Sanidad que en la de Trabajo y Asuntos Sociales. Por eso también permítanme que recalque aquí que el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, a través del Imsero, propone una estrategia de carácter local con una fuerte presencia del movimiento asociativo, por el enorme caudal de experiencia y conocimientos que estas asociaciones u organizaciones no gubernamentales pueden aportar. No cabe duda de que una estrategia de este tipo moviliza recursos y actuaciones en las que están implicadas las tres administraciones, es decir, Estado, comunidades autónomas y ayuntamientos. Es en ese contexto en el que se han de encuadrar determinadas relaciones de cooperación entre las distintas instituciones, pero fundamentalmente, y quizá por eso lo vemos en la Comisión de Sanidad, con el Ministerio de Sanidad y Consumo y con la Federación Española de Municipios y Provincias, a efectos de promover la atención socio-sanitaria y el impulso de todo tipo de servicios a nivel local, si es que queremos articular una oferta ágil de atenciones sanitarias y de servicios sociales, optimizando además el aprovechamiento de los recursos ya existentes, con la finalidad de poner a disposición de los posibles usuarios determinadas atenciones de carácter socio-sanitario con la mayor celeridad posible.

Se trata, pues, de la formación y entrenamiento de los profesionales, y de la reorientación de determinados servicios, que logre mejorar el aprovechamiento de todos los recursos existentes, introduciendo criterios de eficiencia y eficacia para atender estas nuevas demandas y atender al conjunto de la población, los servicios de atención específica y peculiar que requieran en el ámbito de programas relacionados con la atención socio-sanitaria. El desarrollo de estos servicios representa además, como saben SS.SS., un caudal importantísimo de nuevos empleos. El actual Gobierno piensa que la política social más solidaria es la que crea empleo. Es decir, se apuesta fuertemente por políticas activas de ocupación y en este sentido va encaminado el segundo punto de esta proposición no de ley o, lo que es lo mismo, arbitrar mecanismos de gestión ágiles, rápidos y económicamente lo más rentables posibles. Así se conseguiría, por una parte, formación de monitores para que encuentren un empleo; por otra parte, colaboración de organizaciones no gubernamentales o, lo que es lo mismo, la implicación o participación de la sociedad civil en temas socio-sanitarios que les preocupen; por último, y quizá el más importante de todos, atender a aquellas personas con discapacidades que requieren una atención especial en un medio acuático.

Por todo lo expuesto, y ya voy terminando, señor presidente, en la seguridad de que a todos los grupos parlamentarios nos mueve siempre la voluntad política de mejorar la calidad de vida y la atención socio-sanitaria de un sector de población especialmente vulnerable, pido el apoyo para esta iniciativa que, en nombre del Grupo Parlamentario Popular, he presentado esta mañana ante esta Comisión de Sanidad.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos que desean intervenir? (**Pausa.**)

Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra el señor Corominas.

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: Nos parece muy satisfactorio que se plantee el tema que da pie a esta proposición no de ley, aunque, como decía el representante del Grupo Popular, tal como está formulada, es más propia de una Comisión de Política Social o incluso de Cultura y Deporte que de Sanidad. Sobre todo estamos de acuerdo con la exposición que ha hecho la ponente del Grupo Popular, que da la impresión de que pertenece a un grupo que no es el que gobierna y que más bien estaría en un grupo de la oposición, ya que solicita una serie de cosas que el Gobierno no realiza.

Por otro lado, en esta proposición no de ley no se insta al Gobierno a que haga prácticamente nada, sino que se insta a que las corporaciones locales, la sociedad civil y las organizaciones no gubernamentales desarrollen unos programas, ya que si hay algunos en estos momentos —como decía la ponente hay muy poco en este ámbito, prácticamente no hay nada—, son estos organismos quienes lo están haciendo, es decir, la Administración local, las entidades no gubernamentales, y demás entes. Pienso que los Presupuestos para el año 2000 eran un buen momento para que se hubieran introducido algunas partidas para demostrar la voluntad del Gobierno en este tema, porque, como muy bien decía, yo pienso que en esta cuestión hay dos grandes campos de actuación. Por un lado, está la actuación de tipo paliativo, de rehabilitación del trastorno concreto y de los déficit psicomotores fundamentalmente en algunas discapacidades, que tendría un claro sentido de tratamiento curativo o paliativo y, por tanto, algo que debería ser visto o cubierto desde el Sistema Nacional de Salud. También hay otro aspecto importante para este grupo de pacientes que son enfermos crónicos, que tienen un trastorno, digamos, de por vida, que es la mejora de su calidad de vida. Por tanto, sería conveniente considerar estos dos aspectos.

Lo único que lamentamos es que la ponente no haya sido mucho más arrojada en cuanto a proponer cuestiones concretas, porque realmente es un tema en el que no hay prácticamente nada, y la proposición no de ley pienso que lo pone de manifiesto, es decir, no hay nada desde la perspectiva del Gobierno de este país y, si esta proposición no de ley sirve, como decía la portavoz, para mostrar la preocupación que el Grupo Popular tiene por estos temas, bienvenida sea. En este sentido, nuestro grupo parlamentario le dará soporte, no porque esté convencido de que lo que aquí se proponga sirva para gran cosa, sino para demostrar que realmente es un tema que conviene enfocar de una manera

sería, buscar alternativas válidas y para que todas las cuestiones que ha planteado, de las necesidades desde el punto de vista de los pacientes y de la creación de puestos de trabajo que todo este tipo de actividades generan, sean tomadas en consideración por el Gobierno y destinen algunas partidas presupuestarias a tal fin, para que el gasto sea cubierto por los sistemas públicos de este país con objeto de mejorar la vida de estos ciudadanos y ciudadanas que bastantes problemas tienen ya con sus discapacidades como para que se vean agravados por dificultades de este tipo, sobre todo, de que no puedan acudir a centros públicos. Vamos a dar soporte a esta proposición no de ley, aun cuando no nos convence demasiado en su fondo, por la inconcreción, la vaguedad y el poco compromiso gubernamental, y espero que el Grupo Parlamentario Popular traduzca en alguna otra iniciativa un mayor compromiso del Gobierno en estos temas.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario de Convergencia i Unió, tiene la palabra la señora Solsona.

La señora **SOLSONA I PIÑOL**: Según una declaración de la Organización Mundial de la Salud (la OMS) de 1986, la rehabilitación implica que el paciente pueda llegar a conseguir el nivel más alto de adaptación física, psicológica y social. Incluye todas aquellas medidas destinadas a reducir el impacto creado por las condiciones de discapacidad y minusvalía y que la persona afectada pueda conseguir una integración social óptima. Basándonos en estas consideraciones de la OMS, a nuestro grupo le parece oportuna la proposición no de ley del Grupo Popular impulsando medidas socio-sanitarias y de aprovechamiento de recursos, a fin de mejorar en lo posible los tratamientos a personas afectadas por el síndrome de Down, parálisis infantil u otras deficiencias.

Es necesario que la sociedad se sensibilice ante un nuevo grupo de necesidades que aún cuesta comprender y discriminar de forma positiva. Además de reivindicar la igualdad de oportunidades para las personas cuya diferencia se haya en lo físico o en lo psíquico, debemos apoyar medidas a fin de no fomentar su segregación, sino el reconocimiento por parte de la sociedad del derecho a realizarse plenamente con su identidad psicofísica. Por todo ello, señor presidente, nuestro grupo apoyará, como no podía ser de otra manera, la proposición no de ley presentada por el Grupo Popular.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario de Coalición Canaria, tiene la palabra el señor Gómez. **(El señor Caballero Basáñez pide la palabra.)**

Perdón, por el Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV), tiene la palabra el señor Caballero.

El señor **CABALLERO BASÁÑEZ**: Señorías, realmente a nuestro grupo, en alguna medida, esta proposición no de ley le parece un tanto patética, porque, se establecen una serie de generalidades con las que difícilmente se puede estar en desacuerdo, pero al mismo tiempo entendemos que cuando se plantea faltan determinadas explicitaciones. Por un lado, ciertamente la portavoz del Grupo Popular ya nos ha dicho que, por ejemplo, en Madrid hay

una escasa oferta, lo cual de alguna manera indica que alguien no ha hecho nada para que exista por lo menos esta oferta pública. Por otro lado, en el tercer párrafo se habla, de optimizar el aprovechamiento de polideportivos y piscinas climatizadas, existentes en las corporaciones locales, pero así como en el segundo punto se alude al establecimiento de convenios con organizaciones no gubernamentales, en ninguna parte se cita que hay que realizar los convenios que serían necesarios con corporaciones locales para optimizar precisamente ese aprovechamiento de polideportivos.

En una proposición no de ley en cuya exposición de motivos se dice que es preciso un desarrollo alternativo de la acción sanitaria básica que equilibre la acentuación de la atención curativa respecto de la atención preventiva paliativa e impulsando el desarrollo de programas socio-sanitarios, no se habla en ningún momento de la necesidad también de disminuir determinadas barreras, que serían muy necesarias para poder poner en marcha aspectos que se contienen en esta proposición. Por todo ello, aunque realmente tengo que decir que el cuerpo nos pediría votar en contra de esta proposición no de ley, nuestro grupo se va a abstener.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario de Coalición Canaria, tiene la palabra el señor Gómez.

El señor **GÓMEZ RODRÍGUEZ**: No se preocupe porque hable el último, por aquello de que los últimos son los primeros; así que a mí me es igual hablar al principio que al final.

En primer lugar, tengo que expresar mi satisfacción por utilizar esta sala y porque se haya recuperado el nombre de esta Comisión, de Sanidad y Consumo, porque cuando nos reunimos en otras salas es Sanidad con humos, y aquí hoy por lo menos se puede respirar con tranquilidad.

Entrando en la cuestión que nos afecta, debemos decir que aplaudimos la iniciativa que ha presentado el Grupo Popular. Aunque aquí se ha dicho que se refiere a temas genéricos y que también en muchas autonomías se viene desarrollando, no cabe la menor duda que todavía hay una desatención a un grupo social que no está atendido debidamente. La portavoz del Grupo Catalán leyó unos párrafos de una declaración de la Organización Mundial de la Salud, en los que se decía que se debe lograr el nivel más alto en lo físico y en lo psíquico para una óptima incorporación en la sociedad de este grupo de personas o de discapacitados.

En la iniciativa se habla de un programa concreto para discapacitados, en medios acuáticos, con los consiguientes complementos necesarios, como formación de monitores, celebración de acuerdos con ONG e instituciones especializadas y colaboración con diputaciones, cabildos y ayuntamientos que tienen instalaciones de piscinas, para que se permita a horas concretas la utilización por estas personas. Nosotros lo vemos perfecto y nos gustaría que esta, vamos a llamarle declaración, porque es más que nada una manifestación de ideas genéricas, se hiciera llegar a todas las comunidades, que son las competentes para llevarla a cabo, a fin de que este grupo de personas, hermanos nuestros, que se encuentren con esas discapacidades estén atendidos debidamente, y lograr lo que la OMS pide, que es buscar los

medios más rápidos para una mejor integración dentro de la sociedad. Votaremos favorablemente, señor presidente.

— **SOBRE MEDIDAS PRECISAS PARA AMPLIAR LA OFERTA DEL SERVICIO MÉDICO DE FECUNDACIÓN IN VITRO A TODOS LOS GRANDES HOSPITALES DEPENDIENTES DE LA COMUNIDAD DE MADRID. PRESENTADA POR EL GRUPO SOCIALISTA DEL CONGRESO. (Número de expediente 161/001410)**

El señor **PRESIDENTE**: Anuncio a SS.SS. que por acuerdo de los portavoces las votaciones se realizarían todas conjuntas a las 12.

Pasamos a la presentación y debate de la proposición no de ley que figura en el orden del día como número 1, sobre medidas precisas para ampliar la oferta del servicio médico de fecundación in vitro a todos los grandes hospitales dependientes de la Comunidad de Madrid, cuyo autor es el Grupo Parlamentario Socialista. Para su presentación y defensa tiene la palabra el señor Sáenz de Cosculluela. **(La señora Fernández de Capel Baños pide la palabra.)** Sí, señora Fernández de Capel.

La señora **FERNÁNDEZ DE CAPEL BAÑOS**: Para una cuestión de orden. Nuestro grupo no tiene inconveniente en debatir la proposición si fuese necesario, pero creemos que es una cuestión que atañe a la Comunidad Autónoma de Madrid, que tiene ya iniciadas sus transferencias competenciales. En este momento escapa al control de este Parlamento, poder establecer ninguna recomendación desde el mismo, si no es a través de la propia comunidad autónoma, que tiene sus mecanismos. Si el grupo proponente lo cree necesario, debatimos sobre ella, pero creemos que competencialmente no afecta a la Cámara.

El señor **PRESIDENTE**: Es evidente que la proposición no de ley ha sido calificada por la Mesa y reglamentariamente tenemos que someterla a debate y posterior votación.

Tiene la palabra el señor Sáenz de Cosculluela.

El señor **SÁENZ COSCULLUELA**: Voy a procurar ser breve, entre otras cosas porque la justificación de esta proposición no de ley, en sus aspectos básicos, se consolida con la mera lectura de la propuesta que ha sido publicada en el Boletín del Congreso.

El objeto de la proposición no de ley, y empezaré ya tratando de llevar un poco de luz jurídica a las observaciones del Grupo Popular, pretende que en el marco del convenio de cooperación sanitaria establecido entre la Comunidad Autónoma de Madrid y el Ministerio de Sanidad, este inste las actividades oportunas para que se aumente la oferta sanitaria en los hospitales de Madrid, dependientes de la Comunidad Autónoma de Madrid, de la fecundación in vitro.

Esta propuesta, como es lógico, responde a un problema. Creo que no necesito explicárselo a SS.SS. y sería un pesado si ahora me pusiera a hablar largo y tendido de lo que significa la fecundación in vitro en el ámbito de

muchas familias que no pueden tener por procedimientos normales descendencia. Sería absurdo que en estos momentos desarrollase ante ustedes la variada información desde el punto de vista técnico o científico que sería posible para aclarar el alcance de la fecundación in vitro. Cualquiera de SS.SS. a estas alturas sabe que ésa es una técnica al alcance ya de todos los servicios sanitarios españoles y de muchos países del mundo, y, por tanto, técnicamente hoy es posible que muchas parejas puedan resolver su deseo de tener descendencia, aun padeciendo determinadas limitaciones que no es el caso exponer. Por tanto, científicamente, técnicamente, hoy es posible facilitar la descendencia de muchas parejas.

