CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2002 **VII Legislatura** **Núm. 465**

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. FELICIANO BLÁZQUEZ SÁNCHEZ

Sesión núm. 24

celebrada el miércoles, 10 de abril de 2002

Página

ORDEN DEL DÍA:

— **Emitir dictamen, a la vista del informe elaborado por la ponencia, sobre el proyecto de ley por la que se establecen ayudas sociales a las personas con hemofilia u otras coagulopatías congénitas que hayan desarrollado la hepatitis C como consecuencia de haber recibido tratamiento con concentrados de factores de coagulación en el ámbito del sistema sanitario público, y otras normas tributarias. (Número de expediente 121/000043.)** **14974**

Proposiciones no de ley:

— **Relativa a la inclusión en la cobertura sanitaria de la Seguridad Social de los medicamentos contra la disfunción eréctil. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/001014.)** **14982**

Página

— **Relativa al acceso efectivo a los servicios de salud bucodental a pacientes discapacitados. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/001159.) 14987**

— **Relativa al impulso en los diferentes ámbitos e instituciones pertinentes de la ratificación de las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre donativos de medicamentos. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/001204.) 14992**

— **Sobre la aportación reducida para los medicamentos que consumen los pacientes afectados por la hipercolesterolemia familiar. Presentada por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida. (Número de expediente 161/001216.) 14995**

— **Relativa a la hipercolesterolemia familiar heterocigota (HF). Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/001301.) 14995**

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

— EMITIR DICTAMEN, A LA VISTA DEL INFORME ELABORADO POR LA PONENCIA, SOBRE EL PROYECTO DE LEY POR LA QUE SE ESTABLECEN AYUDAS SOCIALES A LAS PERSONAS CON HEMOFILIA U OTRAS COAGULOPATÍAS CONGÉNITAS QUE HAYAN DESARROLLADO LA HEPATITIS C COMO CONSECUENCIA DE HABER RECIBIDO TRATAMIENTO CON CONCENTRADOS DE FACTORES DE COAGULACIÓN EN EL ÁMBITO DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO, Y OTRAS NORMAS TRIBUTARIAS. (Número de expediente 121/000043)

El señor **PRESIDENTE:** Señorías, damos comienzo a la sesión con el orden del día que todas SS.SS. conocen. En primer lugar, someto a la consideración de los distintos portavoces que, si no hay ninguna objeción, empezáramos el debate del proyecto de ley por la que se establecen ayudas sociales a las personas con hemofilia u otras coagulopatías congénitas que hayan desarrollo la hepatitis C como consecuencia de haber recibido tratamiento con concentrados de factores de coagulación en el ámbito del sistema sanitario público, y otras normas tributarias, con el debate de todas las enmiendas en bloque. **(Asentimiento.)**

En primer lugar tiene la palabra la señora Uría, del Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV).

La señora **URÍA ETXEBARRÍA:** Comenzaré por solicitar que se den por defendidas las enmiendas que tiene presentadas en nombre del Grupo Mixto la diputada señora Lasagabaster, que no se encuentra presente, a los efectos de que puedan ser sometidas a votación.

En relación con la postura sostenida por la formación política a la que represento, comenzaré por indicar a SS.SS. que la iniciativa de que se trata forma parte de las que en principio una formación nacionalista como la mía ve con una cierta suspicacia, no por su contenido social, que evidentemente nos parece perfecto, sino en lo que a lo competencial se refiere, en la medida en la que, al igual que respecto de otros planes y programas de ayudas como los que se establecieron en relación con el sida, nos parece que si hablamos de títulos competenciales referidos a ayudas sociales, como bien dice el propio título de la ley, y si se trata luego de enfermedades, es decir, de materia de sanidad, respecto de la cual también existen disquisiciones respecto de lo básico o lo no básico, competencias asumidas por las comunidades autónomas —repito—, el establecimiento de medidas respecto de todo el Estado o medidas nacionales nos suscita una cierta suspicacia. No obstante esta suspicacia, que venía provocada por el anuncio del previo de esta ley, que es el artículo 80 de la Ley 51/1999, de medidas fiscales, administrativas y del orden social, quedó eliminada por la forma en que definitivamente ha quedado plasmado el texto de la norma y también —debo decirlo desde ahora— por la aceptación de una de las enmiendas que mi formación política tenía presentadas en cuanto a que exista la debida comunicación y coordinación de las ayudas que desde el Estado se presten con las comunidades autónomas que puedan tener líneas de ayudas sociales de esta misma índole o que hayan decidido no tenerlas, pero que evidentemente deberán tener conocimiento cuando menos de lo que respecto de esta materia se halla articulado en el Estado.

Mi formación política sólo tenía dos enmiendas presentadas. La número 11 se encuentra ya introducida en el informe de la ponencia y es el punto 7 de lo que ha quedado establecido dentro del informe como apartado 6 del artículo, puesto que por una mejor sistemática

modificamos la enumeración de los apartados de los que el texto constaba. Puestos a ser quejosos —a los nacionalistas se nos atribuye tal condición—, es habitual en los informes que se efectúan respecto de los textos de ponencia decir quién es el titular de la enmienda que se considera aceptada y en este caso simplemente figura que está aceptada la enmienda número 11, pareciendo que no gusta decir que pertenecía al Grupo Nacionalista Vasco, al grupo de mi formación política. Puede parecer una tontería pero a todos nos gusta poder luego acreditar la cierta paternidad de lo que, siendo una formación política pequeña, se nos acepta por la formación mayoritaria como texto de lo que definitivamente vaya a ser el del proyecto.

Tenemos una segunda enmienda respecto de la cual en ponencia se abrigaban dudas respecto a qué era exactamente lo que quería manifestar mi formación política y cuanto más lo leo más creo que existen razones para poderla sostener. Únicamente hacía referencia a la coherencia que supondría de aceptarse la eliminación del párrafo penúltimo de la exposición de motivos, puesto que en ella se habla de la posibilidad de articularse por el Gobierno iniciativas distintas de las que se prevén en la norma tendentes a prestar apoyos sociales a los afectados. Esto tenía razón de ser en lo que se barajó como texto de anteproyecto, que se turnó a las comunidades autónomas porque había otras medidas distintas que la mera indemnización que ahora ha quedado como contenido del texto. Nos parece que, al no tener plasmación ninguna en el articulado, este fragmento de la exposición de motivos debería desaparecer. Tampoco es algo de lo que hagamos cuestión, pero en principio nos parece que no hay nada en el articulado que justifique la permanencia de este texto en la exposición de motivos. Por eso, por mera coherencia, no por ninguna otra cuestión oculta, mi formación política sigue sosteniendo que ese precepto debería desaparecer.

En cuanto a las enmiendas presentadas por otras formaciones políticas, con unas manifestamos mayor coincidencia que con otras. Existe un cierto consenso en la petición por todos —excepción hecha de mi formación política, que no lo dijo pero que manifiesta ahora su conformidad— de la elevación de las cuantías que se establecen. Bien es cierto que las necesidades sociales son infinitas, los medios públicos con los que se cuenta son limitados y quien ejerce en cada momento el poder político decide qué es lo que va a dedicar a unas materias o a otras. Sin embargo manifiesto ya que lo que se refiere a la elevación de las cuantías, en las enmiendas del Grupo Socialista, del Grupo Catalán de Convergència i Unió y de la formación integrada dentro del Grupo Mixto, Eusko Alkartasuna, será objeto de votación favorable por parte de la formación política a la que represento.

En relación con el resto de las enmiendas, manifestamos nuestra conformidad con algunas de ellas puesto que creemos que no dañan el contenido del texto de la norma ni impiden que vayamos a aceptar globalmente el contenido de lo que se aprueba; en cuanto a las otras —las propias formaciones políticas lo expondrán al intervenir una a una— lo que se pretende está en algunos casos incluido en el texto, si bien con sistemática distinta; no en el articulado pero sí en las disposiciones adicionales. En algunos casos nos parece bien la pretensión de que el número de los posibles perceptores se adecue al régimen sucesorio porque es un simple deseo, pero no tiene por qué coincidir con unas ayudas de este tipo que no tienen el carácter de transmisión sucesoria o *mortis causa;* por tanto es posible aceptar que puedan ser los padres o sólo los hijos menores de edad y no otros los perceptores, basándose en el mismo argumento al que antes me he referido. El hecho de que sea más limitado que la materia sucesoria sólo puede suponer que estamos hablando de ayudas que, desde la voluntad de quien tiene en este momento la gestión pública concreta, se ha decidido limitar, puesto que —como he insistido antes— las necesidades son innumerables y cada uno opta por lo que considera posible gestionar o cubrir como gasto público razonablemente.

Con estas salvedades, la formación política a la que represento votará favorablemente el texto de la ley, si bien quisiera llamar —al igual que van a hacer otras formaciones políticas— a la sensibilidad de la formación mayoritaria para instar al ministerio, si es posible, a que se produzca una elevación de las cuantías en los términos que manifiestan las demás formaciones políticas.

El señor **PRESIDENTE:** Señora Uría, por favor, ¿la votación se acepta en conjunto o separada? Se lo pregunto también a todos los grupos.

La señora **URÍA ETXEBARRÍA:** Separada.

El señor **PRESIDENTE:** De acuerdo, separada.

Recuerdo a SS.SS. que la votación no se realizará en ningún caso antes de la una de la tarde, puesto que propongo votar tanto este proyecto de ley como las proposiciones no de ley conjuntamente.

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

La señora **RIERA I BEN:** Señorías, estamos en el paso previo a que esta ley sea avocada al Pleno, como se acordó, pero también estamos en el punto en el que culminan los trabajos que todos los grupos parlamentarios hemos realizado en el trámite de ponencia sobre un proyecto de ley que para mi grupo tuvo desde el primer momento una importancia singular. Digo esto porque sin quererme otorgar la prerrogativa de ser el único grupo que tiene sensibilidad en este tema —cosa que me parecería impropia y no sería procedente ya que ha sido una inquietud compartida por todos los grupos de la Cámara— es verdad que a instancias de Convergèn-

cia i Unió se incluyó en la Ley de acompañamiento de los presupuestos del año 2000 una enmienda en la que se solicitaba al Gobierno que estipulase la indemnización que debería fijarse para poder compensar a aquellas personas que habían sido contagiadas por el virus de la hepatitis C por sufrir coagulopatías congénitas. Mi grupo parlamentario efectuó esta petición en el trámite de dos leyes de acompañamiento y, a pesar de que se aprobaron consecutivamente, hubo algunas dificultades que en honor a la verdad no fueron imputables a la voluntad del Gobierno; dificultades que la señora ministra expresó y que eran ciertas. Hubo que elaborar el censo de personas afectadas y los trámites fueron mucho más laboriosos de lo que en principio se suponía. Las comunidades autónomas tuvimos que entregar al ministerio los censos de cada comunidad y el trabajo fue laborioso, aunque al final culminó satisfactoriamente. A partir de aquí el Gobierno elaboró un proyecto de ley que cuenta en principio con la aprobación de todos los grupos y con distintas matizaciones sobre el contenido del articulado, no sobre la filosofía del proyecto. Estas matizaciones son las que los grupos parlamentarios hemos visualizado a través de las enmiendas que hemos presentado.

El Grupo Parlamentario de Convergència i Unió presentó al proyecto de ley del Gobierno seis enmiendas, de las cuales dos tienen un profundo calado: una porque afecta a los que tienen derecho a percibir la indemnización, es decir a los titulares del derecho, y la otra porque se refiere al montante de la indemnización. Las cuatro enmiendas restantes, siendo también importantes, entran más en el ámbito de la interpretación de lo técnicamente más correcto o son matizaciones importantes para Cataluña porque tienen que ver con el funcionamiento de nuestro sistema de sanidad, con los conciertos y convenios con las instituciones públicas y privadas que efectúan un servicio al sistema público de sanidad. Para nosotros estas son cuestiones sensibles y por eso las visualizamos en enmiendas.

Voy a centrarme en las dos enmiendas que, como decía antes, tienen contenido. El proyecto que presenta el Gobierno dice que serán susceptibles de percibir la indemnización las personas que hayan desarrollado la enfermedad. La enmienda que presenta Convergència i Unió dice que percibirán la indemnización aquellas personas que hayan sufrido el contagio de la enfermedad, con independencia de que ésta haya sido desarrollada o no. Por otra parte, en la enmienda que hace referencia al montante, el Grupo Parlamentario de Convergència i Unió propone que la indemnización sea de 5 millones, a diferencia de la propuesta del Gobierno que es de 3 millones. Quiero centrarme en este aspecto porque considero que es una cuestión de sensibilidad y de honestidad política decir que, cuando hablamos desgracias como las ocurridas a este colectivo de personas, cualquier indemnización es siempre arbitraria e insuficiente en función del perjuicio que sufren las personas que se han visto afectadas. Por tanto no se trata de visualizar si determinada cantidad es la correcta en detrimento de otra, pero sí es verdad que cuando hablamos de indemnizaciones alguna cantidad hay que fijar, y el Gobierno de Cataluña acordó que la indemnización se fijaría en 5 millones. En función de este acuerdo con el colectivo de afectados, el Gobierno de la Generalitat de Catalunya cumplió sus compromisos y les adelantó la indemnización pagando los 5 millones. Comprenderán, señorías, que no sería coherente ni congruente que esta diputada defendiera, en nombre del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), una indemnización distinta de la que han recibido las personas afectadas en Cataluña para el resto de afectados por la misma enfermedad y que fueron contagiados en otras comunidades del Estado español. Podría decirse que, ya que estamos en el Estado de las autonomías, cada comunidad y cada Gobierno es muy libre de fijar la indemnización que estime oportuna. Mi grupo parlamentario defiende siempre la tesis de que en función de nuestras competencias tomamos nuestras decisiones. También entenderán que la afirmación de este principio —que reitero— no debe ser incompatible con la de que no seré yo quien estime en nombre de mi grupo parlamentario que el resto de los contagiados del Estado español deben cobrar indemnizaciones distintas. En todo caso, para este menester estarán otro u otros grupos políticos. Desde luego, no seré yo quien asuma este papel.

Como quiera que de las seis enmiendas que presentó el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) tengo entendido que se van a aceptar dos —por lo que me ha comentado el portavoz de Sanidad del Grupo Parlamentario Popular, Mario Mingo— y que hay que formalizar la propuesta, doy por defendidas en este momento las seis enmiendas en el mismo sentido que lo hicimos en el trámite de ponencia. Insisto en que sería de desear que una ley que cuenta con el apoyo de todos los grupos políticos saliese de este trámite de hoy con el acuerdo consensuado de todos. Me veo obligada a decir al Grupo Parlamentario Popular, que tiene mayoría y es el que sustenta al Gobierno, que dé una prueba más de su sensibilidad en este asunto atendiendo a las peticiones en que coincidimos varios grupos parlamentarios y aceptando estas enmiendas, que nos parecen cabales.

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

La señora **CASTRO FONSECA:** Debatimos esta mañana un proyecto de ley en cuya exposición de motivos se explica claramente que, aunque el virus de la hepatitis C fue identificado a mediados de 1989, hasta 1990 no se dispuso de medios técnicos adecuados para prevenir su transmisión a través de sangre o hemoderi-

vados; el test de detección de anticuerpos del virus de la hepatitis C se empezó a aplicar con carácter obligatorio desde el 3 de octubre de 1990. No estamos, pues, tratando de un hecho que se derive de la mala praxis de la Administración, de indemnizar por mala praxis, para lo que ya hay garantías jurídicas en el Estado democrático, social y de derecho; estamos ante un proyecto de ley excepcional que pretende dar ayuda social a las familias afectadas por la enfermedad desde la responsabilidad institucional. Debido a que más del 60 por ciento de los pacientes contagiados han desarrollado la hepatitis C, se estableció por la Ley 55/1999 el derecho de estas personas a una ayuda social que viene a concretarse en este proyecto de ley que trae a la Cámara el Partido Popular, precedido de la enmienda a la Ley de acompañamiento de los presupuestos generales para el año 2000 que presentó el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió). Queda tan claro que no estamos hablando de mala praxis de la Administración que en los artículos 3.5 y 3.6 se especifica claramente la renuncia previa de todas aquellas personas que vayan a acogerse a los beneficios de este proyecto de ley al ejercicio de todo tipo de reclamaciones por contaminación por el virus de la hepatitis C contra cualquiera de las administraciones públicas sanitarias o contra el personal de las mismas y el proyecto excluye de esta ayuda económica a quienes hubieran obtenido sentencia condenatoria contra cualquiera de las administraciones públicas sanitarias por contagio del virus de la hepatitis C. Luego lo primero que tiene que quedar claro es que no estamos sustanciando aquí ningún chantaje al colectivo de afectados pidiéndoles que renuncien a un derecho. Lo que estamos diciendo es que, como hasta 1990 no teníamos conocimiento científico para prevenir el contagio, la Administración responde de manera solidaria —aunque no adecuada, por matices que defenderé a continuación— tratando de paliar sus efectos. Es cierto, como decía la diputada que me ha precedido en el uso de la palabra, que resulta difícil de explicar porque no se pueden paliar con dinero efectos tan perversos sobre la salud de las personas y la calidad de vida de la familia afectada; en todo caso viene a ser una forma de compensación, salida habitual en las sociedades de la Europa democrática.

Defenderé las enmiendas *in voce*, señor presidente, tal como hice en el trámite de ponencia, puesto que en el momento procesal adecuado Izquierda Unida no presentó enmiendas por escrito. No nos gustaría que esta fuera una ley de punto final y así lo hemos manifestado. Cuando las administraciones tramitan proyectos de ley como éste han de tener claro el principio de igualdad constitucional. El censo tiene que quedar abierto a la posible incorporación de personas que todavía no han sido diagnosticadas; como pueden aparecer nuevos diagnósticos no estaría justificado que sus portadores no pudieran acogerse al beneficio de la ley. A todos nos hubiera gustado —al Partido Popular y a los grupos de la oposición— que la cuantía económica de esta ayuda contemplara las peculiaridades de cada persona afectada y las repercusiones médicas, laborales o sociales, pero todo el mundo comprenderá que era un trabajo complicado y que esta ha sido la vía que se ha encontrado más útil para dar una respuesta conjunta. Al margen de lo que ocurra hoy con este proyecto de ley, queremos decir al Partido Popular que la Administración tiene que hacer un esfuerzo mayor en la correcta atención de estos enfermos. Hay nuevos fármacos en el mercado de eficacia constatada para el tratamiento de la hepatitis C que no se utilizan todavía en el Sistema Nacional de Salud, lo que significa que obligamos a los pacientes a obtenerlos fuera del sistema con la consiguiente repercusión sobre sus economías. No creo aprovechar que el Pisuerga pasa por Valladolid —puesto que está relacionado— si digo que es bueno que empecemos a reflexionar sobre estas cuestiones; este colectivo no se acaba con la aprobación de este proyecto de ley.

