



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2001

VII Legislatura

Núm. 271

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. FELICIANO BLÁZQUEZ SÁNCHEZ

Sesión núm. 14



celebrada el jueves, 21 de junio de 2001

ORDEN DEL DÍA:

	Página
Designación de la ponencia para informar la proposición de ley sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica. (Número de expediente 124/000002.)	8200
Proposiciones no de ley:	
— Sobre transferencias sanitarias a la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/000465.)	8200
— Sobre transferencias sanitarias a Extremadura. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/000615.)	8200
— Sobre transferencias en materia sanitaria a la Comunidad Autónoma de Castilla y León. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/000660.)	8200

— Sobre la adopción por el Gobierno de medidas específicas relativas al estudio del estado de salud de todos los inmigrantes a su llegada a España, así como las acciones de prevención adecuadas. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/000471.)	8210
— Relativa a los medicamentos empleados para combatir la psoriasis. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/000635.)	8213
— Para la asistencia médica a personas que padecen síndrome post-polio. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/000648.)	8216
— Relativa a la construcción de un nuevo hospital central en Oviedo (Asturias). Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/000690.)	8219
— Sobre inclusión en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud de nuevas prestaciones materiales para la rehabilitación y la prevención. Presentada por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió). (Número de expediente 161/000717.)	8221

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

DESIGNACIÓN DE LA PONENCIA PARA INFORMAR LA PROPOSICIÓN DE LEY SOBRE LOS DERECHOS DE INFORMACIÓN CONCERNIENTES A LA SALUD Y LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE, Y LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA. (Número de expediente 124/000002.)

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, buenos días. Damos comienzo a la Comisión de Sanidad y Consumo con el orden del día que todas SS.SS. conocen.

Como primer punto del orden del día, quiero someter a la consideración de la Comisión la designación de la ponencia para informar la proposición de ley sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente y la documentación clínica.

Como conocen SS.SS., es una proposición de ley que ha sido remitida por el Senado y los ponentes que se proponen son: por el Grupo Parlamentario Popular, el señor Gutiérrez Molina, Señor Mingo Zapatero y señor Zambrano Vázquez. Por el Grupo Parlamentario Socialista, el señor Arola Blanquet, señor Fidalgo Francisco. Por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), la señora Riera y Ben. Por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida, la señora Castro Fonseca. Por el Grupo Parlamentario Vasco (PNV), la señora Uría Etxebarria. Por el Grupo Parlamentario de Coalición Canaria, la señora Julios Reyes, y por el Grupo Parlamentario Mixto, el señor Aymerich Cano. ¿Estamos de acuerdo? (**Asentimiento**.)

Se aprueba la designación de la ponencia por asentimiento.

PROPOSICIONES NO DE LEY:

— **SOBRE TRANSFERENCIAS SANITARIAS A LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA-LA MANCHA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/000465.)**

— **SOBRE TRANSFERENCIAS SANITARIAS A EXTREMADURA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/000615.)**

— **SOBRE TRANSFERENCIAS EN MATERIA SANITARIA A LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA Y LEÓN. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/000660.)**

El señor **PRESIDENTE**: El segundo punto del orden del día es el debate y votación de las proposiciones no de ley que conocen todas sus señorías. Por acuerdo de la Mesa y portavoces, en la reunión celebrada el día 13 de junio del año en curso, se acumulan las tres primeras, que son sobre las transferencias sanitarias a la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, sobre transferencias sanitarias a Extremadura y sobre transferencias en materia sanitaria a la Comunidad Autónoma de Castilla y León. Las tres proposiciones no de ley son a propuesta del Grupo Parlamentario Socialista, para cuya presentación y defensa tiene la palabra la señora Valentín.

Cuando quiera, señora Valentín.

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Voy a hacer una introducción general de por qué reivindicamos que se acelere el proceso de transferencias pendientes a todas las comunidades autónomas para gestionar la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, y luego las relativas a Extremadura y a Castilla y León las defenderán otros compañeros.

Desde que Cataluña recibe las competencias en asistencia sanitaria en el año 1981, hasta que en el año 1994 lo hace Canarias, se ha producido una paralización del proceso de transferencias de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las comunidades autónomas, teniendo ya todas ellas los estatutos de autonomía modificados, con lo cual tienen la cobertura legal para poder reclamar que se inicie el traspaso de estas competencias sanitarias a las respectivas comunidades autónomas. Por tanto, cobertura legal existe y voluntad política también. De hecho, hay una reivindicación por parte de todas las comunidades autónomas de gestionar desde la cercanía un derecho tan importante para los ciudadanos como es el derecho a la asistencia sanitaria.

En este momento, a pesar de que se han iniciado ya las negociaciones, nos da la sensación de que existe un bloqueo para que las negociaciones se produzcan con absoluta transparencia y claridad. La información que desde el Gobierno se está mandando a las comunidades autónomas es incompleta. No es de recibo que un gobierno envíe la relación de centros sanitarios, hospitales y centros de salud dentro de la información que están reclamando para valorar adecuadamente qué es lo que van a recibir y sobre todo en qué condiciones, porque esa información ya la tienen los gobiernos. Lo que queremos saber es en qué situación, en qué condiciones se van a transferir no solamente los centros sanitarios, sino también la tecnología o las carencias de servicios que existen en determinadas comunidades autónomas para hacer efectivo el principio de igualdad de oportunidades de los ciudadanos. Por eso es imprescindible que ese proceso se ligue a la negociación del nuevo modelo de financiación sanitaria que para una vigencia inicialmente prevista de cuatro años tiene que entrar en vigor el 1 de enero del año 2002. No se puede consolidar el Sistema Nacional de Salud incentivando agravios comparativos entre comunidades autónomas. Es necesario que insistamos todos sobre las ventajas que tiene un sistema público de salud anclado firmemente en el Estado del bienestar.

En estos momentos en los que, cuando se trata de políticas públicas, sólo se discute el elevado coste que ello supone para el Gobierno, es obligado centrar el debate en la capacidad de esas políticas para mejorar las condiciones de vida de todas las personas. Porque la intervención del Estado, a través de esas políticas públicas, es mucho más que una fuente de gasto, es uno de los pocos mecanismos que nos ayudan a corregir las desigualdades que la evolución del sistema de mercado puro genera, permite alcanzar un espacio de conviven-

cia en el que quepan todas las personas y promueve el principio de igualdad de oportunidades. La protección de la salud como un derecho y no como un privilegio está enraizada precisamente en ese principio de igualdad de oportunidades. Precisamente este principio es el que queremos hacer realidad en nuestra Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.

Exigimos que se negocie bien y cuanto antes, porque tenemos derecho —tenemos modificado el estatuto de autonomía con fecha 3 de julio del año 1997—, y hemos decidido desde Castilla-La Mancha ejercitar ese derecho. El presidente Bono en noviembre de 1997 ya solicitó formalmente al Gobierno de España que se iniciaran las negociaciones para hacer efectivo el traspaso. Lo quieren los ciudadanos de nuestra región, como lo demuestra una encuesta sobre percepción de los castellano-manchegos sobre los servicios sanitarios, en la que el 60 por ciento de las personas encuestadas opina que es importante que el Gobierno regional gestione la sanidad frente a un 5,5 por ciento que cree que es poco importante. Consideramos, además, que desde la cercanía se pueden ir corrigiendo esos déficit que desde el punto de vista sanitario todavía tiene nuestra comunidad autónoma. Además, en estos momentos de provisionalidad nos da la sensación de que el Gobierno, el Insalud ha perdido rumbo, ha perdido ilusión y está en un momento de parálisis total en cuanto a las decisiones que tiene que tomar en aquellas comunidades autónomas, como Castilla-La Mancha, que han de recibir las transferencias. Y, sobre todo, queremos que aquellos problemas más importantes, que desde el punto de vista sanitario tiene nuestra comunidad autónoma, se puedan solucionar, estableciendo las prioridades por parte del Gobierno regional: déficit de camas en torno a 2.026 para equipararnos a la media del Insalud gestión directa.

Nuestra comunidad tendría que incrementar en un 22 por ciento sus recursos profesionales para situarnos en la media del Insalud gestión directa. Nuestra comunidad autónoma, Castilla-La Mancha, sigue sin tener servicios de referencia de especialidades médicas y quirúrgicas y tecnología diagnóstica, tan importantes como la cirugía maxilofacial, cirugía torácica, resonancia nuclear magnética, acelerador lineal, etcétera. Y, lo que es más importante, un 13 por ciento de los ciudadanos de Castilla-La Mancha tienen que desplazarse anualmente fuera de la región para recibir atención especializada, cuando la media es del 3,15 por ciento en el resto de las comunidades autónomas. Por tanto, no queremos que se siga rompiendo el principio de igualdad de oportunidades y queremos decidir y tener voz y voto para poder participar también en aquellas decisiones importantes que desde el punto de vista sanitario afecten a nuestros ciudadanos. Por eso pido que se apoye esta iniciativa, porque creo que es de justicia que nuestra comunidad autónoma, al igual que las diez restantes, pueda ya gestionar directamente, porque

es mayor de edad, la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

El señor **PRESIDENTE**: En este punto del orden del día interviene a continuación la señora Pérez Domínguez, para defender las transferencias a la Comunidad Autónoma de Extremadura.

La señora **PÉREZ DOMÍNGUEZ**: Voy a defender, siguiendo las líneas generales que ha marcado la señora Valentín, el proceso de transferencias a la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Queremos un acuerdo de transferencias que apueste claramente por la sanidad pública, único instrumento capaz de lograr el objetivo de equidad no sólo para que incluya con carácter universal a todos los ciudadanos, sino también para que el acceso a la misma se produzca en condiciones de igualdad, y para eso es imprescindible dotar a la sanidad pública en Extremadura de nuevos y más recursos tanto en infraestructuras, equipamientos y personal, como en cartera de servicios.

En ese sentido hay grandes déficit, que paso a relacionar sin relatarlos todos. Por ejemplo, no se dispone en Extremadura en ningún hospital de equipo propio de resonancia magnética nuclear, de litotricia, ni de densitometría ósea, ni de radiocirugía y bronquiterapia. Nuestros hospitales en su mayoría carecen de servicios básicos que obligan a hacer grandes desplazamientos a los ciudadanos extremeños. No existe ninguna unidad de cuidados paliativos; tampoco ninguna unidad del dolor, ni de cirugía experimental; no existen camas de agudos psiquiátricos en siete de los ocho hospitales con que cuenta nuestra comunidad autónoma; no existe ni tan siquiera unidad de cuidados intensivos en los hospitales de Llerena, Coria o Navalmoral de la Mata, que cubren una población de 214.876 habitantes, además estas zonas carecen del servicio de emergencia 061; no existe diálisis ni en Mérida, ni en Don Benito, ni en Llerena, ni en Coria, ni en Plasencia, ni en Navalmoral, y los hospitales de Coria y Navalmoral carecen de especialidades tan importantes como alergología, reumatología, dermatología, digestivo, endocrinología, neumología, oncología, planificación familiar y neurología. Una serie de carencias que creemos que deben ser cubiertas en este acuerdo de transferencias, así como también en atención primaria, donde no está todavía cubierto el mapa de centros de salud: carencias en personal, tenemos un déficit de 118 facultativos con respecto a la media nacional; de 428 profesionales sanitarios no facultativos; y de 75 no sanitarios, en los últimos datos que hemos podido conseguir.

No solamente existen estos déficit, sino que hay otros en infraestructuras. Ya que no ha sido posible hasta la fecha un acuerdo de plan de inversiones para Extremadura, como estaba previsto, entre el Gobierno extremeño y el Insalud, creemos importante resaltar que es necesario negociar en paralelo un plan de inver-

siones que cubra las deficiencias que tiene la comunidad. Incluso se podría establecer un período de convergencia de acuerdo entre ambas administraciones, el Gobierno regional con el Gobierno de España, para que no se produzca una desinversión mayor todavía en el sistema sanitario extremeño, sino todo lo contrario.

Creemos que deberán ser también unas transferencias que entiendan nuestro hecho diferencial. Nuestra región ocupa una superficie de 42.000 kilómetros cuadrados, representa el 2,7 por ciento de la población española y el 8,2 por ciento de su extensión. Nuestro poco más de millón de habitantes se distribuye en 382 municipios; tenemos 25,73 habitantes por kilómetro cuadrado frente a los 78,56 de la media española; de los 382 municipios sólo 43 tienen más de cinco mil habitantes, y de esos 43 sólo en ocho hay hospitales, y en diez, incluidos esos ocho, existen especialidades; del millón de ciudadanos con tarjeta sanitaria el 19 por ciento lo son mayores de 65 años frente al 17 por ciento del territorio Insalud.

Las transferencias, por tanto, deberán contemplar que si son un hecho diferencial los pacientes desplazados, la docencia, los servicios de excelencia o la insularidad, también lo debe de ser la dispersión geográfica y el envejecimiento. No puede ser igual una región que concentre en su capital o en sus ciudades principales la mayor parte de la población que Extremadura que, como antes decía, de los 382 municipios solamente hay 43 con más de 5.000 habitantes.

Tenemos 101 zonas de salud porque 382 municipios exigen eso. Hay 21 zonas de salud en las localidades de más de 25.000 habitantes y 80 en el resto, cuando en realidad nos correspondían sólo 70.

Concluyo, por tanto, diciendo que deberán ser unas transferencias no que traten igual a los desiguales, sino que traten desigual a los desiguales como efecto de discriminación positiva; unas transferencias que en el tema de financiación nos equiparen con aquellas comunidades que están mejor dotadas en estos momentos. No quiero citar comunidades en concreto, pero es de destacar que un ciudadano extremeño recibe hoy en financiación sanitaria 19.000 pesetas menos que algunos otros ciudadanos españoles. Todas estas cosas, así como las que antes ha comentado la señora Valentín, son factores que determinan el que las transferencias se hagan lo antes posible, porque así lo ha requerido ya desde 1999 el Gobierno extremeño y su presidente, pero que se hagan en las condiciones que garanticen el acceso, no sólo la universalidad, a los servicios sanitarios a todos los ciudadanos extremeños.

El señor **PRESIDENTE**: También por el Grupo Parlamentario Socialista tiene la palabra el señor Simón de la Torre.

El señor **SIMÓN DE LA TORRE**: En el poco tiempo que tengo quiero dejar patente la voluntad que tiene

esta proposición no de ley de lograr cuanto antes las transferencias sanitarias para la Comunidad Autónoma de Castilla y León; pero unas transferencias sanitarias a las que se les haya hecho un cálculo real de cómo están las infraestructuras, el material y el personal; es decir, queremos competencias sanitarias clara y bien cuantificadas y no, como pretende el Ministerio, competencias basadas en una información sesgada del Insalud.

Castilla y León es una región extensa, que tiene una población con una tasa de envejecimiento superior al 20 por ciento, y en la que viven muchas y pequeñas localidades. Piensen ustedes que de cada cuatro pueblos de España uno lo es de Castilla y León. Una comunidad en la que parte de los ciudadanos de Soria reciben asistencia sanitaria en Zaragoza; ciudadanos de Ávila o de Segovia la reciben en Madrid; o ciudadanos de Burgos en Vitoria y Bilbao, situación que si no se soluciona antes de las transferencias va a suponer un alto costo para la región castellano-leonesa.

Esto implica que cuando Castilla y León reciba las competencias sanitarias tiene que ser necesario que la región sea autosuficiente sanitariamente. También implica que hay que solucionar el problema de los interinos. Hay que tener en cuenta que el 40 por ciento de los médicos de la región son interinos con una media de diez años de antigüedad; antigüedad que también habrá que cuantificar en los trienios y que necesariamente tendrán que estar contemplados en las transferencias. No debe suponer otro problema más que el Gobierno piensa transferir a la comunidad autónoma.

Igualmente queremos que las transferencias dejen claro en qué situación están nuestros hospitales, y les pongo un ejemplo. En mi provincia, en Burgos, el pasado 20 de mayo los cirujanos del hospital general amenazaron con dejar de operar, ya que faltan plazas UVI, lo que obliga a que los pacientes tengan que ser ubicados en la unidad de reanimación post-anestésica, y esta es una situación que ya lleva más de seis años dándose.

