



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2002

VII Legislatura

Núm. 593

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. FELICIANO BLÁZQUEZ SÁNCHEZ

Sesión núm. 30

celebrada el miércoles, 16 de octubre de 2002

ORDEN DEL DÍA:

Proposiciones no de ley:

- | | <u>Página</u> |
|---|---------------|
| — Relativa a la puesta en marcha de una campaña informativa para la detección precoz de la diabetes. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/001116.)..... | 19336 |
| — Relativa al síndrome de fatiga crónica. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/001516.) | 19339 |
| — Relativa a las deficiencias en el suministro del fármaco «Prolastina» y a la situación de los pacientes con déficit de alfa-1-antitripsina (AAT). Presentada por el Grupo Parlamentario Mixto. (Número de expediente 161/001601.) | 19343 |

	Página
— Relativa a la inclusión de la vacuna conjugada antineumocócica heptavalente en el calendario de vacunaciones y en el catálogo de prestaciones farmacéuticas de la Seguridad Social. Presentada por el Grupo Parlamentario Mixto. (Número de expediente 161/001587.)	19348
— Sobre creación de un registro central de pólizas de seguros de vida. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/001637.)	19352
— Sobre medidas urgentes para una nueva política relativa al VIH-sida. Presentada por el Grupo Parlamentario Mixto. (Número de expediente 161/001114.)	19356

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

— **RELATIVA A LA PUESTA EN MARCHA DE UNA CAMPAÑA INFORMATIVA PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE LA DIABETES. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/001116.)**

El señor **PRESIDENTE**: Damos comienzo a la sesión de la Comisión con el orden del día que conocen SS.SS. de debate y votación de las proposiciones no de ley.

En primer lugar, quiero informar a los miembros de la Comisión que ha habido alguna alteración de acuerdo con los distintos portavoces afectados por los cambios, por lo que a lo largo del debate iremos notificando las modificaciones.

Comunico a los miembros de la Comisión que las votaciones se van a efectuar a la una del mediodía, en ningún caso antes de las trece horas. ¿Están de acuerdo sus señorías) (**Asentimiento.**)

Pasamos a debatir la proposición de ley que figura en el orden del día con el número 2, relativa a la puesta en marcha de una campaña informativa para la detección precoz de la diabetes, que será defendida, en nombre del Grupo Parlamentario Socialista, por la señora López i Chamosa.

La señora **LÓPEZ I CHAMOSA**: El Grupo Parlamentario Socialista ha presentado esta proposición no de ley, habida cuenta que la diabetes es una enfermedad que afecta a más de un millón y medio de españoles que, según afirmaciones de don José Antonio Herrada, presidente de la Liga Europea, por cada diabético que se diagnostica hay otra persona que desconoce esta enfermedad. Este problema no es único de nuestro país, pero es lo suficientemente importante como para hacer unas campañas de prevención para poder afrontarlo en mejores condiciones. Cuando hablamos de salud y de los hábitos que ha de tener la población y de que cada

día han de ser más saludables, de la importancia del ejercicio físico, del deporte, a veces nos olvidamos de las necesarias campañas de prevención de las autoridades sanitarias para permitir detectar y afrontar las causas y en algunos casos evitar al final, cuando se hace el diagnóstico, que sea una situación irreversible. Según datos del INE, en España el coste sanitario medio del diabético tipo 2 es de 217.000 pesetas al erario público, un coste lo suficientemente importante como para que afrontemos el problema y hagamos una serie de campañas para concienciar a la población ante esta enfermedad, en la que, como decía un compañero mío, el mejor médico es uno mismo, en aras de seguir no sólo una dieta equilibrada sino un estilo de vida que permita a los diabéticos llevar lo más parecido a una vida normal. Es evidente que las campañas de prevención y detección precoz reducen enormemente el gasto sanitario y nos permiten optimizar recursos que en nuestro país no es nada desdeñable. Con el gasto sanitario que afrontamos en los últimos años y el crecimiento desmesurado, una inversión en este tipo de campañas creo que logra una rentabilidad económica importante, a la vez que se corrige un problema. Aunque no disponemos de un censo real de esta enfermedad, se habla de que en España existe un millón y medio que sufre esta enfermedad, pero datos reales no hay, podemos estar hablando de un 6 por ciento y a lo mejor nos podemos encontrar con la sorpresa de que podemos irnos a un 10 o un 12 por ciento pero, repito, es lo suficientemente importante como para que le prestemos la debida atención.

El Grupo Popular ha presentado una enmienda a nuestra proposición que habla de hacer una campaña de acuerdo con la Liga Europea de Diabéticos, que diseñe y ponga en marcha la importancia de la prevención de esta enfermedad. Nos ha propuesto añadir al menos cuatro puntos que creemos que van a enriquecer nuestra proposición, por lo que vamos a aceptarla. Con esto doy por defendida esta proposición.