Resumiendo, pedimos mayor presupuesto y más atención a este colectivo en el futuro y mantenemos *in voce* las tres enmiendas que hemos venido defendiendo; a saber, la de la cuantía económica por el principio de igualdad constitucional. El Parlamento catalán se adelantó y decidió una ayuda de 5 millones de pesetas. Me parece un argumento francamente peligroso el de que los gobiernos están capacitados para ello. No, hay un principio de igualdad territorial y no puede ser que uno tenga distintos derechos por nacer en Cataluña, en León o en Extremadura. Estamos viendo a través del colectivo de afectados y afectadas que es difícil de entender la discriminación que estableceremos de facto con este proyecto de ley si no se indemniza al resto de los enfermos con la misma cantidad que a los enfermos catalanes. Convencida de que se puede resolver este asunto, puesto que es el chocolate del loro en el presupuesto, pido al Partido Popular que reflexione sobre esta cuestión clave. No se le puede decir a una enferma de Castilla-La Mancha o de Castilla y León que recibirá 2 millones menos, porque no está justificado. ¿En base a qué? ¿Es que la carne es más barata en Castilla-La Mancha? ¿Es que hay más servicios domiciliarios o más Estado de bienestar para paliar los efectos de discriminación económica negativa que se produciría respecto a otros afectados del Estado español? Creo que el Partido Popular esto lo puede recoger y sería la mejor noticia para el colectivo de afectados porque no sólo se sentirían reparados en el daño moral causado, aunque no haya sido por mala praxis ni por negligencia, sino que se sentirían tratados con respeto ya que no violamos ese principio de igualdad territorial. Esa es la primera enmienda *in voce* que Izquierda Unida quiere exponer aquí.

La segunda enmienda tiene que ver con una de las diferencias que se han venido sustanciando en el debate de la ponencia. El Partido Popular entendía que esta

ayuda social iba a ir dirigida únicamente a las personas que una vez contagiadas han desarrollado la enfermedad. Tiene cierta lógica, no voy a decir que no, y yo he tenido serias dudas al respecto porque una ayuda social va encaminada a paliar los efectos que sobre el marco familiar tiene la enfermedad de una de las personas de esa unidad familiar. También tiene cierta lógica considerar hoy aquí en esta Comisión, igual que lo hemos venido haciendo en la ponencia, que en la ley del Parlamento catalán se ha planteado que estas personas sean indemnizadas; ellos plantean café para todos, es decir que todos los contagiados van a ser objeto de esta ayuda social. Lo que Izquierda Unida reivindica y plantea en la defensa de esta enmienda *in voce* es café para todos. El Partido Popular debe reconsiderar esta posición y plantear que se va a prestar esta ayuda social a todos los que han sido contagiados, porque todos son potenciales portadores del virus y todos van a poder tener ese riesgo familiar. Señoras y señores del Partido Popular, desde Izquierda Unida, por el principio de igualdad constitucional y porque tiene cierta lógica —no dejo de reconocer que también su planteamiento la tiene—, aunque haya sido superada por la aplastante lógica de la oposición que es mayoritaria en este tema, esperamos que por una vez sirva para algo el aplastamiento ideológico.

La tercera enmienda ya la explicité al principio de mi intervención y tiene que ver con el censo abierto. Insistimos en esa necesidad porque, de lo contrario, lo que vamos a hacer es apagar un fuego para encender otro en breve espacio de tiempo, ya que por fortuna la sociedad española cada vez más tiene tendencia a asociarse y los colectivos afectados se asocian por miles de historias. Evidentemente nos vamos a encontrar con la patata caliente, a lo mejor con otro Gobierno y no el de ustedes. Por tanto, resolvámoslo de una vez con valentía, con honestidad y con esa fidelidad que ustedes siempre manifiestan a la Constitución, porque en estas pequeñas cuestiones es donde hay que demostrarlas.

Estando de acuerdo con la necesidad absoluta de una ayuda social para estas familias afectadas y para estos pacientes, no estamos de acuerdo en la cuantía ni en la homogeneidad, y sobre todo no estamos de acuerdo con el criterio de punto final del Partido Popular que introduce en esta ley, por lo que, con el espíritu de consenso que caracteriza a Izquierda Unida en todo lo que tiene que ver con políticas sociales, no nos damos por rendidos y seguimos esperando ese pequeño giro de cintura del Partido Popular, que le viene bien psicológica y físicamente. Espero que los señores del Partido Popular se atrevan a complacernos, porque esta mañana había en esta modesta sala un espíritu de esperanza y creo que tiene que ver con que les hemos convencido.

El señor **PRESIDENTE:** Señora Castro, por favor, le agradecería que hiciese un resumen del texto de su enmienda *in voce.*

La señora **CASTRO FONSECA**: Sí. Cinco millones, como los catalanes. **(Risas.)**

El señor **PRESIDENTE:** Pásemelo por escrito y así lo someteremos a votación.

Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Pérez Domínguez.

La señora **PÉREZ DOMÍNGUEZ**: Buenos días a todos los miembros de esta Comisión. Hablo en nombre del Grupo Parlamentario Socialista y quiero señalar, en primer lugar, que la Comisión debe conocer que el paso por la ponencia de este proyecto de ley ha sido de pérdida de tiempo porque el grupo mayoritario, el popular, manifestó su negativa no a aceptar todas las enmiendas, que por otra parte parece lógico, sino alguna al menos. Yo también espero que nos encontremos con buenas noticias y no haya sido más que una estrategia para que hoy en la Comisión, donde estamos todos sus miembros, el Grupo Popular avance y tenga en cuenta las propuestas que se hacen desde otros grupos políticos, desde el mío en concreto.

En segundo lugar, hubiera sido deseo de este grupo manifestar nuestra satisfacción por el proyecto de ley que nos ocupa pero, como siempre, para no faltar a su impronta, la señora ministra de Sanidad nos presentó el proyecto tarde y mal y por eso está enmendado prácticamente en su totalidad.

En tercer lugar, se presenta a esta Cámara un proyecto de ley que discrimina negativamente en origen —como ya han dicho otros grupos—, desde el propio texto, a los ciudadanos españoles hemofílicos que fueron contagiados de hepatitis C dependiendo del pedazo de territorio español en el que residan. Así nos encontraremos, caso de que el Grupo Popular mantenga su posición y se niegue a aceptar estas enmiendas, con españoles que viven en Cataluña que percibirán una ayuda social por el hecho de ser contagiados de hepatitis C sin que tengan que haber desarrollado dicha enfermedad, mientras que al resto de los españoles se les exige haber desarrollado la misma y no sólo el contagio; todo ello obviando que, como señala la evidencia científica, casi la totalidad de los pacientes que presentan infección por VHC acaban irremisiblemente desarrollando la hepatitis crónica. No se puede argumentar, como se hizo en Comisión, que es una exigencia de la Ley 55/1999 sino que es voluntad del Grupo Popular y del Gobierno, ya que el artículo 80 de la Ley de acompañamiento a los presupuestos del Estado de 1999 es producto de una transaccional a una enmienda de CiU que ustedes hicieron con su mayoría. Pero si esta agresión y este agravio fueran poco para todos los españoles no catalanes, en lugar de recibir los 5 millones de pese-

tas —30.000 euros— que populares y convergentes consideran justo que perciba un afectado catalán —así lo acordó su Parlamento— van a recibir tan sólo 3 millones de pesetas por ser andaluces, vascos, extremeños, gallegos, castellano-manchegos o de cualquiera de las restantes dieciséis autonomías más los ceutíes y melillenses. ¿Nos puede explicar el Grupo Popular por qué? Espero que la explicación sea aceptar hoy las enmiendas que presenta nuestro grupo. Es difícil imaginar sobre qué principio el Gobierno y el Partido Popular han sustentado esta tremenda ofensa y discriminación de unos enfermos frente a otros, dando un trato diferente según el lugar de residencia de cada uno de ellos. Sé que es difícil poner una cantidad, pero ha debido resultar bastante fácil poner una para los catalanes y otra para el resto de los enfermos de España. El Grupo Popular, que en Cataluña y junto a CiU, aprobó que la ayuda fuera para contagiados y por un importe de 5 millones de pesetas, tendrá que explicar aquí —si no ha cambiado su posición, cosa que yo deseo— por qué propuso para los catalanes 5 millones y para el resto de los españoles hoy propone una cantidad sustancialmente inferior, casi la mitad, 3 millones de pesetas.

El proyecto de ley presentado por el Gobierno y apoyado por el Grupo Popular echa por tierra, según mi grupo, el principio de igualdad que consagra nuestra Constitución y, si cualquier desigualdad es rechazable, cuando hablamos de desigualdades en materia de salud éstas son absolutamente inaceptables. Fundamentadas en este principio de igualdad y para hacer frente a estos agravios y discriminaciones que plantea el proyecto de ley del Gobierno, mi grupo ha presentado una serie de enmiendas a las que me referiré a continuación. En primer lugar la enmienda número 6 al artículo 1.1, que define a los titulares del derecho y los equipara a todos a la condición de contagiados o contaminados, a semejanza de la ley de Cataluña, y que dice literalmente: A los efectos de la presente ley, se consideran beneficiarios de las ayudas sociales que se determinan en el artículo 2 las personas hemofílicas o con otras coagulopatías congénitas contaminadas con virus de hepatitis C como consecuencia de haber recibido tratamiento con concentrados de factores de coagulación en el ámbito del sistema sanitario público. En segundo lugar, la enmienda número 7 al artículo 2 señala la cuantía de la ayuda a percibir, que ha sido presentada por otros grupos y la equiparamos para todos los españoles a la cantidad que han percibido ya los hemofílicos de Cataluña, es decir, no 3 millones sino 5 millones, y cuyo texto dice literalmente: Los beneficiarios tendrán derecho a percibir una ayuda económica por una sola vez, a tanto alzado, por importe de 30.050,61 euros, equivalente a 5 millones de pesetas. La percepción de esta ayuda será compatible con la de cualquier pensión pública que el beneficiario tuviera derecho a percibir.

Por otra parte, hay un tema que ya se ha mencionado y que es conocido por todos los grupos, pues así lo han manifestado en ocasiones los propios enfermos y la federación de hemofílicos. El procedimiento de elaboración del censo se produjo, cuando menos, de manera un poco tortuosa y, como es habitual en el ministerio, incumpliéndose los plazos previstos en la ley. Hasta julio de 2000 no se aprueba el censo provisional y tuvimos que esperar hasta el 21 de noviembre de ese mismo año para conocer el censo definitivo del ministerio, que no el de los enfermos ni el de los familiares de afectados que aun hoy tienen pendientes reclamaciones efectuadas por la Federación de hemofílicos que no han sido contestadas por el ministerio, aunque en ellas acrediten debidamente su inclusión y estén pendientes de los informes de los hospitales. Aun así, el texto insiste, tanto en el articulado como en la disposición adicional primera, en hacer del censo el eje de la prestación de un derecho y de su titularidad. Por ello mantenemos vivas las enmiendas en las que eliminamos la referencia al mismo y ampliamos el derecho a aquellas personas vivas o fallecidas que hayan resultado infectadas por el virus de la hepatitis C, con independencia de su inclusión o no en un censo que padece de graves dolencias; y perdonen el símil. Esto se concreta en la enmienda número 6 al artículo 1.1, mencionado con anterioridad, y en la enmienda número 8 al artículo 1.2, que dice: En el caso de que hayan fallecido las personas a que se refiere el apartado anterior, pueden percibir la ayuda social los hijos por partes iguales o en defecto de ellos el cónyuge no separado legalmente, o en su caso la persona que hubiera venido conviviendo con el fallecido de forma permanente con análoga relación de afectividad a la del cónyuge durante al menos los dos años anteriores al momento del fallecimiento o en su defecto los padres de las personas fallecidas. Sobre esta enmienda quisiera hacer una consideración en el sentido de que estaríamos dispuestos a señalar en el orden sucesorio cualquier otra posibilidad siempre que ésta sea fijada conforme a ley. A nosotros nos parece adecuada fijarla, como hace nuestra enmienda, de modo similar a la de los afectados de sida y no a la de víctimas del terrorismo, como hace el texto del Gobierno, sin que todavía se nos haya dado una explicación razonable de por qué lo hacen así. Sin embargo, en lo que se refiere a la eliminación de la referencia al censo no estaríamos dispuestos a abandonar nuestras pretensiones. En esta misma línea mantenemos la enmienda número 10 a la disposición adicional primera, ya que no se puede dejar al albur de un reglamento el reconocimiento de un derecho, como se hace en el proyecto de ley. Esta enmienda número 10 a la disposición adicional primera trata de la supresión de la misma en concordancia con las enmiendas anteriores del Grupo Socialista, en particular con la número 6.

Finalmente, en lo que a enmiendas se refiere quisiera señalar la número 9, que afecta al artículo 3.2 previamente corregido por la ponencia, aumentando el plazo de solicitud de dos a cuatro meses para los beneficiarios de las ayudas. Me gustaría señalar que la

ampliación del plazo en sí misma es para nosotros positiva. No obstante, nuestra enmienda añade ciertas mejoras al fijar quiénes pueden solicitar la ayuda en caso de fallecimiento y establecer un plazo de reclamación para casos excepcionales que todavía no conocen su contaminación. En este sentido —aunque ya lo ha señalado la señora Castro— quiero recordar a SS.SS, y apelar a la sensibilidad del Partido Popular, sobre que existe una periodicidad evolutiva del virus de 15 a 25 años desde que se produce la infección o contaminación. Hagan ustedes la cuenta; estamos hablando del año 1991, cuando se empiezan a aplicar las técnicas de reconocimiento.

Acabo ya, señor presidente. Nos encontramos con un proyecto de ley de escasos tres artículos que concentra el mayor grado de discriminación que se puede uno encontrar en estos tres folios que ocupa la ley. Rompe con la equidad y la igualdad que debe caracterizar a la norma y abre un trecho más de un sendero peligroso por el que yo y mi grupo creemos que camina sin complejos el Grupo Popular y el Gobierno. Dudo que si en tanto tiempo de reflexión — por no utilizar otro término— como han tenido el Gobierno y la ministra de Sanidad no se han tomado en consideración no sólo nuestras enmiendas, sino lo que solicitan continuamente los propios enfermos y la Federación de hemofílicos, estén ahora en condiciones de poderlo hacer. Nada sería mejor no para mi grupo sino para los enfermos, que esa posición hubiera cambiado. Nos gustaría que así fuera, pues no sería más que el reconocimiento a los hemofílicos afectados, al trabajo individual y a la lucha de muchos de ellos desde hace muchos años, de sus asociaciones y de su federación. Señores del Grupo Popular, hoy traen ustedes a esta Comisión una proposición no de ley para afrontar los problemas de los enfermos con hipercolesterolemia, proposición que sin duda mi grupo apoyará. ¿Acaso no les parece si no de mayor relevancia, al menos sí de la misma, el problema de estos enfermos y el que sean tratados en igualdad de condiciones en cualquier lugar del territorio, la misma cantidad y las mismas condiciones para todos y no exigir a unos que estén más enfermos que otros? Yo espero que reflexionen y que apoyen las enmiendas que he defendido en nombre de mi grupo. De no ser así este grupo parlamentario seguirá manteniendo vivas todas sus enmiendas para su debate en el Pleno, ya que el proyecto de ley ha sido avocado al mismo, trámite que realizará por escrito conforme al reglamento.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la señora Rodríguez López.

La señora **RODRÍGUEZ LÓPEZ**: Señorías, el proyecto de ley que hoy debatimos y que defiendo en nombre del Grupo Popular se basa exclusivamente en un principio de solidaridad dirigido en concreto a un colectivo de personas que, por las características de la enfermedad que padecen, necesitan unas medidas terapéuticas adecuadas y concretas durante toda la vida. Como consecuencia de ello, estos pacientes han estado y están continuamente expuestos a enfermedades emergentes y transmisibles por vía sanguínea, como es el caso de la hepatitis C, que es el que nos ocupa hoy; virus que no fue identificado hasta 1989 y que hasta 1990 la comunidad científica no dispuso de los medios técnicos adecuados para identificarlo en los laboratorios a través de un test de detección de anticuerpos y que se incorporó a todos los bancos de sangre y de plasma extraídos en la sanidad pública, según lo dispuesto en la Orden ministerial de octubre del año 1990. Un elevado número de personas, especialmente las afectadas por hemofilia u otras coagulopatías congénitas, estuvieron expuestas y de hecho contrajeron la infección como consecuencia de estas transfusiones sanguíneas. Por el propio carácter de este tipo de patologías y su tratamiento específico, el colectivo de afectados está especialmente sometido a riesgos difícilmente y en algunos casos imposibles de prever, motivo por el que se hace recomendable su discriminación positiva a la hora de plantearse este proyecto de ley. La Administración sanitaria considera una obligación y un ejercicio de justicia compensar de algún modo las repercusiones y efectos colaterales, en ocasiones imprevisibles, que provoca este tipo de tratamiento en los pacientes; y aunque naturalmente no logre evitar las implicaciones físicas y psíquicas de esta enfermedad, pueda proporcionar un soporte que ayude a sobrellevar estas situaciones añadidas en personas que —no podemos olvidarlo— ya tenían una enfermedad de base.

Por todos los motivos expuestos no podemos hablar de indemnización, ya que la Administración sanitaria señorías no es jurídicamente responsable del daño sufrido por los hemofílicos debido a la actuación sanitaria durante los años en que se produjeron las contaminaciones, puesto que en aquel momento se desconocía el virus y su forma de detectarlo. Por tanto, insisto en que no se trata de una indemnización sino que debemos encuadrarla dentro de una política de apoyo y solidaridad hacia este colectivo que se efectúa como cumplimiento del mandato al Gobierno contenido en el artículo 80 de la Ley 55/1999, de acompañamiento. En cumplimiento de la misma fue elaborado un censo de afectados, que efectivamente ha sufrido ciertos retrasos y dificultades que tampoco son atribuibles a la Administración, y que ha sido propiciado por diferentes motivos que, si lo desean, puedo reseñar. El objetivo principal de este censo fue que tuviera un alto nivel de participación, para lo que se integraron representantes de los afectados, representantes de las comunidades autónomas, de la Administración general del Estado y expertos en la materia. A pesar de las dificultades y tras un intenso trabajo de la comisión gestora, fue aprobado un censo provisional el 19 de julio de 2000, fue publicado y se abrió un plazo de reclamaciones de dos

meses, aprobándose un censo definitivo por unanimidad el 21 de noviembre de 2000. Mi grupo, señorías, no entiende por qué se cuestiona ahora este censo si, como acabo de decir, fue consensuado y aprobado por unanimidad por todos los representantes. Como no puede ser de otra manera, en todo el proceso de elaboración se ha mantenido una comunicación fluida con los afectados.