Igualmente deseamos en el plano hospitalario que las transferencias dejen una red hospitalaria que esté completada antes de que se produzcan, porque también en esta comunidad autónoma existen grandes zonas que tienen un déficit, y voy a poner un solo ejemplo, en la provincia de Zamora la zona de Benavente. Eso sin hablar de las listas de espera, que cada día vemos cómo se van incrementando. Así, hoy nos encontramos con que más de 183.000 castellano-leoneses se encuentran en lista de espera. Si a esto le añadimos el desconocimiento real de la situación en que se encuentran los instrumentos, que no sabemos si son nuevos, si son viejos, si van a durar, o hay que cambiarlos en breve. Ante esta situación, nosotros apostamos por unas transferencias sanitarias bien hechas.

Por ello hemos presentado esta proposición, para que las cosas estén claras y no para que una institución del Estado engañe a otra. Por esa razón los socialistas respaldamos la auditoría externa, que la sección caste-

llano-leonesa de la comisión mixta de transferencia ha decidido por unanimidad, con el voto de todos los partidos, incluidos los representantes del PP, que nos permitirá conocer la situación real de la sanidad en Castilla y León y dotarla económicamente y no transferirlo, como se pretende en las declaraciones hechas por la ministra hace dos días en Valladolid, sin auditoría. Con la auditoría tendremos claro que no estamos transfiriendo insuficiencias ni déficit, y esto no es aceptable en una región en la que el gasto sanitario público per cápita está en 108.000 pesetas. En definitiva, queremos una sanidad en igualdad de oportunidades y que pueda trasladar a los castellano-leoneses una sanidad pública con garantías. Es por eso por lo que pedimos el voto favorable para esta proposición no de ley.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos que desean intervenir? **(Pausa.)** Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Burgos.

El señor **BURGOS GALLEGO**: Voy a compartir el turno de réplica con el señor Zambrano.

Me gustaría desde el principio fijar la posición contraria a la aprobación de estas proposiciones no de ley y plantear nuestra extrañeza por la presentación de estas tres iniciativas, que no se ha acabado de disipar por las intervenciones que hemos escuchado. Este es un proceso que afecta al conjunto de diez comunidades autónomas en las que el Insalud gestiona la asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Por supuesto que compartimos la apreciación sobre la importancia de las transferencias, pero no entendemos qué razones hay para el tratamiento separado de estas tres comunidades autónomas con respecto a las demás o qué razones existen, por el contrario, para su tratamiento conjunto, siendo como son realidades absolutamente distintas. No sabemos si considera el Grupo Socialista que las otras siete comunidades están sobrefinanciadas o que presentan superávit de recursos, en todo caso sería bueno saberlo.

A nosotros nos parece que estas iniciativas, amén de confusas e inconcretas, suponen una cierta muestra de desconfianza hacia la capacidad negociadora de las diferentes comunidades autónomas; una desconfianza que mi grupo en absoluto comparte. El Gobierno, a comienzos de esta legislatura, expresó la voluntad política de abordar, en el transcurso de la misma, el proceso de transferencia sobre la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a diez comunidades autónomas. Previamente, y como condición *sine qua non* para ello, se había acometido el proceso de reforma de los estatutos de autonomía de las comunidades autónomas del artículo 143, proceso que no culminó hasta 1999 y que ha dado lugar a que hoy los estatutos de esas diez comunidades incluyan un texto idéntico que les atribuye la capacidad de gestionar la asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Finalizado ese proceso

y los estudios a los que dio lugar, el secretario de Estado de Organización Territorial del Ministerio de Administraciones Públicas y el secretario general de Gestión y Cooperación Sanitaria del Ministerio de Sanidad hicieron pública, el pasado día 25 de enero, la apertura formal del proceso de transferencias. Se elaboró el correspondiente calendario de convocatoria de los órganos habilitados al efecto, las ponencias técnicas que han de preparar las propuestas de acuerdo de traspaso a elevar a las respectivas comisiones mixtas de transferencias y el calendario, a juicio del Grupo Parlamentario Popular, se ha cumplido casi al milímetro.

Así ha ocurrido en los casos de Castilla-La Mancha y de Castilla y León, donde ya se han celebrado numerosas reuniones no sólo de la ponencia técnica, sino de los grupos de trabajo sobre recursos humanos, patrimonio y recursos materiales, actividad asistencial y sistemas de información y asuntos económicos y presupuestarios, que han avanzado notablemente sus trabajos a lo largo de estos meses. Hasta la fecha, señorías, ha habido más de 60 reuniones con todas las autoridades autonómicas afectadas. Se ha elaborado ingente material y el adicional, solicitado por los representantes de las comunidades autónomas, se encuentra en este momento en avanzado estado de elaboración para su entrega.

El Grupo Parlamentario Socialista exige en esta Cámara que se negocie bien y nosotros compartimos esa exigencia; pero solicitar que se negocie bien es cosa de dos y llegará a buen puerto esa negociación si las comunidades autónomas respectivas consideran que quedan satisfechas las valoraciones sobre el gasto efectivo del Insalud en cada una de esas comunidades. Por tanto, hacer, como hacen las proposiciones no de ley que hoy debatimos, una consideración sobre la necesidad de acelerar el proceso de transferencias nos parece de todo punto improcedente. No sabemos si esto constituye una medida de presión hacia las propias comunidades autónomas, puesto que la complejidad evidente del proceso no necesita de acelerones, sino de reflexiones y de negociaciones adecuadas. La propuesta de acelerar el proceso no la acabamos de entender, toda vez que algunas de las dudas que se están manifestando por las comunidades autónomas afectadas tienen mucho que ver con una fecha que se ha puesto encima de la mesa por parte del Gobierno, del Ministerio de Sanidad, y que hace referencia al 31 de diciembre de 2001 como fecha tope para finalizar el proceso de transferencias. No sabemos si esta fecha le parece al Grupo Parlamentario Socialista demasiado lejana. En todo caso, nos parece adecuada para que los trabajos técnicos estén perfectamente diseñados. Esta disposición absoluta para que el proceso se realice con las mayores garantías y en el calendario inicialmente previsto por parte del Gobierno es compartida por el Grupo Parlamentario Popular.

Las proposiciones no de ley evidencian, por otro lado, un enfoque confuso, puesto que mezclan aspectos que no tienen por qué ser propios de un proceso de transferencias, aunque en este caso es verdad que pueden aparecer coincidentes en el tiempo. Incrementar los recursos para equiparar estas comunidades a las más dotadas o el gasto per cápita para equipararlo también a las más dotadas constituye una aproximación bastante simplista a esta cuestión. Entendemos que la postura de la oposición es razonable en el sentido de que hay que pedir el máximo para todos. Por tanto, nada de sutilezas ni de sofisticaciones. Confundir la negociación de un proceso de transferencias implica la descentralización política y administrativa de unos servicios ya existentes, con un amalgama de reivindicaciones —justificadas o no, todo es discutible—, lo que puede dar al traste con el proceso al convertirlo en una carrera desenfrenada por rebañar recursos adicionales o diseñar nuevas planificaciones ajenas a las existentes. Una cosa es una legítima evaluación del coste efectivo de los servicios prestados y otra bien distinta es condicionar las transferencias a la aportación de determinadas infraestructuras o incluso a la puesta en marcha de todo lo que se ha solicitado en esta Comisión. Habría que recordar cómo se gestaron decretos de transferencias en épocas anteriores, en el oscurantismo más absoluto, sin contraste de información ninguna y con evaluaciones absolutamente discrecionales. El proceso ahora es bien distinto. Está existiendo un suministro constante de información por parte del Ministerio de Sanidad y de los órganos del Insalud y en absoluto eso desmerece la posibilidad que tienen las comunidades y que están ejerciendo de solicitar cuantos informes adicionales, por la vía de auditorías propias o externas, puedan realizarse.

Otra de las sugerencias de la proposición no de ley, que es tener en cuenta la necesidad de incrementar la dotación económica en la definición del nuevo modelo de financiación, nos parece una aproximación bastante simple a la hora de abordar esta cuestión tan compleja de las transferencias. Aquí los diez mandamientos no se reducen a dos, sino a uno solo; es decir, todo se reduce a poner más dinero encima de la mesa y, por lo tanto, ninguna palabra sobre criterios de reparto ni sobre factores correctores ni sobre capitación ni sobre responsabilidad fiscal ni sobre eficiencia ni sobre medidas de ahorro ni sobre modelos alternativos. Esto simplifica el debate. Si todo se reduce a poner más dinero, el Grupo Parlamentario Popular entiende que el debate se simplifica notablemente. En todo caso, estamos de acuerdo en que el acuerdo de financiación se cerrará con importantes avances en el tratamiento financiero de la sanidad, como ha venido ocurriendo en los últimos cinco años, donde se ha aportado más de un billón 200.000 millones de pesetas al sostenimiento de nuestro sistema sanitario.

Realizar planes de inversiones plurianuales. ¿Qué cree el Grupo Parlamentario Socialista que son los anexos de inversiones de los Presupuestos Generales del Estado vigentes, que contienen precisamente programación plurianual absolutamente detallada y son fruto de una negociación con las comunidades autónomas? Por ejemplo, en el caso de Castilla y León los Presupuestos Generales del Estado para el año 2001 prevén inversiones plurianuales por un importe de 70.000 millones de pesetas; de hecho, el crecimiento de estos proyectos de inversión alcanza el 25,4 por ciento en la citada comunidad frente al 5,8 por ciento de aumento en el conjunto del territorio Insalud. Por tanto, el incremento de la inversión en infraestructuras sanitarias por la Administración del Estado en Castilla y León es más de cuatro veces mayor que la media de las comunidades autónomas que constituyen el territorio Insalud, siendo Castilla y León la primera comunidad autónoma de este territorio en cuanto a crecimiento de su presupuesto de inversiones; incremento, por otra parte, coincidente y paralelo con el realizado por la propia Comunidad de Castilla y León. Este objetivo de convergencia entre comunidades autónomas ha sido desde que gobierna el Partido Popular uno de los aspectos fundamentales.

Voy concluyendo, señor presidente, pero no me gustaría hacerlo sin alguna referencia a la necesidad que plantean las proposiciones no de ley del Grupo Parlamentario Socialista de conseguir la autosuficiencia regional. Mi grupo quiere mostrar una cierta preocupación por las implicaciones que un enfoque de estas características puede tener en el futuro del sistema. Sí apoyamos avanzar, como no podía ser de otra manera y lo estamos haciendo desde el Gobierno, en la dotación de recursos a las comunidades autónomas y especialmente a las más necesitadas, pero ¿qué significa autosuficiencia en alta tecnología? ¿Significa todos los servicios, unidades y recursos en todas las comunidades autónomas, también en las uniprovinciales? ¿Aboga el Grupo Parlamentario Socialista por suprimir cualquier planteamiento de centros de referencia supraprovinciales o supraautonómicos? ¿Qué alcance podría tener esto en términos de pervivencia del Sistema Nacional de Salud como elemento integrador de todos los servicios regionales? Desde luego, mi grupo descarta absolutamente un sistema compartimentado donde los ciudadanos se encuentren en el futuro con nuevas barreras en el acceso a los servicios en todas partes.

Como consideramos esencial para el éxito del proceso de transferencias, de enorme importancia para todos, la responsabilidad, la transparencia y la lealtad mutuas en el diseño y en la negociación de este proceso; como esta Cámara no debería influir o irrumpir con este tipo de proposiciones no de ley en un proceso abierto, que marcha a buen ritmo, con las comunidades autónomas afectadas, debemos apostar por la confianza en esas negociaciones o al menos por depositar en esos nego-

ciadores autonómicos y estatales la posibilidad de cerrar definitivamente en este año 2001 un proceso de enorme trascendencia para el futuro de nuestro Sistema Nacional de Salud. Mezclar aspectos sustancialmente distintos, introducir confusión o empañar el proceso con enfoques inadecuados, a juicio del Grupo Popular no constituye la mejor fórmula para abordar el reto más importante que tiene nuestro Sistema Nacional de Salud.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Zambrano.

El señor **ZAMBRANO VÁZQUEZ**: Señor presidente, intervendré muy brevemente en el mismo sentido que mi compañero diciendo que considero estas proposiciones no de ley atípicas (**Un señor diputado: Lo dirás tú.— Rumores.**), fuera de lugar y de tiempo. Decimos que está fuera de tiempo instar al Gobierno a que haga lo que ya hace o que acelere estas acciones cuando ha trazado un calendario que fija la firma de las transferencias para el 1 de enero de 2002; decimos que es atípica porque siendo una proposición en forma de tres que se copian una a otra, es decir, prácticamente iguales en el fondo y en la forma (**Rumores.**), sólo se presenta en tres autonomías y no de forma general para las 10 comunidades que están negociando las transferencias. La consideramos fuera de lugar porque una vez que el Gobierno ha fijado su posición y un calendario, y siendo las transferencias cosa de dos administraciones, parece poco serio que desde el Parlamento irrumpamos en un proceso cuyos plazos se están cumpliendo rigurosamente, con plena información y transparencia y con respecto a Extremadura desde el 29 de marzo pasado. Donde procedería presentar estas proposiciones es en los Parlamentos de las distintas comunidades autónomas en negociación para que hagan pronto y bien sus deberes de recepción en las mejores condiciones y no en este Parlamento ni en esta Comisión, a no ser que ustedes, como ha dicho mi compañero, tengan desconfianza en sus propios negociadores. (**Rumores.**) En cualquier caso, si en último extremo se instara de forma general y para todas las autonomías a que el Gobierno garantice en las transferencias la calidad y la equidad de la asistencia sanitaria recogiendo, como ha dicho la parlamentaria de Extremadura, las peculiaridades y la problemática propias de cada una de ellas (aunque nos parezca una incongruencia porque a esto el Gobierno ya está obligado por la Constitución y las leyes reguladoras), podríamos sin duda votar favorablemente. Pero así no se hace.

Concretamente respecto de Extremadura, quiero comprometerme diciéndole que los diputados extremeños del Partido Popular apoyaremos todas las peticiones y reivindicaciones tendentes a que nuestra asistencia sanitaria tenga el mismo nivel de calidad y equidad que el resto de las comunidades autónomas. (**Varias seño-**

ras y señores diputados pronuncian palabras que no se perciben.) Y recuerdo a SS.SS. que antes, en el principio de esta legislatura autonómica, nos ofrecimos a hacer una comisión mixta en el Parlamento extremeño para estudiar las necesidades cara a las transferencias, nos ofrecimos a entrar en la Comisión mixta de transferencias y ustedes lo rechazaron. También les recuerdo que aceptamos las propuestas de pacto en una serie de puntos que planteó el presidente de la Junta, entre los que se encontraba la sanidad, que después retiró unilateralmente y sin explicaciones razonables. Por tanto, quede bien claro que el Partido Popular en Extremadura siempre ha estado dispuesto a colaborar y a participar para conseguir las transferencias sanitarias en las mejores condiciones, y que ustedes no han querido, denegándolo reiteradamente. Sin embargo, señorías, fíjense qué diferencia: donde gobierna el Partido Popular, como en Castilla y León, como saben SS.SS. con mayoría absoluta (**Rumores.— La señora Valentín Navarro: Igual que en Extremadura.**), en esa comunidad y en esa Comisión mixta sí existen varios miembros del PSOE, de su partido. (**Rumores.**)

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, por favor.

El señor **ZAMBRANO VÁZQUEZ**: Entre otros, el ex consejero de Economía. Señorías, los hechos son los que marcan las diferencias, no las palabras ni la demagogia.

También quiero recordarles que en estos cinco años el Gobierno del Partido Popular ha aumentado el gasto real de la asistencia sanitaria en Extremadura en más de 35.000 millones de pesetas; ha aumentado las inversiones de forma plurianual como solicitan, multiplicando por más de tres las que hizo el Gobierno de su partido en el mismo período; se han reformado seis de los ocho hospitales y se ha cerrado prácticamente en cuanto a infraestructuras el modelo de atención primaria de forma sensiblemente superior a la media del Insalud. Extremadura es la única comunidad que pasó de un gasto per cápita (es decir, habitante/año) inferior a la media del Insalud en 1995 a estar por la media o un punto más desde 1998, y continúa; en el 2001 ha aumentado ese gasto por habitante/año en más de 35.000 pesetas, lo que está muy por encima, señorías, de lo solicitado por su consejero de Sanidad. Para demostrárselo, voy a leer textualmente lo que pedían en su plan 1997-2000, capítulo V, financiación (páginas 446-447, por si no me cree) para acabar con la supuesta deuda del sistema sanitario extremeño o de la asistencia sanitaria extremeña. Decía: En conclusión, el desarrollo del plan necesita pasar a una financiación vía Insalud Gestión Directa de 95.000 pesetas habitante/año en 1998, debiendo incrementarse en las anualidades siguientes a razón de un punto por encima del valor del incremento experimentado por el PIB nominal; con ello se alcanzaría una doble finalidad, la finan-

ciación de aquellos objetivos que tengan ese gasto imputado a la asistencia sanitaria y la adecuación del gasto al déficit de financiación actual existente en Extremadura.