Hay demanda social, señorías, es evidente. No hay más que ver las listas de espera de los hospitales de Madrid para hacerse una idea. Yo creo que además está justificado potenciar este tipo de medidas en el ámbito de esa política de protección familiar. Algunos se llenan la boca siempre hablando de la protección a la familia, pero luego, cuando se articulan mecanismos concretos, parece que ese afán proteccionista se reduce tan sólo a los gestos y no a las realidades. Hay una necesidad humana detrás de esta demanda.

Yo le puedo decir, señor presidente, y espero que los señores del Partido Popular tomen buena nota de ello, que, en este momento, una pareja, para lograr el tratamiento de fecundación in vitro en Madrid y sólo un ciclo, de los diversos que es posible plantearse en el tratamiento, espera hasta cuatro años, cuando en la medicina privada la espera no sobrepasa las tres o cuatro semanas si se dispone de las 500.000 ó 600.000 pesetas que cuesta el tratamiento privado. Por tanto, la espera en este momento llega hasta cuatro años, cuando no es posible plantearse esa espera como técnicamente razonable. En La Paz, concretamente, que es el último servicio que se ha abierto, en este momento la espera ya es de un año, y se ha abierto hace seis meses. En el Hospital Doce de Octubre la espera es de cuatro años. En el Hospital de Alcalá de Henares es de dos años. Son los tres únicos hospitales de la Comunidad de Madrid que prestan este servicio de fecundación in vitro.

Entonces, hay demanda social y es posible resolver este problema técnico, que al fin y al cabo no deja de ser un problema técnico para la medicina. ¿Qué razones puede haber para que la satisfacción social se produzca o para que se impida, depende del punto de vista? ¿Razones económicas, razones políticas? Yo les voy a decir una cosa, señorías. No puede haber razones económicas, porque en este momento, los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid donde no se presta el servicio de fecundación in vitro están dotados sanitariamente para prestar el servicio mañana. Hay médicos, hay especialistas, hay ATS, hay laboratorios y hay todos los recursos necesarios. Mañana podrían empezar a prestar este servicio en el Hospital Gregorio Marañón. ¿Por qué no se hace? Uno puede pensar, pues es que creen que es demasiado caro el servicio. No es cierto, ya está dotado de personal, existe ese personal. No quiero pensar que hay un afán de favorecer la medicina privada, que cubre en cuatro semanas lo que la sanidad pública tarda en cubrir cuatro años, pero con un coste de 500.000 ó 600.000 pesetas. Esto desde luego lo puede pagar mucha gente, pero hay muchos

otros que tienen que sacrificarse enormemente para recibir algo que es suyo.

¿Razones políticas? Ya hemos intuido cuál puede ser esa razón política: es que esto no es competencia de la Administración Central. Es rigurosamente falso, señoría. Lo he estudiado a fondo y por eso la Mesa ha tramitado esta proposición no de ley, porque tienen la misma convicción que el diputado que les habla de que habiendo un convenio de cooperación suscrito el 5 de febrero de 1985 entre la Comunidad Autónoma de Madrid y el Ministerio de Sanidad, a través de un protocolo en el que se permite al Ministerio instar, presionar, negociar, convenir lo necesario para ampliar la oferta pública médica —eso es posible con el convenio—, la proposición es viable jurídicamente, porque nosotros no pretendemos imponerle a la Comunidad de Madrid una resolución, sólo pretendemos que el Gobierno, ejercitando las facultades que le confiere ese convenio de cooperación, inste a la Comunidad de Madrid en el ejercicio de sus responsabilidades públicas, que las tiene; el ministro de Sanidad tiene el derecho y el deber de instar la mejor cobertura de la prestación sanitaria en toda España, ese derecho y esa obligación las tiene, y jurídicamente nadie le puede impedir que lo haga, absolutamente nadie. Otra cosa es, que la proposición no lo pretende, que este Parlamento vincule jurídicamente a la Comunidad Autónoma de Madrid para abrir ese servicio, pero esa tontería no la hemos planteado, porque eso sí sería una tontería desde el punto de vista jurídico-constitucional. Nosotros no podemos obligar materialmente a la Comunidad de Madrid a crear este servicio, pero sí podemos, a través del Gobierno de la nación, instar a ese Gobierno para que haga lo oportuno para que en Madrid no siga ocurriendo lo que está ocurriendo, que es un vergüenza, señorías, la verdad es que es una vergüenza. Que una familia modesta tenga que gastarse 600.000 pesetas o tenga que optar, si no tiene ese dinero, por esperar cuatro años para buscar descendencia, cuando técnicamente es viable, cuando se hace ya en muchos laboratorios ya privados también y cuando científicamente no hay obstáculo alguno, pues es bastante inexplicable.

Yo, señorías, les pido que voten a favor, porque no estamos pidiéndole al Gobierno nada del otro mundo. No le estamos generando gasto, no le estamos vinculando con una decisión políticamente discutible, inoportuna o problemática. Si lo único que le pedimos al Parlamento es que le diga al Gobierno: haga usted lo posible para que la Comunidad de Madrid lo haga. Si aprueban la proposición, por mi parte estoy dispuesto a no hablar para nada ni de Telefónica ni de otras cosas diversas que se prestarían a la polémica, pero, claro, es que estamos hablando de un coste de probetas, señorías. Lo que vale poner este servicio en el Hospital Gregorio Marañón no es más que el material de probetas, el desechable, porque el estable ya está también ahí. Ahora, si me están diciendo que no se le puede pedir a la Comunidad de Madrid, en el ejercicio de las competencias estatales, una cosa de éstas, ya uno no entendería nada, tendría uno que ponerse fuera de lo que es el diálogo razonable para poder contestar a una negativa de fondo.

Yo termino ya, señorías. Creo que las cosas han quedado, espero, suficientemente claras. Les insisto, si tienen escrúpulos por invadir el ámbito de las comunidades autónomas, pírdanlos, porque ni la Mesa del Congreso ha

entrado en esa consideración, porque no podía, ni nosotros le estamos pidiendo al ministro de Sanidad o al Gobierno de la nación que haga una barbaridad. Se mandata al Gobierno para que aborde e inicie, en el marco de la colaboración necesaria entre Comunidad de Madrid y el propio Ministerio, las medidas precisas para ampliar la oferta del servicio médico de fecundación in vitro a todos los grandes hospitales dependientes de la CAM. ¿Que la Comunidad de Madrid le pide dinero al Ministerio por ampliar ese servicio? Pues que lo negocien. Ya les anticipo que el coste es ridículo. Que lo negocien. Pero nosotros no estamos aquí estableciendo ninguna pretensión o formulación que afecte para nada al contenido jurídico-estatutario de la Comunidad de Madrid ni a las propias competencias del Estado.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos que desean intervenir? **(Pausa.)**

Por el Grupo Parlamentario (EAJ-PNV), tiene la palabra el señor Caballero.

El señor **CABALLERO BASÁÑEZ**: Evidentemente, como se señala en la motivación de esta proposición no de ley, a nadie se le oculta la trascendencia e importancia de estas nuevas técnicas médicas que permiten la fecundación artificial humana y que quedan ya bastante acreditadas con las regulaciones que se van produciendo en el ámbito internacional.

Por parte de nuestro grupo se piensa que la exposición del portavoz del Grupo Socialista ha sido bastante clara en lo que respecta al ámbito competencial, dada la existencia de este protocolo de coordinación entre el Ministerio de Sanidad y la Comunidad Autónoma de Madrid. También, como ya se ha dicho y como figura en la motivación de esta proposición no de ley, parece que nos encontramos ante unos plazos de espera de año y medio o dos años, en el ámbito de la sanidad pública, lo cual, ciertamente, también a nuestro grupo le plantea la sospecha de que, ante una demanda existente haya un cierto deseo de impulsar la sanidad privada. En este sentido, quiero decir una vez más que el Partido Nacionalista Vasco siempre se ha manifestado —y así actúa en el ámbito que tiene responsabilidad— claramente a favor de una sanidad pública de calidad. **(El señor vicepresidente, Mingo Zapatero, ocupa la Presidencia.)**

Creemos que la situación que motiva esta proposición no de ley realmente sólo se puede calificar como una vergüenza, porque aportando algunos datos diría que ante esta situación que existe en la Comunidad de Madrid, por ejemplo, en Euskadi, con la mitad de la población aproximadamente, existe una oferta en términos comparativos dieciocho veces superior, lo cual indica que algo falla. Además habría que tener también en cuenta que Madrid no deja de ser un punto de referencia para el resto del Estado. Por todo ello nuestro grupo va a apoyar esta proposición no de ley.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Mingo Zapatero): Por parte de Coalición Canaria, tiene la palabra el señor Gómez.

El señor **GÓMEZ RODRÍGUEZ**: La intervención de mi estimado señor Cosculluela tiene dos contenidos. En un

aspecto, no cabe la menor duda que sus razonamientos son lógicos, por cuanto él se refiere a un convenio concreto que existe entre la Comunidad de Madrid y el Gobierno Central. También me pregunto por qué la Comunidad de Madrid no ha hecho en la Asamblea de Madrid las peticiones necesarias. Pero bien, dejando esta cuestión a un lado, que yo pienso que es una competencia autonómica, comprendo que la realidad no sólo existe en Madrid; es lamentable esta situación en todas las comunidades españolas, salvo, por ejemplo, algunas que están muy adelantadas, como son la catalana y la vasca. Es un servicio muy fácil, cuya instalación requiere poco costo, siempre que se cuente con el personal y los medios.

Rechazo con todo cariño la afirmación de mi gran amigo don Carlos diciendo que Madrid es una referencia. Nosotros tenemos una indignación especial en estos días, porque la Comunidad de Madrid ha embargado los fondos sanitarios de la Comunidad de Canarias. Para mí no sirve esa referencia que usted habla, señor, porque se está violentando un principio jurídico admitido en este país desde el siglo pasado, que es la inembargabilidad de los fondos públicos. Dejando eso a un lado, y que no admito la referencia de Madrid, porque no ha sido ejemplar la actitud ni la actuación del consejero, el que sea, de esta comunidad, yo apoyaría esta iniciativa si se cambiase en su motivación y en su disposición, de tal forma que se refiera a todas las comunidades de España, lo que no se recoge en su redacción actual. Como no creo que vayan a admitir esta propuesta que hago, pues nosotros no vamos a votar favorablemente.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Mingo Zapatero): Por parte del Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la señora Fernández de Capel.

La señora **FERNÁNDEZ DE CAPEL BAÑOS**: En primer lugar, tengo que decir que nuestro grupo ha considerado muy seriamente la proposición objeto de debate. Se dice en ella que se insta al Gobierno, en el marco de colaboración entre la Comunidad Autónoma de Madrid y el Ministerio, a que adopte las medidas precisas para ofertar el servicio de fecundación in vitro en todos los grandes hospitales dependientes de la misma.

Tengo que decirle al señor Sáenz Cosculluela que tal como está planteado lo del servicio médico de fecundación in vitro, está mal, porque son servicios de reproducción asistida humana, en los que no se hace solamente fecundación in vitro, se realiza otra serie de técnicas de reproducción asistida humana que no dependen de una probeta, señor Cosculluela, en las que hay que implicar servicios de ginecología, de obstetricia, de endocrinología, de genética humana, de neurología. En los grandes hospitales no todos los servicios están adaptados para aceptar, como prevé la ley, las técnicas de reproducción asistida humana, que son múltiples. La de fecundación in vitro es solamente una parte de las técnicas de reproducción asistida humana, con lo que le digo que la probeta en muchos casos no hace falta, y en algunos casos quizá tampoco haría falta la placa de Petri. Por eso le digo que la proposición está mal planteada ya de entrada, porque los servicios no son de técnicas de fecundación in vitro, sino de técnicas, múltiples técnicas,

de reproducción asistida humana; entre ellas no olvidemos el gran papel que tienen los servicios de endocrinología, los de neurología, por ejemplo, para descartar posibles trastornos de la hipófisis, los de genética humana, para despistar una serie de enfermedades congénitas y de taras hereditarias que impiden la procreación normal; servicios también de urología, para despistar una serie de cuestiones, en las que inciden todos los servicios de técnicas de reproducción asistida humana, y así se llama la legislación que en este momento tenemos en España, la última y la más reciente, emanada de dos decretos de marzo de 1996. Por lo tanto, en el contenido inicial no se puede apartar la fecundación in vitro de la otra serie de técnicas que implican muchísimos servicios en los grandes hospitales. De ahí, señor Cosculluela, uno de los problemas. No es un problema técnico, evidentemente, hoy un problema técnico no es ni la fecundación in vitro ni cualquier otra técnica de reproducción asistida humana que esté a disposición de los ciudadanos en cualquier centro de España que pueda ofertarlo, pero sí es un problema técnico en sí y de organización sanitaria muy claro, porque no en todos los hospitales se puede ofertar esa coordinación de todos los servicios a la vez —usted lo sabe, sus portavoces lo saben, y si no lo saben lo deberían saber, que parte de ellos se establecieron en unos momentos en los que el Partido Popular no tenía competencias—; por eso se montan en unos hospitales y no en otros, simplemente por eso. No crea usted que cualquier persona está en condiciones ni siquiera de abordar la fecundación solamente in vitro; se necesita un personal muy especializado. No vayamos aquí a creer que esto es cuestión puramente mecánica, sino que se necesitan una serie de conocimientos también de tipo citogenético para estudiar la mórula, para ver cómo se está produciendo la proliferación celular en los primeros estadíos, todo eso antes de llevar a cabo la implantación. Así que no pensemos que es algo puramente técnico ni es tan sencillo.