En cuanto a los titulares del derecho a estas ayudas estos se encuentran claramente delimitados y son los incluidos en el censo, personas hemofílicas o con otras coagulopatías congénitas que hayan desarrollado hepatitis C, tal y como dispuso la ley.

El proyecto que se debate es la ley al efecto, que cumple con su objetivo, que no es otro que el fijar las condiciones y las cuantías de las ayudas sociales para un determinado colectivo, el incluido en el censo, por lo que no puede ampliarse el ámbito subjetivo de la ley y de las ayudas dando cabida a los fallecidos antes de la elaboración del mismo. El censo al que se refiere al ley tiene necesariamente que incluir a personas vivas, independientemente de que fallezcan posteriormente a su inclusión. Para evitar la eventual exclusión de alguna persona afectada, se ha introducido la disposición adicional primera que hace posible ampliar el censo a aquellos beneficiarios no incluidos en el mismo por circunstancias objetivas debidamente acreditadas.

Del mismo modo, señorías, el hecho de haber sido inoculado el virus C de la hepatitis, es decir, el estado de portador, sin haber desarrollado la enfermedad no implica su inclusión en el censo ya que no se presenta en este caso la misma situación que teníamos en el caso de la infección VIH, en la que casi todos los pacientes por no decir todos, evolucionaban y morían en un plazo de unos 18 meses. La evolución por infección del virus de la hepatitis C, afortunadamente; es más benigna; de hecho un 25 por ciento de los pacientes evolucionan a la curación espontánea y el 75 por ciento restante evolucionan a hepatitis crónica, y de estos un 15, si no responde al tratamiento, evoluciona a cirrosis hepática. Si la evolución se realiza en unos 15 ó 20 años, creemos que teóricamente ya deberían estar incluidos la mayoría de los que en aquella época fueron contaminados. Además, existe un tratamiento que financia el Sistema Nacional de Salud que utilizado en combinación puede alcanzar curaciones de hasta un 50 por ciento.

Según los datos disponibles, el censo definitivo, es decir, las personas que accederían a la ayuda social en la forma en que se dispone en este proyecto de ley asciende a 735 de los cuales se incluyen cinco fallecidos ya contabilizados en el censo… **(El ruido procedente de las obras de la calle impide oir al orador.)**

El señor **PRESIDENTE:** Vamos a hacer una pequeña pausa, para solucionar este problema de ruido exterior que impide oir al orador. **(Pausa.)**

Puede continuar la señora Rodríguez.

La señora **RODRÍGUEZ LÓPEZ:** Gracias, señor presidente.

Decía que, según los datos disponibles, el censo definitivo, es decir, el número de personas que accederían a la ayuda social en la forma en que se dispone en este proyecto de ley, asciende a 735, entre los cuales se incluyen cinco fallecidos ya contabilizados en el censo dado que vivían en el momento de su realización. Al día de hoy, hay además otras 230 personas que reúnen los requisitos para ser incluidos en el censo y que no lo están por olvido de los centros sanitarios, errores o reclamaciones tramitadas fuera de plazo y que son aceptables. Estas 230 personas pueden acogerse a lo que se prevé en la disposición adicional primera.

En cuanto a la cuantía de las ayudas, a los diferentes grupos les parece insuficiente. Hemos de recordar que estas ayudas no tienen un carácter indemnizatorio y son, como ya hemos dicho, expresión de apoyo y solidaridad con los hemofílicos que hayan contraído hepatitis C. El Gobierno establece la cuantía de estas ayudas en 18.030,36 euros. La única referencia para el cálculo de estas ayudas ha sido la establecida en la disposición adicional de la Ley de 19 de mayo de presupuestos para 2000, de Cataluña, que establece una ayuda de 30.050 euros para los afectados que residan en esta comunidad. Hemos de señalar aquí que este mismo grupo político, en su enmienda número 291 a la Ley de acompañamiento de los presupuestos del Estado para 2000, votada y aceptada, solicitaba una prestación de 18.030,36 euros, cifra exactamente igual a la que ofrece el Gobierno y que será recuperada por la comunidad autónoma anteriormente citada cuando se efectúe la liberación de las ayudas por parte del Gobierno.

No existe, señorías, un trato discriminatorio y además se respeta el principio de solidaridad. Lo voy a explicar. Al ser el ámbito territorial de aplicación de la Ley más amplio, para el colectivo de hemofílicos que hayan desarrollado la enfermedad, independientemente de donde residan, la cuantía debía ser menor, y se ha dejado a las comunidades autónomas la posibilidad de que con cargo a sus presupuestos contribuyan a esta política de solidaridad. Esta ayuda no es excluyente, puede ser complementaria con la que ofrezcan las distintas comunidades. No hay que olvidar, señorías, que la ayuda económica regulada en el proyecto tiene un carácter asistencial. **(Continúa el ruido procedente de las obras de la calle.)**

¿Sigo? **(Asentimiento.)**

Desde este punto de vista, en virtud de lo dispuesto en el artículo 148 de la Constitución, todas las comunidades autónomas han asumido en sus estatutos de autonomía la competencia exclusiva en materia de asistencia social. No obstante, el Tribunal Constitucional ha matizado los casos en los que en el campo de la asistencia social es posible la intervención del Estado, señalando que aun siendo exclusiva la competencia de las comunidades autónomas al respecto pueden existir supuestos

especiales o particulares que requieran un planteamiento global del ámbito estatal a través de intervenciones de asistencia social de alcance supraautonómico.

En relación a los beneficiarios de las ayudas, en caso de fallecimiento, se ha aplicado el mismo criterio seguido en la Ley de ayudas a víctimas de terrorismo. Nos ha parecido que puede ser adecuado. En mi grupo creemos que deben ser los familiares más directos los que puedan percibir las ayudas económicas establecidas y, para el orden de prelación, se han tenido en cuenta criterios de necesidad, desprotección y vinculación más directa con el enfermo y la misma enfermedad, aunque esta fórmula altere el orden legal sucesorio. El requisito de un tiempo mínimo de convivencia con el afectado, establecido en dos años, está completamente justificado, ya que en otro caso nos podríamos encontrar ante situaciones, compatibles con la finalidad de estas ayudas, difícilmente justificables.

Con respecto a los plazos establecidos para la solicitud de las ayudas, que en un principio se fijaron en dos meses, se ha convenido la oportunidad de ampliación a cuatro meses, considerando este plazo como más que suficiente para la tramitación de los expedientes.

De igual modo, señorías, creemos que en la exposición de motivos sí debe figurar la voluntad y el compromiso de fomentar la investigación científica y técnica en relación a la hemofilia y la hepatitis C en hemofílicos, competencia que, sin perjuicio de otras consideraciones, es exclusiva del Estado en virtud de lo dispuesto en el artículo 149 de la Constitución. En este marco, señorías, nada impide que la Administración General del Estado… **(Continúa el ruido procedente de las obras de la calle que impide oir a la oradora.)**

El señor **PRESIDENTE:** Estamos intentando hacer alguna gestión a ver si hay otra sala libre, porque este ruido va a seguir.

La señora **RODRÍGUEZ LÓPEZ**: Mi grupo considera que la ley que el Gobierno presenta a esta Cámara responde al mandato expresado en la Ley 55/1999, que responde a un principio de solidaridad y apoyo a un colectivo especialmente golpeado por su especial condición.

Mi grupo acepta las enmiendas 16 y 17 del Grupo Catalán. Lamentamos no haber podido llegar a un grado mayor de consenso, aunque esperamos que este proyecto de ley sea aprobado por el resto de los grupos de la Cámara.

El señor **PRESIDENTE:** Se suspende por unos minutos el debate a expensas de que nos proporcionen otra sala. **(Pausa.)**

PROPOSICIONES NO DE LEY:

— RELATIVA A LA INCLUSIÓN EN LA COBERTURA SANITARIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE LOS MEDICAMENTOS CONTRA LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/001014)

El señor **PRESIDENTE:** Continuamos la sesión con el debate de la proposición no de ley relativa a la inclusión en la cobertura sanitaria de la Seguridad Social de los medicamentos contra la disfunción eréctil. Esta proposición no de ley ha sido presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. Para su defensa, tiene la palabra la señora López i Chamosa.

La señora **LÓPEZ I CHAMOSA**: Señorías, en primer lugar permítanme que les manifieste el motivo por el cual mi grupo parlamentario ha presentado una enmienda escrita a la propia proposición no de ley, que prácticamente contiene la misma redacción.

Desde que iniciamos el trámite de la presentación de la proposición no de ley hasta el momento actual, han aparecido en el mercado varios fármacos para la finalidad, por lo que hemos entendido que no podíamos incluir sólo la Viagra y dejar excluido cualquier otro producto similar, cuando la pretensión de mi grupo es incluir todos los medicamentos que tengan efectividad terapéutica para este tratamiento. Por ello, hemos presentado la enmienda que he mencionado anteriormente.

Yo sé que tratamos hoy un tema que puede dar lugar a sonrisitas y demás. Por algunos comentarios que he oído a algunos compañeros, puedo decir que puede ocurrir lo mismo que pasaba hace años —por suerte, hoy no— cuando hablábamos del acoso sexual o incluso del acoso moral en el trabajo. Son temas novedosos, pero presentes en la sociedad y que padecen nuestros conciudadanos. Es cierto que afectan a determinados colectivos, pero no lo es menos que si nos atenemos a un estudio epidemiológico, valorado como el más importante en esta materia, habrá que convenir que la disfunción eréctil afecta a bastantes españoles, al margen de los colectivos que nosotros queremos incluir.

No pretendemos un titular fácil, como la Viagra gratis para todo el mundo, que tampoco estaría mal, sino afrontar un problema que afecta a una serie de colectivos que, por su enfermedad crónica o por el tratamiento que reciben, padecen disfunción eréctil, lo que les impide desarrollar una vida normal o lo más normal posible a la que cualquier ciudadano tiene derecho.

Esta mañana, mientras escuchaba a la portavoz de mi grupo en el debate de la ley anterior, y luego a la del Grupo Popular, anoté tres o cuatro palabras que utilizaron para defender cosas distintas, lo cual demuestra que a veces una misma palabra sirve para estar a favor y en contra. Lo que quiero decir es que nos estamos movien-

do en una sociedad que incluso pretende vaciar las palabras de contenido. Cuando oyes hablar de solidaridad para establecer unas cantidades que entrañan diferencias entre los afectados de unas comunidades y de otras, es difícil comprender que eso sea solidaridad. Solidaridad es establecer una misma cantidad, unas mismas condiciones para todos los ciudadanos de este país, que es lo que nosotros pretendemos con esta proposición no de ley. Hay comunidades que ya han empezado a afrontar este tipo de problemas. Si hablamos de un país descentralizado, del traspaso de competencias a las distintas comunidades es con el objetivo de que los ciudadanos estén mejor atendidos. Pero, ¿qué sucede? Que hay comunidades que son más sensibles a los problemas de estos colectivos, porque tienen a los ciudadanos más cerca y pueden trasladar sus reivindicaciones con más facilidad. Yo tengo aquí una información de un periódico de la Comunidad Valenciana que dice que Sanidad repartirá Viagra gratis entre los lesionados medulares de la comunidad. Por desgracia para los valencianos, la Comunidad Valenciana no está gobernada por un presidente socialista; siendo su presidente del PP es sensible a ciertos problemas, pero no se tiene la misma sensibilidad a nivel estatal.

¿Qué colectivos son los más afectados y para los cuales pedimos este tipo de medicamentos? En primer lugar, los diabéticos. Señorías, cuando empecé a tratar con estos colectivos, cuando empecé a tratar con la asociación de la Liga Europea de Diabéticos, me quedé realmente sorprendida de ver la gran cantidad de diabéticos que tenemos en nuestro país —más de tres millones de personas afectadas por esta enfermedad—, de los cuales el 49 por ciento son varones, de éstos, entre el 35 y el 70 por ciento, una vez llevan más de 10 años de medicación, sufren disfunción eréctil. Es decir, que les estamos impidiendo que puedan llevar una vida normalizada de pareja. Yo no sé lo que significará para SS.SS., pero para mi grupo, y para la que les habla especialmente, la vida en pareja es lo que garantiza una convivencia más feliz y un desarrollo más amplio del ser humano. Además, incluso permitiría que nuestra población creciera y paliáramos el problema que la cumbre sobre el envejecimiento está tratando en estos momentos y que el presidente del Gobierno y los distintos ministros están poniendo de manifiesto; es decir, el incremento de la natalidad en nuestro país.

Yo tengo aquí un recorte —en televisión también se emitió un reportaje que me impresionó muchísimo— que dice: He sido padre gracias a la Viagra. Explica que un señor de Toledo de 34 años, que sufre una lesión medular, no había podido cumplir su deseo de ser padre hasta que este fármaco fue puesto a la venta en nuestro país.

Estamos hablando, señorías, de unos productos que han demostrado su efectividad por estudios que se han hecho sobre los mismos. Por ejemplo, la Viagra y similares, en lesiones medulares, son efectivos en la recuperación del 93 por ciento de los casos; en casos de depresiones y enfermedades similares, en un 89 por ciento; en diabetes, en un 57 por ciento. Y así podríamos seguir.

Por lo tanto, estamos intentando algo fundamental para mi grupo parlamentario, que aquellos beneficios que nos depara la tecnología, los avances tecnológicos, los nuevos fármacos como éste, lleguen a todo el mundo. Está claro que en este país a la persona que tenga un poder adquisitivo alto, que tenga unos medios económicos altos, no le afecta lo que hoy estamos discutiendo aquí, sea diabético, sea tetrapléjico, tenga lesión medular o no. ¿Por qué? Porque tiene los medios económicos para poder disfrutar de este medicamento. Sin embargo, estamos hablando de aquellas personas que teniendo estas enfermedades no tienen los medios para poder acceder al medicamento, es decir, los diabéticos, los parapléjicos, los afectados de esclerosis múltiple, los hipertensos y así podíamos seguir. Pretendemos el acceso de todos a un medicamento que está demostrado que garantiza que unas personas con enfermedades crónicas puedan seguir llevando una vida lo más normal posible, sobre todo en las relaciones físicas, tan fundamentales para el equilibrio de las personas. Permítanme que haga un inciso, si la gente tuviera unas relaciones sexuales más activas y riéramos más, seríamos un país más feliz y no como somos a veces un país de tristes. **(Risas.)**

¿Cómo está este tema en Europa, en los países de nuestro entorno? El Reino Unido, por ejemplo, es el que está más avanzado y lo suministra a todos aquellos que tienen enfermedades mucho más allá de las que nosotros pedimos. Nuestro país vecino, Francia, acaba de aprobar una resolución legislativamente y, como segunda fase, están cuantificando lo que va a suponer para la sanidad pública. En Holanda se financia y fue solicitado por las autoridades sanitarias. En Dinamarca lo tienen también los diabéticos, los afectados de esclerosis múltiple y similares. En Finlandia incluso lo tienen los que padecen lesiones del sistema nervioso. En Irlanda todos los pacientes con tarjeta sanitaria tienen acceso a estos medicamentos. En un momento que estamos hablando de crear —y España así lo apoya— la tarjeta sanitaria única en Europa, tendríamos que ir acercándonos a los países del entorno para conseguir unos equilibrios que van a ser necesarios.

Incluso hay empresas en nuestro país que han decidido financiar este fármaco, lógicamente siempre que venga recetado y adecuadamente justificado su uso y su tratamiento, como es el caso de Telefónica, pero hay otras que también lo hacen, así cuidan a sus trabajadores.

Hay casos en nuestro país, como el de un joven gallego que, tras sufrir un accidente, ha quedado en una silla de ruedas y ha puesto una demanda a su compañía de seguros para que entre las indemnizaciones esté la del coste de la Viagra para el resto de su vida, porque

sus relaciones sexuales estarán ligadas para siempre a este fármaco. Vemos que el problema va aflorando en las distintas comunidades. Repito que es un problema al cual tenemos que hacer frente, es de justicia hacerlo. Piensen que cualquiera de nosotros podemos estar necesitados de esta medicación en poco tiempo, unos directamente y otras indirectamente, por decirlo suavemente. Recuerden que el 14 de noviembre nos hicimos unas pruebas en una campaña de prevención de la diabetes y han salido unos resultados preocupantes, porque algunos serán futuros diabéticos o tienen propensión a serlo. O sea, también estamos pensando en nosotros y en otros muchos pues al final nos encontraremos todos en el mismo lugar.

Finalmente, quiero decir una cosa que el Grupo Popular que sustenta la mayoría tendría que tener muy en cuenta. Lo he dicho antes y lo repito ahora. No estamos hablando de solicitarla en general, estamos hablando de unos colectivos y además, dentro de esos colectivos, para aquellos que, por su situación económica o por sus condiciones de vida, no pueden acceder a ese tratamiento. Una iniciativa posterior del Grupo Popular trata del hipercolesterol familiar. Es una iniciativa que nosotros vamos a apoyar porque es adecuada y porque afecta a un colectivo muy importante, pero no menos importantes son los colectivos de los que hablamos aquí. Deberíamos acostumbrarnos a pensar si las iniciativas, vengan del grupo que vengan, se ajustan a unos problemas que nuestros ciudadanos tienen o no. Puede haber iniciativas de distintos grupos más o menos sensibles hacia un colectivo con una dosis de demagogia, como es natural y aceptable en cada grupo, pero cuando hablamos de colectivos y de problemas que afectan a la salud pública, que afectan a la calidad de vida de los ciudadanos, deberíamos tener la sensibilidad de darles un trato adecuado, incluso valorando los costes. Evidentemente, toda propuesta tiene costes, incluir este medicamento en la sanidad pública tiene su coste, pero, señorías, estamos hablando de un tratamiento necesario para unas enfermedades crónicas. Estos enfermos al igual que cualquier otro tienen el mismo derecho a tener la subvención, pues también están contribuyendo en dos direcciones, cuando pagan como trabajadores el IRPF y cuando pagan la Seguridad Social. Queremos que todos tengan los mismos derechos y eso es lo que reclamamos. Espero la sensibilidad del Grupo Popular para que esta iniciativa salga adelante.

El señor **PRESIDENTE:**

Para fijar posición, por el Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV), tiene la palabra la señora Uría.