Concretamente, en 1995 el gasto capitativo era de 85.682 pesetas, en 1998 era de 105.319; había subido 15.000 pesetas y estaba 10.000 pesetas por encima de lo que pedía su consejero, y así se ha seguido prácticamente hasta el año 2001. (**Rumores.**) Con esto, según su consejero, no sólo sería suficiente (**La señora Valentín Navarro: ¡Qué barbaridad!**) sino que como habrá oído y puede leer en el referido plan estaría resuelto definitivamente el problema de financiación de la asistencia sanitaria extremeña. Por tanto, no cabe más explicación ni dilación en aceptar las transferencias a no ser que no quieran asumirlas porque tengan miedo de tener los mismos problemas que están teniendo al gestionar la educación. Además hemos dejado resuelta una reivindicación histórica de Zafra y su comarca, destinando 2.500 millones para un hospital público de primer nivel, con todas las especialidades. También le manifiesto que estamos dispuestos a apoyar la reforma del hospital de Llerena, de acuerdo con la planificación actual. Por otra parte, me gustaría saber por qué se retiró la asignación en los presupuestos de esa reforma que consiguió este diputado que le habla y anterior alcalde de Llerena. Por último, quiero aclarar que lo que no vamos a apoyar son promesas particulares ni electorales de su partido y del presidente de la Junta que no consideremos prioritarias a corto plazo, aunque deseables en el tiempo y que además no responden ni a la nivelación de servicios ni a la equidad. Me refiero a la cama única por habitación. Señorías, para mantener la calidad actual de la asistencia sanitaria, y dentro de la media nacional, siempre nos tendrá como colaboradores. Cumplir con esa serie de promesas hechas unilateral y electoralmente —y lo dijo su presidente textualmente—, una vez que recibieran las transferencias sanitarias, es el gran reto que tiene su partido en Extremadura, y yo como extremeño, sinceramente, deseo y espero que lo consigan. Para eso también deseo y espero que hayan hecho bien sus deberes, que no quisieron compartir; que hayan hecho bien los estudios oportunos y que hayan hecho bien sus cuentas, porque de lo contrario difícilmente podrán gozar, en cuanto a la asistencia sanitaria se refiere, de la confianza de los extremeños ni tendrán credibilidad ante ellos.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Valentín, tiene la palabra. Le rogaría el máximo de brevedad.

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Lamento profundamente que el Grupo Parlamentario Popular siga con su política permanente de inclinar la cabeza ante el Gobierno central de su mismo signo político antes de cumplir con la obligación que tienen encomendada por los ciudadanos, que es la defensa a ultranza de los intereses de los hombres y mujeres de las 10 comunidades

autónomas que todavía están pendientes de transferir en materia sanitaria. Lo lamento profundamente.

He empezado mi intervención diciendo que las consideraciones de carácter general las hacíamos para las comunidades autónomas que todavía están pendientes de transferir. Y, señor Burgos, desconfianza toda, pero no hacia las comunidades autónomas, hacia el Gobierno de la nación. Porque ya en la pasada legislatura el ministro Romay Beccaría, cuando compareció la primera vez ante esta Comisión, se comprometió a que a lo largo de la legislatura se iba a iniciar el proceso de traspaso de competencias, y no se hizo. El Gobierno de Castilla-La Mancha el 25 de noviembre de 1997 en carta dirigida al presidente del Gobierno, señor Aznar, solicitaba el inicio de la negociación, y tampoco se hizo. Con lo cual, no me diga que desconfiamos de las comunidades autónomas; desconfiamos del Gobierno del Partido Popular y del Ministerio de Sanidad.

Los estatutos de autonomía se han ido modificando cuando cada comunidad autónoma ha considerado oportuno. Castilla-La Mancha lo hizo el 3 de julio de 1997. Lo que no han hecho desde el año 1981, en que Cataluña recibió las transferencias, quieren hacerlo ahora mediante una transferencia en bloque a 10 comunidades autónomas, cuando hay algunas que lo pidieron hace tres o cuatro años. Se tenía que haber seguido el proceso de que cada una recibiese las competencias cuando lo considerase oportuno, cuando tuviese modificado su estatuto y cuando se encontrase en disposición de poder gestionarlas. La transferencia es un acuerdo entre dos administraciones, la que da y la que recibe, y no se puede imponer esa transferencia en bloque y retrasar el proceso en comunidades autónomas que estaban dispuestas a gestionarlas desde hace algún tiempo.

Hay que hacer las cuentas, porque es la mayor transferencia que una comunidad autónoma, de las 10 que quedan pendientes, va a recibir a lo largo de su historia desde el punto de vista económico. Pero para hacer esas cuentas, señor Burgos, primero tienen que tener la información completa y transparente, para poder evaluar no lo que reciben, sino en qué condiciones. No podemos arriesgarnos a que la amortización de cualquier elemento de alta tecnología esté próxima a su vencimiento y no se evalúe económicamente a la hora de hacer los números, y esto no está ocurriendo. El Gobierno tendrá que explicar por qué niega sistemáticamente ese tipo de información a las comunidades autónomas. Para usted todo es simplista y me gustaría que explicara a los ciudadanos de mi comunidad autónoma por qué el Grupo Popular en el Congreso de los Diputados se opone a que se incrementen los recursos y a que el gasto per cápita, sanitariamente hablando, de los castellano-manchegos se ponga al nivel de aquella comunidad autónoma mejor dotada dentro del territorio Insalud. Y no me hable de los esfuerzos presupuestarios y de las cantidades ingentes de dinero que el

Gobierno del Partido Popular ha destinado a la sanidad durante estos años, porque es falso. Citaré fuentes del Ministerio de Sanidad, Memoria del Insalud, documentos oficiales del Gobierno. En el año 1996, cuando el Partido Popular entró a gobernar, Castilla-La Mancha estaba aproximándose a la media de financiación per cápita a pasos acelerados. Estábamos a una diferencia de 4.000 pesetas por habitante y año. Memoria del Insalud del año 1998: estamos a 6.000 pesetas de la media, es decir, que nos estamos alejando, retrocedemos como los cangrejos e incrementamos las diferencias con respecto a la financiación per cápita. Eso, señor Burgos, es lo que ha hecho el Gobierno del Partido Popular.

Exigimos para las 10 comunidades pendientes de transferencias que se agilice ese traspaso, que se dé una información clara y precisa, que se corrijan las desigualdades y, si es necesario para ello aportar más recursos, que se aporten, porque ahí está la obligación del Gobierno de España de redistribuir solidariamente los recursos de todos los ciudadanos para llevar a cabo esa prestación adecuada de la asistencia sanitaria.

Dice usted, señor Burgos, que los planes plurianuales son las inversiones de los Presupuestos Generales del Estado. Se negociarán...

El señor **PRESIDENTE**: Señora Valentín, vaya concluyendo.

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Señor presidente, un minuto.

Se negociarán con algún gobierno de su mismo signo político en Castilla y León, porque desde luego en Castilla-La Mancha no se negocia ni una sola de las inversiones que aparecen en los Presupuestos Generales del Estado. Es más, las recomendaciones, las propuestas que hace el Gobierno regional no se tienen en cuenta. Además, lo que se incluye en los presupuestos luego no se cumple en su totalidad, con lo cual no se ejecutan las cantidades de dinero que aparecen en los presupuestos. Exigimos, repito, que las transferencias se hagan cuanto antes y que estén bien dotadas económicamente, para que no se sigan ampliando las diferencias entre comunidades autónomas y para que no se siga descapitalizando la sanidad en las comunidades autónomas dependientes del Insalud. **(La señora Pérez Domínguez: Señor presidente, un minuto.)**

El señor **PRESIDENTE**: La señora Pérez Domínguez tiene la palabra.

La señora **PÉREZ DOMÍNGUEZ**: Señor Zambraño, S.S. debería explicarme algunas cosas, pero sobre todo conocer su programa electoral.

En primer lugar, respecto a la habitación con una cama está recogido en el programa electoral del Partido Popular (por una vez aprendieron algo de los socialistas), lo incorporaron en su último programa electoral

con carácter nacional. De Llerena me tendrá que explicar por qué en 1996, con el Partido Socialista, aparecía la ampliación en el presupuesto y después de tantos años (debe ser que a usted no le hace mucho caso su Gobierno en el Parlamento), gracias a una enmienda suya, se consigue que en el 2000 y en el 2001 aparezca presupuestada esa reforma. De manera unilateral el Insalud ha decidido cerrar ese contrato de ampliación, con lo cual Llerena no se va a ampliar. También me va a explicar por qué si la Junta de Extremadura, con dinero de los extremeños, no de los españoles en general, ha solicitado al Insalud que se puedan hacer allí obras por el Gobierno regional para que cada enfermo tenga una habitación, el Insalud se niega a dar dicha autorización. Me habla de las inversiones en Extremadura y de que ha subido el gasto por extremeño; es absolutamente falso. Dígame, cuando se ejecuta el presupuesto, qué es lo que llevan a cabo. Llevan presupuestando dinero para Llerena muchos años y no se han gastado una peseta, llevan presupuestando dinero para el centro de especialidades de Zafra y no se han gastado una peseta, y así sucesivamente, centro de salud tras centro de salud. Me habla del hospital de Zafra. Hace dos semanas, aquí, en Madrid, han venido cientos de ciudadanos de Zafra a manifestarse frente al Ministerio de Sanidad porque no tienen ese hospital. Además han dicho públicamente que el Partido Popular se niega a recibirles. Entérese también de lo que sucede en Extremadura. En el Parlamento extremeño se ha tratado este tema, se ha presentado como resolución en el debate sobre el estado de la región y el Grupo Popular en Extremadura se ha negado a votar favorablemente que Extremadura tenga unas transferencias sanitarias en las condiciones que todos los extremeños se merecen.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Burgos, le ruego, por favor, brevedad.

El señor **SIMÓN DE LA TORRE**: Señor presidente, me gustaría intervenir medio minuto.

El señor **PRESIDENTE**: No me había solicitado la palabra.

El señor **SIMÓN DE LA TORRE**: Sí la he solicitado, pero no me ha querido usted mirar, porque mira para otro lado cuando le conviene. Le he pedido el mismo derecho que le otorga a cualquier otro.

El señor **PRESIDENTE**: Usted no conoce como funciona esta Comisión. Este presidente es atento con todos los miembros y no mira para otro lado. No le permito a usted que diga que he mirado para otro lado.

El señor **SIMÓN DE LA TORRE**: Pues yo le llevo pidiendo la palabra un buen rato y, si no me ha visto, será porque estaba mirando para otro lado.

El señor **PRESIDENTE**: Es que no tengo la obligación de estar mirándole a usted a la cara. No me pida usted que le mire a la cara, por favor.

El señor **SIMÓN DE LA TORRE**: No le pido que me mire a la cara, lo que le pido es tener el mismo derecho que los demás.

El señor **PRESIDENTE**: No tiene la palabra.

El señor **SIMÓN DE LA TORRE**: Eso es el absolutismo, ¿no?

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Yo pido disculpas en nombre del Grupo Socialista, si es que hay que pedir las por algo, pero me gustaría que, al menos durante un minuto, nuestro representante que ha defendido...

El señor **PRESIDENTE**: Ha empezado faltando a la Presidencia y no lo puedo permitir.

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Yo no lo considero como una falta de respeto, sinceramente, pero si en algo tenemos que pedir disculpas, en nombre del Grupo Socialista, las pido. Me gustaría que tuviera esa oportunidad nuestro representante, de Castilla y León.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Valentín, usted sabe que no existe el turno de réplica, usted lo sabe. Conoce usted la generosidad de este presidente, la conoce. No saquemos las cosas de contexto. He sido generoso con usted en el tiempo (**La señora Valentín Navarro: Con todos.**), dado que ha empleado más tiempo en la réplica que en su primera intervención, y usted es consciente de ello. Con la señora Pérez Domínguez también lo he sido porque me ha pedido la palabra. Al señor Simón no le he visto, pero si quiere, a partir de ahora, me fijo sólo en él y paso del resto de los miembros de la Comisión.

Perdone señor Burgos. El señor Simón tiene la palabra por un minuto.

El señor **SIMÓN DE LA TORRE**: Muchas gracias, señor presidente, yo no quería molestar. No quiero que se fije especialmente en mí. Le he pedido la palabra y usted no me ha visto, dejémoslo ahí.

Menos de un minuto. Le voy a decir al señor Burgos que le he entendido perfectamente; tras su discurso está todo muy claro, hemos entendido el mensaje. Las transferencias se harán con el coste efectivo, lo que quiere decir que se harán con lo que existe en el presupuesto, como nos ha pasado a los castellano-leoneses en educación, y así nos está yendo, con un déficit y con unos problemas estructurales bastante grandes. Ese déficit y esos problemas estructurales en sanidad los vamos a seguir teniendo. ¿O es que ya no nos va a costar tener que ir a Zaragoza, no nos va a costar dinero venir a

Madrid o irnos al País Vasco a determinadas asistencias sanitarias? Entendido; transmitiremos a los castellano-leoneses que volvemos únicamente al coste efectivo, es decir, a lo que está presupuestado en estos momentos en los Presupuestos Generales del Estado, y se acabó. Eso es lo que habrá que decirles a los castellano-leoneses.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Burgos, le ruego brevedad.

El señor **BURGOS GALLEGO**: Muy brevemente, señor presidente.

Lecciones sobre procesos de transferencias a este grupo el Grupo Parlamentario Socialista no le puede dar ninguna. El problema del Sistema Nacional de Salud es que todavía estamos arrastrando procesos de transferencias realizados en el pasado desde el más absoluto oscurantismo (**Rumores.**), desde la más absoluta imposición y, desde luego, ausentes de todo tipo de transparencia y de información fiable, y de eso pueden dar fe la mayoría de los consejeros que en este momento gestionan las transferencias sanitarias en algunas comunidades autónomas.

La defensa de los intereses de los ciudadanos no se hace viniendo aquí con proposiciones no de ley carentes de contenido, carentes de rigor y vacías de propuestas, mezclando cuestiones que nada tienen que ver entre sí, aspectos que se sustancian en ámbitos de decisión completamente distintos al ámbito sanitario y, por tanto, no creo que por ahí vayamos a llegar a ninguna conclusión fácil.

El problema del Grupo Parlamentario Socialista no es la ausencia de información sino la ausencia de rigor en la preparación de los debates. Señor Simón de la Torre, el gasto sanitario per cápita en Castilla y León es de 116.587 pesetas por habitante, como sabe cualquiera que se haya tomado la molestia de estudiar mínimamente los presupuestos y la liquidación del año 2000. (**El señor Simón de la Torre pronuncia palabras que no se perciben.**) En el año 1996 ustedes dejaron en menos de 90.000 pesetas por habitante en Castilla y León el gasto per cápita, es decir, más de cuatro puntos por debajo no de la media del sistema nacional sino de la media del Insalud. Y en estos momentos 116.587 pesetas suponen más de 20 pesetas de diferencia (**El señor Villarrubia Mediavilla: La despoblación.**). Claro, la despoblación. Venir aquí a hacer planteamientos de gasto per cápita sin tener en cuenta factores como la dispersión o como el envejecimiento, que constituyen un elemento absolutamente relevante en materia de gasto sanitario, es una muestra evidente del simplismo de sus apreciaciones. (**Varios señores diputados pronuncian palabras que no se perciben.**)

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, por favor, les ruego silencio.

El señor **BURGOS GALLEGO**: El 1 de enero del año 2002 tendremos toda oportunidad, incluido el Grupo Socialista, de contrastar con las evidencias algunas de sus afirmaciones vertidas en el día de hoy y veremos si el proceso se ha realizado con transparencia, con acuerdo, con fiabilidad y con reconocimiento por parte de las comunidades autónomas al esfuerzo de financiación adicional que, sin duda, vamos a intentar promover entre todos en ese acuerdo de financiación sanitaria que está pendiente.

Señorías, la información proporcionada ha sido y está siendo del máximo nivel, no sólo en el ámbito de los recursos humanos donde se han suministrado datos sobre el personal, sobre categorías, antigüedades niveles, normas, disposiciones de todo tipo, de régimen jurídico del personal, sino sobre el patrimonio, sobre los recursos materiales del sistema, sobre el inventario de bienes inmuebles, los equipamientos informáticos, las redes, las líneas de telecomunicaciones, los conciertos, los contratos singulares...