Solamente voy a mencionar un dato que me puso los pelos de punta cuando lo leí, y es que en España se producen 8.844 muertes por diabetes al año. Es una cifra lo suficientemente importante como para que nos pro-

duzca un revulsivo, para poder afrontar este problema y ponerle alas. Quiero añadir que no nos va a servir de nada aprobar esta proposición aquí, para que se hagan unas campañas, etcétera, si luego no ponemos el coste económico suficiente para que se lleve a término la campaña, porque a veces aprobamos cosas sobre el papel —yo siempre mantengo que el papel aguanta todo lo que le queramos poner, no se queja—, pero si luego no ponemos los medios adecuados todavía es peor que rechazar la iniciativa, porque con la aprobación de esta iniciativa estamos mandando a los diabéticos un mensaje de que nos preocupa su situación, de que vamos a prevenir para que eso no vaya a más, que vamos a poner una serie de medidas para evitarlo, pero si luego nos quedamos en ese mensaje y no hay los medios adecuados, habremos hecho bien poco por solventar estos problemas.

Repito, doy por defendida la iniciativa y aceptamos la proposición de añadido que nos hace el PP, en el bien entendido de que habría que poner «al menos», para que quede claro que al menos son estas las campañas que se han de hacer, lo que no implica que no se hagan algunas otras que el ministerio, juntamente con la Liga de Diabéticos, crean oportunas.

El señor **PRESIDENTE**: Para la defensa de la enmienda, en nombre del Grupo Popular, tiene la palabra el señor Revuelta, aunque quiero hacer constar que esta presidencia no tenía conocimiento de esa enmienda.

El señor **REVUELTA MÉNDEZ**: Es una enmienda in voce.

El señor **PRESIDENTE**: La generosidad del presidente acepta esa anomalía reglamentaria y tiene la palabra el señor Revuelta para defender la enmienda, que considero que será transaccional.

La señora **LÓPEZ I CHAMOSA**: Muchas gracias por su generosidad, pero esto de las enmiendas in voce y los reglamentos parece que están para saltárselos, porque este tipo de enmiendas se está haciendo habitual.

El señor **REVUELTA MÉNDEZ**: Nada más lejos de nuestra intención que saltarnos el Reglamento; lo que intentamos con nuestra enmienda in voce es aportar mejores puntos de vista y completar el texto de la proposición no de ley que estamos debatiendo.

Nos complace que, una vez más, se haya traído a esta Cámara un tema tan importante como el de la diabetes mellitus que, a pesar de todos los avances científicos, sigue provocando tanto sufrimiento entre los enfermos y sus familiares. En el seno de nuestro grupo hemos analizado las actuaciones tanto de colectivos de afectados como de médicos y hemos sopesado sus peticiones con la responsabilidad de quien gobierna para poder llegar a conclusiones que realmente sea posible poner en práctica y, en esta línea de trabajo, también nosotros

hemos encontrado el sentido de urgencia que transmiten las cifras aportadas por las distintas organizaciones implicadas en la lucha contra la diabetes y particularmente las expuestas por la Liga Europea de Diabéticos.

Ya en el transcurso de la comparecencia de la excelentísima señora ministra de Sanidad y Consumo ante esta Comisión se señalaron dos campos prioritarios de actuación para este ministerio, el del cáncer y el de las enfermedades cardiovasculares. En relación con este punto, el Grupo Popular quiere recordar que la diabetes es la primera enfermedad causante de lesiones vasculares. Miles de diabéticos padecen este tipo de lesiones y muchos sufren amputaciones o ven reducidas sus expectativas de vida por esta causa. En algunos estudios recientes realizados por la Organización Mundial de la Salud y que han contado con la participación de la Liga Europea de Diabéticos se ha demostrado que la población diabética pierde la adherencia a su tratamiento en niveles que sobrepasan el 70 por ciento. Otros estudios indican que sólo el 24 por ciento de la población diabética mantiene niveles de glucosa aceptables para lograr un nivel de calidad de vida óptimo. El Grupo Popular es consciente de la gravedad de esta enfermedad, del sufrimiento que genera y del coste humano y material que implica para nuestra sociedad y para el Sistema Nacional de Salud. Somos conscientes del gran impacto que se podría conseguir mediante la realización de una serie de acciones concretas bien diseñadas. Nos damos cuenta de la posibilidad que existe de mejorar la actual situación de muchos enfermos realizando un esfuerzo que será abordable si sabemos movilizar los recursos necesarios y coordinar los esfuerzos de las personas que están trabajando en este campo. Somos igualmente conscientes del trabajo que ya se está realizando a favor de este colectivo por parte de la Administración general del Estado y de las comunidades autónomas, tanto en el ámbito de la atención sanitaria como de la investigación. Compartimos la exposición de motivos del Grupo Socialista, nos unimos a su propuesta en la línea de la prevención y proponemos al Gobierno que vaya más lejos.