La señora **URÍA ETXEBARRÍA**: Escuchando a la señora López i Chamosa se atienda su petición con enorme simpatía inicial dado el tono coloquial con el que ella lo expresa y lo que detrás de ella existe. Es indudable que hay un problema humano importante en lo que ha sido objeto de su exposición, y conste que le habla una diputada que, en opinión de uno de los que fuera consejero de sanidad en el País Vasco, es capaz de pulirse el presupuesto de la OTAN imputando al gasto público la totalidad de la gratuidad respecto de las prestaciones sanitarias. Sin embargo hay que ser responsables y conscientes, y entender que en el estado actual de la cuestión, lo primero que habría que hacer es llegar a determinadas certezas. Teniendo en cuenta sobre todo que pretendemos atender todas las necesidades posibles y llegar al todo y para todos, habrá que ver cuáles son las prioridades y qué es posible asumir desde las instancias públicas, por más que en países de nuestro entorno vaya abriéndose camino esta posibilidad. además, pienso que la decisión a tomar en este momento debiera ser la de iniciar estudios o valoraciones conducentes a que en un momento —esperamos que sea lo menos lejano posible— pueda llegar a introducirse esta prestación como básica dentro del sistema de Seguridad Social, pero de momento estamos más en el estadio de lo médico que de lo político. Los datos de la iniciativa que nos trae el Grupo Socialista suscitan un número importantísimo de ambigüedades. La primera de ellas es por qué en el contenido de la resolución que se propone se recogen ciertas patologías y no otras que pueden tener iguales consecuencias en cuanto a la disfunción eréctil, que es de lo que en definitiva se trata. Primero se debería hacer un estudio serio y sensato de estas cuestiones que nos gustaría abordar en sede médica, dentro de los organismos técnicos y con el consenso de las distintas instancias, incluidas todas las comunidades autónomas que tienen ya la competencia asumida. Tomar ahora una iniciativa política puede ser popular, puede ser bonito, pero en modo alguno estaría justificado desde el punto de vista de la responsabilidad política. Primero, estamos ante un problema técnico médico; después, estaríamos ante la idea de que enfermedades crónicas hay muchas y no todas están incluidas —hoy hay iniciativas respecto de otras—, por lo que puede haber colectivos de distintas enfermedades que, considerando importantísima la actividad sexual —nadie lo pone en duda—, pueden pensar que por qué lo suyo no y por qué no lo suyo antes. Estamos otra vez en el terreno de las valoraciones médicas, que deben ser previas a las decisiones de la índole de la que hoy se pretende tomar. Además, en el mismo tono que ha empleado la diputada proponente, que goza de toda mi simpatía, se podría decir también cuál va a ser la posología para este tipo de tratamientos, es decir qué frecuencia de actividad sexual es la que podría considerarse con cargo al sistema público.

Mi formación política, teniendo en cuenta que ejerce responsabilidades en el ámbito de la sanidad pública vasca y que además no va a costo efectivo, como les ocurre a otras, sino que la financiación va por vías distintas, cree que la decisión a día de hoy resultaría precipitada. Eso sí, haríamos votos para que, desde las ins-

tancias que corresponda, se inicien cuanto antes los estudios. Por tanto, hoy por hoy, sin negarnos porque también nos parece importante el asunto del que se trata, lo más sensato, no teniendo los datos que nos gustaría tener, es la abstención respecto de esta iniciativa.

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

La señora **CASTRO FONSECA**: Intervengo una vez más en nombre de mi grupo parlamentario, y quiero felicitar a la señora López y al Grupo Socialista por esta iniciativa. Ha habido algunas sonrisitas, que tienen que ver con la imposibilidad de escapar del influjo de tantos años de represión. Todo lo que tenía que ver con el placer se consideraba una forma de rebeldía; esto se ha perpetuado y todo lo que tiene que ver con el placer nos sigue produciendo una cierta inquietud corporal que nos lleva a la sonrisa.

Señorías, aquí estamos hablando de un tema muy serio, no estamos hablando de ninguna frivolidad, ni de resolver problemitas. Estamos hablando de la sexualidad, y la sexualidad sana y placentera es un indicador de salud. Por tanto, más allá de que pueda haber otros colectivos afectados, como decía la señora Uría, esa no es razón para decir que, desde la responsabilidad, éste no parece un problema urgente; este es un problema urgentísimo. La sexualidad es tan importante como comer o como dormir para el crecimiento y para la salud integral del ser humano. Quien no come adecuadamente, enferma; quien no duerme adecuadamente, enferma, y quien no tiene una vida sexual sana y placentera, también enferma. Si hablamos de colectivos sociales que ya están enfermos y que tienen impotencias secundarias que se unen a estas enfermedades, les estamos añadiendo calidad de vida cuando venimos a defender aquí —como hoy ha hecho el Grupo Socialista— propuestas de este tipo. Señorías, en esta Comisión hay sanitarios, hay médicos y personal parasanitario; cualquier médico sabe que un paciente necesita ánimo y buen estado psicológico para llevar con mayor dignidad su enfermedad y que esto tiene repercusiones de mejoría física en los pacientes. Un paciente que no puede vivir una vida sexual sana y placentera es un paciente que tiene escasas posibilidades de mejorar, sobre todo en la cultura patriarcal y machista en la que vivimos. Hablando de sexualidad masculina —porque esta proposición que trae hoy el Grupo Socialista es sólo para hombres—, no hace falta que yo explique aquí hasta qué punto, dada la cultura machista en la que hemos sido educados, los hombres afectados por esta situación ven mermados notablemente sus niveles de autoestima personal, cayendo en profundas y frecuentes depresiones. Por tanto, señorías, más allá de las risitas, estamos hablando de un tema importantísimo de salud pública.

Como todo el mundo sabe en esta Comisión, Izquierda Unida está a favor de extender las prestaciones en el marco de la sanidad pública y de facilitar su accesibilidad. Entendemos que estos grupos tienen un mayor riesgo de caer en estas patologías asociadas que he intentado describir con mayor o menor éxito, pero más allá de eso, señorías, la sexualidad masculina está en crisis desde la década de los noventa —no lo digo yo, lo dicen los psicólogos— y existen otras causas de impotencia secundaria que tienen que ver con el cambio de roles de los hombres y las mujeres en la sociedad y con el nivel de aceptación de los hombres respecto a esto, que además de impotencia secundaria provoca otros múltiples problemas que podríamos poner encima de la mesa, pero sobre los que no me voy a extender. Por tanto, habría que extender esto a todos los colectivos sociales afectados, y habría que extenderlo, como no, a las disfunciones sexuales de las mujeres, que también las tienen, aunque no pasen por la erección. El derecho a la sexualidad sana y placentera es un derecho fundamental de los seres humanos, más allá de que sean hombres o mujeres. Motivados por la propuesta socialista, no renunciamos a seguir trabajando en el futuro en esta dirección. Reivindico el derecho a los medicamentos para la vivencia sana y placentera de la sexualidad, vinculándola al placer —que es también un derecho fundamental que históricamente nos ha sido negado a las mujeres y que reivindico en esta Cámara— y no a la paternidad, señora López, porque el placer y el dolor son dos caras de una dialéctica, y más allá de que cada uno tenga sus creencias, sus soportes ideológicos para andar por la vida, si Dios nos ha regalado el placer junto con el dolor, ¿por qué nos lo niegan? Si es la propia naturaleza la que nos ha hecho sexuados y vulnerables al dolor, ¿por qué se nos niega el placer, si es el contrapeso necesario para poder soportar la vida? Esto no es una tontería, este es un tema muy serio, señorías, y hay que tratarlo con la seriedad que se merece.

En definitiva, desde el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida nos reiteramos en la felicitación al Grupo Socialista y pedimos al Grupo Popular que sea sensible con estas reivindicaciones sustanciadas a través de proposiciones no de ley. Tengan claro que estamos hablando de un tema de salud pública. Mejorar la salud sexual de los españoles es mejorar la salud pública, y ese es un objetivo no solamente noble, sino irrenunciable de los seres humanos. Los mejores aliados en esto hemos sido siempre las mujeres feministas, que, como digo, sin pudor, sin ambages, sin *piquer un soleil*, como dicen los franceses —sin que nos salgan los colores—, reivindicamos el derecho al placer como elemento clave de crecimiento integral del ser humano. De modo que la iniciativa tiene el apoyo de Izquierda Unida.

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

La señora **MONTSENY MASIP:** Vaya por delante que a esta portavoz… **(El señor Martí i Galbis pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE:** Un momento, señora Montseny.

Perdón, señor Martí, no le había visto. **(Rumores.)** Tiene la palabra

El señor **MARTÍ I GALBIS:** No es un problema de sexualidad; es el problema de tener que estar en dos o tres comisiones a la vez, como los grupos minoritarios saben. Intervendré de forma breve porque seguramente me reclamarán en otra Comisión.

Coincido con las valoraciones expuestas hasta ahora, más allá de las bromas; también es bueno que hagamos bromas, dentro de la seriedad de esta Cámara. No estamos hablando de nada frívolo, todos estamos de acuerdo en que es un asunto muy serio; otra cosa son los límites —y a ellos me referiré—, los requisitos y condiciones en que tiene que darse a la población este tipo de prestaciones. En todo caso es una cuestión seria, de salud pública, que afecta a colectivos muy determinados. Tenemos que ser especialmente sensibles. Defendiendo en esta Comisión alguna otra proposición no de ley presentada por mi grupo parlamentario, he apelado en alguna ocasión a la sensibilidad social de SS.SS., especialmente en cuanto a determinados colectivos. Mi grupo parlamentario, con motivo de la tramitación de otras proposiciones no de ley en esta misma Comisión, ha sido muy sensible y ha asumido planteamientos muy solidarios de determinados colectivos.

Ahora estamos hablando de tres colectivos y, como decía la portavoz del Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV), podremos hablar de otros; sin embargo, es muy claro que esos tres serían acreedores de este tipo de prestación y nadie podría discutir su justificación. De modo que cojo el hilo rojo que me traslada a otras posiciones del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) en cuanto a personas que necesitan prestaciones o medicamentos específicos. Recuerdo, por ejemplo, una proposición que yo mismo defendí para la inclusión en el catálogo de prestaciones de materiales de rehabilitación para discapacitados, e igualmente podríamos hablar de otras. La Comisión de Sanidad, el Parlamento, no puede dar la espalda a esta gente. Desde el punto de vista médico o técnico, todo evoluciona; y lo que hoy está justificado, mañana, con la aparición de nuevos medicamentos puede no estarlo, por lo que la evaluación de los órganos competentes tiene que ser contínua. En todo caso, creemos que la prestación estaría justificada en el caso de los colectivos a que se refiere la proposición no de ley. Mi grupo parlamentario entiende que la incorporación de nuevas prestaciones o nuevos fármacos como estos tiene que ir acompañada de la dotación presupuestaria correspondiente con cargo a los Presupuestos Generales del Estado, ya lo hemos dicho en la discusión de otras proposiciones no de ley. Se trata de necesidades que afectan por igual a todos los ciudadanos que sufren estas patologías, vivan donde vivan y estén en la comunidad autónoma que estén. Podríamos estar hablando de una prestación básica y se trata de tres colectivos y no de una prestación universal; más tarde hablaremos de la frecuencia, cuestión que también debe puntualizarse. Es incontrovertible que la persona que tiene una incapacidad persistente para lograr o mantener una erección, sobre todo si tal incapacidad tiene su origen en tetraplejia, diabetes u otra enfermedad crónica, como esclerosis múltiple, debe ser acreedora de esta terapia.

La proposición no de ley no determina la población que podría verse beneficiada de la financiación pública de este tipo de tratamientos; menciona los colectivos, pero no el universo poblacional. Esto no debería ser obstáculo para no apoyar inicialmente la proposición no de ley. Tendremos tiempo más adelante de perfeccionarlo a través del Consejo Interterritorial y de que las autonomías, que ya tienen las transferencias, puedan corresponsabilizarse en cuanto a estas prestaciones. La compañera Isabel López me permitirá que le haga un pequeño reproche con toda simpatía; no a ella, sino al Grupo Parlamentario Socialista. Hace unos meses, defendí una proposición no de ley en nombre del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió); en concreto, esa a la que me refería de inclusión de materiales de rehabilitación destinados a facilitar la movilidad de los discapacitados, sillas de ruedas, etcétera. La portavoz socialista aquel día me preguntó muy amablemente dónde estaban el principio y el final de estas prestaciones. Con igual razón podría preguntar yo ahora: ¿dónde están los límites de esta prestación? Como decía la portavoz del Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV), teniendo en cuenta la singularidad —digámoslo así— de la sexualidad de las personas y las diferencias de frecuencia de tales relaciones, no deberíamos perder de vista la necesidad de disponer de estudios científicos. Me sumo a la petición, aunque no me parece motivo suficiente para dar patada adelante —como se dice en términos deportivos y futbolísticos— y posponer la solución para esas personas que necesitan ya hoy esta prestación.

Teniendo en cuenta las consideraciones de oportunidad política o presupuestaria, al entender que tendrán que dotarse presupuestos del Estado para cubrir las necesidades de estas personas en todo el territorio del Estado, nuestro grupo parlamentario cree positivo que se incluyan estas prestaciones para todas las personas de los colectivos citados que las necesiten. Sabemos que pronto llegará un proyecto de ley de coordinación sanitaria —ese es el título final—, uno de cuyos pilares será probablemente el catálogo de prestaciones, los requisitos para la incorporación de otras nuevas y su financiación. Tendremos tiempo de discutirlo. Así las cosas, es importante que el Parlamento pueda dar hoy

apoyo a esta gente necesitada. Debemos mostrar una especial sensibilidad social con estos colectivos y nosotros no les daremos la espalda. No quiero acabar con una broma fácil diciendo lo que decía Isabel López, con todo acierto: que pensemos en nosotros. Eso no es una broma, es una realidad. Hay centenares de miles de personas que pueden encontrarse en esa situación en los próximos meses o años. Sería injustificable que diésemos la espalda a estos colectivos necesitados. La política es economía, es presupuesto público y buena gestión, pero también es sensibilidad social. No podemos darles la espalda, y ello sin saber si van a ser 1.000 ó 30.000 las personas afectadas. En cuanto a la frecuencia, tendremos tiempo suficiente para llegar a un consenso de modo que se evite una mala gestión de los recursos públicos o cierta picaresca que podría haber; todos sabemos lo que puede ocurrir en un mercado abierto con este tipo de productos. Lo importante es que esta Comisión pueda dar apoyo hoy a la exigencia social de unos colectivos realmente necesitados.

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

La señora **MONTSENY MASIP:** Había iniciado antes mi intervención, sin que me correspondiera el turno todavía, como muy bien ha corregido el señor presidente, diciendo que este asunto no le produce ninguna sonrisa a la portavoz que les habla. Como diputada de esta Cámara, siento cierta impotencia, y no precisamente sexual. En los foros en que sólo se debaten cuestiones sociales, es muy difícil no caer en la demagogia; resultaría un tanto complicado que todos los diputados y senadores trabajáramos en iniciativas que beneficien a la sociedad sin tener en cuenta la racionalización del gasto público.

Quiero agradecer los tonos de las personas que han intervenido en representación de los grupos parlamentarios, sobre todo al subrayar la importancia de esta iniciativa. Debo decirle a la señora López i Chamosa que nuestro grupo parlamentario y el Gobierno tienen conciencia de lo delicado de esta situación que afecta a determinados colectivos que tienen estas patologías y que nosotros también hemos tenido contacto con estos sectores, les hemos escuchado, les hemos atendido y conocemos su problemática. Señorías, no deberíamos hablar de sensibilidad en la Comisión de Sanidad y Consumo, porque ¿quién no va a tener la sensibilidad para solucionar problemas en prestaciones sanitarias a los ciudadanos cuando nos hemos dado un sistema de sanidad universal y pública? No hay absolutamente nadie que por sensibilidad se niegue a acceder a cualquiera de las iniciativas de los grupos que integran esta Cámara. Me gustaría que no sólo fuéramos sensibles. Las cuestiones que afectan a esta Cámara son cuestiones de Estado. La sanidad pública es una cuestión de Estado y todos deberíamos tener un poco de consideración en cuanto a la racionalización de las iniciativas que llevamos a cabo. Hoy me acordaba de la legislatura de 1993 a 1996, donde muchos de nosotros solicitábamos inclusiones semejantes, si no idénticas, para el sistema de salud. Y los que hoy piden determinadas prestaciones se veían en la obligación en aquellos momentos de decir: hay que estudiar, hay que pensar, hay que meditar y hay que racionalizar, porque es evidente que no todo lo que queremos en la vida lo podemos tener. Señorías, yo invocaría esa responsabilidad para que todos, al proponer iniciativas, lo hagamos de acuerdo con ese sentido de la responsabilidad. Estoy de acuerdo con la señora Uría cuando se ha expresado en los términos tan conscientes y tan responsables.

¿Qué hará el Gobierno y qué respaldará el Grupo Parlamentario Popular? En realidad, señorías, tendría que recordar que el primer grupo que formuló una pregunta en el plenario sobre esta problemática fue el Grupo Parlamentario Popular, el diputado Gil Melgarejo, y en ese momento se inició un estudio para ver las consecuencias que podía tener dicha patología para las personas afectadas por diabetes, lesión medular o prostatectomía. No ha habido una conclusión de estos estudios, por tanto, debemos estar a lo que haga el entorno de los países que conforman la Unión Europea. Es cierto que el Reino Unido ya se ha acogido a dicha iniciativa, así como países tan ricos y avanzados como Alemania o Francia, porque parece que sólo está en el embrión legislativo el poder financiar la cobertura de la prestación farmacéutica de dicha patología. Nosotros debemos ser prudentes, como los países de nuestro entorno, y terminar con los análisis y los estudios del coste, la envergadura y la solución de estas patologías. Asimismo, debemos actuar como los países más avanzados que nosotros a nivel económico. Es ahí donde se demuestra el nivel de responsabilidad.

— RELATIVA AL ACCESO EFECTIVO A LOS SERVICIOS DE SALUD BUCODENTAL A PACIENTES DISCAPACITADOS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/001159)

El señor **PRESIDENTE:** Pasamos al debate de la siguiente proposición no de ley, relativa al acceso efectivo a los servicios de salud bucodental a pacientes discapacitados. Ha sido presentada por el Grupo Parlamentario Socialista y, para su defensa, tiene la palabra el señor Fidalgo.

El señor **FIDALGO FRANCISCO**: Señorías, me corresponde a mí defender la proposición no de ley relativa al acceso efectivo a los servicios de salud bucodental de pacientes discapacitados presentada por el Grupo Parlamentario Socialista.