El señor **PRESIDENTE**: Señor Burgos, le ruego vaya concluyendo.

El señor **BURGOS GALLEGO**: ...todos los sistemas de información de carácter asistencial, los sistemas que en este momento presiden la gestión de todos y cada uno de los centros sanitarios del sistema, las liquidaciones de los presupuestos centro a centro, los datos de inversiones, todos los datos económicos sobre valoraciones de costes, que están en este momento a disposición de los equipos negociadores, de las comisiones mixtas de transferencias. El clima de trabajo está siendo bueno y venir a esta Comisión a intentar enrarecerlo o a trasladar a la opinión pública una cierta desconfianza hacia las posibilidades de cerrar este sistema es una aportación ciertamente negativa a que podamos entre todos conseguir que se cierre definitivamente uno de los capítulos más relevantes de la historia de nuestro Sistema Nacional de Salud, con el diseño de un sistema ya absolutamente descentralizado.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Zambrano, tiene un minuto.

El señor **ZAMBRANO VÁZQUEZ**: En absoluto estoy de acuerdo con esa interpretación que ha hecho la señora Valentín de que los diputados del PP inclinamos la cabeza ante el Gobierno. He dicho claramente que los diputados extremeños nos comprometemos a apoyar todas las peticiones y reivindicaciones tendentes a que nuestra asistencia sanitaria tenga el mismo nivel de calidad y equidad que el resto de las comunidades. Le digo y le repito que nos ofrecimos a participar en la Comisión Mixta y ustedes no quisieron, y por eso votamos en contra, porque lo que no vamos a ser es su comparsa. (**La señora Pérez Domínguez: Ha sido el Gobierno.**)

Con respecto a la cama única, naturalmente conozco el programa de mi partido, que dice que en los hospitales de nueva construcción se procuraría que hubiera habitaciones de cama única. Y en nuestro programa regional decíamos lo mismo que yo he dicho, que sería deseable en el tiempo y que ahora no es prioritario. En lo relativo al hospital de Llerena, a la dotación de la cama única y a por qué desapareció, le debe preguntar a su consejero de sanidad qué tipo de negociaciones hizo. Sobre que no se cree el gasto capitativo y el aumento del gasto real, y lo confunde con las inversiones, señora diputada, he de aclararle que el gasto real y el gasto capitativo se mide después de haberse gastado, ya no se puede quitar nada. Y aquí está claro, en 1995 era de 86.000 pesetas y en 1998 fue de 105.006 pesetas, por encima de la media del Insalud, que era de 104.000. Y el gasto real, igualmente, en 1995 era de 85.000 millones de pesetas y en 1998 de 105.000 millones de pesetas. Yo no me invento nada.

Por último, respecto al hospital de Zafra, ustedes estuvieron 14 años en el Gobierno y no hicieron nada por Zafra. Votaron en contra de un hospital público en su Ayuntamiento, y usted lo sabe. **(La señora Pérez Domínguez: Tenemos que salir de eso.)** Nosotros hemos destinado 2.500 millones de pesetas para hacer un hospital público, y aquí ha venido una plataforma, movida no sabemos por quién **(La señora Valentín Navarro: Por la necesidad)**, a defender el concierto de una empresa privada; a lo mejor es que ustedes están ahora con la privatización **(La señora Pérez Domínguez: Defendemos la sanidad pública)**. El Gobierno del Partido Popular ha resuelto el problema histórico de Zafra, ofreciendo el dinero para un hospital de primer nivel, con todas las especialidades.

El señor **PRESIDENTE:** Visto cómo va el debate, propongo a SS.SS. que la votación no se celebre antes de la una, pero no mucho después. En principio, parece oportuno hacer esta consideración.

— **SOBRE LA ADOPCIÓN POR EL GOBIERNO DE MEDIDAS ESPECÍFICAS RELATIVAS AL ESTUDIO DEL ESTADO DE SALUD DE TODOS LOS INMIGRANTES A SU LLEGADA A ESPAÑA, ASÍ COMO LAS ACCIONES DE PREVENCIÓN ADECUADAS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/000471.)**

El señor **PRESIDENTE:** Pasamos al quinto punto del orden del día, sobre la adopción por el Gobierno de medidas específicas relativas al estudio del estado de salud de todos los inmigrantes a su llegada a España, así como las acciones de prevención adecuadas. El autor es el Grupo Parlamentario Socialista y para su presentación y defensa tiene la palabra el señor Fidalgo.

El señor **FIDALGO FRANCISCO:** Señor presidente, señorías, vamos a defender la proposición no de ley presentada por nuestro grupo, sobre la adopción por el Gobierno de medidas específicas relativas al control sanitario o la evaluación del estado sanitario de todos los inmigrantes a su llegada a España.

Todos los días son titulares en los medios de comunicación los inmigrantes que llegan a nuestras costas —260, 130, 60, 50, nueva avalancha—, bien en la zona de Tarifa o bien en la zona canaria, sin contar con los inmigrantes que llegan de los países de Europa del Este a través de los Pirineos. El fenómeno de la inmigración en España ha adquirido en los últimos tiempos magnitudes que lo sitúan entre los grandes retos de la sociedad española para los próximos años. **(La señora vicepresidenta, Fernández de Capel Baños, ocupa la Presidencia.)** Este fenómeno puede abordarse desde diferentes puntos de vista, humanitario, laboral, cultural, etcétera, pero también sanitario.

Según los datos aprobados por el programa Greco, elaborado por el Gobierno, al margen de los residentes comunitarios la procedencia de la gran mayoría de los inmigrantes se sitúa en zonas geográficas con enfermedades endémicas, gran incidencia de enfermedades transmisibles, como por ejemplo sida, zoonosis, etcétera, y con condiciones higiénico-sanitarias muy precarias o inexistentes. Además, llegan a un continente en el que existen otras enfermedades para las que no están inmunizados, dándose la posibilidad de tres diferentes riesgos: primero, para el propio inmigrante, inherente al de la enfermedad que le afecta o que pueda portar; segundo, también para el propio inmigrante, al no estar inmunizado para las enfermedades propias de nuestro medio y tercero, para la población autóctona, al entrar en contacto con enfermos y patologías transmisibles sin las debidas medida preventivas. En este sentido, quiero recordar que en el año 1996 fueron detectados 47 casos de enfermedades tropicales sanguíneas en España, pero en 2000 se eleva ya a 106 si se trata de paludismo, y esta cifra va incrementándose paulatinamente. Las especiales circunstancias que rodean a la inmigración originan que miles de estos indocumentados, y por tanto sin un documento que avale su estado de salud, accedan por diferentes vías a nuestro medio y circulen después a través de nuestro territorio sin haber pasado ningún tipo de control sanitario. Cuando son detenidos por la policía a su llegada, si requieren asistencia inmediata, se ponen en contacto con el sistema sanitario público para ser atendidos, pero si su estado sanitario aparente no indica la necesidad de esa atención, generalmente tras el reconocimiento superficial por el personal de alguna ONG —y tenemos que agradecer infinitamente la labor, por ejemplo, de Cruz Roja o Médicos sin Fronteras—, son devueltos a su país o puestos en libertad —siguen indocumentados— sin ningún otro requisito sanitario.

Hasta el momento, esta situación se desenvuelve en un conflicto de competencias entre los servicios sanitarios y el Servicio de Sanidad Exterior del Ministerio de Sanidad y Consumo, conflicto que no debería producirse atendiendo el artículo 149.1.16 de la Constitución española, que confiere al Estado la competencia exclusiva en sanidad exterior, radicando su gran relevancia en la necesidad de controlar sanitariamente tanto el tráfico de viajeros como el de mercancías. Además, de acuerdo con las exigencias del propio Ministerio, plasmadas en el plan Greco, se dice que el Ministerio del Interior, cuando éste lo determine de acuerdo con el Ministerio de Sanidad y Consumo, para todas aquellas personas que pretendan entrar en territorio español, puede exigir la obligación de presentar en los puestos fronterizos certificado sanitario expedido en el país de procedencia o someterse a reconocimiento médico por parte de los servicios sanitarios españoles competentes a su llegada en la frontera y con el fin de acreditar que no padecen ninguna de las siguientes alteraciones: a), enfermedades cuarentenarias; b), drogadicción, alteraciones psíquicas importantes, etcétera, que puedan poner en peligro la seguridad pública; y c), enfermedades infecciosas o parasitarias designadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

En el desarrollo del programa 413.C, de la función de Sanidad de los Presupuestos Generales del Estado, relativo a la sanidad exterior y coordinación general de la salud pública y del consumo, se fijan claramente como actividades propias de la sanidad exterior las siguientes: adopción de las medidas sanitarias oportunas para controlar la salida de personas infectadas o sospechosas de ello, así como de las personas que proceden de zonas endémicas, disponiendo de medidas de aislamiento y vigilancia, según criterios de la OMS, si fuesen precisas; establecimiento de las recomendaciones de los centros de vacunación internacional sobre las pautas para las vacunaciones de los viajeros internacionales y de medidas preventivas o profilácticas para la prevención de enfermedades e investigación epidemiológica e información sanitaria y estadística que se deriven de las anteriores funciones; preparación, información y reciclaje del personal responsable del control médico y de la colaboración sanitaria; establecimiento de los requisitos para la homologación de los puestos de inspección fronterizos y de los centros de vacunación internacional y la adopción de medidas de coordinación con los servicios periféricos de sanidad exterior. Evidentemente estamos hablando de personas indocumentadas y el Gobierno no puede seguir ignorando de manera cínica su existencia. Por tanto, es un problema que tenemos delante, que hasta ahora está resuelto parcialmente por las ONG —o no resuelto, aunque de alguna manera ellas contribuyen a resolverlo—, pero creemos que la competencia directa es del Gobierno y del Ministerio de Sanidad y, como acabo de decir, de los Servicios de Sanidad Exterior.

Nuestro país se ha convertido en un país receptor de inmigrantes, pero también en zona de paso para muchos de ellos hacia Europa. La responsabilidad contraída desde la perspectiva de la salud es triple: hacia los inmigrantes, hacia nuestros ciudadanos y también hacia los demás ciudadanos europeos. Se están dando pasos en los aspectos puramente asistenciales de los inmigrantes pacientes, pero es imprescindible establecer las medidas oportunas de política sanitaria que garanticen la cobertura de esta triple responsabilidad. Más tarde tendremos ocasión de hablar de la asistencia sanitaria a los inmigrantes regularizados. Quiero recordar que diferentes asociaciones profesionales y científicas están apoyando la necesidad de afrontar un plan que desenvuelva fehacientemente este cometido. Así la propia Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria promueve que se facilite el acceso a la cobertura, a través de la asistencia sanitaria, a todos los inmigrantes regularizados, pero también promueve que haya estudios epidemiológicos relativos a sus déficit de salud, que se refuercen los centros que atienden a estos inmigrantes, que se reasignen los efectivos y un plan de formación específica para el personal dedicado a ello.

En consecuencia, estamos ante un hecho grave e importante que va a ir *in crescendo* y del que de alguna manera, hasta ahora, como he dicho, las ONG se han responsabilizado *motu proprio*, pero le compete al Gobierno. Por ello proponemos que se pongan en marcha de manera inmediata todas las medidas necesarias que garanticen el control sanitario, la evaluación del estado de salud de todos los inmigrantes conforme a las funciones contenidas en la sanidad exterior, y atendiendo tanto a las razones humanitarias como a las de salud pública en nuestro compromiso dentro de Europa y con las directrices de la OMS.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Fernández de Capel Baños): ¿Grupos que desean fijar su posición?

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

La señora **RIERA I BEN**: Al portavoz del grupo proponente, señor Fidalgo, le digo con toda simpatía que pienso que su iniciativa es loable y voluntarista, loable porque de alguna manera denota y desprende una preocupación por un gran drama humano, preocupación que sin duda, señoría, mi grupo parlamentario comparte en su totalidad. Sin embargo más allá de este sentimiento, que le honra y que pienso que compartimos todos, creo con toda sinceridad que esta proposición no de ley adolece de una cierta ingenuidad —quizá no es la expresión más correcta—, adolece de una cierta imposibilidad de que se cumpla de manera total o en los términos que usted mismo manifiesta.

Entendemos que el gran problema sanitario para el colectivo de emigrantes, básicamente el colectivo africano, que es quizá el que llega con más problemas —usted

también lo refleja en la proposición no de ley—, es la forma como llegan a nuestro territorio. Su señoría sabe que, afortunadamente, la Ley de inmigración, la que ya aprobamos por amplio consenso el año pasado, o la modificada en esta legislatura, las dos, contemplan, y esto no fue motivo de discusión, que los inmigrantes debidamente regularizados tengan derecho a la misma asistencia sanitaria que cualquier ciudadano del Estado español. Pienso con toda sinceridad que la voluntad política de llevar a cabo este mandato de la ley existe y que, en todo caso, como muchas veces ocurre, más allá de la voluntad política, hay que dotar al presupuesto de las partidas suficientes para hacer frente con dignidad a este reto que la ley nos impone. Sin embargo, la dificultad radica en aquellas personas emigrantes que llegan a nuestro territorio de manera indocumentada y, por tanto, utilizando vías de llegada irregulares que no permiten efectuar estos controles rigurosos que serían deseables. Porque es evidente que lo que usted manifiesta en su proposición es cierto en muchos casos, que muchas veces llegan con enfermedades distintas, con enfermedades que no son las comunes en nuestro territorio, con el riesgo que esto conlleva para ellos y para nosotros mismos, y, por qué no decirlo, con unos hábitos de cultura y una cierta predisposición a estar inmunizados a determinadas enfermedades que no son coincidentes con las nuestras por el ámbito en que nos desenvolvemos, bastante distinto.

Más allá de que la problemática que usted plantea sea real, a mí me preocupa que seamos capaces, de ser aprobada esta proposición no de ley, de llevarla a cabo. Con toda sinceridad, tengo que decirle que pienso que es bastante impracticable, lo cual no quiere decir que no sea deseable. En virtud de este criterio, casi por un principio de honestidad, no podemos apoyar esto en los términos que usted plantea. Sí insistimos mucho en que se cumplan los mandatos de la ley, tanto los que contemplaba la Ley 4/2000 como los que contempla la Ley 8/2000 y en que se dote el presupuesto de partidas presupuestarias suficientes para dar cumplimiento con garantías a lo que la ley prevé. De todos modos, quiero decirle que, a pesar de todas estas dificultades, en la mayoría de comunidades —por descontado, es lo que se está haciendo en Cataluña— no se deja de atender a ninguna persona que requiera los servicios de salud, tenga papeles o no. Esta es la realidad y ojalá, a pesar de las dificultades económicas que esto conlleva, no la modifiquemos, porque estamos ante dramas humanos de gran calibre. Pero una cosa es que ante la reclamación de asistencia, la atendamos, cosa que se hace, y otra que seamos capaces de reconducir esto de modo que podamos recabar a aquellas personas que han llegado de forma irregular a nuestro territorio y darles toda aquella asistencia sanitaria que muchas veces sería necesaria. Existe casi una contradicción entre la manera en que llegan al territorio y la posibilidad de recabarlos para ser atendidos. Desearía de verdad, señor Fidal-

go, que encontrásemos un punto de acuerdo común que pudiera ser asumido por ustedes, por el grupo mayoritario de la Cámara y, evidentemente, por el resto de grupos que aquí estamos representados; desde luego, todos compartimos esta inquietud y deseamos encontrar una vía de solución. Espero que el Grupo Popular, que es quien tiene la facultad de hacer que la iniciativa prospere o no, ofrezca alguna alternativa que pueda ser consensuada y que también le permita sentir reflejada su inquietud. Estaría bien que hoy que la sesión ha empezado un poco tensa, en un punto en el que todos somos sensibles y por el que todos tenemos una preocupación evidente, fuésemos capaces de alcanzar ese consenso, ese acuerdo.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Fernández de Capel Baños): Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Gutiérrez.

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA**: En nombre del Grupo Popular, y con el fin de dar contestación a lo que acaba de decir la señora Riera en cuanto al inicio y desarrollo de la sesión de la Comisión, voy a sentar una serie de posiciones, esperando que, tras esta intervención del Grupo Popular, podamos llegar a un acuerdo en un tema que, evidentemente, nos preocupa a todos y respecto al cual, con diferencia de matices, hay un punto general de concurrencia.