De acuerdo con las recomendaciones de la Liga Europea de Diabéticos, la primera línea de actuación que tenemos ante nosotros es el desarrollo de una amplia campaña de información y prevención, una campaña que aumente la formación de los enfermos dándoles criterios claros de cómo deben comportarse ante las diversas situaciones que la enfermedad les depara, que aporte protocolos claros de actuación a los médicos de familia y de atención primaria que habitualmente les atienden y que permita prever posibles casos de la enfermedad, detectando, dentro de los grupos de mayor riesgo, a aquellas personas que aun estando con niveles de azúcar superiores a los normales todavía no se hayan percatado de ello. Junto a estas actuaciones de carácter informativo y preventivo, nuestro grupo considera necesario desplegar una línea más

amplia de actuación que se extienda en el medio plazo con el desarrollo de iniciativas en el ámbito de la formación, de la atención a los pacientes y un fomento más decidido de la investigación en la búsqueda de nuevas terapias y tratamientos.

Por todos estos motivos, el Grupo Parlamentario Popular presenta una enmienda in voce —ahora la haré llegar a la Mesa—, consistente en añadir al texto original el siguiente texto, que, como ya ha dicho la portavoz del Grupo Socialista, ha sido consensuado con el grupo proponente. Lo que se añadiría al texto del grupo proponente es lo siguiente: Todo ello se concretará, al menos, en las siguientes líneas: elaboración de información para diabéticos sobre aspectos tales como dieta, insulina, ejercicio físico, embarazo y algún otro tema de especial interés, como los cuidados del pie diabético; elaboración de información para personas o grupos con factores de riesgo, con el fin de impulsar la detección precoz y ofrecer medidas que permitan prevenir la aparición de la diabetes; fomentar el aprovechamiento de las nuevas tecnologías para atender a las demandas de los diabéticos; ofrecer materiales de formación e información y facilitar al paciente el conocimiento y la gestión de las necesidades que genera su enfermedad. En este sentido, se propone el aprovechamiento de las herramientas de la telemedicina para acercar los servicios médicos a los colectivos de diabéticos que tengan especiales problemas de dependencia y prestar especial atención a grupos de diabéticos y sus familiares, tales como los niños y las diabéticas embarazadas. Hasta aquí el texto de la enmienda in voce, que a continuación pasará a la Mesa.

Finalizo, señor presidente, agradeciendo en nombre de mi grupo, de la comunidad sanitaria y de los propios afectados, el interés que el grupo proponente ha demostrado al preocuparse por este tema, interés que, estoy seguro, es compartido no sólo por nuestro grupo, sino también por todos los grupos parlamentarios.

En cuanto a la preocupación de la señora proponente por la posible dotación de medios económicos, quisiera recordarle el importante incremento de las partidas contempladas en el proyecto de Presupuestos Generales del Estado para el año 2003 para la educación para la salud, que en estos momentos se encuentra en trámite parlamentario.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Mixto, tiene la palabra el señor Aymerich.

El señor **AYMERICH CANO**: Voy a ser muy breve. Sólo quiero mostrar el apoyo del Bloque Nacionalista Galego a esta proposición no de ley, como no podía ser de otra forma. Por cierto, si hay dinero para realizar este tipo de campañas debería transferirse a las comunidades autónomas en función de su población o de otros criterios objetivos y que ellas, que son las competentes en materia sanitaria, las desarrollasen de acuerdo con sus necesidades, sus peculiaridades e incluso la

incidencia que la diabetes puede tener en cada una de ellas. En todo caso, si la campaña se desarrolla, como parece —esperemos que al final se desarrolle, sólo faltaría que se escenificase este acuerdo y luego todo quedase en papel mojado—, que se respete esa pluralidad lingüística y cultural del Estado español. Hace dos semanas se aprobó en el Pleno una proposición no de ley por parte del Partido Popular en la que se establecía de alguna manera ese compromiso de que en las actuaciones de la Administración general del Estado, impresos, comunicaciones, se cumpliera lo que ya es la legalidad vigente, es decir, respetar esa pluralidad lingüística. Esperemos que también en esta campaña informativa se respete.