En la actualidad es verdad que existen en España 114 centros de reproducción asistida humana, y que hay 37 en Cataluña, 60 en el resto de España, que son extrahospitalarios, y 15 de estos centros son de titularidad pública. Por lo que respecta a los centros donde se ofrecen servicios sanitarios, y vuelvo a insistir, de reproducción asistida humana, su regulación, como le acabo de decir, aparece en el decreto de creación de centros de reproducción asistida humana, que usted parece desatender totalmente y que fue obra del anterior Gobierno, concretamente en marzo de 1996, con un Gobierno en funciones. Lo debieron considerar importantísimo, porque el decreto no solamente regula centros, regula todo, pero casi todo menos los centros. Por tanto, corresponde, creemos, a la Comunidad Autónoma de Madrid informar, en su caso, y autorizar esos centros. Le voy a decir por qué. En primer lugar, quien tiene el honor de dirigirse a usted, y con todo el respeto, le dice que no ha podido encontrar ese protocolo de coordinación firmado, que usted asegura que aparece en una orden ministerial de 5 de febrero de 1995; ni en los archivos de esta Cámara ni en el Boletín Oficial del Estado ni en los archivos del departamento de documentación, al que yo lo he solicitado, aparece ese convenio de colaboración. Yo creo que existe, pero se debe haber traspapelado y yo no habré sabido encontrarlo, lo admito. Sin embargo ese protocolo, que se

plasma en una orden ministerial, no puede contravenir ni usurpar competencias de las comunidades autónomas, porque esas competencias emanan de la Constitución, están desarrolladas mediante normas que tienen rango de ley, como es el caso de los Estatutos de autonomía, y muy particularmente el caso de la Autonomía de Madrid. Por tanto, creemos que no podemos aferrarnos a un protocolo que ya le he dicho que no he podido encontrar —probablemente sea incompetencia por mi parte el no haber podido hacerlo— y que el desarrollo de esa competencia viene establecido por los decretos sobre centros de fecundación in vitro —perdón, ya he caído yo también en el lapsus—, de reproducción asistida humana, que están perfectamente regulados en dos decretos, no solamente en uno, los centros y las funciones de los centros y su regulación. Además, ¿por qué en la Comunidad Autónoma de Madrid y en otras no? En la comunidad andaluza tenemos el mismísimo problema, tenemos el gran problema también en la comunidad andaluza para que se implante en grandes centros hospitalarios. Me parece que esto viene a ser una disfunción más que sufrimos algunas comunidades autónomas, que seguimos estando a pesar de muchas gestiones muy deficientes en algunas cosas. **(El señor presidente ocupa la Presidencia.)**

Señor Cosculluela, si fuera razón política al término de la legislatura, a una proposición no de ley se le diría chapó y adelante, pero no estamos por engañar al electorado. Recientemente algunas comunidades autónomas se han planteado que puede acceder a las técnicas para cambiar de sexo quien lo desee, y en la comunidad andaluza ahora mismo tenemos lo siguiente, que enarboló esa bandera y ahora mismo no hay quien practique el cambio de sexo, excepto en un centro, y en algunas situaciones especiales, con lo cual ya tenemos algunos de los problemas, y con relación a un determinado sexo, no al otro, con lo cual también estamos teniendo otros problemas de discriminación que podrían ya atentar hasta a los derechos de la mujer. Se lo digo a título de anécdota. Sería muy fácil hacerlo, pero hay que hablar con rigor. En este momento sabemos que muy cercano a la Comunidad Autónoma de Madrid, adonde venía gente desplazada para solicitar los servicios de técnicas de reproducción asistida humana, se ha establecido el servicio —está en trámite y en formación y estará funcionando ya, creo— en el complejo hospitalario de Toledo.

Por último, el abordaje de la ampliación de la cartera de servicios de un centro debe realizarse respondiendo a un estudio riguroso de planificación, porque, ya le digo, no se puede decir solamente la fecundación in vitro, sino que concomitantemente hay que implicar a servicios de ginecología, de obstetricia, de endocrino, de urología, de reproducción asistida, de genética humana, de consejo genético, que es también otro servicio, que no depende solamente muchas veces de la genética humana. No estaré yo en ningún momento a favor de las listas de espera, pero en muchos de estos temas también sabemos quienes trabajamos directamente en relación con esas técnicas —tan directamente como en uno de los servicios implicados, pioneros durante muchos años en la sanidad pública española—, señor Cosculluela, que cuando se inician los trámites, para las consultas muchos de los casos no llegan nunca a la

fecundación in vitro, porque el tratamiento de un adenoma de hipófisis, o el tratamiento de una disfunción endocrina, o el tratamiento de una disfunción neurológica, llega un momento en que se soluciona el asunto y no hace falta ni llegar a la reproducción asistida humana, sino que es una cuestión médica muy anterior y que no da lugar a la fecundación in vitro ni a ninguna otra técnica de reproducción asistida humana.

Por todo ello, señor Cosculluela, le digo que usted debería haber planteado técnicamente centros de reproducción asistida humana, y también valorar que no se trata solamente de un médico, de un citogenetista y de un ginecólogo, sino que se implican multitud de servicios. Yo lo lamento, lo comprendo y se lo disculpo, porque usted no es del sector, pero cualquier persona que estemos relacionada científicamente con el asunto sabemos que ni son centros de fecundación in vitro ni son solamente la fecundación in vitro, que es solamente un aspecto y muy pequeño de las técnicas de reproducción asistida humana. Por todo ello, señor Cosculluela, nosotros no vamos a apoyar la proposición. **(El señor Sáenz Cosculluela pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señor Sáenz de Cosculluela, ¿para qué me solicita la palabra?

El señor **SÁENZ COSCULLUELA**: Solicito un turno de réplica y de paso —un minuto, no necesito más— para contestar lo que me ha parecido una tácita alusión. ¿Le explico en qué consiste la alusión, señor presidente? Se ha hablado de engaño al electorado por presentar poco antes de las elecciones esta proposición, y al menos eso deseo responderlo, al menos eso.

El señor **PRESIDENTE**: Alusiones no ha habido, turno de réplica no existe. Luego no entiendo...

El señor **SÁENZ DE COSCULLUELA**: Señor presidente, teóricamente existe turno de réplica en las proposiciones no de ley; otra cosa es que la práctica de la Comisión las excluya por estar cargado el orden del día, pero, desde luego, reglamentariamente, yo tengo derecho a replicar.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene un minuto para alguna rectificación.

El señor **SÁENZ DE COSCULLUELA**: No necesito más, señor presidente.

Soy diputado por Madrid y ésa es la razón de plantear la cuestión que debatimos. No soy médico, soy jurista, pero el hecho de no ser médico no implica que se me considere tonto. Tantos requisitos médicos para exigir dotar técnicamente la proposición, se contestan fácilmente: esos requisitos, dieciocho veces más en el País Vasco, y, en la privada, esos requisitos existen, sólo que pagando 600.000 pesetas. Señoría, no me venga con excusas técnicas, porque esto no tiene fundamento. En la privada por 600.000 pesetas lo hacen, en la pública por lo visto hay que tener hasta citogenetistas.

Déjeme decirle tres cosas más. Ustedes dicen que no, pero ustedes lo dicen porque actúan hipócritamente en la política. Ustedes están favoreciendo la acción privada.

Ustedes desprecian a los débiles, que tienen que ahorrar cinco años para ir a la medicina privada a buscar la reproducción artificial. Y ustedes, además, desprecian la norma jurídica, porque este Parlamento tiene derecho a instar al Gobierno, les guste a ustedes o no les guste. **(La señora Fernández de Capel Baños pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señora Fernández de Capel, comprendo que el señor Sáenz de Cosculluela ha reabierto el debate. Tiene la palabra por el tiempo más breve posible.

La señora **FERNÁNDEZ DE CAPEL BAÑOS**: En ningún momento he querido herir la susceptibilidad del señor Cosculluela, ni mucho menos, ni ha sido mi intención. Simplemente le he dicho que había una confusión en el planteamiento, que la fecundación in vitro era solamente una parte de las técnicas de reproducción asistida humana. Le he dicho que sería muy fácil para nosotros tener una actitud de decir pues venga, muy bien, con un Gobierno que está con unas Cortes que prácticamente se están disolviendo, ante una proposición no de ley que difícilmente va a instar ni a coaccionar a ningún ministerio a una cuestión de esas. Simplemente, señor Cosculluela, yo lamento muchísimo que sus asesores técnicos no le hayan explicado que esto es solamente una parte y que para llegar al in vitro hay que pasar por otras. **(La señora Amador Millán pronuncia palabras que no se perciben.)** Sí, señora ministra, por favor, usted lo sabe, y si no lo sabe lo debería saber.

— **RELATIVA AL PROBLEMA QUE ESTÁ CAUSANDO LA ANOREXIA EN NUESTRA SOCIEDAD. PRESENTADA POR EL GRUPO SOCIALISTA DEL CONGRESO. (Número de expediente 161/001574)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la presentación y debate de la proposición no de ley relativa al problema que está causando la anorexia en nuestra sociedad, cuyo autor es el Grupo Parlamentario Socialista. Para su presentación y defensa, tiene la palabra la señora Varela Vázquez.

La señora **VARELA VÁZQUEZ**: Señorías, todos sabemos que hace escasos días ha culminado sus trabajos en la Cámara Alta la ponencia sobre los condicionantes extrasanitarios de la anorexia y la bulimia. Con el fin de paliar los efectos que causan sobre las personas, y en especial sobre los jóvenes, los trastornos de la alimentación, y sobre todo para evitar que dichos trastornos se extiendan en nuestra sociedad, los senadores y senadoras en las conclusiones de su trabajo solicitan un gran pacto social, pacto en el que SS.SS. entienden que deberían verse implicados cinco ministerios: Educación y Cultura, Sanidad y Consumo, Trabajo y Asuntos Sociales, Economía y Hacienda y Fomento. En este pacto sería exigible el compromiso firme de todos los sectores implicados ante esta problemática y que podrían asumir garantizar medidas eficaces en diversos aspectos, tanto de prevención como de ayuda, como, por ejemplo, el tema del tallaje en las prendas de confección, moda y publicidad, dietas, educación, ayuda a las

familias, deporte y danza, etcétera. Los ministerios y los sectores implicados en este pacto podrían de igual manera mejorar las reglamentaciones aplicables y podrían asimismo crear un observatorio nacional de consultas y denuncias.

Todos sabemos, señorías, que el trabajo realizado durante ocho meses en el Senado, en la ponencia sobre la anorexia y la bulimia, es importante, y es importante ya no sólo por el trabajo que han realizado en ella los senadores y senadoras que la conformaron, sino que además y muy importante es el hecho de que nos han ayudado a esclarecer las causas de la mencionada enfermedad y nos han hecho ver y, por tanto, nos han hecho tomar conciencia de la necesidad de realizar un esfuerzo colectivo, tanto por parte de la sociedad en general como de la Administración en particular, con el fin de aportar la máxima ayuda posible a las personas que sufren los trastornos de la alimentación de la anorexia o la bulimia. También, y sin escatimar un ápice de valor a las conclusiones de la ponencia desarrollada en el Senado, hay que añadir que las recomendaciones de dichas conclusiones son meramente socio-culturales.

Ahora bien, el Grupo Socialista es consciente de que los problemas causados por las denominadas anorexia y bulimia requieren muchas soluciones, muchas más, por supuesto, que las meramente socio-culturales; y ya que estas enfermedades registran un considerable aumento en número de afectados, causan gran alarma entre la población, suponen un importante problema de salud y plantean una situación preocupante en determinados sectores sociales, es por lo que ha decidido presentar esta proposición no de ley que se debate en este momento en la Comisión de Sanidad y Consumo.

Quiero continuar mi intervención recordando a SS.SS. que en la Comisión de Sanidad y Consumo celebrada el 5 de febrero de 1997 se aprobó una proposición no de ley que instaba al Gobierno a poner en marcha medidas de coordinación entre los profesionales sanitarios en los diferentes niveles de atención primaria, centros de salud y hospitales, así como la elaboración de un protocolo de atención terapéutica sobre los trastornos alimentarios. Recuerden también SS.SS. que el día 1 de diciembre de 1998 se aprobó en el Senado una moción mediante la cual se instaba al Gobierno a poner en funcionamiento en el ámbito del Insalud un programa específico de atención y tratamiento que incluyera un protocolo de actuación, con el fin de conseguir un tratamiento integral de los enfermos y enfermas afectados por la anorexia y la bulimia.

Señorías, no me negarán ustedes que en este tema se ha hecho hasta hora muy poco. Se han puesto en marcha muy pocas medidas que incidan en el tratamiento sanitario de estas enfermedades, ya que la sanidad pública aún no está preparada para tratar de una forma específica y multidisciplinar el problema de la anorexia. En los centros sanitarios a esos pacientes se les hospitaliza, en el mejor de los casos, en la sección de psiquiatría, o se les deja en los pasillos, pero una vez que los niños y niñas pasan del pediatra al médico general, las familias comienzan con estos enfermos un largo peregrinaje que nunca se sabe dónde podrá acabar, y sólo se ingresa a los pacientes cuando éstos se encuentran en estado crítico. Esto quiere decir que una vez dados de

alta sabemos que no se les somete al adecuado seguimiento psicológico.

Hay que poner, señorías, de manifiesto lo que les preocupa a las asociaciones de padres de anoréxicos. Ellos manifiestan el temor de que el pacto social propuesto por la Comisión de Educación y Cultura del Senado para luchar contra esta enfermedad se convierta en un simple catálogo de buenas intenciones y solicitan que se destinen más recursos para mejorar la atención y el seguimiento sanitario de los pacientes. No debemos olvidar la enorme cantidad de enfermos y enfermas afectados por los trastornos de la alimentación. En estos momentos, desde el punto de vista de la atención sanitaria, nos encontramos literalmente en pañales. Por eso, porque la atención sanitaria en nuestro país está en pañales, debemos dedicar más recursos a mejorar la atención sanitaria en el aspecto que hoy nos ocupa. Mientras tanto, no podemos dejar de trabajar para lograr conseguir, si es que existe, la fórmula clave para que todas las medidas de prevención sobre esta enfermedad sean lo más efectivas posibles. Hay que reconocer que en nuestro país existen pocos profesionales especializados y especializadas en el tratamiento de la anorexia y la bulimia y que en los centros donde los hay, cuentan con escasísimos medios para poder realizar un tratamiento efectivo.

Hace dos años ha sido aprobada en esta Comisión la puesta en marcha de un protocolo de actuación sobre los trastornos alimenticios. Pues bien, después del tiempo transcurrido, el Gobierno no ha elaborado el citado protocolo, ni siquiera se ha dignado difundir el protocolo que el Insalud elaboró en el año 1995 sobre esta materia.

Sus señorías comprenderán que por todas estas razones expuestas creo oportuno solicitar de todos los grupos parlamentarios el voto favorable a la proposición no de ley que presenta el Grupo Socialista, voto favorable para que en el ámbito de gestión del Insalud se apruebe un programa específico de atención y tratamiento para los enfermos y enfermas de los trastornos de la alimentación conocidos como anorexia y bulimia y para que se promuevan, en el seno del Consejo Interterritorial del Consejo Nacional de Salud, criterios de coordinación con las políticas sanitarias de todas las comunidades autónomas en este campo específico.