El derecho a la protección de la salud que ampara el artículo 43 de nuestra Constitución se considera

ampliamente respaldado por la Ley de sanidad de 25 de abril de 1986 y su posterior desarrollo normativo, hasta el punto de que el sistema sanitario público español merece los elogios y las mejores calificaciones de los organismos internacionales. Sin embargo, en sus concreciones prácticas, se hacen evidentes algunos de sus defectos y carencias, y es precisamente en determinadas experiencias de enfermos y sus familiares cuando resaltan de manera dramática esas insuficiencias. **(La señora vicepresidenta, Fernández de Capel Baños, ocupa la presidencia**.) Las administraciones públicas y el poder político han de ser sensibles a estos hechos y por eso se incluyen en los programas electorales compromisos que den solución a los problemas detectados.

La salud bucodental ha sido una preocupación casi constante para todos los partidos en las últimas elecciones y el propio partido del Gobierno, el Partido Popular, prometía, entrecomillado: incluiremos nuevas prestaciones en el catálogo o ampliaremos la cobertura en otros casos, por ejemplo, salud bucodental. Por otra parte, la Constitución española garantiza los mismos derechos para todos los españoles, cualquiera que sea su origen o condición. Y las personas discapacitadas por sus especiales características y patologías asociadas necesitan de especiales cuidados bucodentales, que han de ser proporcionados en muchas ocasiones con determinadas precauciones, bajo supervisión especializada e instalaciones apropiadas. Estamos hablando de un problema que afecta a miles de familias que sufren el abismo entre la literatura electoral y la normativa y la realidad de la dificultad para el acceso efectivo a las prestaciones. Estamos hablando, señorías, básicamente de lo siguiente: de niños deficientes con patologías bucodentales extensas que aconsejan el tratamiento en una sola sesión, de discapacitados físicos y psíquicos no cooperadores, que no pueden tratarse en un ambiente ambulatorio, de parálisis cerebral que curse con movimientos involuntarios incontrolables y de una gran amalgama de otros enfermos que por su patología previa odontológica o asociada requieren actuaciones que han de ser realizadas bajo anestesia general, por ejemplo, Alzheimer o el riesgo coronario severo. En estos casos se necesita un ambiente quirúrgico hospitalario, anestesia general y el equipo odontológico pertinente para realizar en general tratamientos restauradores, por ejemplo, las obturaciones; preventivos, con sellado de surcos profundos periodontales, tan frecuentes por ejemplo en el síndrome de Down; o quirúrgicos, las endodoncias. Para darnos una idea de las cifras de potenciales de usuarios que señalamos en España, puede haber del orden de 40.000 afectados de síndrome de Down, otros tantos paralíticos cerebrales y los miles de enfermos tan de actualidad estos días por ejemplo, como los relacionados con Alzheimer. Sin embargo, ese abismo teórico asistencial al que antes nos referíamos obliga a las familias a recorrer un peregrinaje muchas veces sólo soportable por la abnegación con la que acostumbran a afrontar las dificultades. Quizás por eso trasciende poco el problema.

El Grupo Parlamentario Socialista trae hoy esta iniciativa, después de ser conocedor de diferentes cartas emitidas a órganos e instituciones por familias afectadas y sobre todo por pertenecer este diputado a una provincia, Ourense, que si bien en los índices de desarrollo social suele ocupar los últimos puestos, en este ámbito tiene resuelta la existencia desde hace más de diez años, gracias al especial empeño desinteresado de un grupo de profesionales y la colaboración de instituciones que han hecho de Ourense una referencia. Por esto merecen ser citados, como un pequeño homenaje, el doctor Villalón, la doctora Cuevas y el servicio de anestesia y reanimación del complejo hospitalario de Ourense. Pero no debe tratarse solamente de altruismo. El sistema sanitario público debe tener reglada y estructurada esta asistencia y, señorías, no la tiene; en todo caso, es puntual, ocasional e insuficiente, como lo demuestra una nota interna del Insalud, en un área de salud de esta comunidad, de julio de 2001, en donde se comunica el cupo disponible concertado de sólo 80 intervenciones y el ruego de una difusión restrictiva de la prestación. Hoy día también siguen acudiendo a Ourense pacientes de otras provincias, áreas sanitarias y regiones. Afortunadamente se han empezado a desarrollar iniciativas legislativas en los servicios de salud regionales y así, la Junta de Andalucía, en su Decreto 280/2001, de 26 de diciembre, que regula la prestación asistencial dental a la población de 6 a 15 años, en su artículo 4 prevé que la asistencia dental a personas con discapacidades psíquicas o físicas, que tienen incidencia en la extensión, gravedad o dificultad de su patología oral o su tratamiento, deben ser atendidas en el servicio sanitario público de Andalucía. Actualmente se está ordenando y concretando esta atención.

Desde la presentación de esta proposición no de ley se ha completado el proceso transferencial y la igualdad de derechos no puede quedar sujeta a la oportunidad de las iniciativas autonómicas. Por eso apelamos aquí, en primer lugar, a la sensibilidad de SS.SS, para que ante un problema de tanto calado social como el que hemos expuesto adoptemos por unanimidad la decisión de instar al Gobierno a que, a través del liderazgo y responsabilidad de coordinación y tutela de los derechos y prestaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, se tomen las medidas oportunas a fin de facilitar en todas las áreas de salud el acceso efectivo a los servicios bucodentales para extracciones dentales simples y tratamientos odontológicos preventivos de los pacientes discapacitados psíquicos y físicos, asignándoseles el correspondiente centro de referencia, y que se desarrollen programas especiales dirigidos a estos colectivos para la mejora del acceso, información y educación sanitaria, visitas domiciliarias, ortodoncias,

etcétera. Muchas familias esperan esta iniciativa y por tanto espero que la apoyen unánimemente.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Fernández de Capel Baños): Para la defensa de la enmienda presentada por el Grupo Parlamentario Catalán de Convergència i Unió, tiene la palabra la señora Riera.

La señora **RIERA I BEN**: Con su permiso, quisiera dejar constancia en el « Diario de Sesiones» de que estaba previsto que esta iniciativa la defendiera mi compañero de grupo, Jordi Martí, que por imposibilidad de estar en el mismo momento en dos comisiones —en estos momentos está interviniendo en la Comisión de Agricultura— me ha pedido que la haga yo en su nombre. Como quien presentó la enmienda es él, me parece que lo correcto es que yo haga referencia a esta circunstancia. **(El señor presidente ocupa la presidencia.)**

Entrando en el contenido, tanto de la proposición no de ley que presenta el Grupo Parlamentario Socialista como de la enmienda que a la misma ha presentado mi grupo parlamentario, esta diputada quisiera hacer una reflexión previa. Al margen del proyecto de ley que hemos discutido como primer punto del orden del día, durante toda esta sesión vamos a ver iniciativas parlamentarias, a instancias de diversos grupos, que tienen un común denominador, y es que estamos hablando de aumentar una serie de prestaciones que actualmente no estaban previstas. Esta reflexión que hago en voz alta, y que es una obviedad, como comentaba anteriormente mi compañero Jordi Martí, evidenciaría de forma flagrante que estamos ante una necesidad, que no puede posponerse, de que nos pongamos de acuerdo en esta tan cacareada —perdonen la expresión, pero empieza a serlo— ley de coordinación sanitaria en algo que hemos reivindicado varios grupos parlamentarios y por descontado el grupo parlamentario al que yo represento. Es necesario que nos pongamos de acuerdo en definir cuál es el catálogo de prestaciones que vamos a dar. Porque es muy fácil, cuando un grupo parlamentario defiende una propuesta o una iniciativa, poner en evidencia la sensibilidad que demuestra hacia un determinado colectivo de personas afectadas o hacia determinadas circunstancias. A nadie le gusta sentirse al margen de determinadas sensibilidades. Antes ha habido alguna diputada, no recuerdo exactamente quién ha sido, que ha dicho: rogaría que nadie se otorgara las prerrogativas de ser más sensible que. A nadie le gusta no ser sensible, pero es evidente que, mientras no nos pongamos de acuerdo en qué catálogo de prestaciones pactamos, en caso de ser posible, o lo dictamine o disponga el Gobierno, cuál es el catálogo de prestaciones que da el sistema de salud, será susceptible que, en cada Comisión de Sanidad, algún grupo parlamentario o varios tengan iniciativas que vayan en la línea de aumentar las prestaciones que se están dando. Mi grupo parlamentario, al margen de que apoyemos o consideremos bien las iniciativas que se proponen, diremos siempre lo mismo: sí, pero. Sí, pero significa que no podemos hablar de dar nuevas prestaciones si no tenemos presente de manera contundente el monto y el compromiso que estamos adoptando para dar estas nuevas prestaciones. Porque, si el cajón de sastre siempre es el mismo, el presupuesto — aumentado en el presente presupuesto y previsiblemente aumentado en cada uno de los siguientes— que tenemos las comunidades, desde nuestras competencias, para administrar las prestaciones de sanidad, en un presupuesto equis, para unas prestaciones sanitarias iniciales, y nosotros, a través de comisiones, de intervenciones en proposiciones no de ley o proposiciones de ley, vamos aumentando las prestaciones sanitarias llegaría un momento en que la divergencia sería tal que las consecuencias de estas divergencias las pagamos todas las comunidades autónomas, porque somos las responsables de dar este servicio; quizá con la única excepción de las comunidades autónomas de País Vasco y Navarra, que tienen un régimen foral distinto y por tanto están en disposición de dar unas prestaciones distintas a las que damos el resto. Este es un antiguo debate, pero yo me veo en la obligación de recordarlo. Ya sé que algún diputado, de forma amable, dice que la diputada Riera siempre está pidiendo dinero, pero es que tengo que poner de manifiesto que, de no pedir dinero, se podría interpretar que lo que hacemos en esta Comisión, a través de las proposiciones no de ley, son simplemente brindis al sol. Si tenemos voluntad política de que las proposiciones no de ley se implementen y sean una realidad, tenemos que ser consecuentes y, paralelamente a todo aquello que se apruebe, hay que especificar la partida presupuestaria que se consigna desde el Estado para traspasar a las comunidades autónomas, para que podamos ejecutarlas.

Dicho esto, mi grupo presenta una enmienda a la proposición no de ley del Grupo Parlamentario Socialista, y hago mía la defensa que ha hecho el portavoz del Grupo Socialista. Quisiera añadir que el Grupo Parlamentario de Convergència i Unió opina que las personas con discapacidades, además de tener necesidad de una atención especial a los problemas bucodentales, tienen también unos problemas evidentes de visión, por lo tanto requieren una especial atención de los servicios de oftalmología y, en el caso de las mujeres, tienen forzosamente que tener una especial atención en todo lo que son revisiones ginecológicas. Nuestra enmienda va en el sentido de decir que pensamos que lo realmente sustantivo de la proposición no de ley que ha presentado el Grupo Socialista es mostrar aquellas necesidades específicas que tiene el colectivo de discapacitados. Nos parece que la enmienda que proponemos se corresponde totalmente con la propuesta inicial ya que lo sustantivo no es hablar de los problemas bucodentales, sino de aquellos problemas que el colectivo de discapacitados tiene, algunos con una complejidad muy gran-

de, por el solo hecho de ser personas distintas. Si lo que pretendemos es darles las prestaciones que necesitan como colectivo, pensamos que lo correcto es enfocarlas globalmente y no que, dentro de 15 días, nosotros u otro grupo parlamentario hablemos del mismo colectivo y de las asistencias que deberían recibir. Pensamos que todas estas consideraciones tienen cabida en la misma proposición. Por descontado, desde mi grupo parlamentario pido al grupo proponente que acepte nuestra enmienda y, en nombre del grupo proponente, y de mi grupo, me permito pedir el apoyo al resto de grupos parlamentarios de la Comisión para que esta iniciativa pueda prosperar.

El señor **PRESIDENTE:** ¿Grupos que deseen fijar posición? **(Pausa.)**

Por el Grupo Parlamentario Vasco, PNV, tiene la palabra la señora Uría.

La señora **URÍA ETXEBARRÍA:** Me permitirá la Comisión y la propia Mesa que, al tratarse de una proposición no de ley que también pretende la ampliación del catálogo de prestaciones o la inclusión de prestaciones distintas de las ahora existentes, aproveche la ocasión para quitarme una leve rozadura o un leve escozor que me ha quedado respecto de la postura adoptada por mi formación política en la iniciativa anterior, ya que me ha parecido excesivo solicitar palabras o réplicas. El carácter de feminista y deliberada que esta diputada se predica no es lo que le ha llevado a adoptar sus decisiones y tampoco el carácter progresista en lo social, que desde luego existe en la formación política a la que pertenezco y que se acredita con la política sanitaria y asistencial que se está llevando adelante en Euskadi, creemos que pionera o en mejores condiciones o con prestaciones más avanzadas que las que se efectúan en el resto del Estado. La postura de la abstención y pedir cuanto antes estudios previos lo hemos adoptado desde la responsabilidad que creemos tener en la gestión y en la adopción desde certezas, dada la responsabilidad política que tenemos en la prestación sanitaria o en la dación de la prestación sanitaria en el ámbito vasco.

Esta misma responsabilidad y el actuar políticamente desde las certezas es lo que me lleva a poder manifestar en este momento que en el ámbito vasco las prestaciones que hoy se piden desde la formación socialista ya existen, no solamente respecto de los discapacitados sino también respecto de los niños, respecto de los menores, se contempla esta asistencia bucodental en todo caso. Respecto de las personas adultas, está contemplada en los términos que propone la iniciativa, si bien me gustaría, si es posible, obtener alguna aclaración sobre alguno de los aspectos contenidos en lo que es el apartado 2 del texto literal de la proposición no de ley cuando se hace referencia a la mejora en el acceso, información y educación sanitaria, qué se quiere decir exactamente con lo de visitas domiciliarias y el acceso a ortodoncia; sobre todo la inclusión de un etcétera, siempre peligroso, cuando de inclusión de nuevas prestaciones en el catálogo estamos hablando. Pero, repito, lo esencial del contenido de esta prestación, no estando en el catálogo de prestaciones básicas, voluntariamente, porque así se ha decidido desde la responsabilidad política de la dación de las prestaciones sanitarias en Euskadi, ya existe. Respecto de los menores, repito, sean discapacitados o no, respecto de todos los menores, y respecto de los adultos en los términos que la iniciativa propone.

Planteaba la enmienda del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) y resulta interesante que se pudieran incluir las prestaciones referidas a ginecología en los términos que proponen. No ve inconveniente en ello mi formación política y, de aceptarse su enmienda por el grupo que ha formulado la iniciativa, no tendríamos ningún inconveniente en que se someta a votación en los términos manifestados.

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

La señora **CASTRO FONSECA:** Muy brevemente. Estamos de nuevo debatiendo otro problema de salud pública. Lo primero que quiero decir es que, cuando en mi intervención he hablado del protagonismo de las feministas en la reivindicación del derecho al placer, no he tenido la intención de excluir a ninguna diputada de esta Cámara. Más allá de las posiciones que mantengan sus grupos parlamentarios respecto a este tema o a cualquier otro, la señora Uría tiene no sólo mi respeto personal sino mi reconocimiento como mujer, y como mujer que defiende los derechos de las mujeres.

Dicho esto, paso a ocuparme de la proposición que ha defendido el señor Fidalgo de una manera que no deja lugar a muchos más argumentos. Me ha parecido su intervención extraordinariamente cargada de argumentos yo quería decir lo siguiente: nosotros vamos a aprobar esta propuesta del Grupo Socialista más allá de que acepte o no acepte la enmienda de Convergència i Unió. Porque, señorías, la primera obligación de un diputado o de una diputada de esta Cámara, y sobre todo estamos hablando de los grupos de oposición que somos los que traemos estas propuestas generalmente a las comisiones, es servir de instrumento —no me gusta lo de la palabra vehicular— para que los ciudadanos y los diferentes colectivos sociales planteen sus demandas ante el legislativo. Todos los demás discursos me parece que sobran totalmente, porque lo de cuadrar el dinero y lo de ver de dónde se sacan las partidas presupuestarias es una cuestión de voluntad política. Si el Partido Popular tiene interés en sacar adelante un tema, ya se va a encargar el Partido Popular muy bien en sacar el dinero de donde sea. Y el señor Zambrano se

ríe porque sabe que tengo razón. Es así. Entonces, a mí eso me parece letra pequeña y *pecatta minuta* para el debate de esta Comisión.

Me parece que la salud bucodental tiene patologías asociadas muy graves que cuestan mucho dinero a la sanidad pública por el hecho de no ser atendidas en los estadios de prevención y de promoción de la salud y tampoco tienen carácter asistencial, con lo cual nos encontramos con cantidad de patologías que padecen los españoles que tienen que ver con esa falta de cobertura sanitaria en una prestación como es la prestación de la salud bucodental, que debería estar sin ningún género de dudas normalizada y extendida al conjunto de la población. Por eso, creo que el Grupo Socialista hace un favor a esta Cámara y al colectivo de discapacitados priorizando a este colectivo, quizás desde el sentido común, según interpreto yo, y de la responsabilidad de saber que tenemos y debemos ampliar las prestaciones sanitarias a toda la población, pero hay que empezar por algo, y empezar priorizando al grupo de discapacitados que de un modo magistral el señor Fidalgo ya nos ha explicado que necesitan una atención bucodental especializada me parece algo no solamente necesario sino digno de elogio. Lo que no me parece bien son esas riñitas, que la oposición tengamos que ponernos óbices, valladares y cortapisas por aquello de que hay que definir el catálogo de prestaciones. Definiremos el catálogo de prestaciones y seguramente y desgraciadamente —no quiero ser pájaro de mal agüero— no nos pondremos de acuerdo, pero la salud bucodental sigue siendo una asignatura pendiente del Servicio Nacional de Salud, no sólo para el el colectivo de discapacitados sino para el conjunto de la población. El hecho de que la mire a usted, señora Riera, no quiere decir nada más que me gusta mirarla; no estoy refiriéndome a usted.

Desde el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida saludamos la iniciativa socialista y la apoyamos sin reservas. La apoyaremos tanto en el hipotético caso de que no aprueben la enmienda de CiU como en el caso de que la aprueben.