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

La señora **URÍA ETXEBARRÍA**: Voy a manifestarme en parecidos términos, puesto que quiero agradecer al Grupo Socialista la llamada de atención que ha hecho sobre esta cuestión, que afecta a una parte importante de la población, para ser debatida hoy en el seno de esta Comisión. Obedece además a ese tipo de pretensiones bienintencionadas respecto de las cuales es muy difícil estar en contra. Todos estamos de acuerdo con que una población bien informada será siempre una población con mejores hábitos de salud y desde luego está fuera de toda duda que la prevención es absolutamente necesaria y exigible por parte de los ciudadanos. Por tanto, nada tenemos que objetar a que se realice una campaña con el fin de sensibilizar sobre la prevención de la diabetes, prevención que se basa en la promoción de hábitos de vida saludable, como puede ser una dieta equilibrada, control de peso o ejercicio físico, que siempre son positivos no sólo para la prevención de dicha enfermedad, sino para la de muchas otras, algunas más extendidas, como por ejemplo todas las cardiovasculares. Estamos absolutamente de acuerdo con que la detección precoz podría resultar más complicada —así lo matiza la enmienda presentada por el Grupo Popular— en relación con la población que tiene factores de riesgo. En otros casos, dado que en muchas circunstancias los síntomas que se presentan al inicio de la enfermedad son parecidos a los de otro tipo de dolencias, nos podríamos encontrar con que, si no se cuida, no se matiza, no se perfila bien qué es lo que se quiere decir con detección precoz, una campaña genérica podría conducir a tener ciudadanos aprensivos y a que las consultas se llenen de personas a la luz de lo que se diga respecto de los síntomas de la enfermedad en las primeras fases, ya que, como he indicado, estos pueden confundirse con los de una gran variedad de dolencias. Así pues, estamos absolutamente de acuerdo en relación con lo que se haga con determinados sectores de población que tienen factores de riesgo importantes. Por otra parte, dentro del sistema, por lo menos

en el ámbito vasco, ya se hacen los controles periódicos de glucemia, de la misma forma que también en el ámbito que más conozco, que es el vasco, el Plan de salud para el período 2002-2010 tiene un apartado específico referido a la promoción, prevención y detección precoz de enfermedades como la diabetes.

Como he indicado al principio, es difícil decir no a una iniciativa de este estilo y por supuesto nos sumamos a la inquietud que todos los grupos de la Cámara manifiestan.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Catalá de Convergència i Unió, tiene la palabra la señora Riera.

La señora **RIERA I BEN**: En nombre del Grupo Parlamentari Catalá (Convergència i Unió), quiero manifestar que apoyamos esta iniciativa que ha presentado el Grupo Socialista, la cual parece que va a ser aceptada con la enmienda que propone el Grupo Popular. Es evidente que la iniciativa es positiva y que lo que es bueno y abunda no daña pero, al igual que el compañero del Bloque Nacionalista Galego, quiero dejar patente que en temas de salud las comunidades autónomas tienen competencias y que algunas de ellas, como Cataluña, hace tiempo que están trabajando en la sensibilización de la población en relación con la diabetes, en procurar detectarla de manera precoz y sobre todo en hacer una criba de personas de especial riesgo, habiéndose hecho campañas que han tenido una gran resonancia, como una famosa maratón, de esas que se hacen en Navidad, de la TV3, de la Televisión de Cataluña, que estuvo destinada a hablar de la diabetes, de las consecuencias que tiene para la salud, y a recaudar fondos para la investigación. Insisto en que esto no es óbice para que nosotros apoyemos esta iniciativa a nivel estatal. Por tanto nuestro voto va a ser favorable.

El señor **PRESIDENTE**: Señora López i Chamosa, la presidencia estima que acepta usted la enmienda presentada por el Grupo Parlamentario Popular.

La señora **LÓPEZ I CHAMOSA**: Sí, señor presidente, la acepto.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Quiere añadir algo más?

La señora **LÓPEZ I CHAMOSA**: Solamente quiero manifestar mi satisfacción por el acuerdo que hemos alcanzado, deseando que se cumpla.

— **RELATIVA AL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/001516.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la proposición no de ley, que figura con el número 3 en el orden del

día, relativa al síndrome de fatiga crónica. Ha sido presentada por el Grupo Parlamentario Socialista y para su defensa tiene la palabra la señora López i Chamosa.