Pido el voto favorable, y ya termino, para que, independientemente de toda la prevención que se pueda realizar sobre esta determinada enfermedad, una vez que nuestros jóvenes y no tan jóvenes la padezcan, una vez que ya tienen encima, la enfermedad puedan contar con una asistencia sanitaria que sea capaz de resolver el tremendo problema que tienen sobre su cuerpo y sobre su mente.

El señor **PRESIDENTE**: A esta proposición no de ley se ha presentado una enmienda por parte del Grupo Parlamentario Popular. Reglamentariamente, lo preceptivo es que defienda la enmienda el Grupo Popular, para lo cual tiene la palabra la señora Sánchez García.

La señora **SÁNCHEZ GARCÍA**: En este turno de intervención para la defensa de las enmiendas me gustaría al mismo tiempo defender la postura que el Grupo Popular tiene en relación con esta propuesta del Grupo Socialista.

Una vez más nos encontramos debatiendo un tema que nos preocupa. Creo que es una preocupación, independientemente de la ideología política, de todos los grupos que estamos representados en esta Cámara, y por ello ha ocupado muchas de las iniciativas que en el Congreso y en el Senado se han presentado, sobre todo hay que añadir y hay que puntualizar que en esta legislatura.

Hace tan sólo cinco días el Senado ha dado a conocer sus conclusiones en la ponencia sobre la anorexia a la que ha hecho referencia la portavoz del PSOE que me ha precedido en el uso de la palabra. Esto ha sido como consecuencia de una moción que el Grupo Popular presentó el pasado mes de marzo y durante el debate en dicha ponencia se ha contado con la presencia de personas e instituciones que permiten analizar en profundidad ambas enfermedades, con el deterioro que esto produce.

Quizás hace unos años, tan sólo muy pocos años, se podía pensar que estos trastornos alimenticios eran algo trivial. Afortunadamente, hoy todos somos conscientes de que es una enfermedad que se escapa del ámbito privado y familiar y que está repercutiendo en el entorno de la familia que lo padece, porque altera las relaciones afectivas, laborales y de estudios. Por ello, como digo, nos afecta a toda la sociedad en su conjunto.

Éste no es un problema nuevo. Esto, como he dicho, lo venimos padeciendo hace años, pero, a pesar de ello, ni aquí ni en la otra Cámara se han tomado medidas o se han propuesto iniciativas que dieran soluciones a esta demanda. Ha sido, pues, el Gobierno del Partido Popular el que ha dado una respuesta ágil a todos estos menesteres desde el año 1997, con un programa de acciones a través de los diferentes ministerios, como es el de Educación y Cultura, Trabajo y Asuntos Sociales y obviamente, como no podía ser de otro modo, el de Sanidad y Consumo. Todo ello en coordinación y colaboración con las comunidades autónomas y los diferentes municipios, intentando con ello erradicar y prevenir una lacra que afecta a chicos y chicas en edades comprendidas entre los diez y veinticinco años y que padecen en mayor proporción las mujeres.

Saben SS.SS. que el día 26 de marzo se formó una mesa con diferentes sectores que quizá, hay que decirlo, nunca hubieran coincidido, puesto que todos sabemos que son varias las causas que desencadenan estas enfermedades. Gracias a la sensibilidad de estos sectores y al buen trabajo, todo hay que decirlo y reconocerlo, de los medios de comunicación, que han cubierto ampliamente y de forma rigurosa todo lo relacionado con esta materia, se han llevado iniciativas al Parlamento. Yo tengo que decir que en esa mesa sectorial, aquí se habla de padres y se habla de diferentes colectivos, está el Consejo General de Colegios de Farmacéuticos, la Asociación de Agencias de Modelos de España, la Asociación de Agencias de Publicidad, la Asociación de Autocontrol de la Publicidad, la Federación de Empresarios de la Confección, la Asociación de Consumidores y Usuarios de España, el Instituto Nacional de la Juventud, el Ministerio de Educación y Cultura y, como he dicho, el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Señorías, parece obvio, a la vista de lo anteriormente expuesto, que el Gobierno está yendo por el camino adecuado y, en definitiva, se está realizando ya lo que esta proposición no de ley hoy viene a pedir. Por ello el Grupo

Popular presenta una enmienda de modificación a esta iniciativa, única y exclusivamente en aras al consenso, un consenso que deseamos haya entre todos los grupos, como ha habido en las diferentes iniciativas que en ésta y en otras comisiones de esta Cámara se han presentado. Y paso a explicar el porqué de la enmienda.

El grupo que ha presentado la iniciativa, pide en el primer párrafo de esa propuesta un programa específico de tratamiento para estos enfermos. Les tenemos que recordar que dentro del ámbito Insalud ya se está ofreciendo un tratamiento integral para estas patologías, en el que inicialmente se aborda la edad y, dependiendo de eso, a través de los pediatras, de los médicos de familia, de los especialistas en endocrinología y nutrición, de los psiquiatras o psicólogos, tienen las medidas paliativas adecuadas, y cuando éstos lo consideran como mayor gravedad, pasan al internamiento en centros sanitarios con un tratamiento multidisciplinar, lo que quiere decir que todos los especialistas que he dicho anteriormente estarían involucrados en ese diagnóstico.

Dicho esto, hay que reseñar que el Insalud no es partidario de crear unidades específicas para ninguna patología, incluyendo la anorexia y la bulimia. Lo lógico es abordarlo de la manera que he dicho y que quienes requieran asistencia para aquellos complejos procesos sean ingresados, teniendo actualmente unas actuaciones en los centros que abordan y resuelven los casos presentados, potenciándose los dispositivos de hospitalización y los hospitales psiquiátricos de día, que disponen de programas específicos para este tipo de trastornos. Quiero decir, en contra de lo que dice la portavoz del Grupo Socialista, que hay medios y hay muy buenos profesionales que están dando respuesta a la demanda que la sociedad pide en el tema sanitario.

En cuanto al segundo párrafo, creemos que debe ir coordinado y en consonancia con el dictamen de ponencia que sobre el estudio de los condicionantes extrasanitarios de la anorexia y de la bulimia, como he dicho anteriormente, ha sido concluido el día 25 del mes pasado. Además, se deben valorar las conclusiones que llegan a la mesa sectorial, que fue, como he dicho también anteriormente, creada el 26 de marzo, y que se dan trimestralmente. Si esto se ha iniciado en marzo y estamos en noviembre, quiere decir que han tenido dos veces para reunirse y para dar las conclusiones. Tengo que decir que esta mesa sectorial está en el seno de la Dirección General de Salud Pública.

Por todo ello, señorías, esperamos la aceptación de estas enmiendas por el grupo proponente, puesto que estarán ustedes de acuerdo conmigo en que no podemos instar a que el Gobierno haga algo que ya está haciendo, que a nuestro juicio están siendo adecuadas todas las medidas que se están tomando al respecto para paliar y tratar de erradicar esta enfermedad que, como todos sabemos y no vamos a poner otra vez de manifiesto, se ceba principalmente en nuestra juventud.

A mí me gustaría, puesto que se ha hecho un esfuerzo, que se tuvieran en cuenta las enmiendas que hemos presentado y que estamos dispuestos a valorar con la transaccional que a su vez va a presentar el Grupo Catalán (Convergència i Unió). Si no fuera así, tendríamos que votar en contra de una iniciativa que, por primera vez y tratándose

de este tema, no contaría con el consenso de todos los grupos de esta Cámara.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos que desean intervenir?

Por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), tiene la palabra la señora Amorós.

La señora **AMORÓS I SANS**: La proposición no de ley que nos ocupa reitera otra vez en el seno de esta Comisión la preocupación de sus miembros por estas enfermedades de tanta incidencia en la juventud y adolescencia actual.

Señorías, saben sobradamente que esta diputada y su grupo parlamentario, al que representa, es especialmente sensible ante esta problemática, y que este especial interés me hace ser muy cuidadosa y prudente en las decisiones.

El día 10 de marzo de 1997, en el seno de esta Comisión se aprobó una proposición no de ley por la que se instaba al Gobierno a procurar las medidas terapéuticas y preventivas destinadas a afrontar dentro del Sistema Nacional de Salud la reciente problemática de estas enfermedades de anorexia y bulimia. Desde esta fecha, y dentro de esta legislatura, hemos dado nuestra aprobación a varias iniciativas parlamentarias con demandas muy concretas, avaladas por un consenso de todos los grupos parlamentarios.

El pasado 28 de septiembre compareció en esta Comisión don Enrique Castellón en calidad de subsecretario del Ministerio de Sanidad, para informar sobre estas medidas adoptadas en la mesa sectorial sobre los trastornos de la alimentación, reunida el 26 de marzo de 1999, así como para dar cuenta del cumplimiento y ejecución de las proposiciones no de ley aprobadas por esta Comisión.

En esta comparecencia mi grupo ya expresó su posición, con la percepción de que ya se están tomando medidas concretas para paliar y prevenir los efectos de esas enfermedades. Señorías, señor presidente, como ustedes comprenderán el Grupo Parlamentario Catalán desearía que esta terrible enfermedad, que están padeciendo cientos de jóvenes y sufriendola muchísimos familiares, tuviera la prevención y los tratamientos resueltos con criterios eficaces y de eficiencia. Pero, señorías, no por mucho madrugar amanece más temprano. No podemos instar al Gobierno a que apruebe un programa específico de atención y tratamiento para los enfermos de anorexia y bulimia, que afecte a los distintos niveles sanitarios y que tenga por finalidad una atención sanitaria integral, cuando ya se están elaborando, en colaboración con las comunidades autónomas y en el seno del Consejo Interterritorial, los criterios que deben seguir para dar respuesta a los profesionales afectados, familiares y asociaciones y a la sociedad en su conjunto, a través de un protocolo de atención que va a sustituir el que ya existe desde 1995.

Es cierto que desde el compromiso político y social de mi grupo parlamentario, y con razón nuestro trabajo realizado desde la Comunidad Autónoma de Cataluña en el tratamiento de esas enfermedades es pionero como ustedes conocen, deseamos que todo el tema de prevención y tratamiento de anorexia y bulimia avance. También quisiera recordar a SS.SS., tal como ya lo ha explicitado mi compañero del Grupo Popular, que hace pocos días han sido

publicadas las conclusiones de una ponencia de estudio en el Senado sobre esta temática.

Señorías, esta Comisión se ha caracterizado siempre, en relación con esas enfermedades, la anorexia y la bulimia, por una voluntad de trabajo, de solidaridad y compromiso con todas y todos los afectados y sus familiares. Por este motivo, y en aras de un consenso que continuamos deseando y por el que trabajaremos para que ello se cumpla, quisiéramos presentar una transaccional a la propuesta del Grupo Socialista y a la enmienda del Partido Popular, que iría en este sentido.

El punto primero de la propuesta del Grupo Socialista quedaría de esta manera: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a que continúe elaborando, en el ámbito de gestión del Insalud, un programa específico de atención y tratamiento para los enfermos de anorexia y bulimia, que afecte a los distintos niveles sanitarios y tenga por finalidad una atención sanitaria integral de estos enfermos. Este programa específico deberá contemplar, entre otras medidas, acciones encaminadas a la detección precoz de dichos trastornos, programas formativos del personal sanitario y asistencial, creación de plazas en hospitales de día, ampliación de camas en los hospitales, medidas de coordinación entre los diferentes servicios que atienden a estos enfermos, etcétera, así como agilizar el protocolo de actuación de los trastornos de comportamiento alimentario.

La enmienda del Grupo Popular presenta un punto dos. Mi grupo propondría, dado que en Cataluña ya tenemos una comisión intersectorial que está trabajando desde el año 1998 en estos temas, compuesta por la Dirección Nacional de Juventud, Sanidad, Educación, Trabajo y Política Social y Justicia, que se cambiara por este punto dos que nosotros proponemos: Promover la inclusión de la anorexia y de la bulimia en los planes de salud de aquellas comunidades autónomas en que no estuviera, en conjunto con el Ministerio de Sanidad y Consumo, así como tomar en consideración estos problemas en el seno del Consejo Interterritorial de Salud.

Además propondríamos un tercer punto que viene avalado por otro que aprobamos el 23 de abril de 1999 en esta misma Comisión, que diría: Que se remita a la Comisión de Sanidad y Consumo, por parte del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el estudio sobre el fondo de financiación de las prestaciones sanitarias en relación con la anorexia y la bulimia, según el texto aprobado en esta Comisión el día 23 de abril de 1999.

Señorías, presentamos esta transaccional con el ánimo de que se sumen todos los grupos parlamentarios, de que sea otra vez una aprobación de consenso de esta Comisión y que sea en bien y beneficio de tantas adolescentes y tantas madres que están sufriendo esta terrible enfermedad de la anorexia y la bulimia.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV), tiene la palabra el señor Caballero.

El señor **CABALLERO BASÁÑEZ**: Nos encontramos en una situación en la que tanto la anorexia como la bulimia son enfermedades que en estos últimos tiempos están dando mucho que hablar. Han existido varias iniciativas parlamentarias de cara a esta problemática. Ya se ha

citado cómo la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso aprobó el 25 de febrero una proposición no de ley instando al Gobierno a poner en marcha medidas de coordinación de los profesionales en los diferentes niveles de atención primaria, centros de salud y hospitales, y a la elaboración de un protocolo de actuación terapéutica sobre los trastornos alimentarios. También el Senado aprobó una moción instando al Gobierno a poner en funcionamiento en el ámbito del Insalud un programa específico de atención y tratamiento.

Realmente, nuestro grupo entiende que hasta ahora en el ámbito del Insalud se ha hecho relativamente poco en este sentido. En efecto, como ha citado la portavoz del Grupo Parlamentario Popular, se reunió una comisión sectorial convocada por el Ministerio de Sanidad, pero hasta este momento se han adoptado más medidas preventivas en el ámbito social que en el ámbito sanitario.

En concreto, ya entrando en la proposición no de ley y en las enmiendas presentadas, entendemos que la enmienda que ha presentado el Grupo Popular es bastante incompleta y difumina en algún sentido el contenido de la proposición no de ley. El hecho, por ejemplo, de que en el segundo punto se hable de tomar en consideración estos problemas en seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud es señal de que realmente hasta este momento no se ha tenido excesivamente en cuenta esta problemática en este Consejo Interterritorial. Por eso insisto en que tenemos la impresión de que ha habido medidas más de carácter social que de carácter sanitario, en cuanto a la asistencia sanitaria, y sobre todo, como se indica también en el primer punto de la enmienda del Grupo Popular, de abordarlo de una manera multidisciplinar.