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

El señor **BUENO FERNÁNDEZ:** Señorías, he escuchado con atención todas las intervenciones, como es lógico, y se ha hablado de sensibilidad, sentido común, responsabilidad, altruismo incluso, en una intervención del buen amigo Fidalgo. A toda esta gama de manifestaciones obviamente el Partido Popular no es ajeno y no es ajeno con la responsabilidad que le lleva además el Gobierno. Consecuente con esto y para hacer un poco de historia en este aspecto, quiero manifestar que ya en el programa electoral del Partido Popular se recoge entre sus objetivos la inclusión de nuevas prestaciones sanitarias en relación con la salud bucodental. Quiero decir que no es novedoso lo que aquí decimos sino que venía en nuestro programa electoral y, como de costumbre, estamos también, valga la redundancia, acostumbrados a cumplirlo. La propia ministra de Sanidad, en su comparecencia en el Senado al principio de legislatura, volvió a incidir en este tema para informar de las líneas generales de la política de su departamento y señaló que se ampliará la dotación de unidades de apoyo en los centros de salud entre otros servicios para la salud bucodental. Posteriormente, y a una pregunta oral en el Pleno de esta Cámara, en mayo del año pasado, de la diputada Valentín Navarro, relativa a las previsiones del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre la inclusión en el catálogo de nuevas prestaciones relacionadas con la atención bucodental, la citada ministra en su respuesta afirmó que a lo largo de esta legislatura se va a incluir en el catálogo de nuevas prestaciones la atención bucodental. Estos son los precedentes ante un planteamiento que indudablemente, en su filosofía, todos hemos de compartir, pero que no ha de negarse que viene a corroborar que el Gobierno va en buena dirección, que nuestro programa electoral incluía aquello que se solicita y que estamos en vías de dar una solución definitiva a esta petición. Prueba de ello es que en la subcomisión de prestaciones, dependiente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, se priorizaron, en colaboración con las comunidades autónomas, las prestaciones a abordar y entre ellas figuraba y figura la salud bucodental. Como no se disponía de una información total en ese momento, se llegó al acuerdo de que la propia subcomisión realizara un estudio con las diferentes comunidades autónomas para conocer la situación real dentro del Sistema Nacional de Salud. Esta necesidad se planteó a la subcomisión de planes de salud, la cual acordó, en su reunión de 7 de marzo de 2001, abordar dicho informe a través del observatorio sanitario.

Vuelvo a incidir en la misma dirección y agradezco las intervenciones anteriores puesto que nos ratifican que vamos en buena dirección, que estamos haciendo aquello a lo que todos somos sensibles y es necesario. Quiero pensar que esta solución definitiva, en línea con nuestro compromiso electoral y la decisión del Gobierno, se incluye en el decreto de prestaciones que se somete a la consideración del Consejo interterritorial. Digamos que el trabajo está hecho. Consideramos que estamos cercanos a la solución definitiva. Consecuente con ello, no vamos a votar favorablemente esta proposición no de ley del Grupo Parlamentario Socialista, aunque estoy seguro de que tanto el Grupo Parlamentario Socialista como los demás grupos agradecen el esfuerzo del Gobierno y del Partido Popular para la solución definitiva.

El señor **PRESIDENTE:** Tiene la palabra el señor Fidalgo, para la aceptación o rechazo de las enmiendas.

El señor **FIDALGO FRANCISCO**: En primer lugar, quiero contestar a la señora Uría, aunque ya lo he hecho de manera privada, respecto a lo que representan las visitas domiciliarias. Simplemente porque es una patología muy específica, con condicionantes muy específicos también, que a veces incluso dificultan la salida de estas personas de sus domicilios. En el tema odontológico, sería pertinente el desplazamiento de determinados profesionales en determinadas circunstancias a los domicilios de los enfermos. Sobre el etcétera, debo decirle que es una manera literaria o coloquial de decir que pueden surgir necesidades puntuales respecto a determinados enfermos que van a necesitar a veces soluciones excepcionales. En cuanto a la enmienda presentada por Convergència i Unió, vamos a aceptarla, con la puntualización de que continúe teniendo preponderancia en la redacción final del texto el sentido de la proposición que hemos presentado nosotros.

— RELATIVA AL IMPULSO EN LOS DIFERENTES ÁMBITOS E INSTITUCIONES PERTINENTES DE LA RATIFICACIÓN DE LAS DIRECTRICES DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) SOBRE DONATIVOS DE MEDICAMENTOS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/001204.)

El señor **PRESIDENTE:** Pasamos al siguiente punto del orden del día, proposición no de ley relativa al impulso en los diferentes ámbitos e instituciones pertinentes de la ratificación de las directrices de la Organización Mundial de la Salud sobre donativos de medicamentos. Es a propuesta del Grupo Parlamentario Socialista y para su presentación y defensa tiene la palabra el señor Fidalgo.

El señor **FIDALGO FRANCISCO:** Señorías, Mozambique, inundaciones del año 200. Dos millones de dosis de un antibiótico llegan a Mozambique procedente de un país donante un mes antes de caducar, además no era el medicamento adecuado, ni era necesario, ni había sido solicitado. Sin embargo, ese país elaboró una lista con 33 tipos necesarios de medicamentos para las circunstancias acaecidas en aquel momento. Se recibieron 403 tipos diferentes y sólo se pudieron utilizar tres. En Ruanda ocurrieron situaciones similares por ejemplo en 1994. En un medio más próximo como la ex Yugoslavia, en 1994 y 1995, el 15 por ciento de los medicamentos donados era absolutamente inapropiados y el 30 por ciento innecesarios. A finales de 1995, en un almacén de Mostar había 340 toneladas de medicamentos caducados, procedentes sobre todo de la Unión Europea. También en Bosnia-Herzegovina, entre los años 1992 y 1996, se recibieron 17.000 toneladas de medicamentos y de donativos sanitarios inapropiados, y el coste estimado de su eliminación fue de 5.000 millones de pesetas, 30 millones de euros, lo suficiente para cubrir las necesidades básicas de salud de dos millones de refugiados durante cinco años. En Venezuela, que nos es más próximo, en las inundaciones de 1999 el 70 por ciento de las medicinas recibidas son incineradas, catalogadas como no utilizables.

Señorías, es propio de la condición humana la compasión y la solidaridad. Ante los desastres y sufrimientos, el impulso natural de las personas es entrar en contacto con los necesitados y prestarles auxilio. Como los medicamentos son un elemento esencial para aliviar los sufrimientos los donativos farmacéuticos apropiados pueden aportar una gran ayuda en las actividades internacionales de asistencia sanitaria. Por desgracia, los donativos de medicamentos han resultado más problemáticos que beneficiosos en muchos casos. Un desastre de cierta magnitud no va siempre seguido de una evaluación objetiva de las necesidades médicas de emergencia, sobre la base de datos epidemiológicos y de la experiencia acumulada, y la respuesta de ayuda médica masiva se puede realizar sin tener en cuenta las necesidades prioritarias, generando problemas adicionales. Los medicamentos pueden no ser los adecuados, no estar etiquetados adecuadamente, pueden llegar caducados a su destino, su calidad no ser la exigible en los países donantes, encarecerse los trámites burocráticos e incluso la destrucción de los no utilizados e inútiles puede generar un alto coste. Por todo ello, y en vista de que existen diferentes directrices sobre donativos de medicamentos, se consideró que era necesario disponer de una normativa completa que pudieran aplicar y utilizar las principales instituciones internacionales dedicadas a actividades de socorro y emergencia.

En mayo de 1996, por esa razón, la Organización Mundial de la Salud publicó unas directrices sobre donaciones de medicamentos, revisadas en 1999, reflejando el consenso entre las citadas instituciones. Cabría citar entre ellas el Consejo Mundial de Iglesias, la Cruz Roja, la Media Luna Roja, UNICEF, Médicos sin Fronteras, Médicos Mundi, Oxfan, etcétera. Estas directrices recogen cuatro principios básicos de la donación. Primero, beneficio máximo para el receptor. Segundo, respeto de los deseos y de la autoridad del receptor. Tercero, idénticas normas de calidad para donantes y receptores. Y, cuarto, comunicación eficaz entre donantes y receptores. Estas doce directrices, que podía enumerar pero que, por abreviar, considero que puedo aportar por escrito a la mesa para que luego se incluyan debidamente en el acta, no constituyen un reglamento internacional y están destinadas a servir de base a las normativas nacionales. Ya han sido ratificadas, por ejemplo, en Holanda, Italia, Noruega, y en Alemania están en trámite. Quede claro que tienen por objeto mejorar la calidad de los donativos de los medicamentos, absteniéndose al mismo tiempo de dificultar las donaciones. Tanto es así que muchas organizaciones

solidarias, coordinadas en España por Prosalus, están desarrollando campañas dirigidas a ciudadanos e instituciones con el objeto de lograr donaciones adecuadas. Pero se necesita algo más, se necesita el compromiso de nuestras instituciones ahora, que es el momento oportuno.

Por eso, hemos presentado una proposición no de ley que traslada el espíritu de las directrices a nuestra propia legislación. La proposición no de ley que hoy debatimos también pretende algo más. La presidencia europea que actualmente ocupa España propicia una excelente ocasión para impulsar la ratificación de las directrices sobre donativos de medicamentos en las diferentes instancias de la Unión Europea. Por ejemplo, podíamos aprovechar el Consejo Europeo de Salud, a celebrar el 6 de junio. Los españoles, pueblo tradicionalmente solidario, se merecen una apuesta de su Gobierno para estar a su altura y sus representantes legítimos así deberían demandarlo. Espero que esta proposición no de ley se apruebe por unanimidad.

El señor **PRESIDENTE:** ¿Grupos que desean fijar posición?

Por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida, tiene la palabra la señora Castro.

La señora **CASTRO FONSECA**: Tengo que decir que vamos a prestar nuestro apoyo a esta propuesta socialista relativa a los donativos de medicamentos.

Dada la hora que es, no me voy a extender y solamente diré que compartimos el espíritu de la proposición no de ley, que, por otra parte, es una proposición no de ley que reproduce los principios básicos que la Organización Mundial de la Salud establece para esta cuestión. Entendemos que los 12 artículos de las directrices sobre donativos de medicamentos se basan en cuatro principios básicos que, más o menos, ha mencionado el señor Fidalgo. El primer principio y el principal es que el medicamento debe beneficiar en la mayor medida posible al receptor, lo que quiere decir que todo donativo debe basarse en las necesidades expresadas por el receptor y que se deben evitar los donativos de medicamentos que no hayan sido solicitados. El segundo principio en el que se basan las directrices de la OMS es que en todo donativo deben haberse tenido plenamente en cuenta los deseos y la autoridad del receptor y estar en conformidad con las políticas sanitarias oficiales y las disposiciones administrativas existentes. El tercer principio es que las normas de calidad deben ser las mismas para todos. Si la calidad de un artículo es inaceptable para el país donante, será también inaceptable como donativo. Esto no sólo es algo que cae por su propio peso, sino que carece de toda ética que se puedan enviar medicamentos caducados a países que demandan medicamentos. El cuarto principio es que entre donantes y receptores tiene que haber una comunicación fluida y eficaz. **(El señor vicepresidente, Blanco García, ocupa la presidencia.)** Resumiendo, los donativos de medicamentos deben basarse en la necesidad expresada y no deben nunca enviarse sin previo aviso. Como digo, son cuatro los principios básicos de la donación: beneficio máximo para el receptor, respeto de los deseos y la autoridad del receptor, idénticas normas de calidad para todos y comunicación eficaz entre donantes y receptores.

Una vez más, felicitamos al Grupo Socialista por esta iniciativa y reiteramos el apoyo de Izquierda Unida.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Blanco García): Para fijar posición, por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), tiene la palabra la señora Riera.

La señora **RIERA I BEN**: El Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) quiere dejar constancia de que la proposición que presenta el Grupo Socialista es oportuna, y no sólo oportuna, sino que casi podría calificarse como de flagrante necesidad. No es ningún secreto que Convergència i Unió valora positivamente los esfuerzos que se están haciendo para consensuar a nivel europeo políticas sociales, políticas respecto a las intervenciones que debemos tener los países del primer mundo respecto a los países subdesarrollados, políticas de solidaridad, etcétera. Lo ha expresado de manera muy correcta el portavoz socialista y no quiero incidir en ello, pero sí diré que no se entendería que un tema tan sensible y de consecuencias tan trágicas como es la aportación que hacemos con fines de solidaridad a los países necesitados pueda ser susceptible de criterios tan distintos. Se incurre en incoherencias como que no puedan ser utilizados por los países receptores; incluso, sin que haya una intencionalidad, que nadie supone, puede haber efectos totalmente contrarios a los que se pretende y que no sólo no consigamos atenuar, corregir, posibilitar que estos países puedan atender a su población, sino que en algunos casos ocasionemos, a través de estas donaciones, perjuicios que nadie desea a los receptores de las mismas.

Por tanto, si alguna medida está más que justificada a nivel europeo es acordar los criterios que deben regir estas donaciones de medicamentos. Es una medida de sentido común, a pesar de que ya sabemos que es el menos común de los sentidos. Nosotros no dudamos de que es voluntad de la presidencia europea de turno, la española, contribuir positivamente. Estamos convencidos de que el Grupo Popular no cuestiona el texto de esta proposición no de ley y que vamos a contar con su aquiescencia, en función de las responsabilidades que tiene al estar el presidente del Estado español ocupando la presidencia europea. De no ser así, supondríamos que tienen razones muy tangibles; consideraríamos que, si no apoyan esta iniciativa, es porque esto ya está resuelto, circunstancia que no creemos que se dé.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Blanco García): Antes de dar la palabra el señor Castillo, en nombre del Grupo Popular, me ha pedido la palabra la señora Uría, del Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV).

La señora **URÍA ETXEBARRÍA:** Agradezco su comprensión, señor presidente, y ruego al diputado que intervendrá en nombre del Grupo Popular que me perdone, pero he tenido que abandonar momentáneamente la sesión de la Comisión por una de estas llamadas telefónicas de las que todos los diputados solemos ser objeto y quizá con más frecuencia los de los grupos pequeños, a los que se nos requiere para quehaceres variados.

Al ser este un asunto al que mi formación política da mucha importancia, quería que quedase constancia en el "Diario de Sesiones" de que por supuesto apoyamos la iniciativa que se nos propone, ya tenida en cuenta en el ámbito europeo, pero a lo mejor no llevada a la práctica del todo, por lo que no están mal las llamadas, los toques de atención que la misma contiene. Es indispensable que en tiempos en los que todos nos sentimos justamente orgullosos de la idea de la globalización en cuanto a los avances, a los progresos, y no sólo en materia de medicamentos, sino en todas las áreas, quienes formamos parte del mundo ya desarrollado tomemos las suficientes precauciones, tengamos la suficientes cautelas y sobre todo cumplamos los propósitos establecidos por los organismos humanitarios internacionales de cara a que no existan países, personas, ciudadanos que se vean abocados a subsistir, a vivir en todo momento como perdedores natos. El Grupo Vasco apoya esta iniciativa, incluso felicita por el recuerdo que de ella se hace al Grupo Socialista. Nos gustaría que esta idea se extendiera y no sólo se hable de envío de medicamentos, sino de socializar, generalizar, globalizar los procesos científicos o médicos en todas las áreas.

El señor **VICEPRESIDENTE (**Blanco García): El señor Castillo tiene la palabra, por el Grupo Popular.

El señor **CASTILLO JAÉN:** He oído con mucha atención las intervenciones de mis compañeros diputados y diputadas y veo que el tema de donaciones de medicamentos es bastante complicado y da lugar a deslizamientos en el conocimiento de la materia, puesto que lo que menos interviene es el tema sanitario, ya que es un asunto amparado por una legislación específica, más afín a cooperación internacional y asuntos exteriores, y muchas veces se cae en el voluntarismo, prima la solidaridad y no la percepción de la realidad.

Nosotros compartimos de manera absoluta la buena voluntad de todos los grupos respecto de cualquier mejora en las donaciones de medicamentos y el fin de los mismos, pero la responsabilidad de Gobierno nos tiene que llevar a matizar la cuestión y equiparar voluntariedad con legalidad.

Como ha manifestado el señor Fidalgo, las directrices sobre las donaciones de medicamentos ya fueron editadas en 1996 y representan el consenso alcanzado entre la Organización Mundial de la Salud y muchísimas asociaciones. Y fueron ratificadas en 1999, publicándose una revisión de estas directrices. Digo esto para que se vea que es un tema vivo, que no está anquilosado en el tiempo. Se aumentó el número de copatrocinadores, se hizo extensivo a Cáritas, a la Federación Internacional Famarcéutica, Farmacéuticos sin Fronteras, ONU-Sida, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Banco Mundial, etcétera, se amplió a otros sectores. Estas directrices tienen por objeto, cómo no, la mejora de la calidad de los donativos de medicamentos y solucionar los problemas que se habían ocasionado en el pasado fundamentalmente con las donaciones no solicitadas. Desde su publicación en 1996, España ha venido aplicándolas en todos los envíos de medicamentos en que ha participado, siempre dentro de la cooperación oficial española y, por tanto, dentro de la ayuda oficial enviada por la Agencia Española de Cooperación Internacional, que es el organismo competente en materia de cooperación internacional, de acuerdo con nuestro ordenamiento legal, que no es el mismo en todos los países de la Unión Europea.

Es la Agencia Española de Cooperación Internacional, por tanto, la que se ocupa, por un lado, de la comunicación con el Gobierno receptor de las ayudas y también de la entrega de las donaciones a los organismos encargados de gestionar la asistencia sanitaria en las situaciones que éstos requieran. En este sentido, tanto nuestro grupo parlamentario como el Ministerio de Sanidad y Consumo y el de Asuntos Exteriores vienen respaldando cualquier iniciativa que pretenda mejorar la calidad y eficacia de dichas donaciones de medicamentos.

No obstante, señorías, y para mejorar nuestra ilustración, como yo he hecho, les quiero informar que en el ámbito de la Comisión Europea, las competencias sobre ayuda humanitaria recaen en una oficina creada a tal fin, que se denomina Oficina de Ayuda Humanitaria, la cual está asistida por un comité. Este comité está compuesto por representantes de los Estados miembros. Es esta oficina, pues, la que deberá decidir sobre los proyectos de ayuda con cargo a fondos comunitarios, de acuerdo con un reglamento del propio Consejo, el 1257/1996, relativo a ayuda humanitaria. Además, este reglamento del Consejo emplaza a la Comisión a presentar anualmente ante el citado comité las directrices generales que deberán regir la cooperación europea en el año siguiente, así como cualquier otra materia específica relacionada con el campo de la cooperación. **(El señor presidente ocupa la Presidencia.)** Desde nuestro grupo consideramos que el mejor medio para abordar cualquier implementación de directrices sobre donaciones de medicamentos son las políticas comunitarias de ayuda humanitaria, y esta posibilidad se plan-

tea en el seno de ese comité, creado para eso, de tal manera, que además tiene capacidad de rehabilitación normativa; es el organismo que puede elaborar, ratificar o implementar cualquier tipo de directriz, siempre en beneficio de la donación de medicamentos, y mejorar cualquier tipo de ayuda en cualquier tipo de donación, no sólo ya de medicamentos.

Nosotros creemos, pues, que este tema tiene un cauce legislativo apropiado, en el que está regulado, y a él nos atenemos, puesto que ese cauce no lo hemos hecho ni desde este grupo ni desde este Parlamento ni, por supuesto, solos en la Comisión Europea.