La señora **LÓPEZ I CHAMOSA**: Al contrario de lo que ocurre con la enfermedad de que hemos hablado antes, que está diagnosticada y sabemos cómo tratarla y prevenirla, el síndrome de fatiga crónica es una enfermedad de difícil detección, teniendo a veces las personas que la sufren que ir de hospital en hospital, a lo que se une la incomprensión de los miembros de su entorno, incluso del entorno laboral. Yo he vivido el caso de una persona que estuvo a punto de perder su trabajo porque consideraban que no estaba enferma, sino que pensaban que tenía demasiadas ausencias injustificadas y por consiguiente para ellos era una mala trabajadora. Hablamos de una enfermedad que, según los expertos, que desgraciadamente no son muchos, es muy dolorosa, que se puede confundir fácilmente con otro tipo de enfermedad, siendo sus síntomas más claros el decaimiento, la falta de ganas de hacer cosas y los dolores constantes, sobre todo musculares, y que incluso crea problemas de concentración a la persona que la padece. Y, como decía, en nuestro país todavía hay pocas unidades especializadas en este tema en los distintos hospitales públicos. Por la zona de donde procedo, puedo decir que en Cataluña hay tres hospitales —el Valle de Hebrón, el Clínico de Barcelona y el de Bellvitge— que tienen unidades especializadas en el síndrome de fatiga crónica y la verdad es que los pacientes a veces tienen que esperar siete y ocho meses para ser atendidos por la falta de medios y lo reducido de la unidad. Así como la fibromialgia, que es una enfermedad similar, pero que tiene consecuencias diferentes —se habla de que en España hay más de 800.000 personas afectadas—, en relación con el síndrome de fatiga crónica ni siquiera hay datos estadísticos que nos puedan dar una visión de cuál es la situación en nuestro país.

Por ese motivo, el Partido Socialista lo que realmente pretende con esta iniciativa es que se hagan una serie de campañas de información y formación destinadas al personal sanitario de atención primaria que les permitan desde un primer momento tener una idea del paciente que está sufriendo esta enfermedad y que, más allá de los análisis pertinentes que, según las asociaciones, son necesarios para detectar este problema, desde una primera o una segunda visita puedan empezar con un tratamiento adecuado al mal que padecen. Pero sobre todo pretendemos que se reconozca la enfermedad a efectos de las personas que convivan con la enferma, porque lo primero que te dicen las pacientes en las asociaciones es que se les suele acusar de que son quejicas, de que no aguantan nada y cosas por el estilo. Así pues, además de sufrir los dolores tienen la incomprensión del entorno, una incomprensión que se da por falta de conocimiento. Por ello es tan importante que, tal como especificamos, se hagan campañas de informa-

ción. Aunque no es lo que pretende en este caso la iniciativa, es evidente que en cuanto se empiecen a tener más datos sobre la misma habrá que dar todos los pasos legales necesarios para incluirla dentro de las enfermedades profesionales, porque este es uno de los problemas con los que se enfrenta una persona cuando le detectan esta enfermedad. En el Parlament de Catalunya, y en este caso a iniciativa del Grupo Popular, todos los grupos aprobaron una propuesta que iba incluso más allá que la del Grupo Parlamentario Socialista, que planteaba incluirla como enfermedad profesional, para que así el departamento de Sanidad de la comunidad autónoma destinara medios específicos para poder afrontarla.

Hemos estado hablando con los distintos grupos, como es razonable en estos casos, y hemos apreciado que el Grupo Popular tiene voluntad de llegar a un consenso, consenso que nosotros estamos dispuestos a aceptar, entre otras cosas porque como estamos al principio cualquier paso que demos para avanzar en este tipo de prevenciones es importante. Vivimos en un mundo tan cambiante que hasta las enfermedades se transforman. Lo lamentable es que seguimos arrastrando las que teníamos en el pasado, pero van apareciendo otras causas que tenemos que añadir como pago por esta vida de prisas que llevamos, en la que no tenemos tiempo para nada y en la que como consecuencia del estrés pagamos a veces precios demasiado altos, sobre todo cuando hablamos de enfermedades como la que nos ocupa.

Sería razonable que el propio ministerio a través de algún organismo —no lo dice la enmienda, estoy haciendo una reflexión en voz alta— se ocupara de este tema. Esta iniciativa supone dar un pequeño paso, porque lo que necesitaríamos realmente sería hacer un estudio profundo de las consecuencias que esta enfermedad puede llegar a tener. Se trata de una enfermedad que afecta a personas de entre 30 y 45 años —esta es una característica que llama poderosamente la atención—, que afecta por igual a hombres y mujeres —aunque dentro de los afectados hay más mujeres, está relativamente bien compensado—, y no sabemos qué evolución clínica puede tener, ni siquiera conocemos las causas que la producen ni sabemos si contiene agentes infecciosos o no. En definitiva, desconocemos casi todo de esta enfermedad, tanto en caso de la fatiga crónica como en el de la fibromialgia. En Cataluña estamos muy sensibilizados, porque hemos vivido el caso de una persona muy conocida en la vida pública, que ha sido muy valiente y ha declarado padecer la enfermedad, contribuyendo a la concienciación de la ciudadanía. Se trata de una compañera, Manuela de Madre, que era alcaldesa de Santa Coloma de Gramanet, que ha hecho por estos enfermos lo que no habíamos sido capaces de hacer ni los grupos parlamentarios ni el Gobierno, que es concienciar a la sociedad y mandar a los enfermos el mensaje de que no están solos y de que su lucha por que les detecten la enfermedad ha avanzado y lo tienen un poquito más

fácil. Lo que pretendemos hoy aquí es tomar conciencia de esta enfermedad y empezar a dar los primeros pasos para tomar medidas que ayuden a los enfermos en la detección de su enfermedad, para explicar a los familiares las consecuencias de ella, para que el personal sanitario de atención primaria tenga las herramientas necesarias para tratar a una persona que llega con este tipo de dolencia y para tener —un paso más adelante— un catálogo de enfermedades, para que estas personas no sean calificadas en algunos casos de vagas, cuando lo que sucede es que no pueden trabajar porque no están físicamente en condiciones.