Cara al consenso, nos parece correcta la propuesta que presenta el Grupo Catalán (Convergència i Unió), y la aceptaríamos. Pero, caso de que no sea aceptada por el grupo proponente, finalizo diciendo que apoyaríamos la proposición no de ley del Grupo Socialista.

El señor **PRESIDENTE**: Para la aceptación o rechazo de la enmienda presentada por el Grupo Popular y, en su caso, también de la transaccional, tiene la palabra para exclusivamente la aceptación o rechazo. Pretendo que no reabra el debate la señora Varela. Tiene la palabra.

La señora **VARELA VÁZQUEZ**: Simplemente voy a utilizar el turno de réplica. No entro en réplica.

Tengo que decir que el Gobierno en este tema es todo castañuelas y farándula, todo traca valenciana, meros fuegos artificiales, pero detrás no hay absolutamente nada. Nosotros no hablamos de prevención, sino de actuación, y ese verbo parece no entenderlo ni el Gobierno ni la portavoz del PP. Por supuesto que ha habido consenso hasta ahora en las iniciativas, pero, dado que el Gobierno desoye este consenso y se afeita para arriba, no vamos a aceptar las enmiendas.

Las asociaciones de afectados están denunciando que la mesa sectorial lo que hace son propuestas, pero que no hay fruto, no están viendo fruto, y esto no me lo invento yo. Lo están denunciando en el Senado.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Varela, el turno este es exclusivamente para que acepte o rechace las enmiendas presentadas, nada más.

El señor **VILLALÓN RICO**: En el Consejo están todos los consejeros autónomos.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Villalón, no tiene la palabra. Señora Varela.

La señora **VARELA VÁZQUEZ**: Estoy dando las razones, termino en un segundito.

Pido que el Gobierno no se escude en la mesa sectorial, porque lo que tiene que hacer es poner en marcha desde Sanidad los mecanismos necesarios para dar tratamiento a este problema, y por estas razones no aceptamos las enmiendas.

— **RELATIVA AL MANTENIMIENTO DE LAS MEDIDAS DE PROTECCIÓN SOCIAL Y A LA AGILIZACIÓN DEL PAGO DE INDEMNIZACIONES A LAS PERSONAS AFECTADAS POR EL SÍNDROME DEL ACEITE TÓXICO. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO FEDERAL DE IZQUIERDA UNIDA. (Número de expediente 161/001727.)**

El señor **PRESIDENTE**: Finalizado el debate de esta proposición no de ley, esta Presidencia tiene información de una propuesta que quiere hacer el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida en relación a la última proposición no de ley, para lo cual doy la palabra con brevedad a la señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Efectivamente, quiero comunicar a la Comisión, para que así conste en el «Diario de Sesiones», que de acuerdo con la totalidad de los grupos parlamentarios presentes en la Comisión, y en aras a conseguir el objetivo que la proposición no de ley plantea, que es que se resuelva definitivamente la situación de un colectivo con el cual esta Comisión de Sanidad en su conjunto y por unanimidad, a raíz de los trabajos de la subcomisión, tiene un compromiso pendiente de cumplir, dejando constancia también de que el Partido Popular me ha transmitido la solicitud de plazo para permitir resolver definitivamente el problema, que solamente se puede resolver cambiando la ley, el real decreto, porque para eso es una Cámara legislativa, y estableciendo en los presupuestos para el año 2000 la dotación presupuestaria correspondiente, en este momento, pospongo a la próxima y última reunión de la Comisión de Sanidad el debate de la proposición no de ley, en la confianza, que espero no sea defraudada, de que este aplazamiento, que ya continúa, sucede a otro anterior, culmine realmente con la solución del problema, que es el objetivo que ha movido a este grupo parlamentario a presentar la proposición no de ley.

El señor **PRESIDENTE**: Someto a la Comisión, con arreglo al artículo 68, sacar del orden del día la proposición no de ley a la que se ha referido la señora Maestro, pospo-

niéndola, y adquiriendo la Comisión el compromiso de que en la primera reunión de la Comisión se debatirá esta proposición no de ley.

¿Lo aprobamos? (**Pausa.**) Entiendo que por asentimiento es aceptado.

Como SS.SS. aprecian, el orden del día se había confeccionado con arreglo al debate de cinco proposiciones no de ley. El tiempo nos permite, por error de cálculo, tener un receso de media hora, porque hemos avisado al inicio de la Comisión que las votaciones serían a las doce. Además el siguiente compareciente, el presidente nacional del Insalud estaba citado también a esa hora.

Suspendemos la Comisión hasta las doce, y pido a los miembros de la Mesa y Portavoces, si no tienen inconveniente, que celebremos ahora reunión de Mesa y Portavoces, con el objeto de confeccionar el orden del día de la semana del 15, puesto que en la semana del 7 no hay Pleno. ¿De acuerdo? (**Asentimientos.**) Muchas gracias.

**Se suspende la sesión.**

**Se reanuda la sesión.**

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, les ruego ocupen sus escaños, vamos a proceder a la votación.

Sometemos a votación, en primer lugar, la proposición no de ley sobre medidas precisas para ampliar la oferta del servicio médico de fecundación in vitro a todos los grandes hospitales dependientes de la Comunidad Autónoma de Madrid.

**Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 17; en contra, 20.**

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

Votación relativa al desarrollo de programas socio-sanitarios dirigidos a las personas con discapacidades y otras dolencias que requieran atenciones preventivas o paliativas.

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

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Sometemos a continuación a votación la proposición no de ley relativa al problema que está causando la anorexia en nuestra sociedad.

**Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 17; en contra, 21.**

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

— **COMPARECENCIA DEL SEÑOR PRESIDENTE EJECUTIVO DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (NÚÑEZ FEIJÓO) PARA INFORMAR SOBRE LA ACTITUD DE LOS FACULTA-**

**TIVOS DEL HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL QUE HAN CONDICIONADO LA POSIBILIDAD DE UN TRASPLANTE CARDÍACO AL CIUDADANO SAHARAUI ABDELHAK CHAIB MOHAMED A UNA MEJORA DE SU SITUACIÓN SOCIO-LABORAL, Y PARA EXPLICAR LOS CRITERIOS QUE SE VALORAN PARA LA REALIZACIÓN DE TRASPLANTES O PARA CUALQUIER TRATAMIENTO, Y SI ENTRE ELLOS SE CONSIDERA LA SITUACIÓN SOCIO-LABORAL DEL PRESUNTO RECEPTOR. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO FEDERAL DE IZQUIERDA UNIDA. (Número de expediente 212/002388.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, siguiendo el orden del día, damos la bienvenida al presidente ejecutivo del Insalud, don Alberto Núñez Feijóo, que comparece a petición del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida para informar sobre la actitud de los facultativos del Hospital Ramón y Cajal, que han condicionado la posibilidad de un trasplante cardiaco al ciudadano saharauí Abdelhak Chaib Mohamed a una mejora de su situación sociolaboral, y para explicar los criterios que valoran para la realización de trasplantes o para cualquier tratamiento, y si entre ellos se considera la situación sociolaboral del presunto receptor.

Sin más preámbulos, le damos la palabra al señor Núñez Feijóo.

El señor **PRESIDENTE EJECUTIVO DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD** (Núñez Feijóo): Señorías, en primer lugar creo que procede hacer una referencia a los criterios generales que se siguen habitualmente en el desarrollo de la actividad trasplantadora en el Sistema Nacional de Salud para, posteriormente, centrarme en el caso concreto a que se refiere la petición de comparecencia del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida.

El trasplante de órganos y tejidos es hoy una práctica médica habitual en nuestros hospitales, porque resulta innegable su utilidad, no sólo clínica sino también social. Desde el punto de vista legislativo, en nuestro país tenemos tres disposiciones, una con rango de ley y dos con rango de real decreto, que regulan este tipo de actuaciones médicas. La Ley es la 30/1979, de 27 de octubre, en la que se regula, como digo, la extracción y el trasplante de órganos. Esta ley está desarrollada por un real decreto de febrero de 1980 y también otro real decreto de 1996, en el que se regulan actividades relativas a la utilización de tejidos humanos.

La legislación española, tanto la ley referida como los dos reales decretos, establece cuatro principios en esta actuación sanitaria: el principio de la gratuidad; el principio de la legitimidad, en el entendimiento de que solamente se podrá realizar este tipo de actuaciones médicas en centros donde previamente estén acreditados para realizar los implantes de órganos, así como las extracciones; el principio de los requisitos que debe cumplir el donante y los requisitos que debe cumplir el receptor. También en esta legislación se concreta la exigencia legal de mantener la confidencialidad, así como la necesidad de desarrollar un organismo coordinador que colabore con otras entidades internacionales.

Con la legislación vigente en esta materia se puede ya contestar en parte a la cuestión concretada por S.S., y es que los criterios que se valoran para la realización de trasplantes están regulados por disposiciones legales y solamente son criterios de carácter clínico o terapéutico. Una vez que la legislación concreta los criterios, ¿cuáles son, pues, los requisitos de carácter clínico o terapéutico para la realización de trasplantes? He de decirles que estos criterios están consensuados entre los diferentes equipos oficialmente autorizados, y estos documentos se revisan anualmente, ampliándose los criterios dependiendo de los resultados y la experiencia acumulada.

En el caso de trasplantes de órganos sólidos, es decir, corazón, hígado, pulmón, riñón, la indicación del trasplante se realiza cuando hay un fallo definitivo e irreversible de la función del órgano en cuestión. Cuando esto ocurre, es remitido a un centro debidamente autorizado para que sea realizada esta terapéutica, llevándose a cabo en el mismo un exhaustivo examen clínico del posible candidato.

Este examen clínico del posible candidato pretende dos objetivos. El primero es establecer la disfunción irreversible del órgano a trasplantar, y por lo tanto que el momento de indicación es el adecuado. El segundo se refiere a la actualización de la situación clínica general del receptor, constatando que no existe una contraindicación absoluta o temporal para la realización del trasplante.

¿Qué se entiende por contraindicación absoluta o temporal? Por contraindicación absoluta se entiende que ocurre cuando en el paciente subsisten patologías generalizadas e irreversibles que van a condicionar la vida del paciente. De hecho, sólo una parte de los pacientes que presentan un fallo orgánico terminal son considerados candidatos a trasplantes. Por darles una cifra, de los más de 7.000 pacientes que cada año fallecen en España por una insuficiencia hepática terminal, el trasplante está indicado en aproximadamente el 15 por ciento tan solo. ¿Cuáles son las contraindicaciones temporales? Se refieren a contraindicaciones debidas a una determinada situación clínica que se mantiene hasta que el problema se resuelve. El caso más típico sería el de una infección activa.

Una vez hecho el examen clínico y observado que no existen problemas o contraindicaciones absolutos o temporales, automáticamente el paciente es considerado candidato al trasplante, es incluido en la lista de espera nacional o local, en función de la clase de trasplante que sea, se produce la comunicación de un posible donante y toda la organización le corresponde a la Organización Nacional de Trasplante en cuanto a la coordinación del órgano y en cuanto a la coordinación de la extracción, y se aplican con rigurosidad los criterios de distribución, que se consensuan anualmente con los equipos de trasplantes y los representantes de las administraciones de las comunidades autónomas. Todos los dispositivos de alarmas de trasplantes quedan registrados y archivados y a disposición del Comité de Transparencia de la Comisión de trasplantes, que tiene capacidad para auditar estos registros en cualquier momento. Tanto los criterios de indicación como los protocolos de evaluación de los pacientes se publican como documentos de consenso técnico de los equipos de trasplantes.

Llegados a este punto, también podemos ya aventurar parte de la contestación a S.S., y es que en ningún caso apa-

recen consideraciones extramédicas, como puede ser la situación socioeconómica del paciente, entre las contradicciones absolutas ni relativas, algo fácilmente comprobable con sólo consultar los textos publicados a los que me he referido.

Hasta aquí, pues, la clarificación de los criterios generales que se siguen en la política de trasplantes en el ámbito del Insalud, me atreveré a decir en el ámbito del Sistema Nacional de Salud. Y ahora, si les parece, podemos entrar ya en el caso concreto ocurrido en un hospital del Sistema Nacional de Salud, en este caso en un hospital del Insalud.

En primer lugar, hemos de decir que el hospital de referencia no es un centro acreditado para realizar trasplante cardiaco. Por tanto, los pacientes que pudieran ser tributarios de esta terapéutica son derivados normalmente a uno de los tres hospitales de Madrid que sí poseen tal acreditación, que son el Doce de Octubre, el Gregorio Marañón y el Hospital Puerta de Hierro.

En segundo lugar, los criterios que se utilizan para remitir pacientes a centros acreditados son los publicados por la Sociedad General de Cardiología en el libro *Normas de actuaciones de clínica en cardiología*, elaborado en 1996, y que está a disposición de todas sus señorías.

Y en tercer lugar, la decisión de la indicación de trasplante la marca el equipo del hospital acreditado y los criterios se publican, como digo, en los documentos de consenso técnico de los equipos de trasplantes. La asignación del órgano por parte de la ONT se hace en base a los criterios pactados anualmente por los equipos y en ningún caso, vuelvo a insistir, aparecen consideraciones extramédicas, como puede ser la situación socioeconómica del paciente.

El pasado día 13 de octubre saltó a los medios de comunicación la noticia de que un paciente saharauí de quien, si les parece, omitiré su nombre, había visto condicionada por parte del Hospital Ramón y Cajal la posibilidad de acceso a un trasplante cardiaco a su mejora sociolaboral. Se trata de un paciente de 52 años, que en 1995 tuvo un infarto de miocardio y al que siguieron sucesivos episodios de insuficiencia cardiaca. Este paciente ha sido visto en seis hospitales del Sistema Nacional de Salud, en el Hospital de Melilla, en el Hospital Carlos Haya de Málaga y en los hospitales, ubicados en la Comunidad Autónoma de Madrid, La Princesa, Doce de Octubre, Instituto de Cardiología de la Comunidad de Madrid y en el Ramón y Cajal.