Por ello, anunciamos nuestra desfavorable posición respecto a este tema, no en el fondo, pero sí en la forma, puesto que creemos que ya tiene un cauce adecuado.

— SOBRE LA APORTACIÓN REDUCIDA PARA LOS MEDICAMENTOS QUE CONSUMEN LOS PACIENTES AFECTADOS POR LA HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO FEDERAL DE IZQUIERDA UNIDA. (Número de expediente 161/001216)

— RELATIVA A LA HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR HETEROCIGOTA (HF). PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/001301)

El señor **PRESIDENTE:** Señorías, pasamos al último punto del orden del día. Como SS.SS. saben, y por acuerdo de la Mesa y portavoces de la última reunión, se van a debatir conjuntamente la proposición no de ley del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida y la proposición no de ley del Grupo Parlamentario Popular. En primer lugar, vamos a debatir la proposición no de ley sobre la aportación reducida para los medicamentos que consumen los pacientes afectados por la hipercolesterolemia familiar, a petición del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida. Para su presentación y defensa tiene la palabra la señora Castro.

La señora **CASTRO FONSECA:** Esta mañana debería de estar en esta Comisión el ministro de Hacienda porque todas las propuestas van en la dirección de ampliar prestaciones y, por tanto, de tener dinero, pero como no hay un ministro de Hacienda para cada Comisión esperamos que los compañeros y las compañeras del Partido Popular tengan buenas relaciones con el ministro de Hacienda y podamos ir resolviendo estos problemas aquí en la Comisión de Sanidad.

Partimos, señorías, de la premisa de que la Constitución española reconoce el deber de los poderes públicos de tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de prestaciones diversas sanitarias. Esta idea, como todos ustedes saben, está claramente recogida y ampliamente reflejada en algunas normas básicas, tales como la Ley General de la Seguridad Social o la Ley General de Sanidad. En ambos textos, señorías, se reconoce el derecho a obtener con fondos públicos los medicamentos que se consideren necesarios para promover o restablecer la salud. Digamos, pues, que nos estamos moviendo dentro del marco constitucional y que de alguna manera estamos planteando cuestiones que necesariamente han de ser resueltas porque son de justicia, pero además porque tienen ese amparo o ese paraguas constitucional.

Las personas con índices de colesterol superiores a 300 miligramos por decilitro de sangre y que además tengan en la familia precedentes de angina de pecho, infarto o cualquier tipo de ataque cerebral o simplemente que padezcan colesterol alto tienen muchas posibilidades de padecer hipercolesterolemia familiar. Se calcula que hay 80.000 españoles que padecen una mutación genética que confiere un alto riesgo de infarto y ataque al corazón. Si sufren la mutación disponen de un tratamiento caro, pero eficaz. La alteración genética en cuestión, señorías, se llama hipercolesterolemia familiar o HF, es la enfermedad monogética, es decir, debida a la mutación de un solo gen más común de cuantos existen y afecta aproximadamente a una de cada 500 personas. Cuando una persona la padece, la mitad de sus familiares en primer grado, padres, hijos o hermanos, la padece también. La mutación reduce la capacidad del hígado para retirar el colesterol de la sangre y provoca, por tanto, que sus portadores tengan altos índices de colesterol, entre 290 y 500 miligramos por decilitro, cuando lo normal, señorías, es no superar los 240 miligramos. Esos altos índices se dan generalmente desde el nacimiento y acaban provocando graves problemas en un elevadísimo porcentaje. Más del 50 por ciento de las personas con la mutación HF manifiestan enfermedades cardiovasculares, infartos, anginas de pecho y otros ataques antes de los 55 años. La mayoría de las personas con HF no están diagnosticadas y están siendo pobremente tratadas. Entre la mayoría de los médicos se da una falta de conocimiento especializado respecto a la enfermedad que hace que falle la cadena de diagnóstico, investigación de los familiares, tratamiento y prevención, que aconseja la Organización Mundial de la Salud. Sin un diagnóstico y un tratamiento adecuados, la mayoría de las personas con HF morirán entre los 35 y los 65 años por un ataque cardiaco o cerebral y su esperanza media de vida se reduce entre 15 y 30 años. Sin embargo, con diagnóstico y tratamiento precoz, suelen recuperar una expectativa de vida similar a la del resto de la población. Todo lo dicho se refiere sólo a las personas con la mutación HF, unas 80.000 en España, y no a las que tienen el colesterol alto por otras causas relacionadas con los hábitos, la dieta y una variedad de factores

genéticos mucho más complejos e indirectos que afectan a más de 4 millones de personas en nuestro país.

A diferencia de estos casos mucho más comunes, los pacientes de los que estamos hablando en nuestra proposición, los pacientes que padecen HF, responden mal a los tratamientos basados en las dietas bajas en grasa. Por tanto, reducir su colesterol requiere siempre la ayuda de los fármacos llamados estatinas. Estos fármacos son caros, hasta 20.000 pesetas al mes, y la sanidad pública no los costea a estos pacientes. Señorías, no hace falta que yo diga aquí que las enfermedades no distinguen entre pobres y ricos y que, evidentemente, este es un coste que un porcentaje elevadísimo de la población afectada no puede soportar.

En 1997 se creó en España la Fundación de Hipercolesterolemia Familiar, una entidad no lucrativa que ya ha logrado detectar en España a 1.680 personas con la enfermedad HF. Esos son los afortunados, señorías, los que faltan hasta 80.000 están arriesgando gravemente su salud e incluso su vida por no recibir el tratamiento adecuado que les reduzca el colesterol. Quiero aprovechar la mención sobre la Fundación de Hipercolesterolemia Familiar para agradecer desde aquí al doctor Pedro Mata, al doctor Rodrigo Alonso, al doctor Miguel Poco y a todos los miembros de la fundación su inestimable trabajo y colaboración a favor de este colectivo afectado por la HF. Esta fundación, señorías, está intentando que la sanidad pública costee al menos parte de los fármacos que necesitan estos enfermos crónicos con la mutación HF. La enfermedad tiende a concurrir en varias personas de la misma familia y los gastos son prácticamente insoportables. Hay precedentes como el del sida y, por tanto, tenemos marco referencial para dar salida a esta cuestión.

Una de las prioridades que ha establecido la Fundación de Hipercolesterolemia Familiar, que forma parte ya de una red europea de fundaciones que trabajan en esta dirección, es promover —y esperamos que se sustancie aquí hoy con la aceptación del Grupo Popular— la aportación reducida para los medicamentos que toman estos pacientes afectados por la hipercolesterolemia familiar heterocigota, unos 80.000 hombres y mujeres. El objetivo final es que estos enfermos no paguen el 40 por ciento de los fármacos como hasta ahora, sino que al comprar sus medicamentos sólo abonen una pequeña cantidad que supondría unas 5.000 pesetas al año. Sería un alivio económico para muchas familias que soportan cada mes una elevada factura de fármacos contra el colesterol y sobre todo supondría un apoyo a la política de prevención y un reconocimiento de las responsabilidades que tiene todo gobierno democrático hacia la población, ya que el adecuado tratamiento de la hipercolesterolemia familiar evita enfermedades coronarias graves y muertes seguras por infarto, lo que supone un ahorro importante no sólo en vidas, que está claro para todos que no tiene precio, sino también en gastos hospitalarios.

La propuesta del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida de aportación reducida para este colectivo social está ampliamente justificada, señorías, por razones sanitarias y sociales y además no tiene un coste, sino que supone un ahorro para la sanidad pública como, para no cansarles a estas horas de la mañana con datos, ustedes mismos pueden comprobar en este amplio estudio, rigurosamente científico, jurídico y técnico, y del que supongo que disponen todas SS.SS. en la Cámara. Según la Organización Mundial de la Salud, una de las intervenciones sanitarias más rentables en la actualidad es precisamente esta actividad de la que estamos hablando, la prevención de la hipercolesterolemia, por los notables beneficios que reporta con respecto a su coste el tratamiento y la prevención. Es la segunda más rentable después de la cloración del agua, señorías. Estamos hablando de un tema que no solamente va a traer alivio, distensión y a mejorar la calidad de vida de las familias afectadas, sino que va a reducir el gasto público en materia de sanidad. No hay argumentos para decir que no y espero del Grupo Popular la sensibilidad necesaria para dar esperanza a este colectivo social que está hoy enganchado a la radio para saber lo que se decide en esta Comisión.

El señor **PRESIDENTE:** Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Zambrano para defender la proposición no de ley relativa a la hipercolesterolemia familiar heterocigota.

El señor **ZAMBRANO VÁZQUEZ:** Es para mí una gran satisfacción presentar esta proposición no de ley del Grupo Parlamentario Popular que en síntesis solicita la aportación reducida en el tratamiento de los afectados con diagnóstico de certeza por la enfermedad conocida y reconocida como hipercolesterolemia familiar heterocigota, HF. También es motivo de satisfacción la coincidencia con la proposición no de ley del Grupo Federal de Izquierda Unida en el fondo y en el fin, que no en la forma, como veremos después, y tampoco en el tiempo. No lo digo a modo de justificación o de no reconocimiento, sino que es la verdad cronológica, porque yo la elaboré por encargo de mi grupo, recogiendo las insistentes peticiones y recomendaciones de la Fundación de Hipercolesterolemia Familiar y sobre todo las de su presidente, el doctor Mata, que en junio de 2000 nos presentaba por primera vez en el despacho del presidente de esta Comisión la magnitud de este problema sanitario y social o, si queremos acercarnos más a la moderna denominación, sociosanitario. No ha cesado en su seguimiento, desde que en nombre de mi grupo en septiembre del año 2000, presenté esta iniciativa que abrió los trámites obligatorios, el informe técnico preceptivo de la presentación en la Cámara por parte del Ministerio de Sanidad y después el económico, por lo que le tengo que decir a la portavoz de Izquierda Unida que en este caso hemos atendido de

forma preventiva su petición y hemos ido a Hacienda antes. Los trámites han hecho que al final la iniciativa del Grupo Popular haya entrado en la Mesa de la Cámara después de la presentada por el Grupo Federal de Izquierda Unida. Esto, lejos de contrariarnos, nos alegra, ya que así tengo la ocasión —y creo que es la segunda vez— de decirle a mi compañera Marisa Castro, que siempre nos viene repitiendo que los chicos del PP sólo sabemos instar al estudio y que con lo mayorcitos que somos nos pasamos la vida estudiando, que esta vez —o mejor, otra vez— venimos con la lección estudiada y con los deberes hechos. Por su importancia sociosanitaria espero contar con el voto favorable del resto de los grupos parlamentarios para esta proposición no de ley, ya que con el suyo ya cuento porque hemos llegado a una transacción puesto que al fin y al cabo pedimos lo mismo, aunque de distinta forma.

Por estos motivos, señorías, esta iniciativa tendrá a partir de ahora una aplicación más rápida y podrá incluirse en el real decreto, ya en borrador, que adaptará la vigente Clasificación Anatómica de Medicamentos al Sistema de Clasificación ATC, como después veremos, cosa que por razones de tiempo habría sido imposible si los trámites tuvieran que iniciarse ahora, una vez aprobada esta proposición no de ley. Por tanto, señorías, una cosa por la otra. Esa era la razón fundamental de que nos alegráramos de la no coincidencia en el tiempo y del retraso justificado con el que nuestra iniciativa entró en la Mesa de la Cámara del Congreso de los Diputados.

Dicho esto, señorías, no voy a extenderme mucho en cuanto a la enfermedad y su clima porque está en la exposición de motivos y porque ya lo ha mencionado de forma sucinta la portavoz de Izquierda Unida. Sólo quiero resaltar que la hipercolesterolemia familiar heterocigota es una enfermedad hereditaria, que se expresa desde el nacimiento con elevación de la concentración plasmática de colesterol por encima de 300 miligramos, y, lo que es peor, de las llamadas hipoproteínas de baja densidad LDL, debido a la mutación de un solo gen en distintas formas ligado al cromosoma XIX, que es el que codifica los receptores de las LDL, que son las encargadas, a nivel hepático, de eliminar el colesterol de la sangre. La enfermedad ocasiona a edad temprana enfermedades cardiovasculares graves, que pueden reducir la esperanza de vida de estos enfermos de forma importante, como ha dicho la ponente de Izquierda Unida, y su diagnóstico, por razones obvias, es conveniente que se haga precozmente. Además es posible hacerlo con absoluta certeza, una vez identificado un caso índice y comprobada la elevación plasmática del colesterol mediante el envío de las muestras de sangre de todos los familiares al laboratorio de referencia genética de la Universidad de Zaragoza, según indicación de la mencionada Fundación de Hipercolesterolemia Familiar.

El tratamiento es combinado, pero el grupo de fármacos de elección hasta estos momentos es de por vida el de las estatinas. La magnitud del problema por tanto debe precisarse en que en España aproximadamente unas 80.000 personas padecen esta enfermedad y cada persona afecta tiene el 50 por ciento de posibilidades de transmitir el gen anormal a sus hijos; por tanto aproximadamente la mitad de los hijos de estos enfermos heredarán la enfermedad. El diagnóstico es preciso, pero el tratamiento es caro, aproximadamente 30 euros/mes, por lo que una familia con tres miembros afectos pagaría unos 100 euros/mes. Esto hace que muchos enfermos desistan de la continuidad del tratamiento. La aportación reducida, que no llega a 3 euros/mes, supondría la cantidad anual de 30 euros, similar a la que tendría que hacer al mes cada uno de ellos sin la aportación reducida, es decir abonando como ahora el 40 por ciento de los medicamentos que necesitan. Por todo ello, si analizamos el coste de estas medidas y restamos el ahorro en vidas humanas y en tratamiento hospitalario por los trastornos cardiovasculares, el resultado será claramente positivo y favorable para la aplicación de esta iniciativa, con lo que estaríamos dando un importante apoyo a la política de prevención, básica en este tipo de enfermedades paradigmáticas según la OMS, que justifica de sobra la oportunidad de esta proposición no de ley.

Dicho esto, señorías, voy a referirme brevemente a la forma de conseguirlo, según la legislación que regula la aportación reducida. El marco legal de la dispensación de especialidades farmacéuticas se encuentra recogido en las siguientes disposiciones: Real Decreto 945/1978, en el que por primera vez se recoge una relación de grupos y subgrupos terapéuticos con aportación reducida; Ley 25/1990, del Medicamento, que es la de mayor rango. Quiero aclarar a SS.SS. que esta ley reconoce el mandato de la Constitución al que he hecho referencia. En su artículo 95.2 recoge que la participación en el pago puede modularse por el Gobierno con criterios que tengan en cuenta la capacidad de pago, la utilidad terapéutica y social del medicamento, las necesidades de ciertos colectivos, la gravedad, duración y secuela de las distintas patologías y los límites de las previsiones presupuestarias afectas a la prestación farmacéutica. Convendrán conmigo SS.SS. que la iniciativa planteada cumple las cuatro primeras, y respecto a la última es justo reconocer, dado el elevado gasto farmacéutico de nuestro país, el esfuerzo y la sensibilidad de este Gobierno al tramitarla favorablemente. En el Real Decreto 83/1993 se actualiza la lista de medicamentos de primera elección, recoge un anexo con los grupos y subgrupos de aportación reducida y establece un precio máximo para los mismos. En la Orden Ministerial de 18 de octubre de 1995 se actualiza el precio máximo de aportación reducida, fijándola en 439 pesetas. Por tanto, y dado que la regulación de la aportación reducida de los medicamentos está esta-

blecida por real decreto, cualquier modificación de la relación de grupos y subgrupos terapéuticos calificados como de aportación reducida deberá hacerse igualmente mediante un real decreto. El Real Decreto 1663/1998, de 24 de julio, en su disposición adicional tercera daba un plazo de tres años para proceder a la adaptación —como dijimos al principio de la intervención— de la vigente Clasificación Anatómica de Medicamentos del Sistema de Clasificación ATC. El borrador de ese próximo real decreto de adaptación, que está siendo ultimado después de una revisión en profundidad de la clasificación de especialidades farmacéuticas, supondrá el cambio de aportación de algunos medicamentos, y podemos decir con toda seguridad, según información del Ministerio de Sanidad y Consumo, que entre ellos estarán incluidos los inhibidores de la HMG, coenzima A reductasa, relativos o indicados en la hipercolesterolemia familiar heterocigota.

Por todas estas razones de regulación legal, y aun coincidiendo en el fin y en el fondo, como dije al principio, es coherente que señalemos nuestra discrepancia en la forma, por eso es natural que nuestra proposición no de ley difiera de la Izquierda Unida. No obstante, atendiendo a la finalidad, que es lo que importa, a ambos grupos, hemos transaccionado el siguiente texto, de acuerdo con el marco legal que regula este tipo de reducciones en la aportación farmacéutica. El texto, tal y como lo plantea mi grupo, quedaría así: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno para que a los enfermos que padecen una hipercolesterolemia familiar heterocigota con diagnóstico de certeza se les reconozca la aportación reducida de medicamentos, al amparo o bajo la forma de los reales decretos que la regulan, para que puedan costearse sin grave carga el citado tratamiento farmacológico de por vida.

El señor **PRESIDENTE:** ¿Grupos que desean fijar posición?

Por el Grupo Parlamentario Vasco (PNV), tiene la palabra la señora Uría.

La señora **URÍA ETXEBARRÍA:** Da gusto ir a viento de la corriente de la mayoría absoluta y también mi formación política se apunta a votar favorablemente esta iniciativa, primera en el tiempo la de la señora Castro, y presentada después en términos casi parecidos por el grupo mayoritario. Hemos sido receptores de la abundante documentación que la Fundación para la Hipercolesterolemia nos ha hecho llegar a todas las formaciones políticas. Desde mi grupo alabamos la labor tenaz y meritoria de esta fundación, teniendo además en cuenta que lo que propone no redundará, como tantas veces decimos, en un aumento del gasto público, sino que, como bien se ha manifestado por quienes me han precedido en el uso de la palabra, quizás pueda reportar un ahorro al sistema sanitario —digo quizás porque soy relativamente escéptica respecto de los ahorros en materia de sanidad—, si se puede prevenir o evitar que devengan males mayores en un futuro.