La señora portavoz de Convergència i Unió ha dicho que el problema no es tanto la llegada de población inmigrante como la forma en que llegan. El problema se suscita precisamente por la forma en que llegan. La problemática que subyace en la proposición no de ley que el Grupo Parlamentario Socialista presenta es el concepto de inmigrante ilegal, que es el que suscita, digámoslo así, la mayor dificultad para la resolución del problema. Por eso, de una simple lectura de su proposición no de ley, señor portavoz, pudiera aparecer el carácter bienintencionado, voluntarista y ciertamente matizable en algunas de sus motivaciones. He leído la proposición no de ley que S.S. ha presentado con el interés que merece y he escuchado su intervención con la atención que merece y quiero hacer dos matizaciones, señor portavoz, a su explicación de motivos: no se trata de cinismo, de que el Gobierno, en un momento determinado, pueda cínicamente dar la espalda al tema, sino que, como he expresado al inicio de mi intervención, la problemática es la que es y cuando se adjetiva un problema, seguro que bienintencionadamente, creo que hay un deseo soterrado de acusación más que de resolución del problema. Pero, con independencia de esa matización que he querido hacer por mor de la disposición de nuestro grupo de llegar a un acuerdo, me gustaría pincelar dos puntos de vista importantes. No hay datos que justifiquen alarma social por motivos sanitarios ante la llegada de emigrantes a España, puesto que sus tasas de prevalencia, tanto de hepatitis B, como de anticuerpos

VIH, tuberculosis, etcétera, son similares o están por debajo de las tasas de los ciudadanos españoles. Esto lo ha informado la Dirección General de Salud Pública y Consumo recabando informe de la Sociedad Española de Epidemiología. Esto, como premisa primera.

También S.S. ha puesto de manifiesto, y hecho especial énfasis, en la responsabilidad de los servicios de sanidad exterior, en cuanto a la resolución, los controles y la evaluación de la población inmigrante que aquí llega. Ciertamente —S.S. también lo recoge en la exposición de motivos y en el desarrollo de la intervención—, los servicios de sanidad exterior, sería obvio negarlo, realizan tareas de control, de vigilancia higiénico-sanitaria en el tráfico internacional de personas, pero, como S.S. ha dejado entrever, no son tareas asistenciales las que dichos servicios realizan. Esas tareas asistenciales, coincidirá conmigo, las llevan a cabo el Instituto Nacional de la Salud y los servicios sanitarios de las comunidades autónomas en aquellas a las que han sido transferidas estas competencias, cada una en su territorio correspondiente.

También me gustaría apostillar que, dentro del programa global de regulación y coordinación de la extranjería y la inmigración en España, el programa Greco, se contempla la realización de actuaciones concretas al respecto, dentro de la línea de actuación relativa a la regulación de los flujos migratorios para garantizar la convivencia en España. Hay muchas medidas que, por mor de la brevedad, voy a obviar, pero sí diré, dada la solicitud de la señora portavoz de Convergència i Unió, que estamos dispuestos, en un tema como éste, a llegar a un punto de acuerdo en la sesión de hoy y, quizá, torcer el rumbo brioso que la Comisión estaba empezando a desarrollar.

El Grupo Popular somete a la consideración de los distintos portavoces una enmienda transaccional, que no se va a apartar del carácter voluntarista y bienintencionado de la proposición no de ley que S.S. ha presentado hoy aquí, pero que muestra la voluntad del Grupo Popular de acercar puntos de vista en un tema más teórico que otra cosa, pero que, como bien ha dicho la señora portavoz de Convergència i Unió, tiene un trasfondo presupuestario importante, sin el cual todo lo demás quedaría en libros de caballería o en agua de borraja. En esencia, señor presidente, la enmienda transaccional que el Grupo Popular presenta dice así: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a seguir desarrollando las medidas recogidas en el Plan Greco y las medidas que las distintas comunidades autónomas tengan señaladas, con el fin de que por parte de los servicios de sanidad exterior se adoptasen las medidas oportunas para garantizar la evaluación del estado de salud de los inmigrantes a su llegada a España.

De esta manera, teóricamente al menos, podríamos lograr un vértice entre los grupos que hemos intervenido aquí y se recoge de alguna forma el espíritu fundamental que S.S. señoría ha defendido esta mañana.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Fidalgo, tiene la palabra a los efectos de expresar la aprobación o rechazo de la enmienda transaccional.

El señor **FIDALGO FRANCISCO**: Aprovecho para hacer una aclaración que es pertinente, porque debe quedar meridianamente establecida. La proposición no de ley es de tipo preventivo, se refiere a la evaluación del estado de salud de los inmigrantes a su llegada a España y no tiene nada que ver con la asistencia sanitaria, que, como he dicho en mi intervención anterior, es otra cuestión que tendremos ocasión de debatir en su momento. En segundo lugar, me alegro de que el Grupo Popular recoja el trasfondo presupuestario. Me alegro porque supongo que en los próximos Presupuestos Generales del Estado se consignará.

Estoy de acuerdo con la transaccional que han planteado, porque salvaguarda nuestro interés máximo: que la competencia de sanidad exterior, que es estatal y por tanto compete al Gobierno, esté perfectamente clara.

En cuanto a la problemática en sí, sólo quiero añadir que irregulares o no, indocumentados o no, son personas que llegan a nuestro país todos los días y que nos plantean un problema sanitario y humanitario importante que hay que afrontar, con documentos o sin ellos, y esto es competencia exclusiva de sanidad exterior.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Gutiérrez Molina, tiene un minuto.

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA**: Sólo quiero dar las gracias al señor Fidalgo. Evidentemente, el Grupo Popular recoge el trasfondo presupuestario del tema, lo que sucede, señor Fidalgo, es que mi capacidad profética es mínima. Se lo digo para que conste en el «Diario de Sesiones». **(Risas.)**

El señor **FIDALGO FRANCISCO**: Nosotros, previniendo su capacidad profética, vamos a hacer el seguimiento de la puesta en marcha de la enmienda.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Gutiérrez Molina, le agradecería que hiciera llegar a la Mesa la enmienda transaccional. A la vez, agradezco tanto al señor Fidalgo como al señor Gutiérrez Molina que hayan llegado a un acuerdo mediante una enmienda sobre un tema que es muy sensible a todos los miembros de la Comisión de Sanidad. **(La señora Riera i Ben: Propiciada por Convergència i Unió.)**

— **RELATIVA A LOS MEDICAMENTOS EMPLEADOS PARA COMBATIR LA PSORIASIS. PRESENTADA POR EL GRUPO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/000635.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al punto 4 del orden del día, que es la proposición no de ley relativa a

los medicamentos empleados para combatir la psoriasis. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular.

Para su presentación y defensa tiene la palabra el señor Gutiérrez Molina.

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA:** Señorías, el propósito con el que el Grupo Parlamentario Popular presenta esta proposición no de ley es recoger la inquietud de muchos enfermos afectados por una enfermedad que en nuestros días padecen cerca de dos millones de españoles en mayor o menor medida. La Organización Mundial de la Salud ha reconocido la psoriasis como una enfermedad incurable, toda vez que los tratamientos destinados a su curación —todos los que somos médicos lo sabemos— la mitigan, pero no la curan de forma definitiva. Es una enfermedad que evoluciona por brotes, siendo éstos patognomónicos, es decir definitorios, en la detección de la enfermedad.

Los fármacos que habitualmente se emplean en los tratamientos antipsoriásicos suelen ser de dos tipos —perdonen, no me quiero poner didáctico, pero lo voy a explicar para una mejor comprensión de la proposición no de ley—. Hay un primer grupo que incluye tratamientos que no son exclusivos contra la psoriasis y que se emplean para tratar otras enfermedades de la piel. Este es el grupo más numeroso y sus precios de venta al público resultan más económicos. Hay un segundo grupo general de medicamentos, que es el que se emplea exclusivamente para combatir la enfermedad. Este grupo de medicamentos es más reducido y, en cambio, incluye los medicamentos más caros. Por todo ello, los pacientes tratados de psoriasis se enfrentan a una enfermedad incurable, que se prolonga a lo largo de toda su vida y que además les obliga a desembolsar cuantiosas sumas de dinero para poder mitigar sus molestas y dolorosas consecuencias.

He puesto sobre la mesa, señor presidente, el componente económico, principalmente el farmacéutico, a la hora de combatir una enfermedad de larga duración porque constituye uno de los factores que más determina el comportamiento del paciente —del paciente psoriásico, en este caso— ante una dolencia, porque lo dejan, porque abandonan el tratamiento, porque no son capaces de seguirlo bien, no por voluntad sino muchas veces por contexto económico, lo que reduce la posibilidad de curación o que los brotes sean menos frecuentes.

En este sentido —y el resto de los grupos compartirá mi criterio—, cualquier iniciativa que se adopte para establecer una aportación reducida para los medicamentos que combaten la enfermedad tendría que ser adoptada a través de unos canales que no constituyan un agravio comparativo respecto a otras enfermedades, incurables o no, ni respecto a otros grupos de pacientes. Sin embargo, en este tema que nos ocupa han de buscarse soluciones que permitan un alivio económico y asistencial, no solamente para el caso de la psoriasis,

sino para otras patologías en situación similar a la presente, para las que el Grupo Parlamentario Popular también presentará en su día las iniciativas correspondientes. Me parece razonable abordar el difícil problema de aquellas enfermedades que, como ésta, llevan consigo una perpetua o muy prolongada medicación y que suponen una importante carga económica, muchas veces de difícil asunción, con la agravante de una curación, como decía Marañón, indecisa o improbable. Por ello debe establecerse un sistema de aportación reducida, no discriminatorio para otros colectivos, que incluya los medicamentos necesarios para el tratamiento de enfermedades como la que se presenta en esta proposición no de ley, que tengo el honor de defender en nombre de mi grupo, considerando que la ocasión más adecuada para hacerlo sería durante una tramitación de la norma que adapte la clasificación de medicamentos actualmente vigentes a la clasificación ATC —anatómica, terapéutica y química—, ya que podría implicar modificaciones en el tipo de aportación de algunos fármacos o de algunos de sus subgrupos terapéuticos.

En consecuencia, señor presidente, mejorando el texto que primitivamente venía en la exposición de motivos de la proposición no de ley que el Grupo Popular presentó, pero sin vaciar la filosofía del mismo, nosotros proponemos para el acuerdo de esta Comisión que el Congreso de los Diputados inste al Gobierno para que mediante norma de rango adecuado se establezca la aportación reducida para los medicamentos específicamente indicados en el tratamiento de la psoriasis.

El señor **PRESIDENTE:** Interpreta la Presidencia que lo último que ha dicho el señor ponente ha sido la enmienda.

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA:** Sí, es una especie de autoenmienda de mejora técnica, si se me permite la expresión, que hemos presentado. Se la pasaré a la Presidencia.

El señor **PRESIDENTE:** Muchas gracias por la aclaración.

¿Grupos que desean intervenir?

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

La señora **RIERA I BEN:** Quiero felicitar al proponente del Grupo Popular, que es el grupo que sustenta al Gobierno, porque hoy, con esta proposición no de ley, abre usted una vía, abre una caja de la que me parece que van a salir muchos melones. Está bien que ustedes muestren hoy esta sensibilidad por un colectivo de personas que padece una enfermedad incurable y que les causa molestias, porque son de aquellas que no matan pero fastidian, pero tengan muy presente —ya se lo anuncio en nombre de mi grupo parlamentario— que por la misma virtud que presentan hoy esta proposición

no de ley vamos a tener que discutir bastantes proposiciones no de ley en esta Cámara para atender a otros colectivos de personas, como los celíacos o los diabéticos, que se encuentran en situaciones parecidas, que padecen enfermedades —afortunadamente para ellos— soportables pero gravosas, con las que van a vivir el resto de sus días. Por lo tanto, enhorabuena por esta iniciativa, que anuncio que con matizaciones nosotros la vemos bien. Pero también quisiera aprovechar esta circunstancia para decirles que les vamos a pedir coherencia, la misma que hoy sustentan proponiendo este tema.

Ustedes presentan hoy un autoenmienda. Yo voy a proponerle una enmienda de la enmienda, porque, cuando ustedes hablan hoy de que es necesario sacar carga financiera a las personas que padecen esta enfermedad y deciden o proponen que se incluya dentro de los medicamentos que le son más apropiados para tratar la psoriasis unos de nueva generación y que se le suministren con aportación reducida, se olvidan de algo tan fundamental como es hacer una extrapolación del coste que esto puede representar para el sistema público de salud y actuar en consecuencia, que es comprometerse a incrementar los presupuestos generales de la sanidad con el mismo importe del que se deriva de dar por supuesto que su proposición prospera. Porque me parece que además de tener sentido común, que lo tiene, es un requisito indispensable para dar cumplimiento al acuerdo que nos dimos todos en la subcomisión de Sanidad, en el que acordamos que toda nueva prestación que se incluyese en el catálogo del sistema sanitario estaría acompañada de la correspondiente partida presupuestaria. Esto es así, es un mandato aprobado por la Cámara y, por lo tanto, el grupo del Gobierno tiene que ser sensible a este acuerdo y hacerlo suyo.

Para orientación de S.S., he pedido a los expertos que me asesoran en estas labores que me hagan una pequeña extrapolación de lo que podría representar el incluir estos fármacos con tarifa reducida. Dejando bien claro que no puedo precisar que se ajuste a la peseta, aunque debe estar aproximado, esto representaría aproximadamente unos sesenta millones más. Es un dinero lo suficientemente considerable para que se tenga en cuenta en los presupuestos. Quisiera dejar muy claro que, a pesar de ser sensible mi grupo parlamentario, al igual que el suyo y otros que están en la Cámara, a la petición que hoy nos formulan, de no ir debidamente acompañada de esta partida presupuestaria y, por lo tanto, de no aceptar (complementando la autoenmienda que se han hecho) la enmienda que yo le voy a proponer *in voce*, nosotros no votaríamos a favor de su propuesta, porque pensamos que, de hacerlo, estaríamos contraviniendo el mandato de la Cámara y además estaríamos siendo de una incongruencia flagrante que mi grupo no se perdonaría.

Con permiso del presidente, leería la sugerencia de enmienda, que podríamos añadir a la autoenmienda que ha presentado el portavoz del Grupo Popular. Nosotros

propondríamos que se dijese que la inclusión irá acompañada de la correspondiente dotación presupuestaria con cargo a los Presupuestos Generales del Estado por una cuantía equivalente al incremento de coste que la aplicación de esta medida supondrá para las distintas administraciones sanitarias.

Pido el voto favorable a esta enmienda que yo propongo a la enmienda del Grupo Popular. Veremos cómo manifiestan su posición el resto de portavoces.

El señor **PRESIDENTE**: Les pediría al señor Gutiérrez Molina y a la señora Riera que redacten la resolución conjunta de las dos enmiendas.

Tiene la palabra el señor Fernández Chacón por el Grupo Parlamentario Socialista.

El señor **FERNÁNDEZ CHACÓN**: Señorías, la psoriasis es una enfermedad de la piel, de causas desconocidas, curso crónico y recurrente, caracterizada por pápulas y placas eritematosas. Le afectan factores genéticos predisponentes y se estima que hasta el 30 por ciento de los pacientes tienen antecedentes familiares. Entre los factores desencadenantes se incluyen traumatismos e infecciones, algunos fármacos como metabloqueadores, sales de litio, etcétera. También se le asocia a una deficiencia de calcio, a cambios climáticos y a estrés emocional. Desde el punto de vista epidemiológico afecta al 1 ó 2 por ciento de la población, con lo cual en España podemos estar hablando de 400.000 a 800.000 habitantes; en ese sentido hago una corrección a la exposición de motivos que hace el Partido Popular. Por lo demás, puede iniciarse a cualquier edad aunque con mayor frecuencia se da entre la segunda y tercera década, estaríamos hablando entre los veinte y los cuarenta años de edad. Se estima también que del total de los pacientes con enfermedades cutáneas del 6 al 8 por ciento son pacientes psoriáticos y el curso es imprevisible, aunque puede llegar a ser incluso hasta incapacitante.

Señorías, en el debate puramente político también me alegro que el Partido Popular por fin dé marcha atrás en cuanto a la política de la financiación del medicamento y con esta proposición no de ley venga a abrir una caja de pandora. También anuncio que nuestro grupo va a hacer nuevas propuestas acerca de nuevos medicamentos con propiedades curativas, que afectan a diversos colectivos que desde el punto de vista social se deben atender y no están recogidas actualmente en la financiación del medicamento. Por ello, como decía anteriormente, nos alegramos de este cambio de orientación que parece desprenderse de esta proposición no de ley y coincidimos también con el Grupo de Convergència i Unió porque, tal como vino la proposición no de ley, va a gravar fundamentalmente a las comunidades autónomas, que son las que van a tener que costear una medida que se propone aquí estrictamente al Gobierno de la nación.