Señor presidente, lo dejaría aquí. La intención del Grupo Socialista ha quedado clara. Con esa intención estamos abiertos a la propuesta del Grupo Popular porque, aunque nos parezca poco y queramos ir más allá, siempre deben prevalecer los intereses de un colectivo como éste, y es preferible dar un paso adelante todos juntos que intentar dar cinco o seis de golpe y quedarnos atrás. Por tanto, señor presidente, quedo a la espera de la propuesta del Grupo Popular.

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

Por el Grupo Parlamentario Mixto, tiene la palabra el señor Aymerich.

El señor **AYMERICH CANO**: Intervendré muy brevemente, para mostrar el apoyo del Bloque Nacionalista Galego a esta proposición no de ley. En el caso de la fibromialgia, no de la fatiga crónica, también ha habido iniciativas del Bloque Nacionalista Galego en el Parlamento galego y entrevistas de la Asociación gallega de afectados por fibromialgia con el consellero de Sanidad. Esto no es lo único, pues en muchas comunidades autónomas siempre se condiciona cualquier avance en este sentido a que en el seno del Consejo interterritorial de Salud se incluya la fibromialgia en el catálogo de enfermedades profesionales o que se incluya como un síndrome a ser tratado en la sanidad pública. Iniciativas como ésta ayudan a avanzar. Ya que hay tanta generosidad en la interpretación y en la aplicación del Reglamento en el seno de esta Comisión, pediría que si se llega a alguna transacción, se tenga en cuenta otra cuestión. Hay personas afectadas por fibromialgia, que son por ejemplo emigrantes retornados desde Suiza, que vienen con una minusvalía por fibromialgia —en Suiza está reconocida como enfermedad profesional— y cuando retornan a Galicia —porque hay muchos emigrantes gallegos en Suiza que ahora retornan—, al ser revisada su situación de incapacidad por los equipos de valoración españoles, pierden la condición de minusválidos y en muchos casos pierden también la pensión que les pagan, por cierto, las autoridades suizas. Nos gustaría que, para ese acuerdo que se anuncia entre el Grupo Socialista y el Grupo Popular se tuvieran en cuenta estas cuestiones.

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

La señora **URÍA ETXEBARRÍA**: Comentaba fuera con un diputado socialista que la que no parece afectada de ningún síndrome de fatiga crónica, ni siquiera ocasional, es la diputada socialista que, como siempre inasequible al desaliento, nos ha traído una interesante iniciativa, vinculándola como hace siempre, dada su condición de sindicalista, a la salud de los trabajadores.

Mi formación política participa de esta misma inquietud y también es sensible a las opiniones que se van conociendo en relación con esta enfermedad, morfológicamente no muy bien definida, pero que afecta indudablemente a una parte importante de la población. Sin embargo, aunque la llamada de atención está bien, al estar planteada la iniciativa en el mes de junio, hay un factor importante que ha de ser tenido en cuenta. Como ha manifestado el representante de Bloque Nacionalista Galego, el 17 de septiembre se ha celebrado en el seno del Consejo interterritorial la primera reunión del grupo de trabajo que va a analizar, primero, la fibromialgia y, después, el síndrome de astenia crónica. La formación política a la que represento gestiona la sanidad en el ámbito vasco y tiene nombrado su representante en el Consejo interterritorial. Su voluntad es la de la participación en este grupo de trabajo donde se deberán analizar las cuestiones planteadas en estos puntos. Nuestro deseo es que cuanto antes se logre una definición lo más exacta posible y lo más adecuada a las circunstancias reales de quienes padecen esta enfermedad y que pueda así estar incluida, tipificada y diagnosticada dentro del catálogo de patologías que merecen atención dentro del Sistema Nacional de Salud.

Nos ha parecido muy interesante, queremos también señalarlo, y nos ha inquietado la referencia con respecto a la población inmigrante que retorna que ha hecho el representante del Bloque Nacionalista Galego. Cuando de otros países, singularmente del ámbito europeo, se viene ya con un diagnóstico y al entrar en España se encuentran con que sin embargo, la condición de incapacidad que tienen reconocida no tiene traslación por no estar aquí debidamente diagnosticada esta enfermedad nos debe llevar a todos a hacer una reflexión. Nos gustaría que la oferta que desde el Grupo Parlamentario Popular se haga incluya alguna referencia, una salvaguarda o consideración respecto de este problema apuntado. Con todo, votaremos que sí a la iniciativa como ya he adelantado al comienzo de mi intervención.