Se han producido por parte de este paciente dos ingresos en este último hospital, en el Hospital Ramón y Cajal. El primer ingreso entre el 5 y el 11 de junio de 1998; es decir, siete días durante el mes de junio del pasado año. El facultativo de la unidad de arritmias que le atendió, tras mejorar su estado clínico con la medicación habitual, realizó una valoración en la que planteó que si volvieran a repetirse estos episodios podría realizarse una nueva coronariografía para agotar las posibilidades de revascularización. A continuación, en el informe añade una frase (que ha sido el motivo, entiendo, de esta comparecencia) que dice textualmente: Se puede plantear por su cardiólogo de zona la posibilidad de trasplante cardiaco si mejorase su situación sociolaboral. Con posterioridad a este ingreso, el paciente volvió a ser hospitalizado en el Hospital Ramón y Cajal del 23 de julio al 4 de agosto, once días de este año ya, 1999, por un proceso respiratorio interrecurrente, del que igual-

mente se recuperó sin complicaciones, siendo atendido entonces por otro cardiólogo que en ningún momento planteó la posibilidad de trasplante.

Es de destacar, pues, que en todas estas ocasiones el paciente ha sido atendido, tanto en el Ramón y Cajal como en el resto de los hospitales, sin el más mínimo problema, tanto desde el punto de vista asistencial como administrativo, pese a su situación y a la carencia de cualquier documento sanitario acreditativo.

Como digo, desde el día 13 de octubre de 1999, en que el Insalud tiene conocimiento de esa noticia, se realizan tres actuaciones. La primera, nada más tener conocimiento de esa noticia, manifestaciones de los responsables de la Organización Nacional de Trasplantes y del propio Insalud puntualizando la no procedencia de alegar motivos extramédicos a la hora de indicación de trasplante o cualquier terapéutica en este o en cualquier paciente. La segunda, el Insalud ese mismo día solicita un informe a la dirección del Hospital Ramón y Cajal para conocer el alcance y contenido de lo ocurrido, y, lo que es más importante, ese mismo día se inicia la labor de contacto con ese paciente, al objeto de que sea visto en el hospital que procede, que en ningún caso sería el Ramón y Cajal, desde el punto de vista de si estuviere o no indicado un trasplante, y se considera que es el Hospital Doce de Octubre el que puede atender y valorar clínicamente si este paciente necesita o no un trasplante cardiaco.

En lo que se refiere al informe del Hospital Ramón y Cajal, he de señalarles a SS.SS. lo siguiente. Cinco días después de solicitar este informe se evacua el mismo, y en él se hacen unas consideraciones de la atención que ha tenido esta persona en este hospital en el último año. Durante el período mencionado el paciente ha acudido a urgencias, ha sido hospitalizado, como digo, en dos ocasiones, y no acude a las consultas programadas que le fueron asignadas durante este tiempo. Este hospital plantea en su informe que desde el punto de vista técnico, confirman que no tenía indicación de trasplante en este momento, pero también se constata que la frase expresada en el informe de referencia es inadecuada y desafortunada.

Y en relación con el facultativo que hace este informe y que lo firma, hemos constatado por sus declaraciones y su trayectoria profesional que nunca había discriminado a ningún enfermo, y que simplemente pretendió —según la valoración del facultativo— ayudar a este paciente a resolver su situación legal en nuestro país. En todo caso, es evidente que se ha producido un exceso de celo, cuando menos.

Seguro que a SS.SS. les interesa por encima de todo la situación clínica actual del paciente, y omitiendo, como es natural, los datos que puede considerarse que afectan a su confidencialidad, les puedo informar de lo siguiente. Este paciente ha sido valorado a las 48 horas en el Hospital Doce de Octubre. Ingresó en este hospital, estuvo durante siete días haciendo los reconocimientos oportunos y, omitiendo datos que entiendo que no afectan a esta comparecencia, pero sí concretando el que puede interesar en esta comparecencia, dice el informe que, dada la estabilidad clínica y la excelente clase funcional con tratamiento médico, no se considera candidato a trasplante cardiaco y se remite a la consulta externa de la unidad de insuficiencia cardiaca

para su seguimiento estrecho y evaluar la necesidad de trasplante, si procede, en un futuro.

Las conclusiones serían las siguientes. Primera, la realización de trasplantes es una actividad compleja, que está, creo, suficientemente regulada en nuestro país. La segunda es que en ningún caso en esta legislación, ni en la actuación ordinaria de los centros sanitarios se valoran, dentro de los criterios de idoneidad, parámetros de tipo socioeconómico o laboral. Tercera, una vez conocido el hecho, que contrasta esa noticia el 13 de octubre de 1999, el Insalud inicia todas las actuaciones necesarias para clarificar lo ocurrido, para valorar al paciente y para concretar exactamente cuáles son las responsabilidades de las personas o instituciones que intervinieron en este proceso, y se constata que el paciente durante varios años ha sido atendido en diferentes centros, cuatro hospitales del Insalud, que ha sido tratado siempre adecuadamente, sin ningún tipo de discriminación, con independencia, insisto, de su situación en nuestro país. Se constata que este paciente no tenía indicación de trasplante cardíaco ni cuando sucedieron los hechos ni ahora mismo. Es decir, en la actualidad este paciente sigue sin tener indicación de trasplante cardíaco.

Es evidente, y así se ha reconocido desde el principio, que la frase recogida en el informe de alta es inapropiada y es cuando menos desafortunada, y desde luego no se corresponde con la trayectoria llevada por el propio facultativo ni por el Hospital Ramón y Cajal ni, obviamente, por el conjunto de centros sanitarios de nuestro país.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida, tiene la palabra la señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Muchas gracias, señor Núñez Feijóo por su comparecencia y por la información que ha suministrado.

Mi grupo parlamentario ha solicitado esta comparecencia con la preocupación de que esta situación que afecta a una persona concreta, que pudiera ser, y desde luego no tengo ningún dato que permita dudarlo, una actuación aislada o pueda ser expresión de valoraciones, de opiniones, que a veces en la profesión sanitaria, como en cualquier otra, pudieran infiltrarse de manera subrepticia y, más allá de las normas, más allá de los reglamentos, pudieran estar condicionando en la práctica concreta los derechos a la igualdad, los derechos a recibir el tratamiento que cada cual requiera en función estricta de sus necesidades de salud.

Conocen SS.SS. que hechos parecidos no solamente han sucedido en otros países, sino que han pretendido elevarse a la categoría de criterio, porque en sanidad estamos en una parcela de la vida en la cual la diferenciación entre lo social, lo sanitario, etcétera, pues, teniendo en cuenta que el impacto es sobre la vida de una persona, es difícil de discernir.

Efectivamente, esa frase está escrita, usted lo ha reconocido, y la ha calificado de desafortunada. Mi grupo parlamentario quiere plantear aquí hoy con toda claridad, no ningún tipo de medida disciplinaria (porque no tengo ninguna razón para pensar que la persona que la escribió tuviera ningún afán discriminatorio desde el punto de vista socioeconómico o racista), pero esto está escrito, en un

hospital público por parte de un servicio que ha dicho que si la condición para valorar... Yo quiero aclarar aquí, señor Núñez Feijóo, que yo no voy a entrar en valorar si los criterios establecidos por el Hospital Doce de Octubre en este caso en relación con este paciente y que han determinado que no es candidato a recibir ningún órgano, son apropiados o no. Creo que eso no es competencia de esta Comisión de Sanidad y en concreto de esta diputada. Pero mi pregunta es en qué medida hechos como este, no escritos en ningún reglamento, y que pudieran no estar escritos en ningún informe, están obrando a la hora de decidir, como decía el médico, que ha hecho declaraciones públicas ante los medios de comunicación, lo siguiente, explicando su actuación: En todos los trasplantes se contemplan las circunstancias generales del paciente, y entre ellas figura la situación sociolaboral; un trasplante implica una baja de meses y largos tratamientos con inmunosupresores que requieren de un entorno que apoye al paciente de una residencia fija; hay que establecer prioridades para los trasplantes, porque son un bien escaso con un tratamiento muy difícil.

Estas razones pueden estar escritas o no, pero ¿en qué medida —y es mi pregunta— pueden estar obrando de manera implícita en los criterios para administrar ese bien escaso, por razones que evidentemente son circunstancias que desgraciadamente sufre quien está en ellas, y no por su voluntad? ¿Y en qué medida esa administración de bien escaso, que en este caso son órganos procedentes de donaciones, en otro momento son tratamientos costosos, ingresos largos, etcétera, pudieran estar detrás de mecanismos inconscientes o implícitos a la hora de seleccionar con criterios extrasanitarios qué tipo de personas pueden beneficiarse de un tratamiento, de una actuación sanitaria concreta?

Efectivamente, esta persona es un indigente, está atendido, sus necesidades más elementales están cubiertas por un centro de acogida del Ayuntamiento de Madrid, vive en una pensión, no tiene familia, sus recursos son muy limitados. La preocupación de mi grupo parlamentario es en este momento, señor Núñez Feijóo, y más que nunca (porque corren vientos en contra, porque hay planteamientos no solamente entre el personal sanitario sino entre la población general), que pudieran establecerse medidas de selección y de discriminación de pacientes, independientemente de su nacionalidad, de su situación legal o de sus características socioeconómicas, y la gravedad de este asunto es de tal envergadura que requiere ser atajado con decisión.

Los problemas socioeconómicos deberán ser resueltos por las instancias correspondientes de protección social, con las que cuentan tanto el Estado como las comunidades autónomas; los problemas sanitarios deben ser atendidos independientemente de esos criterios. Esa ha sido la preocupación.

Quiero decir que insisto en que yo no quiero valorar el informe clínico del Hospital Doce de Octubre. Estamos ante una persona con unas condiciones de salud graves, con un infarto masivo anterior, con arterioesclerosis coronaria difusa (estoy leyendo el informe), con múltiples irregularidades no susceptibles de revascularización, e, insisto, no soy yo quien, desde el punto de vista técnico, deba evaluar si en estas circunstancias el trasplante es una indicación o no. En cualquier caso, la vida seguirá, espero que

para muchos años para esta persona, y con la suficiente atención por parte de la sanidad pública, tal y como así ha sido. Ratifico que mi información se corresponde exactamente con la que usted ha señalado, y que, independientemente de su situación legal, la atención por parte de la sanidad pública, como él mismo afirma, ha sido excelente.

No obstante, con esto termino, señor Núñez Feijóo, mi preocupación ante el hecho de que los medios de comunicación refieran este tipo de cosas y que en el Congreso de los Diputados nos preocupemos de este tipo de temas, fundamentalmente persigue el objetivo de que situaciones graves, como pudieran producirse relacionadas con este tema, no tengan que plantearse en concreto en nuestro país, ni porque estén escritas en un informe ni porque estén obrando de manera inconsciente en los mecanismos de ahorro, de control de gasto, etcétera, que pudieran de manera implícita, no explícita, determinar la procedencia o no de determinados tratamientos o determinadas actuaciones sanitarias.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos que desean intervenir?

Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra el señor Corominas.

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: Agradezco una vez más al señor Núñez Feijóo su comparecencia en esta Comisión de Sanidad, dado que es prácticamente el interlocutor único del Ministerio ante esta Comisión, y también quiero agradecerle lo que nos ha comentado en su exposición, que la ha dividido en dos partes. Una primera parte en que se ha referido a los criterios clínico-terapéuticos y a los protocolos de evaluación de los trasplantes, que nos ha señalado que están muy bien determinados, siguen criterios de rigor, de rigurosidad, y que los protocolos de evaluación también están bien descritos y en ellos no aparecen consideraciones extramédicas. Sólo le ha faltado decir, y me parece que es de justicia decirlo, que tanto estos criterios clínico-terapéuticos, como los protocolos de evaluación, como la propia Organización Nacional de Trasplantes es algo, por lo menos de acuerdo con sus palabras, que hicieron bien los Gobiernos anteriores. Ya que siempre hacen referencia a situaciones del pasado, ante sus palabras, vale la pena recordarlo. Por tanto, no vamos a entrar en este aspecto, estamos de acuerdo. Yo pienso que se ha hecho un buen trabajo en la Organización Nacional de Trasplantes. No sé, si lo convierten en fundación, si va a funcionar tan bien como ahora o no, ya lo veremos en el futuro; pero de momento esto funciona.

Aquí estamos para debatir un tema que yo pienso que sobrepasa el propio caso concreto. La Comisión de Sanidad y el Congreso de los Diputados no son una sociedad científica, por tanto no es un lugar donde vayamos a hacer un estudio de una sesión clínica y de datos clínicos y valoraciones médicas de este caso, sino que es un organismo que tiene la representación política de los ciudadanos, donde se deben hacer valoraciones políticas y donde se deben valorar también las actuaciones del Gobierno. Y yo pienso que le ha faltado en su exposición una valoración política de estos hechos que han acontecido, cosa a la que nos tienen habituados en las comparecencias del Gobierno, y nos ha faltado la asunción de responsabilidades. Es decir, cualquier acción de gobierno, cualquier acción política

conlleva un plus, una capacidad de responsabilidad. Ha sido también habitual que han tendido durante esta legislatura a que los problemas sean siempre problemas individuales de los sujetos concretos que los padecen, y que las decisiones que se toman sean siempre decisiones también personales y poco afortunadas de algunos directivos que nada tienen que ver con la organización. Y esto realmente cuesta aceptarlo en una valoración estrictamente política y en un lugar como este.

Ha dicho, por ejemplo, del profesional que atendió el caso, que ha tenido un exceso de celo. Ha dicho que había realizado unas valoraciones poco afortunadas. Y esto no es la primera vez. Y cuando esto sucede reiteradamente, cuando a lo largo de su gestión como responsable del Insalud han sucedido una serie de cosas que no están en los papeles, donde se han tomado decisiones no por criterios sanitarios sino por otras cuestiones, resulta un poco paradójico que a estas alturas volvamos a centrarnos en las cuestiones estrictamente médicas, clínicas, de historial clínico, etcétera.

Se ha discutido en una comparecencia en esta Comisión otro problema con otro trasplante en la Comunidad de Cantabria, por razones también poco ajustadas, y que el sistema público, y por tanto la normativa de la Organización Nacional de Trasplantes, decían que no se ajustaba a los criterios, aunque sí se ajustaba si el paciente podía pagarse su trasplante, y así se hizo en un centro también adscrito al sistema, colaborador del sistema, pero haciéndolo con el pago privado por parte del paciente.