Si ustedes quieren café con leche, nosotros decimos que sí, café con leche para todos, pero páguenlo, como ustedes invitan en este caso, debe ser el Gobierno de la nación quien tenga que financiar estos costes adicionales, según esta proposición no de ley. Por eso nosotros también, señor presidente, proponemos una enmienda *in voce* que iría en este sentido: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno de la nación para que establezca la aportación reducida para los medicamentos específicamente indicados en el tratamiento de la psoriasis en el Sistema Nacional de Salud, mediante la financiación adicional necesaria con cargo a los Presupuestos Generales del Estado. Es de rigor. Esta enmienda coincide plenamente con la de Convergència i Unió. Es rigurosa y además está justificada, porque, si no, estaríamos con esta medida gravando a las comunidades autónomas sin ninguna participación incluso en el debate sobre la financiación de medicamentos necesarios para la salud de los ciudadanos, necesarios para colectivos a los que se grava por no verse recogidos en la financiación del medicamento público.

El señor **PRESIDENTE**: Les ruego a los tres que lleguen a la redacción definitiva de la enmienda sobre la enmienda de la otra enmienda.

— **PARA LA ASISTENCIA MÉDICA A PERSONAS QUE PADECEN SÍNDROME POST-POLIO. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/000648.)**

El señor **PRESIDENTE**: Proposición no de ley para la asistencia médica a personas que padecen síndrome post-polio, cuyo autor es el Grupo Parlamentario Socialista. Para su presentación y defensa, tiene la palabra la señora Pérez Domínguez.

La señora **PÉREZ DOMÍNGUEZ**: Señorías, en febrero del pasado año, la Sociedad Española de Neurología y las asociaciones de afectados por enfermedades neurológicas y sus familiares presentaron ante los medios de comunicación la llamada declaración de Madrid para lograr la cobertura de las necesidades asistenciales de los afectados por enfermedades neurológicas y sus familias. En esa declaración, la Sociedad Española de Neurología y las asociaciones firmantes —leo textualmente— decían: Conscientes de las deficiencias asistenciales existentes reclamamos: Asistencia en los enfermos, disponibilidad de acceso al diagnóstico y atención por un neurólogo a lo largo de todo el proceso, ser atendidos por un experto con especial competencia en las diversas patologías neurológicas y en cada área sanitaria, ser tratados en unidades interdisciplinarias específicas, ser atendidos por un neurólogo en los servicios de urgencias hospitalarias. En relación con la organización del sistema sanitario reclaman

una eficaz coordinación de todos los elementos socio-sanitarios en las patologías neurológicas, igualdad interterritorial en la asistencia, reducción de listas de espera en consultas, aplicación de los criterios de calidad asistencial, establecimiento de protocolos de actuación en las enfermedades neurológicas, conocer la realidad epidemiológica de cada patología, atención integral en el sistema sanitario público y la participación de los representantes de afectados en la elaboración y seguimiento de la política sociosanitaria. Con respecto a la elección del médico reclaman la elección de médico y acceso a una segunda opinión sobre cada proceso en todo el territorio nacional. **(Rumores.)**

El señor **PRESIDENTE**: Por favor, señorías, les ruego guarden silencio porque la estenotipista y la taquígrafa tienen dificultades de audición para poder seguir el debate. Les rogaría lo tengan en consideración.

La señora **PÉREZ DOMÍNGUEZ**: Solicitaban también en esta declaración obtener un diagnóstico y el tratamiento más adecuado y con los métodos más eficaces allí donde se encuentren y una atención continuada a las personas afectadas, atención personalizada y continuada por parte de un equipo multidisciplinar, información continuada al enfermo y sus familiares, formación de cuidadores, apoyo económico al cuidador o cuidadores. El cuidado de un paciente crónico —señala— supone un coste que debe ser vehiculado hacia quien realiza el cuidado en su momento, así como el apoyo por parte del sistema público a las asociaciones, sin que esto implique dejación de responsabilidades por parte de la Administración. También reclamaban una serie de medidas sobre investigación, docencia e integración social, referente al incremento de los recursos dedicados a la investigación de estas enfermedades, la incenti-vación del sector para que invierta en investigación, el desarrollo de programas de formación específicos para médicos no neurólogos, neurólogos especialistas y otros profesionales sociosanitarios que intervienen, y señalaban que con frecuencia estas enfermedades neurológicas son causa de marginación social y profesional.

Esta Declaración de Madrid que firmaba la Sociedad Española de Neurología, la firmaban prácticamente todas las asociaciones que hay de afectados y familiares, desde la de Alzheimer (de Madrid y Galicia), las asociaciones de Parkinson, la asociación española de síndrome post-polio y polio, las agrupaciones de familiares de enfermos mentales, de neurofibromatosis, de epilepsia, síndrome Down, la sociedad española de esclerosis múltiple, la asociación de lesionados medulares y grandes minusválidos físicos, enfermedades musculares y un largo etcétera. Entre estas asociaciones firmantes, más de 30, las tres existentes en este momento en este país sobre poliomeilitis y síndrome post-polio firmaban esta declaración. Señorías, si esto

que les he leído de la Declaración de Madrid es la generalidad (como vemos bastante deficiente) de las enfermedades neurológicas, bajar a la realidad concreta de los afectados por polio y potencialmente por el síndrome post-polio, empeora con mucho la fotografía. En España se estima que existen actualmente más de 300.000 españoles que padecen secuelas de la polio y que, por tanto, son susceptibles de padecer la reactivación del virus y ser afectados por el conocido como síndrome post-poliomielitis, reconocido así por la Organización Mundial de la Salud. El síndrome post-polio es definido hoy como una afección neurológica cuyas alteraciones principales consisten en debilidad muscular progresiva, con pérdida de la función, acompañada de dolor, sobre todo en músculos y articulaciones, así como atrofia muscular; problemas respiratorios, que les llevan, incluso, hasta la muerte; dificultades en deglución e intolerancia al frío. Estos síntomas aparecen 30 ó 40 años después de la recuperación funcional de los afectados por la poliomyelitis, y la estadística existente en otros países, que no en el nuestro, como Canadá o Estados Unidos, señala la afección de un porcentaje de entre un 20 y un 40 por ciento de aquellos que padecieron la polio. Según denuncian los propios afectados, que se han unido en diferentes asociaciones por todo el territorio nacional, la asistencia sanitaria es muy deficiente, entre otras causas, por el escaso conocimiento que de la misma existe en la práctica real. Así, un afectado por secuelas de poliomyelitis y posible paciente del síndrome post-polio suele acabar en el sillón del psicólogo, afectado por estrés o depresión y no tratado por la enfermedad que padece, o tiene que escuchar impasible: cómo no se va a cansar usted con lo que tiene encima, cuando lo cierto y verdad es que los ciudadanos afectados por el virus de la polio en España son ciudadanos hoy integrados, social y profesionalmente, algunos de los cuales ven, de golpe, cómo se reducen sus expectativas de desarrollo de las distintas actividades que efectúan dentro de la normalidad cuando se produce la reactivación del virus.

La gravedad de la situación de estos enfermos de falta de información sobre la existencia del síndrome post-poliomyelitis, la deficiente atención médica que reciben o la negativa a reconocer la existencia de este síndrome por los organismos encargados de valorar las discapacidades han llevado a la constitución de entidades como la asociación de afectados de polio y síndrome post-polio de Madrid, firmante de la declaración de Madrid a la que antes me refería. Persigue, entre otros objetivos, provocar el interés de las autoridades sanitarias y la comunidad científica para que se lleven a cabo investigaciones sobre el síndrome y su tratamiento y constituir un entorno de autoayuda, apoyo e información a los afectados por el mismo y a sus familiares. Espero que se haya despertado interés en distintos grupos parlamentarios presentes en esta Comisión, de tal modo que haga posible la aprobación unánime de la proposición

no de ley presentada hoy por el Grupo Socialista, quien sí ha demostrado interés por la situación en que se encuentran estos enfermos. En ella se insta al Gobierno a analizar en el Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud, la incidencia y problemática del síndrome post-poliomyelitis en nuestro país y, en consecuencia, diseñar y llevar a cabo las actuaciones que se consideren oportunas para su mejor diagnóstico y tratamiento; realizar un plan de información-formación entre el personal sanitario de atención primaria y especializada sobre la evidencia científica del síndrome post-poliomyelitis; pautas de detección, diagnóstico y tratamiento y estudiar, junto con las asociaciones de afectados legalmente constituidas, la conveniencia de llevar a cabo actuaciones divulgativas destinadas a facilitar a enfermos, familiares y profesionales sanitarios el conocimiento de esta enfermedad y las posibles soluciones a la específica problemática del colectivo de enfermos afectados. Espero, por tanto, señorías, que tengan a bien aprobar esta proposición no de ley, ya que con ello estaremos haciendo un favor a muchos ciudadanos.

El señor **PRESIDENTE**: A esta proposición no de ley ha sido presentada una enmienda por parte del Grupo Parlamentario Popular. Para su presentación y defensa tiene la palabra la señora Montseny.

La señora **MONTSENY MASIP**: Quiero agradecer la iniciativa del Grupo Parlamentario Socialista y decir que esta portavoz también se felicitaría de que saliera aprobada por unanimidad.

Es cierto que el Grupo Parlamentario Popular ha presentado una enmienda que, por las razones que expresaré, va a retirar y propondremos una enmienda *in voce* de mejora técnica del texto jurídico de la proposición no de ley que presenta la portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, por entender que el fondo de la misma, que nos afecta a todos, es compartido, al menos por nuestro grupo parlamentario. He de decirle a la portavoz del Grupo Parlamentario Socialista que no podemos decir que en un sistema sanitario como el que nos hemos dado los españoles, y que tiene fama de ser uno de los mejores de Europa, hay una atención deficiente a estos enfermos que sufren las secuelas de la poliomyelitis, que la padecieron antes de haber aparecido la vacuna que hoy la previene, salvo algunos casos aislados que tienen una deficiente atención facultativa. Todos sabemos que nuestro sistema de salud es uno de los mejores de Europa. Debemos ser conscientes de ello y me congratulo, cuando hay iniciativas como éstas, de que el tono sea el adecuado, aunque tengamos diferentes posturas ideológicas, porque esto afecta a personas que se pueden ver beneficiadas por nuestras iniciativas, y es un tema de orgullo para todos los grupos parlamentarios y para el diputado que lo ha defendido. Se pueden estudiar las posibles deficiencias o secuelas que tengan estos enfer-

mos, pero también debo resaltar que normalmente en nuestro Sistema Nacional de Salud los facultativos que pertenecen a las distintas especialidades médicas son los que de forma continuada y reglada piden cursos de información. Esto no quiere decir que en el tema que nos ocupa haya habido algún aspecto que haya creado secuelas que no se han podido detectar o conocer suficientemente, tras haber sufrido la poliomelitis.

Me parece bien contactar con esas asociaciones que surgen cuando existen problemas que muchas veces sí que pueden ser desconocidos, ya que a una persona se le puede detectar un determinado grado de sufrimiento de depresión y, a lo mejor, a veces la secuela es física. Esto lo encontraríamos también en muchos traumas derivados, por ejemplo, de padecimientos de columna vertebral. Hay personas que generan una depresión y es porque quizá no se ha sabido encontrar el punto de dolor que padecen. Todo lo que sea formación e información, tanto a los enfermos, a los que tienen secuelas de dichas enfermedades, como a los facultativos, es bueno para nuestro Sistema Nacional de Salud. En ese aspecto deberíamos avanzar todos.

Señor presidente, reitero que me gustaría que en esta Comisión el tono fuera éste, porque siempre redundaría en beneficio de los posibles enfermos, de las mejoras sanitarias. Puesto que hemos retirado la enmienda presentada, me gustaría dar a conocer la nueva enmienda *in voce*. En lo que va del punto 1 al 2 del texto propuesto por el Grupo Parlamentario Socialista, añadiríamos, por mejora técnica, cuando se dice que se consideran oportunas para su mejor diagnóstico y tratamiento: una vez analizado en el Consejo interterritorial, y en función de sus resultados se realizara un plan de información-formación entre el personal sanitario de atención primaria. El resto quedaría exactamente igual. Asimismo, nos parece bien contactar con esas asociaciones porque es posible que nos den a conocer posibles problemas que han podido ser desconocidos en un momento dado.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), tiene la palabra la señora Riera.

La señora **RIERA I BEN**: Quería manifestar a la portavoz del Grupo Socialista, doña Soledad Pérez, nuestra conformidad con su proposición no de ley. Su propuesta demuestra una sensibilidad que mi grupo comparte, pero debo decirle que discrepo con alguna de las afirmaciones que se desprenden de su exposición de motivos. Usted afirma en ella que los afectados por el síndrome del post-polio denuncian recibir una asistencia sanitaria deficiente, y utiliza estos términos. Con la modestia necesaria siempre en estos temas, porque en esta vida todo es perfectible y más en sanidad, quiero decirle que por lo menos en Cataluña (no quiero hablar en nombre de todos) la atención que reciben es

correcta, aunque seguro que perfectible. Como es voluntad del Gobierno de Cataluña hacer todo lo posible para seguir mejorando la atención a este colectivo de afectados, nosotros apoyaríamos su iniciativa si tiene a bien aceptar la enmienda que le propone el Grupo Popular, y nos sumaríamos a este consenso. Sin embargo, tanto a su iniciativa como a la enmienda del Grupo Popular le falta un matiz importante. Señor presidente, si usted me lo permite, añadiría *in voce* a la propia enmienda que presenta el Grupo Popular que de las acciones que se deriven de las conclusiones de este estudio del Consejo interterritorial de salud dote en los Presupuestos Generales del Estado la partida presupuestaria correspondiente, como hemos dicho en anteriores intervenciones esta misma mañana, para que seamos congruentes con lo que todos defendemos y se visualice, de la manera más correcta posible las voluntades políticas, demostrando que más allá de hacer brindis nos comprometemos a que lleguen a buen término porque las dotamos presupuestariamente de suficiencia financiera. Si esto es así, mi grupo anuncia también su apoyo.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Pérez, a los solos efectos de aceptar o no la enmienda.

La señora **PÉREZ DOMÍNGUEZ**: Quería hacer una aclaración, que creo que me corresponde hacer, a la señora Riera para que conste en el «Diario de Sesiones». Como para toda regla hay una excepción que la confirma, no me duelen prendas en reconocer que en el hospital de la Diputación de Barcelona el equipo que dirige el doctor Grau está trabajando en este tema y con resultados bastante positivos. La generalidad en el Sistema Nacional de Salud español es que se trata de una enfermedad que no se diagnostica por desconocimiento de la misma. Los problemas no son las secuelas de la polio, sino que no se diagnostica la enfermedad subsiguiente a los que padecieron la polio, que es el síndrome postpolio. Estoy dispuesta, si no le importa al señor presidente, a hablar dos minutos con los grupos parlamentarios que han presentado enmiendas y pasar a la Mesa la redacción final.

El señor **PRESIDENTE**: De acuerdo, señora Pérez. Señora Montseny.

La señora **MONTSENY MASIP**: Sólo intervengo para aclarar que aceptaremos la nueva enmienda *in voce* que propone la señora Riera. Quiero decir que el Gobierno ha hecho un gran esfuerzo en las dotaciones presupuestarias en el ámbito de la sanidad, y cuando estamos tratando de mejorar una prestación sanitaria muchas veces no se requieren necesariamente más recursos económicos, que pueden ser necesarios para otras áreas. De hecho un plan de formación-información se puede dirigir a los facultativos en un curso informativo que no requiere especialmente una dota-

ción presupuestaria. Los grandes esfuerzos del Gobierno para el área sanitaria se han venido realizando año a año. Tenemos que ser lo suficientemente imaginativos para pedir recursos para aquellas áreas para las que realmente sean necesarios, porque los medicamentos, dados los avances científicos, van a ser cada día más caros y, por tanto, tenemos que ser especialmente sensibles para que lleguen a todo el mundo.

El señor **PRESIDENTE**: Les rogaría que a lo largo del debate se pongan de acuerdo y transmitan a la Mesa sus decisiones.

— **RELATIVA A LA CONSTRUCCIÓN DE UN NUEVO HOSPITAL CENTRAL EN OVIEDO (ASTURIAS). PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/000690.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la presentación de la proposición no de ley relativa a la construcción de un nuevo hospital central en Oviedo (Asturias) cuyo autor es el Grupo Parlamentario Socialista y para cuya presentación y defensa tiene la palabra el señor Suárez González.