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

La señora **RIERA I BEN**: Quiero anunciar ya el voto favorable del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) a esta iniciativa.

Comentaba la señora Chamosa que ha habido un personaje público en Cataluña que ha hecho muchísimo por la enfermedad y como catalana que soy asiento totalmente con esta afirmación. La valentía que tuvo doña Manuela de Madre de anunciar públicamente que dejaba la alcaldía porque se sentía incapaz de seguir soportando por más tiempo el esfuerzo que estaba realizando fue, primero, como mujer y como persona, un acto de una nobleza y de una sinceridad que la honra y, segundo, por la difusión que tuvo la noticia, puso de relevancia que la enfermedad existía y que la persona que manifestaba padecerla no era una histérica, como a tantas otras mujeres se las había calificado —así de duro: histéricas—, de personas con síntomas más de ir al psiquiatra que no de una enfermedad física, por tanto, que estábamos ante un problema real. Ayer mismo oía en una entrevista que le hacían en una radio catalana a doña Manuela de Madre cómo explicaba que la gente que padece esta enfermedad tiene períodos en los que se encuentra razonablemente bien y otros en los que las crisis son muy agudas, pero que se sentía muy satisfecha de la sensibilidad que a todos los niveles en los últimos tiempos se estaba demostrando en todas las administraciones para atajar y hacer frente a este problema. Comentaba que ayer mismo estuvo hablando con el conseller de Sanidad de Cataluña, don Eduard Rius, que le había prometido y anunciado que se estaba trabajando, como se ha dicho también aquí, en el Consejo interterritorial de Salud y evidentemente en la Administración autonómica de Cataluña para tener todos los protocolos que dictaminen y marquen todos los pasos que hay que dar en esta enfermedad. Por tanto, el primer paso ya se había conseguido que es que para aquellas personas que teniendo este cuadro clínico y que se acerquen a un médico exista la sensibilidad social suficiente para que, primero, el médico vea que tiene ante él a una enferma y, segundo, que a partir de aquí tenga la capacidad de diagnosticarla y tratarla de la manera más conveniente. Esta es la primera esperanza que este colectivo de personas, principalmente mujeres, estaban reclamando desde hace mucho años.

Estamos en el buen camino con esta iniciativa. Celebro que haya hoy unanimidad para sacarla adelante y aprobarla. Por lo tanto, no me cabe más que felicitarlos y felicitar al grupo proponente por haber traído esta iniciativa a la Comisión.

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

La señora **FARALDO BOTANA**: Quisiera pedir disculpas por adelantado a la presidencia por abusar una vez más y recurrir a las enmiendas in voce que una vez expuestas pasaremos a redactar porque quedan algunos flecos y posteriormente entregaremos a la presidencia para que las incorpore a esta proposición no de ley.

Evidentemente nos encontramos, como aquí ha sido expuesto, ante una enfermedad compleja cuyos síntomas han sido descritos minuciosamente por la portavoz del Grupo Socialista proponente de esta proposición no de ley, con la compartimos, al igual que con el resto de grupos, la inquietud por los pacientes que padecen esta enfermedad, así como la necesidad de análisis sobre su incidencia y problemática. La denominación de síndrome de fatiga crónica aunque inespecífica puede considerarse adecuada para una enfermedad entre cuyos múltiples síntomas la fatiga y el agotamiento son los más llamativos y constantes. Si bien estos síntomas pueden manifestarse de forma leve hasta el punto de significar tan solo una molestia es verdad que en muchas ocasiones son totalmente incapacitantes para quien los sufre, llegando a persistir durante años. Se trata de una enfermedad compleja como decíamos cuya prevalencia es aún incierta, pues si bien tiene mayor incidencia en edad adulta, entre los 30 y los 35 años, según los expertos y estudios hasta ahora conocidos y puede comprometer especialmente al sexo femenino, se han encontrado también incidencia de la misma en individuos de ambos sexos así como en niños y en adolescentes. Es necesario avanzar en el conocimiento y en la búsqueda epidemiológica con el fin de establecer finalmente su verdadera prevalencia en la población general. Su etiología es desconocida y su origen continúa siendo investigado. Se cree, como ha dicho la portavoz del Grupo Parlamentario Socialista que no es infeccioso y es verdad que las pruebas de laboratorio son de escaso valor para su diagnóstico. Todo ello hace que su diagnóstico sea dificultoso. Tenemos que tener en cuenta que es un síndrome que puede afectar a todos los sistemas corporales, lo que lleva a una ausencia de patología específica y obliga a peregrinar a los pacientes que padecen esta enfermedad como aquí se ha puesto de manifiesto. Tenemos que tener en cuenta, como ha sido también expuesto por los distintos portavoces que me han precedido que no partimos de cero. Ya se ha dado el primer paso.