Ha sucedido también que se ha denegado la atención sanitaria a hijos de inmigrantes sin papeles por parte del Insalud. También fue una decisión poco ajustada de la gerencia. Se ha llevado a los tribunales a ciudadanos españoles por no pagar su asistencia, etcétera. Sorprendentemente, la mayoría de estos problemas individuales suceden con las gentes menos favorecidas. No quisiera recordar el problema de la gerencia del Insalud en Cáceres, que motivó también una comparecencia suya aquí. Usted nos dijo que había actuado muy bien, pero después, al cabo de unos meses, aprovechando el verano, fue cesada la gerente en Extremadura.

Cuando se dan tantos casos, señor Núñez Feijóo, ¿usted, como responsable máximo, tiene algo que decir? Es decir, ¿se han dado criterios, se auspician por las presiones que se hacen sobre los responsables el que lleguen a tomar estas decisiones? Esto es lo que a nuestro grupo nos preocupa, no los casos individuales, no los problemas que van surgiendo en cada uno de los momentos, sino este conglomerado que se ha ido dando a lo largo de la legislatura, de estos cuatro años de Gobierno del Partido Popular, y que nos hace sospechar que detrás de todo esto hay alguna preocupación, probablemente preocupaciones economicistas, preocupaciones que se han traducido en hablar casi exclusivamente de problemas de gestión. Y esto conlleva que la presión a la cual se somete a los directivos del sistema, la presión a que se somete a los profesionales del sistema lleva a que, probablemente, tal como usted ha manifestado, lleguen a tomar decisiones poco afortunadas o poco ajustadas. Y resulta que de estos casos que le he comentado, la mayoría se han dado con inmigrantes, se han dado con personas con bajo nivel de recursos económicos, y esto es un plus que agrava la situación.

Por ello yo le pido que dejen de mirar hacia otro lado cuando pase algún problema, que asuman levemente, sin ninguna mortificación excesiva, alguna responsabilidad; es decir, que algo debe pasar, algo debe fallar en el sistema cuando hay varios casos individuales que no funcionan, y que intenten analizar qué es lo que pasa y pongan remedio, para que en casos como este, que son las puntas del iceberg de lo que ha sucedido, se utilicen criterios estrictamente sanitarios y no criterios no sanitarios en la resolución. Yo le pediría que nos aclarara si usted, como responsable máximo del Insalud, ha sometido a tanta presión de gestión a sus subordinados que les lleva a cometer algunos de estos errores.

Y para terminar, señor presidente, y no alargarme más, simplemente, como hoy es la última sesión de la Comisión a la que va a asistir el señor Núñez Feijóo en esta legislatura, yo le quisiera hacer una despedida afectuosa y darle las gracias por todas sus comparecencias, tanto a nivel personal como en nombre del Grupo Parlamentario Socialista.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Vasco, tiene la palabra el señor Caballero.

El señor **CABALLERO BASÁÑEZ**: Quiero agradecer la presencia y la exposición que nos ha hecho el presidente del Instituto Nacional de Salud, señor Núñez Feijóo, intervención bastante detallada.

Y al hablar en nombre del Grupo Parlamentario Vasco, EAJ-PNV, que ha mantenido y mantiene una postura clara de apoyo a las reivindicaciones del pueblo saharauí tras la situación en que vive, provocada, todo hay que decirlo, tras la vergonzosa retirada de España del Sahara, después de esta exposición muy detallada que nos ha hecho, usted, en un momento dado, ha aludido a la carencia de cualquier documento sanitario acreditado por este ciudadano de nacionalidad saharauí objeto de toda esta intervención. Yo concretamente lo que quería preguntarle es si, después de las diversas atenciones que ha tenido en varios hospitales españoles, en Melilla, en Málaga y en Madrid, se ha solucionado esa falta de documentación sanitaria acreditada. Es decir, si en este momento tiene o no tiene esa documentación sanitaria acreditada.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Mingo.

El señor **MINGO ZAPATERO**: Muchas gracias, señor Núñez Feijóo, por su comparecencia habitual en esta Comisión. Y me voy a centrar, de su exposición, en lo que considero los dos hechos importantes.

En primer lugar, que en la Organización Nacional de Trasplantes (que afortunadamente funcionaba bien y que afortunadamente funciona bien, señor Corominas, licencia que me permito) no hay ningún criterio a aplicar para hacer un trasplante que tenga que ver con la situación socioeconómica del paciente, que son criterios técnicos y que son criterios científicos. Y esto es algo que creo que es muy importante destacar. Y en segundo lugar, que afortunadamente, con independencia de la situación socioeconómica del paciente, ha sido tratado médicamente de una manera correcta en todos los hospitales de la red del Sistema

Nacional de Salud. Y esto es algo de lo que todos los grupos parlamentarios nos tenemos que congratular.

Por último, quiero hacer una referencia al facultativo que ha hecho la nota y quiero insistir en que tengo la impresión personal (que espero compartan ustedes) de que lo ha hecho con un equivocado estímulo o sentimiento humanitario, porque, si lo hubiera hecho de otra manera, no hubiera redactado el informe como lo ha hecho. Fíjense ustedes que redacta el informe primero diciendo que hay procedimientos médicos distintos del trasplante, que son los que aconseja y los que realiza, y después le envía al cardiólogo de zona. Si él hubiera pensado que estaba indicado un trasplante cardíaco, no le habría enviado al cardiólogo de zona, le habría enviado al centro sanitario en el que él conoce perfectamente que se hacen los trasplantes. Luego él sabe que no hay indicación de trasplante, y él luego lo confiesa, dice que tiene una actitud humanitaria, y escribe una frase desacertada. Sobre un fondo humanitario (personalmente creo que loable), equivocado, se desliza una frase desafortunada que después se lleva a otros terrenos.

La Organización Nacional de Trasplantes tiene criterios científicos y técnicos. En la actualidad, y eso lo comparte claramente el Grupo Parlamentario Popular, no hay ningún criterio economicista o de distinta actividad en relación con los trasplantes. Afortunadamente, el paciente del que estamos hablando hoy ha sido tratado adecuadamente y espero por su bien que no necesite en el futuro el trasplante cardíaco.

El señor **PRESIDENTE**: Cuando quiera puede dar contestación a las distintas intervenciones el señor Núñez Feijóo.

El señor **PRESIDENTE EJECUTIVO DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD** (Núñez Feijóo): Intentaré ser breve, dado que el contenido y alcance de las intervenciones de SS.SS. ha sido también muy concreto, más planteando cuestiones que pudieran ocurrir en el presente o en el futuro y menos en relación con el caso concreto que nos atañe.

Y es que la gravedad de este asunto, señorías, hubiera estado en si a esta persona, teniendo que ser trasplantado, no se le hubiese procedido a trasplantar, o al menos se hubiese aplazado este trasplante en base al informe de alta que suscribió este facultativo. Eso, evidentemente, sería grave. Pero lo que aquí ocurrió, si me permiten, tiene poco que ver con la gravedad de un asunto en el que para una persona sin papeles en nuestro país pudiese estar condicionado el trasplante que necesitaba, cuando lo que ha quedado demostrado es que esta persona no necesitaba ese trasplante.

Y hay una serie de hechos que cuando menos a SS.SS. les han de hacer reflexionar. Seis hospitales públicos han visto a este paciente. En el Hospital Ramón y Cajal ha sido visto este paciente siete días en el mes de junio de 1998, once días entre los meses de julio y agosto de 1998, y curiosamente un año y cuatro meses después (un año y cuatro meses después) de este informe de alta sale en un medio de comunicación este asunto, ¡un año y cuatro meses después! Cuando menos debería llevar a preguntarnos cómo es posible que si un año y medio antes este informe de alta pudiese

se tener algún tipo de problema en el que le recibe, cómo es posible, insisto, que durante un año y medio no hubiera habido ningún planteamiento, ningún escrito, ninguna queja, ninguna consulta ante este centro sanitario o ante cualquier instalación sanitaria del Servicio Nacional de Salud.

La señora Maestro leía textualmente unas declaraciones, que se publicaron en un medio de comunicación, del facultativo, en este caso, del director médico del Hospital Ramón y Cajal. Hay otras declaraciones que aparecen ese mismo día, y en párrafo continuado, que dicen textualmente: En ningún momento hemos dicho que este paciente deba ser objeto de un trasplante.

Fue quizá un exceso de celo, un intento de abarcar todas las circunstancias lo que derivó en esta frase. Quizá hubiese sido más correcto poner situación social que laboral, explica. Quiero decir que en el mismo momento en que se tiene conocimiento de esta noticia, el facultativo no empieza a concretar que hay problemas laborales o sociolaborales, sino que ya dice que no estaba indicado el trasplante y, además ya en ese mismo instante manifiesta su disconformidad con esa frase.

Pero lo importante, señorías, es saber, una vez ocurridos estos hechos, qué es lo que ha hecho el servicio sanitario público. El servicio sanitario público ha hecho, como decía, tres actuaciones. Mismo momento de conocimiento del hecho: manifestar nuestra disconformidad. Segunda actuación: en ese mismo día, localizar a ese paciente y, en cuarenta y ocho horas, verle en un hospital que sí está acreditado para hacer trasplantes y que sí tiene opinión sobre una cuestión de esta naturaleza.

Si me permiten, y aunque no sea muy habitual, voy a intentar leer algunas frases del informe que hace el facultativo que firma ese informe de alta. Dice textualmente: Me he criado en un medio rural. He estudiado siempre en la educación pública y trabajado en hospitales públicos, lo que he llevado siempre con orgullo y que me ha permitido en todo momento convivir y trabajar en un medio social muy abierto. En el caso de este paciente ha recibido incluso una mayor ayuda y comprensión, y cuando he podido he intentado facilitarle también solución a un problema social. Llevé con este paciente una buena relación, durante la cual me contó todos sus problemas por conseguir la nacionalidad española y obtener un puesto de trabajo. Lamento que una expresión sacada de contexto del informe de alta haya podido malinterpretarse hasta adquirir justo el sentido opuesto al que se le quería dar. Su enunciación nunca tuvo como objeto causar un daño moral al paciente ni un perjuicio al buen nombre del Insalud y de este hospital, sino intentar ayudar a la mejor atención de este paciente.

Es tan absurda la frase, señorías, que decir que se remite al cardiólogo de zona para que evalúe si procede o no un trasplante, insisto, está fuera de todo planteamiento técnico, terapéutico y lógico; decir que sea un cardiólogo de zona el que valore la necesidad de un trasplante, imagínense ustedes si los cardiólogos en los centros de especialidades valoran o no necesidades de trasplantes, máxime cuando este hospital no tiene acreditado el trasplante, y cuando ni el cardiólogo de zona ni el servicio de cirugía cardíaca ni el servicio de cardiología podrían en este hospital valorar una propuesta de esta naturaleza.

Pero lo importante, señorías, es tener la constancia de que si hubiera ocurrido u ocurriese algún hecho de esta naturaleza, nuestro comportamiento iba a ser exactamente igual. Y es que en nuestro país no se va a hacer ninguna discriminación por ningún motivo a cualquier persona que necesite un trasplante o cualquier otra actuación sanitaria urgente o no urgente. Y esto, insisto, creo que es lo que ha quedado aclarado definitivamente. No se ha actuado de forma negligente, no ha habido mala fe y, desde luego, la actuación del servicio sanitario, tanto de los hospitales del Insalud como del hospital del SAS, creo que ha sido una actuación perfectamente contrastada y que acredita que los inmigrantes en nuestro país, con independencia de su documentación o no, son atendidos en la red sanitaria pública.

La Organización Nacional de Trasplantes es una estructura sanitaria asistencial excelente. Y no soy yo, sino que es el ministro de Sanidad el que cada vez que se le pregunta dice que se siente especialmente orgulloso de la Organización Nacional de Trasplantes, porque no fue él quien inició esta andadura, sino que fue una herencia recibida en mayo de 1996. Por tanto, creo que no me cabe más que, no decir mi opinión, sino decir la opinión del propio ministro de Sanidad cada vez que tiene ocasión de hablar de la Organización Nacional de Trasplantes.

Si reconocemos que la Organización Nacional de Trasplantes es una estructura excelente en nuestro país, debemos aceptar los protocolos de la Organización Nacional de Trasplantes. Y si aceptamos los protocolos de la Organización Nacional de Trasplantes, debemos aceptar que el paciente al que usted se refiere, que vivía en la Comunidad Autónoma de Cantabria, no entraba en los protocolos de la Organización Nacional de Trasplantes. Si aceptamos la organización y sus protocolos, es muy difícil de criticar que cuando se hace un trasplante en contra de sus protocolos resulta que empezamos a discutir sobre la bondad o no de un sistema que previamente defendemos.

Es evidente que el que tiene dinero siempre tiene ventajas. El problema es que el sistema sanitario público no ve a los pacientes en función de que tengan dinero o que tengan influencias. Si el protocolo marca el trasplante, se hace; y si no, con independencia del dinero y con independencia de las influencias, no se hace. Y si este señor quiere ir a otro centro que no respeta los protocolos de la Organización Nacional de Trasplantes, desde luego tanto el centro como él lo harán bajo su responsabilidad.

Señoría, ha quedado acreditado que en nuestro país no se niega asistencia sanitaria a los inmigrantes, ni en este caso ni en el caso de los menores a los que usted se refiere. Los menores a los que usted se refiere, señoría, ha quedado acreditado, en todos los casos, en todos los casos, que estaban recibiendo asistencia sanitaria en nuestro país, en todos y cada uno de los casos que puso en conocimiento la Fiscalía. Y prueba de ello es que, posteriormente, lo que concretó la Fiscalía era que no tenían un documento acreditativo, cosa distinta a que tuviesen o no asistencia sanitaria. Y lo que se ha hecho, después de la Declaración de los Derechos del Niño, del año 1991, hasta 1996, ninguna actuación, ninguna. Cuando conocemos este hecho dictamos una instrucción y decimos que todos los menores que residan en nuestro país tienen que tener una acreditación sanitaria. Y se expide esa acreditación sanitaria, lo mismo que a las

mujeres embarazadas, tanto durante el embarazo como en el parto o en el posparto. Exactamente lo mismo.

Y, señoría, quiero aclararle que la directora territorial de Extremadura no fue cesada por ese asunto. La directora territorial de Extremadura decidió dimitir, en contra de la opinión del presidente del Insalud, a quien no le quedó más remedio que aceptar su dimisión. Por lo tanto, nada tiene que ver ningún asunto de la gestión del ex directivo de Extremadura con ningún planteamiento a los que usted hace referencia. Y, por supuesto, ya le anticipo que tengo dudas de que hubiese dimitido por eso, pero, en fin, la explicación sobre esas cuestiones, como es natural, le corresponde a la persona interesada.