El señor **SUÁREZ GONZÁLEZ**: Señor presidente, intervengo para defender la proposición no de ley que ha presentado nuestro grupo parlamentario relativa a la necesidad de proceder a la construcción de un nuevo hospital central en Asturias.

Esta proposición no de ley arranca, en primer lugar, de una realidad que son los problemas que tiene el actual hospital central que existe en Asturias, hospital de referencia en la región. Es un hospital viejo, con bastantes años ya. A esto hay que agregar que es la suma de varios hospitales. El actual hospital central a sus años añade que es el resultado de sumar la antigua ciudad sanitaria; el Instituto Nacional de Silicosis, que es también de referencia, y el antiguo hospital de la Diputación Provincial. Es un cúmulo de edificios cuya vejez es la causa de los problemas funcionales y organizativos que tiene el actual hospital central de Asturias, amén de otros problemas de carácter arquitectónico. En Asturias existe, en primer lugar, por tanto, una fuerte coincidencia entre el conjunto de los ciudadanos y el de las fuerzas políticas con respecto a la necesidad de resolver este problema, porque el actual hospital es viejo, con serios problemas organizativos, obsoleto y con serios problemas de carácter estructural.

A la vez que existe un consenso sobre esta realidad existe otro en la región y es que la solución a este problema no pasa por reformar el actual hospital central. Hacer coincidir las obras en un hospital de estas características, con su tamaño y dimensión, con el mantenimiento de la asistencia médica genera serias ineficiencias y trastornos, disminuye —cómo no— la calidad de

la asistencia sanitaria y pone en riesgo la seguridad de los pacientes, por hablar de algunas de las consecuencias de pretender conjugar mantenimiento de los servicios sanitarios del hospital con su reforma. Está demostrado que las reformas duran mucho más tiempo: ahí están el Clínico de Madrid —que lleva bastante tiempo reformándose—, La Paz o el hospital Son Dureta en Mallorca. Y además de durar mucho más tiempo —algunos casos que he citado llevan más de 10 años— acaban costando bastante más, como indican las experiencias. Se ha solido ir a reformas de hospitales y hacer coexistir las obras con su funcionamiento, por tanto con la prestación de la asistencia sanitaria, cuando no eran posibles o deseables otras alternativas o había problemas en cuanto a los terrenos en los que se podría ubicar el nuevo hospital.

Pero no es este el caso en la apuesta por construir un nuevo hospital central en Asturias. No existe el problema de la ausencia de alternativas ni el de otros terrenos en los que se pueda acometer la construcción de un nuevo hospital central en Asturias. La solución al problema allí planteado, que nadie pone en duda, no pasa por reformar el actual sino por construir un nuevo hospital universitario que sea el hospital regional de referencia, de alto nivel tecnológico y que facilite la reordenación de los recursos sanitarios en la región. La propia ministra de Sanidad se pronunció recientemente en el Senado, el pasado mes de marzo, a favor de que en Asturias se construyese un nuevo hospital central. Nuestro grupo defiende la necesidad de un acuerdo entre las administraciones afectadas: la Administración central, el Insalud, la Administración autonómica, el Gobierno del Principado de Asturias o incluso el Ayuntamiento de Oviedo. Defendemos la necesidad de un acuerdo entre esas administraciones para acometer la construcción de ese nuevo hospital universitario central en Asturias. El acuerdo debería pasar por dos cuestiones. Primero, como decimos en la proposición no de ley, sería necesario un acuerdo que permita un compromiso de financiación para desarrollar el proyecto, la construcción y equipamiento de un nuevo hospital central en Asturias de carácter universitario y de referencia asistencial y tecnológico. El Gobierno del Principado de Asturias, en una reunión de la comisión mixta de coordinación de salud y asistencia sanitaria en la que estaban representantes de la Administración central del Estado y del Gobierno del Principado de Asturias, planteó la necesidad de un compromiso financiero entre ambas administraciones para acometer la construcción de este nuevo hospital central. Por tanto, un acuerdo para la construcción de un nuevo hospital central desde la articulación de un compromiso financiero entre las administraciones afectadas.

El otro elemento que se necesita es un acuerdo entre las administraciones afectadas para la ubicación de dicho hospital. Aquí es donde entra el Ayuntamiento de Oviedo porque son suyas las competencias en materia

urbanística, incluso el plan de ordenación urbana de Oviedo contempla un equipamiento de estas características en el lugar conocido como La Cadellada, donde el Gobierno del Principado está proponiendo que se construya este hospital. El Gobierno del Principado de Asturias hace esta propuesta en el ejercicio, cómo no, de sus competencias en materia de ordenación del territorio y de planificación sanitaria. Esta propuesta es conocida en cuanto a su ubicación. Para dar una salida a la ubicación del futuro hospital central de Asturias, proponemos en esta iniciativa la necesidad de promover un acuerdo del Gobierno del Estado con el Gobierno del Principado de Asturias y con el resto de las administraciones afectadas, sobre su dimensionamiento y emplazamiento más idóneo.

La construcción de este nuevo hospital central universitario en Asturias es urgente. Como decía antes, en el actual hospital hay problemas organizativos, de edad, ya que es un hospital viejo y con serios problemas estructurales y organizativos. Por lo tanto, instamos hoy aquí al Gobierno del Estado a que ambas administraciones se planteen la necesidad de llegar a un acuerdo que dé solución al problema que existe en Asturias respecto a la inviabilidad futura del actual hospital central. En Valladolid se llegó a un acuerdo para construir un nuevo hospital que sustituyera al hospital Río Ortega. A ese acuerdo llegaron el Insalud, la administración autonómica y el Ayuntamiento. Y en Valladolid, como en Ciudad Real o Logroño, se respetó la decisión de las autoridades autonómicas acerca de cuál era su ubicación.

Con esta iniciativa, señor presidente, desde una actitud constructiva como la que viene manteniendo el Gobierno del Principado de Asturias, lo que buscamos es consenso y compromiso para financiar y construir un nuevo hospital central en Asturias, consenso y compromiso para decidir cuál es su ubicación. Daríamos respuesta a una necesidad imperiosa en la región —la de contar con un nuevo hospital central— y daríamos respuesta al fuerte consenso regional que existe en Asturias sobre la necesidad de que se construya un nuevo hospital.

El señor **PRESIDENTE**: A esta proposición no de ley ha sido presentada una enmienda por parte del Grupo Parlamentario Popular, para cuya presentación y defensa tiene la palabra el señor Fernández Rozada.

El señor **FERNÁNDEZ ROZADA**: El Grupo Parlamentario Popular presenta una enmienda a esta proposición no de ley del Grupo Parlamentario Socialista con una actitud constructiva, que pretende llevar a cabo a través de diversas actuaciones.

A mí me extrañó la intervención del portavoz socialista, el asturiano señor Suárez, estando como estamos de acuerdo en la exposición de motivos de la proposición no de ley presentada —nos ha parecido muy atina-

da y acertada esa exposición—, en la que escuetamente se refiere a indicar la obsolescencia, la vejez del estado actual de nuestro hospital central y a la necesidad de iniciar conversaciones entre las administraciones para abordar este futuro complejo hospitalario, de cara a conseguir una solución satisfactoria. Hasta ahí totalmente de acuerdo. No hay más exposición de motivos que ésa. A continuación, pide la concreción con las administraciones afectadas para desarrollar ese proyecto, construcción y equipamiento, así como pide promover un acuerdo entre el Principado, la Administración del Estado y el resto de las administraciones afectadas.

Cuando uno lee esta proposición no de ley entiende que no hay motivos para oponerse frontalmente sino para realizar alguna matización, toda vez que lo que se pide ya se viene haciendo. Por eso presentamos esta enmienda: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a intensificar los estudios y a acelerar los trabajos, a fin de que el nuevo hospital central de Asturias sea, en el más breve plazo de tiempo, una realidad.

Todo ello, señorías, porque la construcción de un nuevo hospital central ha sido asumida por el Ministerio de Sanidad, a través del Insalud, como lo demuestra el hecho de haber asignado una partida presupuestaria para tal fin en el anexo de inversiones de los presupuestos generales del año 2001. De acuerdo con las previsiones del Insalud, el 15 de marzo se constituyó un grupo de trabajo para la elaboración del programa funcional correspondiente, y es justamente ese grupo de trabajo el que tiene la finalidad de conseguir el objetivo que se persigue, elaborando un programa funcional. Este grupo tiene un carácter técnico y está formado por representantes del Insalud y de la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias. No se puede desconocer —como ha hecho el portavoz socialista— que se han iniciado los trabajos y que por segunda vez, después del 15 de marzo, el pasado 5 de abril se ha reunido ese grupo de trabajo, en el que se aprobó la metodología más conveniente para el cumplimiento de esos objetivos. De acuerdo con ese calendario que hay establecido, a lo largo del presente año se espera finalizar la elaboración del plan funcional que definirá las características y el dimensionamiento del nuevo centro, quedando establecidos así los criterios que posibiliten la elaboración del proyecto arquitectónico correspondiente.

Señorías, no quisiera terminar sin manifestar la extrañeza de que se venga aquí a hacer un planteamiento desde una pura posición partidaria y de gobierno en el Principado respecto a la ubicación. Porque no sólo se dice que debemos hacer un nuevo hospital sino que, además, debe hacerse donde el PSOE dice y donde el Gobierno del Principado quiere. Incluso indica el lugar más apropiado, en una zona de la ciudad de Oviedo. El señor portavoz sabe que el Partido Popular y el Gobierno de España mantienen posiciones distintas respecto a la ubicación, y no era oportuno traer aquí, de acuerdo

con la exposición de motivos, el debate de la ubicación antes de conocer lo que se está llevando a cabo como trabajos previos, sobre todo por el grupo de trabajo que va a llevar adelante el plan funcional. No puedo en modo alguno dejar de decir que siempre hemos apostado por un nuevo hospital en la actual ubicación donde está asentado y que estamos abiertos a llevar adelante una política con el apoyo del Gobierno de España y del propio Insalud, que siguen manteniendo la posición que el Partido Popular mantiene en Asturias. En aras de esa búsqueda de diálogo y de posible acuerdo o consenso, pensamos que, con las cautelas precisas, es mejor esperar a que ese trabajo en equipo para la elaboración de ese plan funcional pueda adelantarse.

Si las dos cuestiones en las que la proposición no de ley insta al Gobierno ya se están llevando a cabo, sólo cabe que el Congreso de los Diputados inste al Gobierno a intensificar esos estudios y a acelerar los trabajos a fin de que el nuevo hospital central de Asturias sea una realidad en el plazo más breve de tiempo, porque estamos todos de acuerdo en que se nos queda obsoleto, que no podemos esperar diez años más, pero tampoco podemos admitir la implantación de criterios respecto a la ubicación ni a la financiación.

Don Celestino habla en su intervención de un compromiso financiero. Ese es justamente el que usted no ha querido admitir aquí, y no ha querido manifestar públicamente ante esta Comisión que el único compromiso financiero que hay para el hospital central de Asturias es el del Gobierno de España, que ha anunciado, como yo dije antes, en los presupuestos de 2001 una partida de 21.000 millones de pesetas cuando todavía, al día de la fecha, desconocemos la previsión financiera del Principado de Asturias para esta importante obra. Es por ahí por donde S.S. debe empezar, pidiendo un compromiso financiero al Principado de Asturias y que nos diga de una vez, al igual que está haciendo el Gobierno de España, cuánto dinero va a poner, porque hasta ahora, que sepamos, no ha anunciado ni una sola peseta frente a la cuantificación del Gobierno de España a la que acabo de hacer referencia.

Señorías, lo más adecuado es dejar que las cosas vayan por el cauce que ahora está abierto, que se siga trabajando, porque todos queremos un nuevo hospital central, y sobre todo lo que queremos es que no haya interferencias que alarguen más la situación, ya de por sí bastante delicada, del hospital central de Asturias.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Suárez González, a los efectos exclusivos de la aceptación o rechazo de la enmienda del señor Fernández Rozada, tiene la palabra.

El señor **SUÁREZ GONZÁLEZ**: Está claro que la enmienda del Grupo Parlamentario Popular apuesta no por la construcción de un nuevo hospital central en

Asturias, sino por la reforma del actual. Por tanto, es incompatible con nuestra proposición no de ley.

Insistimos en que nuestra proposición no de ley es de compromiso entre administraciones, desde el acuerdo entre las administraciones, tanto para financiar y construir un nuevo hospital como acerca de su ubicación.

— **SOBRE INCLUSIÓN EN EL CATÁLOGO DE PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE NUEVAS PRESTACIONES MATERIALES PARA LA REHABILITACIÓN Y LA PREVENCIÓN. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO CATALÁN (CONVERGÈNCIA I UNIÓ). (Número de expediente 161/000717.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al último punto del orden del día, proposición no de ley sobre inclusión en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud de nuevas prestaciones materiales para la rehabilitación y la prevención. El autor es el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió). Para su presentación y defensa, tiene la palabra el señor Martí i Galbis.

El señor **MARTÍ I GALBIS**: De nuevo, el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) trae a esta Comisión de Sanidad y Consumo una proposición no de ley orientada a la inclusión en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud de un conjunto de prestaciones. En esta ocasión, se trata de unos materiales de los que se benefician las personas que padecen algún tipo de discapacidad o minusvalía. Estamos hablando de prestaciones de las que son beneficiarias las personas discapacitadas y que son objeto de diferentes programas tanto a nivel del Estado español como de comunidades autónomas, programas que son complementarios al catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud y que no gozan de la financiación pública que implica su inclusión en el catálogo citado. Quiero recordar que el pasado 4 de abril, en esta misma Comisión, este diputado que les habla defendía otra proposición no de ley sobre la inclusión de las bombas de infusión continua de insulina en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Digo esto porque tanto el colectivo beneficiario de esta proposición no de ley como el de aquella proposición no de ley son dos colectivos desasistidos muy concretos y creemos que es de justicia social ayudarlos para que puedan tener una vida lo más autónoma posible.

Es muy posible que desde alguna instancia política, parlamentaria e incluso gubernamental se tenga la tentación de alegar dificultades presupuestarias legítimas. Si así se hiciese sería para eludir una responsabilidad que tenemos todos los poderes públicos para con las personas más necesitadas o con dificultades para llevar una vida autónoma, como es el caso de los discapacita-

dos. No me refiero sólo a la posición que podría asumir el Gobierno o el Ministerio de Sanidad, sino también a cualquier ejecutivo de una comunidad autónoma con responsabilidad en la gestión de los servicios sanitarios que, ante la posibilidad de incorporar nuevas prestaciones, aunque sean programas sin subvención, y ante la situación de la financiación del sistema, eludan estas obligaciones morales ante unos colectivos tan necesitados como a los que ahora nos estamos refiriendo.

Esta obligación moral, fruto de la necesaria sensibilidad política y justicia social que se espera de nosotros, debería traducirse en hechos, más aún cuando la economía de un país crece y aquello que es más importante crece sostenidamente, como es el caso de la economía española, que está creciendo y se espera que en el futuro siga haciéndolo aunque sea de forma más moderada en los próximos ejercicios presupuestarios. Es un elemento básico para plantearse la incorporación y la financiación de nuevas prestaciones por el Sistema Nacional de Salud, por el coste que ello supone para los presupuestos públicos. Tal como recordará en la anterior proposición no de ley sobre las bombas de infusión continua de insulina, el acuerdo de la subcomisión de consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud, como todas SS.SS. saben, prevé que la incorporación de nuevas prestaciones en el Sistema Nacional de Salud debe vincularse a fondos específicos como garantía futura de su suficiencia financiera.

En la actualidad, la financiación de algunas de estas prestaciones como los audífonos a determinados pacientes, los laringófonos, las sillas y determinadas piezas de apoyo para tetrapléjicos o la sillas de ruedas de material ligero van ligadas a programas de subvenciones que contribuyen a la cobertura del gasto que ocasiona la adquisición de los materiales subvencionados, estableciendo, por lo general, unos criterios de diversa naturaleza de ayuda a los beneficiarios, de entre los que el principal es el nivel de ingresos económicos del solicitante mayor de edad o de la familia en caso de que sean menores los solicitantes. A título de ejemplo, quiero recordar que en el caso de mi comunidad autónoma, Cataluña, el departamento de Bienestar Social de la Generalitat de Cataluña, responsable de tramitar este tipo de prestaciones, en la convocatoria del año 2000 destinó un presupuesto cercano a los 100 millones de pesetas a través de un programa de ayudas de atención social a disminuidos, con el que se atendieron las necesidades de un millar de personas. Es fácil calcular a nivel del Estado los beneficiarios, más allá de esta cifra a nivel de necesidades de una determinada comunidad autónoma.