Una única pega resta hacer a mi formación política, y es que teniendo muy próxima la modificación del real decreto en el que se contemplan por primera vez los grupos y subgrupos terapéuticos, dentro de lo permitido por la Ley del Medicamento, a mi grupo le gustaría conocer la globalidad de la política sanitaria en esta materia pretendida desde el propio ministerio. Desde luego nos parece magnífico que se incluya a este colectivo, pero cabría pensar, desde el punto de vista de otros ciudadanos con dolencias de carácter crónico, como pueden ser ciertas patologías referidas a la diabetes o ciertos tipos de afecciones bronquiales, por qué se incluyen unos sí y otros no, si componente genético y existencia en núcleos familiares importantes pueden tener todos, por lo que también podrían predicarse respecto de estos casos iguales posibilidades de atención precoz que eviten mayores males en el futuro. Nos gustaría no ir supuesto a supuesto, lo que a veces nos lleva a pensar que cuanto mayor es la capacidad de presión de un determinado colectivo —y la verdad es que la capacidad y la tenacidad de esta fundación ya la hemos alabado— tiene más facilidad para que sus pretensiones sean incluidas, siendo así que quizás otros colectivos con menor facilidad para la asociación o con menor acceso a los poderes públicos queden excluidos de esta posibilidad. Repito, vamos a mirar las cuestiones desde un punto de vista global. Sepamos cuál es la política sanitaria concreta respecto de la inclusión de determinadas patologías y de determinados medicamentos, sin ir a salto de mato, caso a caso.

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

La señora **RIERA I BEN:** Con toda brevedad, debido a la hora y porque además ya están llegando los compañeros de todos los grupos que vienen expresamente para las votaciones. Simplemente quisiera dejar constancia en el «Diario de Sesiones» de dos cuestiones. En primer lugar, esta proposición no de ley prosperará porque, junto a la proposición no de ley presentada por el Grupo de Izquierda Unida, hay una proposición no de ley prácticamente idéntica presentada por el grupo que sustenta al Gobierno, que tiene mayoría absoluta, y por tanto es la mejor garantía de que será la única que hoy prospere. Todos los grupos que estamos aquí presentes nos congratulamos de que la problemática que se visualiza en estas proposiciones no de ley, las que presentan Izquierda Unida y el Grupo Popular, es una problemática real, una problemática en la que, como enfatizaba el diputado portavoz del Grupo Popular, la Fundación para la hipercolesterolemia familiar ha trabajado intensa e insistentemente, aportando numerosa documentación a todos los grupos, y este

reconocimiento es del todo lícito y además justo que lo expresemos en público. De la misma manera quiero también dejar constancia de que los grupos que dan apoyo a estos enfermos en Cataluña han mandado al Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), y supongo que también a otros grupos, información respecto al colectivo de personas afectadas en Cataluña. Estamos hablando de aproximadamente 80.000 personas en el conjunto del Estado español, más de 12.000 en Cataluña.

Por otro lado, se ha enfatizado por parte tanto de la portavoz de Izquierda Unida como del portavoz del Grupo Popular, que las medidas que aquí tomemos no suponen un coste, sino que van a significar un ahorro para el conjunto del sistema. Es sabido, y a nivel científico reconocido, que las consecuencias de esta enfermedad son, además de tristes, lamentables para las personas que las padecen y sus entornos, y muy gravosas para el conjunto del sistema. Sólo falta para que la felicidad sea completa que, además de que esta proposición no de ley prospere hoy en la Comisión por unanimidad, el Gobierno se dé por debidamente instado y la ejecute a la mayor brevedad posible, y no pase como en otras ocasiones, que proposiciones no de ley que tienen el asentimiento de todos los grupos, se desarrollan o se implementan de una manera excesivamente lenta.

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

El señor **AROLA BLANQUET:** Mis dos primeras manifestaciones son saludar la presentación por parte de Izquierda Unida de esta proposición no de ley y anunciar el voto favorable a la transacción, si es que, como parece, finalmente se llega a la misma.

El discurso que he oído y lo que ha ido ocurriendo a lo largo de esta mañana me han recordado lo que dijo un político: he oído muchos discursos, unos me han emocionado, otros me han conmovido, otros me han divertido, otros me han aburrido, pero ninguno me ha cambiado el voto. Hoy aquí hemos asistido a una demostración palpable de lo que este político decía. Ninguno me ha cambiado el voto. Lo curioso es que las razones que se alegan para este sí, que el Partido Socialista también da, son prácticamente las mismas que se alegan para el no cuando las iniciativas no proceden del Partido Popular. Dicho de otra manera, el Partido Popular sólo dice sí de verdad a sí mismo. Es una especie de nueva representación del yo me lo guiso, yo me lo como, yo soy en estas Cortes el rey Palomo. Esta es la situación de esta mañana y si el martillo pilón que hemos soportado a lo largo de la misma hubiera podido cambiar alguna de las posiciones políticas que se han ido desarrollando, hoy no haríamos el resumen de: a estos que sí, nosotros compartimos el sí; pero a los otros, ¿por qué no? ¿Por qué se ha dicho hoy que no a otra serie de colectivos que han desarrollado igualmente el trabajo que ha desarrollado éste, que plantean problemas en su ámbito como pueda plantear éste y que tienen necesidades y carencias que debe solucionar la salud pública, el Ministerio de Sanidad, el de Economía —al que tantas veces se ha aludido— o el de Hacienda? ¿Será que aquí no se han hecho los trabajos que decía el señor Zambrano? ¿Habrán suspendido los estudios que decía el señor Zambrano que para esta última proposición no de ley sí traía hechos? Hemos asistido a unos discursos que han intentado ocultar el no; ocultar que no se da respuesta a unos determinados colectivos; ocultar que no se quiere de verdad solucionar problemas que tienen solución; ocultar el no del Partido Popular a una serie de problemas que nadie duda que legítimamente todos los grupos vamos a seguir trayendo a esta Cámara como tan legítimamente el Partido Popular lo habrá…**(Rumores.)**

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

El señor **AROLA BLANQUET:** Muchas gracias, señor presidente, porque no me oía ni sin martillo pilón.

El Partido Popular, al final, habrá dicho no a los contagiados por una ley que habrá establecido diferencias económicas; habrá dicho no a resolver los problemas de la disfunción eréctil; habrá dicho no a solucionar los problemas de donación de medicamentos, y habrá dicho no en su conjunto a todo aquello a lo que él mismo previamente no se haya dicho sí. Este sí que es de verdad el martillo pilón; el martillo pilón de la mayoría absoluta y —se pongan como se pongan— de la insensibilidad, sea cual sea el ministerio. Con todo, señorías, nos alegramos de que al menos un colectivo obtenga el sí y no perdemos la esperanza de poder seguir planteando problemas y que algún día el Partido Popular venga con el conjunto de los trabajos hechos y con los estudios aprobados. Dicho de otra manera: ¿tanto les hubiera costado a ustedes, si están avanzando tanto en todos los trabajos, abrir una puerta a la esperanza presentando una enmienda de esas que tienen ustedes en la fotocopiadora para impulsar al Gobierno a que haga lo que ya está haciendo? **(La señora Montseny Masip: ¡Demagogo!)** Uno acaba concluyendo que en los supuestos anteriores el Gobierno no está haciendo lo que habitualmente se nos viene a decir. El Gobierno y el partido que lo sustenta lo que hacen es decir que no. **(La señora Valentín Navarro pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE:** Señora Valentín, ¿para qué solicita la palabra?

La señora **VALENTÍN NAVARRO:** Acabo de escuchar a un diputado —mientras hablaba el señor Arola— llamarle demagogo. **(Risas.)**

El señor **PRESIDENTE:** Señorías, les ruego que guarden silencio.

Señora Valentín

La señora **VALENTÍN NAVARRO:** Me gustaría que se nos tratara y escuchara con el mismo respeto con que el Grupo Socialista ha escuchado a los intervinientes, con independencia del grupo porque, de otra manera, señor presidente, me parece que su función al frente de la Comisión quedará en entredicho. **(Protestas.-Rumores.)**

El señor **PRESIDENTE:** Señora Valentín, este presidente no ha oído esa expresión —quizá fruto del murmullo de la sala— y, por tanto, no me doy por aludido en relación con su intervención. **(Un señor diputado: ¡Se lo estamos diciendo!)**

Señorías, les ruego un poco de silencio y de atención porque vamos a someter a votación distintas enmiendas. **(La señora Castro Fonseca pide la palabra.)**

Por favor, les ruego silencio. Señora Castro, tiene la palabra.

La señora **CASTRO FONSECA:** Presidente, muy brevemente.

En mi intervención olvidé decir que aceptaba la transaccional del Grupo Popular y todavía no lo he dicho. Me imagino que hará falta que lo diga, por eso le pedía la palabra, para aceptar la transaccional, para agradecerles la misma al Grupo Popular y para decirles que a mí no me importa quién se apunte el tanto, porque yo no estoy en política ni en este Parlamento para apuntarme el tanto, estoy para rentabilizar mi trabajo político, que por supuesto va a quedar rentabilizado porque yo presenté la iniciativa un mes antes que ustedes.

Me alegro porque hemos resuelto un problema que afecta a un colectivo social importante. Soy tan generosa políticamente, señor Zambrano, que no me importa que el tanto se lo apunte el Grupo Popular. Lo digo con toda sinceridad, más cuando hoy me aprueban algo. No me voy a poner a darles caña, no porque me falten ganas sino porque no me parece procedente.

Muchísimas gracias por haber planteado esta transaccional y ahora esperemos que los afectados puedan disfrutar pronto del beneficio de nuestro trabajo. **(El señor Zambrano Vázquez pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE:** Señor Zambrano.

El señor **ZAMBRANO VÁZQUEZ:** Solamente quiero decir que me alegro de que coincidamos.

El señor **PRESIDENTE:** Pasamos, en primer lugar, a la votación de las enmiendas pendientes al proyecto de ley por el que se establecen ayudas sociales a las personas con hemofilia u otras coagulopatías congénitas que hayan desarrollado la hepatitis C como consecuencia de haber recibido tratamiento con concentrados de factores de coagulación en el ámbito del sistema sanitario público y otras normas tributarias.

En primer lugar, sometemos a votación las enmiendas del Grupo Mixto, de la número 1 a la número 5, que las dio por defendidas la señora Lasagabaster. **(La señora Valentín Navarro pide la palabra.)**

Señora Valentín.

La señora **VALENTÍN NAVARRO:** Presidente, como las del Grupo Mixto afectan a distintos artículos, desde el Grupo Socialista pedimos la votación por artículos.

El señor **PRESIDENTE:** Señorías, me propone el letrado, y le cedo la palabra a él, que, para ser más operativos, podemos votar separadamente el texto con el preámbulo, los artículos y luego las enmiendas.

Rogaría al letrado que lo explique.

El señor **LETRADO:** Solamente es para reducir al mínimo las votaciones y que se hagan con toda claridad. La propuesta es que se voten primero las enmiendas y aquellas que resulten aprobadas, después se incorporen a la votación del texto, distinguiendo aquellos artículos que han sido objeto de discrepancia en las intervenciones; es decir, después de votar las enmiendas, se votaría el preámbulo, que algún grupo ha propuesto su supresión, después el artículo 1.1, que es el que se refiere a todas las personas contagiadas y no sólo a las que han contraído la enfermedad, luego el artículo 2, que es el que propone pasar de tres a cinco millones y, por último, la disposición adicional primera, que es la que se refiere a si el censo queda abierto o cerrado. Si esto se hace así, al final sólo hay que votar el resto del texto de la ponencia con la incorporación de las enmiendas que hayan sido aprobadas. Esta propuesta reduce el número de votaciones probablemente a la mitad.

El señor **PRESIDENTE:** La señora Uría tiene la palabra.

La señora **URÍA ETXEBARRÍA:** Perdón, señor presidente; perdóneme también, señor letrado. A mi formación política no le afectaría el sistema que el letrado suscita en la medida en que tiene aprobadas las enmiendas y ya están introducidas en el texto de la ponencia, pero, por ejemplo, no ocurre así en relación con la situación de la señora Riera, a quien se le ha anunciado por el Grupo Popular que se le aceptan ahora dos enmiendas, que quedarían fuera de lo que luego votásemos. Estaríamos votando un artículo distinto de lo que luego va a ser el texto definitivo del artículo.

El señor **PRESIDENTE:** Se haría votación separada de esas dos enmiendas.

La señora **URÍA ETXEBARRÍA:** Pensamos que es mejor votar las enmiendas primero y luego el texto.

El señor **PRESIDENTE:** Señor Mingo.

El señor **MINGO ZAPATERO:** Propongo que, primero, votemos las enmiendas de cada grupo y si hay votación distinta de algún grupo político en relación con las distintas enmiendas de los otros grupos, que pidan la votación separada de las enmiendas correspondientes y, una vez que se voten las enmiendas, votamos el articulado.

El señor **PRESIDENTE:** Señorías, ¿se acepta la propuesta última, enmienda por enmienda? **(Asentimiento.)** ¿Estamos de acuerdo, señora Valentín? **(Asentimiento.)**

Sometemos en primer lugar a votación las enmiendas del Grupo Mixto, números 1, 2, 3, 4 y 5, conscientes todos de que no se han incorporado al texto. **(La señora Valentín Navarro pide la palabra.)**

Señora Valentín.

La señora **VALENTÍN NAVARRO:** Pedimos la votación separada de la enmienda número 3.

El señor **PRESIDENTE:** Entonces, votamos las enmiendas números 1, 2, 4 y 5.

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

El señor **PRESIDENTE:** Quedan rechazadas.

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

El señor **PRESIDENTE:** Queda rechazada.

Votamos a continuación las enmiendas del Grupo Parlamentario Socialista números 6, 8 y 10.

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

El señor **PRESIDENTE:** Quedan rechazadas.

A continuación sometemos a votación la enmienda número 12, del Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV).

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, uno; en contra, 21; abstenciones, 16.

El señor **PRESIDENTE:** Queda rechazada.

A continuación sometemos a votación las enmiendas números 13, 14, 15 y 18, del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), ya que las enmiendas números 16 y 17 ya han sido aceptadas. **(La señora Valentín Navarro pide la palabra.)**

Señora Valentín

La señora **VALENTÍN NAVARRO:** Solicitamos votación separada de la enmienda número 15.

El señor **PRESIDENTE:** Entonces pasamos a votar las enmiendas números 13, 14 y 18.

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

El señor **PRESIDENTE:** Quedan rechazadas.

Votamos la enmienda número 15.

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

El señor **PRESIDENTE:** Queda rechazada.

Votamos a continuación las enmiendas números 16 y 17.

El señor **PRESIDENTE:** Quedan aprobadas por unanimidad. **(La señora Riera i Ben pronuncia palabras que no se perciben.)**

Señora Riera, las enmiendas números 16 y 17 se incorporan al texto de la ponencia en sustitución, respectivamente, de los apartados 5 y 7. ¿Estamos de acuerdo? **(Pausa.)**

Someto a la consideración de SS.SS. la votación separada del preámbulo, del artículo 1.1, del artículo 2 y de la disposición adicional primera. **(La señora Castro Fonseca pide la palabra.)**

La señora **CASTRO FONSECA:** Señor presidente, la enmienda *in voce* de Izquierda Unida no se ha votado.

El señor **PRESIDENTE:** Paso a leer a SS.SS. la enmienda: decir 5 millones donde pone 3, para todas las personas contagiadas y no sólo para las que desarrollen la enfermedad y censo abierto para que puedan acogerse los pacientes contagiados aún no diagnosticados.

En esos términos se somete a votación.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 15; en contra 21; abstenciones, dos.

El señor **PRESIDENTE:** Queda rechazada. **(El señor Mingo Zapatero pide la palabra.)**

El señor **MINGO ZAPATERO:** Señor presidente, con el criterio abierto de esta Comisión en relación con la aceptación de estas enmiendas *in voce*, espero que en el debate en el Pleno se tenga muy en cuenta que de las tres enmiendas aportadas por parte de Izquierda Unida, la primera, que se refiere a los cinco millones y no a los tres, y la segunda, que propone que sea a aquellos enfermos que han desarrollado la hepatitis C y no los que han sido inoculados por el virus, están muy claras, pero en la tercera, que se refiere al censo abierto, supongo que la portavoz de Izquierda Unida se quiera referir a col-

garse de otras enmiendas de otros grupos políticos en relación a lo que está en el propio articulado y no lo que afecta a la disposición adicional, porque si ella estuviera de acuerdo con nuestras posibilidad de censo abierto a la disposición adicional, nuestro voto sería, como es lógico, positivo, porque está ya dentro del articulado, y no tendría que hacer enmienda de ningún tipo.

El señor **PRESIDENTE:** ¿Está de acuerdo la señora Castro?

La señora **CASTRO FONSECA:** Sí, lo ha interpretado muy bien el portavoz del Partido Popular.

El señor **PRESIDENTE:** Conforme.

Sometemos a votación separada el preámbulo del proyecto de ley.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 24; abstenciones, 14.

El señor **PRESIDENTE:** Queda aprobado.

Sometemos a votación el artículo 1.1.

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

El Señor **PRESIDENTE:** Queda aprobado.

Sometemos a votación el artículo 2.

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

El señor **PRESIDENTE:** Queda aprobado.

Sometemos a votación la disposición adicional primera.

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

El señor **PRESIDENTE:** Queda aprobada.

Sometemos a votación el resto del articulado con la incorporación de las enmiendas admitidas a lo largo de esta votación.

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

El señor **PRESIDENTE:** Queda aprobado.

A continuación, pasamos a la votación de las proposiciones no de ley. La primera proposición no de ley es la relativa a la inclusión en la cobertura sanitaria de la Seguridad Social de los medicamentos contra la disfunción eréctil.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 16; en contra, 21; abstenciones, una.

El señor **PRESIDENTE:** Queda rechazada.

Se entiende que la votación ha sido conforme a la enmienda que había presentado el Grupo Parlamentario Socialista.

Sometemos a votación la proposición no de ley relativa al acceso efectivo a los servicios de salud bucodental a pacientes discapacitados, en los términos de la aceptación de la enmienda del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió).

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

El señor **PRESIDENTE:** Queda rechazada.

Sometemos a votación la proposición no de ley relativa al impulso en los diferentes ámbitos e instituciones pertinentes de la ratificación de las directrices de la Organización Mundial de la Salud sobre donativos de medicamentos.

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

El señor **PRESIDENTE:** Queda rechazada.

Había acuerdo en el texto transaccionado por el Grupo Parlamentario Popular al del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida; no obstante, paso a leérselo a los señores diputados. Quedaría en los términos de: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno para que a los enfermos que padecen una hipercolesterolemia familiar heterocigota con diagnóstico de certeza se les reconozca la aportación reducida de medicamentos al amparo o bajo la forma de los reales decretos que la regulan, para que pueda costearse sin grave carga el citado tratamiento farmacológico de por vida. ¿Estamos de acuerdo? (**Asentimiento.)**

En estos términos sometemos a votación las dos proposiciones no de ley conjuntamente con la aceptación de esta enmienda transaccional.

El señor **PRESIDENTE**: Quedan aprobadas por unanimidad.

Muchas gracias. Se levanta la sesión. **Eran las dos y cinco 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**