¿Qué puede hacer el responsable máximo del Insalud ante todo este cúmulo de hechos que han sucedido en esta legislatura? Me imagino que lo único que podrá hacer es trabajar con responsabilidad y decir que asumimos todos los funcionamientos incorrectos del servicio sanitario público de nuestro país, desde un informe de alta que pueda hacer cualquiera de los 37.000 médicos que tiene el Insalud, que seguro que todos los días suscriben millones de informes de alta, todos, y cuando hay algún error o algún funcionamiento anormal en el sistema sanitario público, actuar de forma inmediata, como se ha hecho en este caso.

Me gustaría no despedirme, señoría, de usted y de su grupo, porque, evidentemente, qué sería de mi actividad como presidente del Insalud sin poder venir a la Comisión de Sanidad y mucho menos sin poder parlamentar con el ilustrísimo portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, al igual que con los distintos portavoces de los distintos grupos. Es evidente que por mi parte ha sido una enorme satisfacción poder comparecer cada vez que se me ha llamado y espero haber respondido, al menos en parte, a las pretensiones de sus grupos. Pero seguro que tendremos ocasión, fuera de este Parlamento o dentro, o quizás en cualquier otro sitio que nos veamos, señor Corominas, de seguir hablando de la buena marcha del sistema sanitario público de nuestro país, con independencia del Gobierno que esté en cada momento. Así lo espero y así lo deseo.

En cuanto al portavoz del Partido Nacionalista Vasco, quiero decir que nosotros hemos acreditado a todos los menores, como consecuencia de que la legislación española les posibilita que los menores tengan asistencia sanitaria, y estamos acreditando a todas las mujeres gestantes. Y en relación con los inmigrantes mayores, mientras la ley no cambie, y creo que ustedes están tratando este asunto en otros foros y en otras comisiones, no podemos desde el punto de vista legal dar una acreditación sanitaria, porque somos una administración pública, estamos sometidos al principio de legalidad y de hecho tenemos que cumplir la ley. La ley española permite acreditar a los menores, permite acreditar durante el periodo de la gestación a las mujeres que estén en esta situación, y, en cuanto a los mayores, estaremos a resultas de lo que concreten el Congreso y el Senado.

Sobre la intervención del portavoz del Grupo Parlamentario Popular, he de agradecerle el enfoque del asunto y reiterarle que este facultativo, que era un MIR, en ese momento, un MIR de sexto año, entendió que podía ayudar con esta frase, y desde luego creemos que lo importante es que se ha demostrado que los servicios sanitarios han actuado

de una forma correcta y en el espacio de horas se ha localizado, se ha visto, se ha internado, se ha ingresado, se han hecho las pruebas y se ha constatado que este trasplante no era necesario, ni en ese momento ni en el momento actual. Pero lo que sí hemos dejado es un nexo de unión permanente entre el Hospital Doce de Octubre y esta persona para que en el futuro se siga revisando y, si fuere necesario, para ponernos a su disposición para este tipo de actuación.

## PREGUNTAS:

### — DE LA SEÑORA MAESTRO MARTÍN (GRUPO PARLAMENTARIO FEDERAL DE IZQUIERDA UNIDA) SOBRE MOTIVO DEL CESE DE DOSCIENTOS CINCUENTA TRABAJADORES CONTRATADOS POR OBRA Y SERVICIO EN EL HOSPITAL LA PAZ DEL INSALUD DE MADRID. (Número de expediente 181/002712)

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al siguiente punto: contestación a preguntas. Pregunta formulada por la señora portavoz del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida.

Para formular la pregunta, tiene la palabra la señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Señor Núñez Feijóo, en este momento y a la espera de su respuesta, simplemente quiero formularle la pregunta. En el mes de septiembre de este año se procede por la Gerencia del Hospital La Paz, del Insalud, a suspender el contrato o a la no renovación del contrato de doscientas cincuenta personas que tenían contrato por tipo de obra y servicio, y se produce en una situación en la cual lo único que había sucedido, en el mes de septiembre, es que el verano se había terminado, pero no la multitud de situaciones que vienen haciendo que en el citado hospital se esté trabajando en condiciones de sobrecarga evidentes, con insuficiencias de personal que llevan a correr el riesgo, al menos, de que la seguridad y la calidad de la atención sanitaria no sea la adecuada o la que se estaría en condiciones de prestar si esas condiciones de sobrecarga de trabajo no se produjeran.

En una situación en la que había compromisos acerca de negociaciones de bolsa de trabajo, estudios de plantilla, estudios de carga de trabajo, que no se han producido, mi pregunta, más allá del hecho concreto que la motiva y que es el cese en su relación laboral de doscientas cincuenta personas en el mes de septiembre, es qué situaciones o a través de qué procedimientos piensa abordar el Insalud las insuficiencias concretas y crónicas de personal que en diferentes servicios extremadamente sensibles está sufriendo desde hace mucho tiempo el Hospital La Paz.

El señor **PRESIDENTE**: Puede contestar el señor presidente del Insalud.

El señor **PRESIDENTE EJECUTIVO DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD** (Núñez Feijóo): Señora Maestro, en relación con la cuestión planteada por S.S. sobre el cese de doscientas cincuenta personas que

estaban unidas al Hospital La Paz a través de un contrato temporal de obra y servicio debo decirle que en el Hospital La Paz no ha habido ni hay ese número de personas contratadas en esa modalidad contractual. Ni lo ha habido durante el mes de septiembre ni lo ha habido durante todo el año 1999. Es verdad que en nuestros centros se utilizan distintas modalidades de contratos, pero la modalidad de obra y servicio determinado es una modalidad minoritaria, desde el punto de vista de contratación temporal. Es habitual, y S.S. lo reflejaba de alguna forma en su exposición, que los centros sanitarios incrementen significativamente sus contratos en el periodo estival como consecuencia de vacaciones reglamentarias del personal adscrito y de la necesidad de cobertura, en la mayoría de los casos, de este tipo de personal.

Intentando responder a la cuestión que S.S. plantea, los datos del mes de septiembre de personal contratado temporal en este centro eran los siguientes: un total de 681 personas (mes de septiembre), de las cuales 352, es decir el 51 por cien, eran contratos para sustituir vacaciones; 81 eran contratos de obra o servicio determinado —81, no 250 como S.S., seguro que por algún error u omisión, concretaba— y 248, por acumulaciones de tareas, para cubrir las bajas, los incrementos de actividad puntual que se puedan realizar durante este mes o meses anteriores o posteriores, así como para cubrir liberaciones sindicales, etcétera. Al finalizar el mes de septiembre cesaron los contratos de sustitución por vacaciones, quedando un total de 197 contratos, distribuidos en las siguientes modalidades: 149, por acumulación de tareas y 48 por contrato de obra o servicio. Por el número de ceses a los que hace alusión su pregunta, me imagino que S.S. se puede referir a 233 trabajadores de la categoría de personal sanitario no facultativo que tenían contrato por acumulación de tareas, cuyos contratos finalizaron durante el mes de septiembre y cuyo objeto era la sustitución de otros trabajadores por vacaciones. El motivo es la incorporación al trabajo de éstos últimos, como usted se puede imaginar por los datos y por el contenido de la explicación que he intentado dar hace unos minutos.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Maestro, ¿alguna aclaración?

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Brevemente, señor presidente.

Gracias por la aclaración. Evidentemente, debía ser a otro tipo de concepto de contratación al que yo me refería. Pero, en cualquier caso, no minusvalore el contenido de fondo, que es una insuficiencia crónica de personal, una situación en la cual desde hace mucho tiempo, y me consta que no es el único hospital, La Paz, donde no se cubren por sistema todas, el cien por cien, de las bajas maternas, de las enfermedades de larga duración, de las vacaciones. Esta situación llevó a que las ocho organizaciones sindicales que están representadas en la junta de personal, ocho y por unanimidad, convocaran una concentración que llegó a juntar en las condiciones de trabajo de los hospitales, que usted conoce tan bien como yo, a cuatrocientas personas delante del gerente, pidiendo su dimisión en este caso concreto, no ya por otras actuaciones relevantes que hemos tratado en esta Comisión, sino en este caso concreto, por

no abordar de manera adecuada las insuficiencias graves de personal. Y quiero concretarle algunos ejemplos que se estaban viviendo con especial carga de trabajo, por ejemplo, en servicios tan sensibles como el servicio de reanimación de cirugía cardíaca o de reanimación de cirugía general, que han llevado a este señor gerente a ofertar, en eso tan querido por ustedes de la oferta y de la demanda y del mercado y de la competencia, a ofertar, en el área 5 y en el área 4, la anestesia epidural, las veinticuatro horas, a todas las personas que lo solicitaran, hecho que, a pesar de que por el señor ministro, ya hace varios, creo recordar, seguro, dos años, ya se ofertó en el conjunto del sistema sanitario, evidentemente no ha pasado de una declaración propagandística. Y el hecho de que en este hospital se ofertara de manera patente, ha hecho que muchas personas, muchas mujeres, en este caso, que no tenían posibilidad real de acceder a este servicio en su propia área, fueran al Hospital La Paz. Hecho que ha planteado, creo yo de manera irresponsable, la exigencia de que las matronas, que es el tipo de personal que atiende de una manera concreta este tipo de ofrecimientos de tratamientos, se hayan visto obligadas a doblar turnos, circunstancia que, insisto, señor Núñez Feijóo, desde mi punto de vista, no solamente es una situación de sobreexplotación de la mano de obra de profesionales, sino que introduce, cuando estamos trabajando y estamos hablando de personas que están interviniendo sobre las condiciones de salud de otras, elementos de inseguridad y de amenazas a la calidad de la atención sanitaria.

Por lo tanto, entienda, señor Núñez Feijóo, y con esto termino, señor presidente, que la preocupación que yo pretendía trasladar con mi pregunta, y que reitero, es cuál es la forma en la que el Insalud, la gerencia de La Paz, va a abordar la acuciante carencia crónica de personal que se vive en este hospital y que evidentemente sobrepasa con mucho el marco de las vacaciones de verano.

El señor **PRESIDENTE**: Puede contestar el señor Núñez Feijóo cuando quiera.

El señor **PRESIDENTE EJECUTIVO DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD** (Núñez Feijóo): Señoría yo tengo el acta de la junta de personal de esa fecha y seguro que podemos tener alguna dificultad, no sólo en cuanto a la catalogación de la fórmula de contratación, sino al contenido de las actas y a lo que manifiestan los sindicatos. En ese acta, que tengo a su disposición, en el punto sexto del orden del día se estudia este asunto y solamente interviene CSIF, que critica no el cese de los compañeros sino la falta de una bolsa de trabajo, a lo que usted se refiere, y una actuación de sindicatos. Ningún otro sindicato intervino en este punto. No sé, tengo dudas, como es natural, que, con este comportamiento sindical por este caso concreto, el gerente de La Paz tuviese un problema con cuatrocientos trabajadores. Insisto, por este caso concreto. O bien los sindicatos en la junta no manifiestan disconformidad y la manifiestan en otros foros o bien, en este caso concreto, en el acta del 21 de septiembre de 1999, no hay discrepancias, o, si las hay, se omiten.

Es verdad que S.S., siempre que tiene ocasión, habla del mercado, de la oferta, de la demanda, y de todas estas cosas. Nosotros nunca hemos hablado de este asunto en

nuestro sistema público de salud, porque entendemos que no es ni un mercado, ni puede serlo, ni lo será. Lo que sí es una cierta contradicción es hablar de mercado de oferta pero a la vez hablar de que hace dos años, por primera vez en este sistema Insalud, se ha ofertado la analgesia epidural, por primera vez. Si tuviésemos una visión tan economicista de los asuntos, sería difícil poder decir que dentro del sistema sanitario público vamos a ofertar y ofertamos la anestesia epidural como una prestación, insisto, que no tenía el sistema sanitario. Y, efectivamente, para incrementar esta actividad, a veces se producen problemas, y usted ha reflejado muy claramente uno de los problemas, que es el de las matronas. Dado que antes no había esta prestación y que ahora tenemos una presión asistencial mayor, porque los que necesitaban este tipo de analgesia acudían a centros privados y ahora acuden a centros públicos, y dada la escasez crónica de matronas, y ahí usted lleva toda la razón, que tienen los hospitales, es posible que haya dificultades para cubrir los turnos de matronas. No porque haya una política limitativa en materia de personal, sino porque las prestaciones se han incrementado y el personal, con dificultad de formación, como las matronas, no ha ido acompañado al incremento de prestaciones.

En relación con la política de personal de La Paz, solamente me gustaría, y con esto concluyo, señoría, decirles cuáles son los datos de la política de personal del Insalud en este fin de legislatura. Desde el año 1997 al presupuesto de 1999, tres años, el presupuesto de capítulo 1, es decir, de

personal, ha crecido 100.000 millones de pesetas. De los 100.000 millones de pesetas, 40.000 millones se han destinado al incremento del IPC. Por consiguiente, nada que objetar; era un imperativo legal. Los 60.000 millones restantes se han dirigido a incrementos de personal, incrementos de nuevos servicios, incrementos de incentivación e incrementos de acción social. Y éstos son los datos, señoría: 100.000 millones más, en capítulo 1; 40.000 IPC, 60.000 nada que ver con el índice de precios al consumo. Seguro que todavía quedan problemas en determinados hospitales, seguro, pero nuestra política de personal ha estado marcada, primero, por un incremento de la misma, y, segundo, por un planteamiento de estabilidad y por un planteamiento de ofertas públicas de empleo generalizadas desde el año 1997 a la oferta pública de empleo, incluida la del 2000.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Núñez Feijóo, le agradecemos su comparecencia una vez más en esta Comisión. Y, finalizado el orden del día, se levanta la sesión.

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

**Nota:** El presente «Diario de Sesiones» de la Comisión de Sanidad y Consumo, del miércoles, 1 de diciembre de 1999, no guarda la relación cronológica habitual, con el fin de no retrasar la publicación de los «Diarios de Sesiones» ya elaborados.

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

Imprime y distribuye: **Imprenta Nacional**. B.O.E.  
Avda. Manoteras, 54. 28050 Madrid. Teléf.: 91 384 15 00. Fax: 91 384 18 24

**Depósito legal: M. 12.580 - 1961**