Nuestro grupo parlamentario, así como numerosos expertos y profesionales, cree que el uso de esos materiales y prestaciones es básico para mejorar la rehabilitación, aumentar la funcionalidad, prevenir el empeoramiento de la salud de los discapacitados y, en definitiva, contribuir al desarrollo normalizado de esas

personas. Asimismo, en los últimos años esos materiales han dejado de ser complementos a la terapia rehabilitadora para convertirse en elementos que sustituyen una capacidad perdida como consecuencia de la adquisición de una deficiencia o que contribuyen a que la discapacidad se mantengan lo más estabilizada posible.

Por todo ello, teniendo en cuenta las demandas expresadas por los colectivos de personas con minusvalías y sus familias, pero también por una cuestión de justicia social así como por la eficacia demostrada por esos programas de subvenciones, tal y como lo demuestra el incremento constante de solicitudes que se han ido produciendo en los últimos años, el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) ha presentado la proposición no de ley que debatimos y para cuya aprobación pido desde este mismo momento el voto favorable de todos los diputados de esta Comisión. En concreto, planteamos en el texto dispositivo de la proposición no de ley que el Gobierno, previa discusión y acuerdo en el seno del Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud, incluya en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud las prestaciones materiales y los elementos rehabilitadores destinados a sustituir una capacidad perdida o a prevenir el empeoramiento de las personas que sufran una discapacidad, tales como los audífonos también a los mayores de 16 años, los laringófonos, los asientos, respaldos y protectores para la cabeza de los tetrapléjicos y las sillas de ruedas que están construidas especialmente con material ligero.

El señor **PRESIDENTE:** A esta proposición no de ley ha sido presentada una enmienda por el Grupo Parlamentario Popular, para cuya defensa tiene la palabra el señor Calpe.

El señor **CALPE SAERA:** Nuestro grupo comparte el punto de vista del grupo proponente de esta iniciativa respecto a la importancia que para el desarrollo de las personas que padecen algún tipo de discapacidad tienen todos los elementos rehabilitadores a los que se refiere la proposición. Compartimos con el grupo proponente la necesidad de que la Administración sanitaria preste una atención especial a estos colectivos, así como nuestra sensibilidad con estos colectivos.

En principio, parece claro que estamos de acuerdo en que es necesario ir incrementando el catálogo de prestaciones para que se vayan incluyendo las que se refiere la proposición. Ahora bien, hemos presentado una enmienda porque estamos ante una situación parecida a la que en la proposición anterior señalaba el señor Fernández Rozada. El Grupo Popular y el Gobierno llevan trabajando ya desde 1996 en este tema, tras la constitución del comité asesor que se preveía en la Orden de 18 de enero de aquel año, entre cuyas funciones figuraba la de proponer la inclusión de nuevos

productos o la modificación de las condiciones de los ya existentes en las prestaciones de ortoprotesis.

Tal como ha mencionado el ponente del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), convendría recordar que los audífonos, que en principio no estaban incluidos en el catálogo de prestaciones del año 1995, tras diversos estudios realizados por el comité asesor, al final fueron incluidos en la Orden de 30 de marzo de 2000, por la que se proporcionaban ayudas a los niños de cero a 16 años afectados de hipoacusia bilateral con pérdida de audición superior a 40 decibelios. Asimismo, el Consejo interterritorial acordó que todas las administraciones sanitarias competentes fijaran ayudas de 120.000 pesetas por audífono y 4.000 por molde adaptador, lo que han ido haciendo con la publicación de sus respectivos catálogos. Respecto a otras prestaciones a las que se refiere la proposición del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), ha habido actuaciones en el sentido de ir incluyendo estos elementos. Por ejemplo, se ha estudiado la inclusión de los colchones antiescaras pero de momento no se ha hecho porque se está pendiente de recibir información suficiente sobre la evolución de este material. En cuanto a las sillas de ruedas, a las que también se ha referido el grupo proponente de la iniciativa, se modificaron las indicaciones de las sillas de ruedas eléctricas mediante la Orden de 23 de julio de 1999 para que los criterios de indicación se basaran en discapacidades en lugar de en patologías, lo cual va en la línea de la iniciativa del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió).

En definitiva, lo que estamos diciendo es que estamos de acuerdo en la inclusión de nuevas prestaciones en el catálogo, en este campo al que se refiere la iniciativa, pero que ya se estaba trabajando en este sentido. De ahí el texto de nuestra enmienda que insta al Gobierno a que se intensifiquen los esfuerzos para la inclusión de estas nuevas prestaciones.

De todas formas, para acercarnos un poco más a la iniciativa del grupo proponente, presentamos una transacción que consistiría en mantener el texto de la proposición no de ley del Grupo Parlamentario Catalán, incluyendo simplemente una pequeña frase al principio, de manera que dijera: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a intensificar los procedimientos necesarios para la inclusión y financiación de nuevas prestaciones. Después, continuaría el texto de la ley. Si esto fuera aceptado por el grupo proponente, votaría-mos a favor encantados.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Martí i Galbis, tiene la palabra a los efectos de expresar la aprobación o rechazo de la enmienda del Grupo Parlamentario Popular.

El señor **MARTÍ I GALBIS**: Agradezco este esfuerzo de aproximación al texto presentado por mi

grupo parlamentario. Creemos que se mantiene la filosofía que sustentaba la presentación de esta proposición no de ley y, por tanto, aceptamos gustosamente la enmienda transaccional del Grupo Popular.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Vasco (PNV), tiene la palabra la señora Uría.

La señora **URÍA ETXEBARRÍA**: Mi grupo desea intervenir porque, a pesar de que ya adelante que votaremos favorablemente la interesante iniciativa que presenta el Grupo Parlamentario Catalán, con la aceptación de la enmienda que le propone el Grupo Popular, creemos que es necesario hacer algunas puntualizaciones, porque de nuevo viene a esta Cámara el espinoso y nuclear asunto del catálogo de prestaciones, en este caso de prestaciones de las hasta ahora llamadas complementarias, que antes iban unidas a las farmacéuticas, por discapacidades de distinta índole.

En el texto propuesto se insta al Gobierno a incluir y financiar, previa discusión y acuerdo en el Consejo interterritorial. Entre paréntesis, cabría decir que, ya que el impulso de estas cuestiones procede siempre de las Cámaras, quizá debería irse al sistema de aprobación del catálogo por ley, ya que estamos hablando de lo básico, pero no haré cuestión de esto. Hoy por hoy se hace por real decreto, se aprueba por norma reglamentaria, y nosotros creemos que, siendo así, a lo que cabe instar al Gobierno es al estudio previo necesario tanto de la inclusión como del o de los sistemas de financiación.

Ya he dicho que votaremos que sí, pero creemos que no debe aumentarse o recortarse el catálogo por percepciones puntuales tan justas y atendibles como esta, sino que hay que hacer una llamada de atención a la tenencia de criterio. Una prestación, sea básica o no, merece incluirse o no en el catálogo en función de la ganancia para la salud que aporta. Esta es la referencia que se hizo en su día para la confección del catálogo, por cierto nunca concretada. Es la ganancia para la salud lo que debe llevar a la inclusión o no. Por tanto, el Gobierno debe realizar el estudio y a eso es a lo que debe instársele.

Desde el punto de vista de la financiación, también debe tenerse en cuenta (y también requerirá estudio previo) el que algunas de estas prestaciones se estén dando ya por distintas administraciones por bienestar social. En el caso vasco esto supondría que lo que ahora se presta por las diputaciones, si fuese vinculado a salud, pasaría a ser prestado desde el Gobierno con un sistema muy distinto de financiación y con otra variable, que también debe tenerse en cuenta y que la propia exposición de motivos de la iniciativa catalana aporta. En la iniciativa que presenta el Grupo Parlamentario Catalán se habla de los criterios de ayuda y se hace referencia a los medios económicos del solicitante o de su familia. Quizá estamos ante un supuesto en el que

resultaría adecuado hablar del copago, teniendo en cuenta las disponibilidades económicas de quien lo solicita. Cabría hablar de progresividad en la medida en que tiene connotaciones con el bienestar social.

Repito que en el caso vasco se está dando ya casi todo lo que está metido por la vía del bienestar social, pero siempre cabrían modificaciones y mi grupo va a apoyar la iniciativa, insistiendo en que lo necesario es el estudio previo y la buena definición de cara a la acreditación de la medida en la que estas prestaciones son ganancia para la salud, si no queremos desnaturalizar nosotros mismos el catálogo, convirtiéndolo en un parcheo constante.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Valentín.

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Por parte del Grupo Socialista avanzo ya que vamos a votar favorablemente a esta proposición no de ley presentada por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió). Sin embargo, me gustaría hacer también algunas consideraciones previas que me parecen importantes, no para el momento actual, no para resolver una propuesta concreta o coyuntural, sino para que tengamos un planteamiento mucho más amplio cara al futuro. Uno de los campos en donde se ha de proyectar con más intensidad en el futuro la función de coordinación y reguladora del Estado es, sin duda, en el campo de la ordenación de las prestaciones, elemento fundamental para el mantenimiento de la unidad, equidad e identidad del Sistema Nacional de Salud, sobre todo, dadas las características de nuestro sistema sanitario, su elevado grado de descentralización y la tendencia hacia la autonomía también de los distintos ámbitos de gestión sanitaria, que hacen que la ordenación de las prestaciones esté llamada a constituir un elemento para vertebrar precisamente el sistema sanitario de primera magnitud. Se dio un paso muy importante en el año 1995, cuando se aprobó el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, de ordenación de las prestaciones sanitarias. El objetivo a grandes rasgos de este decreto es: fijar la oferta de los servicios existentes y establecer un procedimiento de evaluación y control para el futuro. Posteriormente, se han ido adoptando medidas de concreción de este tipo de prestaciones de carácter complementario, pero me gustaría llamar la atención sobre la disposición adicional primera del Real Decreto 63/1995, que establece que para la incorporación de nuevas técnicas o procedimientos la Administración sanitaria del Estado valoraría su seguridad, eficacia y eficiencia previendo, asimismo, la posibilidad de autorizar la utilización experimental de determinadas tecnologías, para lo cual se tendría que poner en marcha un régimen específico de actualización de esas técnicas y procedimientos cuando quieran incluirse en el catálogo de prestaciones. Este sistema tendría que ser ágil para evitar que la

necesaria intervención pública obstaculizara o fuera una barrera que impidiera a los profesionales y a los ciudadanos beneficiarse de la utilización de los avances científicos y técnicos y, por supuesto, tendría que ser suficientemente firme para garantizar que ninguna nueva técnica o procedimiento se generaliza sin la previa evaluación respecto a su utilidad y eficacia. Se han dado algunos pasos, se ha hecho algún pinito, sobre todo mediante un acuerdo del pleno del Consejo interterritorial del 25 de octubre de 1999, pero al Grupo Socialista le gustaría que, si es necesario abrir el melón, coloquialmente hablando, de las prestaciones o la nueva incorporación de prestaciones sanitarias al catálogo de 1995, fuera objeto de una reflexión lo suficientemente serena como para que entre todos pudiéramos decidir lo mejor, desde el punto de vista de prestaciones sanitarias para nuestros ciudadanos.

Decía que, aunque vamos a votar a favor, en la exposición de motivos, señores de Convergència i Unió, me hubiera gustado que se hubiera concretado algo más. No podemos estar en contra, al contrario, de incluir los materiales destinados a sustituir una capacidad perdida o los destinados a la prevención de empeoramiento de la discapacidad o a incorporar materiales destinados a facilitar la movilidad, pero cuando se mencionan unos cuantos y se añade a continuación «entre otros», o aparece la palabra «etcétera» después de un relato de dos materiales rehabilitadores, nos surge la duda de dónde está el principio y el fin. Esto en cuanto a la exposición de motivos. Repito, como luego en la parte expositiva se habla de que será en el seno del Consejo interterritorial de Salud donde todas las comunidades autónomas van a estudiar qué elementos materiales de rehabilitación para ayudar a prevenir o a solventar estas discapacidades se tienen que incluir en el catálogo de nuevas prestaciones, confiamos que allí se haga un estudio más pormenorizado, porque, según los datos que aparecen en el informe Eurostat, datos sobre salud del año 2000, las personas con discapacidad van en incremento y se pueden cifrar en torno a un 12 por ciento los individuos con discapacidad en los Estados miembros y, por tanto, tendremos que darle alguna solución como representantes de los ciudadanos y exigir al Gobierno que se lo dé como responsable de la sanidad pública de este país.

El señor **PRESIDENTE**: Finalizado el orden del día, quiero advertir que al concluir la sesión convoco a reunión a los miembros de Mesa y portavoces.

Pasamos a las votaciones en los términos que conocen SS.SS. de la aceptación o rechazo, en su caso, de las enmiendas. Si alguien quiere que se lean las enmiendas, no hay inconveniente.

Señora Riera.

La señora **RIERA I BEN**: Le rogaría que se leyesen las enmiendas, porque como se han transaccionado *in voce*, para tranquilidad de todos es mejor que se lean.

El señor **PRESIDENTE**: No hay ningún inconveniente.

En primer lugar, sometemos a votación las proposiciones no de ley sobre transferencias a Castilla-La Mancha, Extremadura y Castilla y León.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 14; en contra, 21; abstenciones, dos.

El señor **PRESIDENTE**: Quedan rechazadas.

A continuación, sometemos a votación la proposición no de ley sobre inmigrantes, a la que se ha presentado una enmienda transaccional que literalmente dice: A seguir desarrollando las medidas recogidas en el plan Greco y las medidas que las distintas comunidades autónomas tengan señaladas, con el fin de que por parte de los servicios de sanidad exterior se adopten las medidas oportunas para garantizar la evaluación del estado de salud de los inmigrantes a su llegada a España. En estos términos se somete a votación.

Efectuada la votación, dijo

El señor **PRESIDENTE**: Se considera aprobada por unanimidad.

A continuación, votamos la proposición no de ley relativa a los medicamentos empleados para combatir la psoriasis, con la enmienda transaccional pactada por los Grupos de Convergencia i Unió y Socialista. Dice: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno para que, mediante norma de rango adecuado, se establezca la aportación reducida para los medicamentos específicamente indicados en el tratamiento de la psoriasis, procurándose la dotación en los Presupuestos Generales del Estado por una cuantía equivalente que la aplicación de esta medida suponga para las administraciones sanitarias.

Efectuada la votación dijo

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada por unanimidad.

Procedemos a la votación de la proposición no de ley para la asistencia médica a personas que padecen

síndrome post-polio. Al texto presentado por el Grupo Parlamentario Socialista, donde dice: «se consideran oportunas para su mejor diagnóstico y tratamiento», se agregaría: «una vez analizado por el Consejo interterritorial y en función de sus resultados».

Efectuada la votación, dijo

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada por unanimidad.

Sometemos a votación la proposición no de ley relativa a la construcción de un nuevo hospital central en Oviedo. (Asturias)

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 14; en contra, 21; abstenciones, dos.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

Por último, sometemos a votación la proposición no de ley sobre inclusión en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud de nuevas prestaciones materiales para la rehabilitación y la prevención en los términos de la aceptación de la enmienda, que literalmente dice: El Congreso de los diputados insta al Gobierno a intensificar los procedimientos necesarios para la inclusión y financiación de nuevas prestaciones materiales y elementos rehabilitadores, tanto aquellos destinados a sustituir una capacidad perdida, como los destinados a prevenir su empeoramiento o facilitar la movilidad, en el catálogo de prestaciones en el Sistema Nacional de Salud, previa discusión y acuerdo en el Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

¿Están de acuerdo? (**Asentimiento.**)

En estos términos se somete a votación.

Efectuada la votación, dijo

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada por unanimidad.

Agradezco a los miembros de la Comisión el comportamiento estricto del horario por una vez y que pienso y pido que sirva de precedente.

Se levanta la sesión.

Era la una y veinte minutos de la tarde.

Edita: **Congreso de los Diputados**

Calle Floridablanca, s/n. 28071 Madrid

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

Imprime y distribuye: **Imprenta Nacional BOE**

Avenida de Manoteras, 54. 28050 Madrid

Teléf.: 91 384 15 00. Fax: 91 384 18 24

Depósito legal: **M. 12.580 - 1961**