El cuerpo de esta proposición no de ley entra de lleno en el trabajo que se viene llevando a cabo desde el Centro de investigación sobre el síndrome de aceite tóxico y enfermedades raras, cuyo objetivo es ayudar a orientar los problemas de cualquier tipo que se originan desde un punto de vista social y médico en las enfermedades raras. En lo que se refiere a la investigación las convocatorias del Instituto de Salud Carlos III a través del fondo de investigación sanitaria responden a las prioridades del Plan nacional en el área de biomedicina y en el área sociosanitaria. Ahí se pueden abordar el síndrome de fatiga crónica tanto en sus aspectos básicos, clínicos, epidemiológicos y sociosanitarios. También cabría destacar que en el seno del Consejo interterritorial se está trabajando desde hace tiempo sobre los asuntos que contiene esta proposición no de ley. Hay que señalar que fue esta Comisión el pasado

septiembre del año 2000 cuando en una proposición no de ley del Grupo Parlamentario Mixto sobre fibromialgia la que instaba entre otras cosas a analizar en el seno del Consejo interterritorial la incidencia y problemática de la enfermedad. En virtud de ello la subcomisión de prestaciones del Consejo interterritorial acordó en su reunión de 28 de mayo de 2001 analizar la posible problemática de los afectados por esta patología en las diferentes comunidades autónomas, acordándose llevar a cabo el mismo estudio para los enfermos de síndrome de fatiga crónica. Posteriormente, en una reunión de 9 de abril de este mismo año se decidió constituir un grupo de trabajo de expertos de fatiga crónica con el objeto de hacer una propuesta de actuaciones a desarrollar en la atención sanitaria de esta patología. Se acordó por ello realizar un documento de consenso nacional sobre la situación del síndrome de fatiga crónica en las distintas comunidades autónomas, así como las pautas de abordaje de la fatiga crónica. En una reunión reciente de 17 de septiembre se ha comunicado a los representantes de las distintas comunidades autónomas que van a participar en ese grupo de trabajo. Como puede observarse se está trabajando desde hace tiempo sobre los asuntos que contiene la proposición no de ley; así pues se ha dado el primer paso. Coincidimos tanto con el grupo proponente como con el resto de grupos que es necesario seguir avanzando en la detección de esta enfermedad y en el apoyo y en la ayuda tanto a los pacientes como a los familiares.

En aras de ese consenso que nos ofrecía la portavoz del Grupo Socialista propondríamos una enmienda de sustitución en los siguientes términos: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a seguir impulsando los trabajos del grupo de expertos de fatiga crónica constituido en el seno del Consejo interterritorial, con el objeto de alcanzar una propuesta de actuaciones a desarrollar en la atención sanitaria de esta patología para su mejor diagnóstico y tratamiento y a seguir impulsando un plan de información y formación entre el personal sanitario de atención primaria y especializada sobre el síndrome de fatiga crónica, así como actuaciones divulgativas con el fin de facilitar a los pacientes y familiares el conocimiento de esta enfermedad.

Nada más y muchas gracias señor presidente, le pido de nuevo disculpas por abusar de su benevolencia.

El señor **PRESIDENTE:** Tiene la palabra la señora López i Chamosa a los efectos de aceptar o no la enmienda.

La señora **LÓPEZ I CHAMOSA:** Nosotros presentamos esta iniciativa antes de que el Consejo interterritorial hiciera esto, con lo cual nos felicitamos por ese hecho. No recoge en su totalidad lo que nosotros planteamos, pero es un paso adelante; por consiguiente, aceptamos esa enmienda.

— **RELATIVA A LAS DEFICIENCIAS EN EL SUMINISTRO DEL FÁRMACO «PROLASTINA» Y A LA SITUACIÓN DE LOS PACIENTES CON DÉFICIT DE ALFA-1-ANTITRIPSINA (AAT). PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO MIXTO. (Número de expediente 161/001601.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al debate de la siguiente proposición no de ley, que figura con el número 5 en el orden del día, relativa a las deficiencias en el suministro del fármaco prolastina y a la situación de los pacientes con déficit de alfa-1-antitripsina. Ha sido presentada por el Grupo Parlamentario Mixto y para su defensa tiene la palabra el señor Aymerich.

El señor **AYMERICH CANO**: El déficit de alfa-1-antitripsina, que es una proteína normalmente producida por el hígado, provoca una serie de dolencias que se manifiestan alrededor de la tercera o cuarta década de vida y supone una restricción drástica de la calidad de vida de los afectados, su incapacidad para trabajar y finalmente la muerte. La manifestación fundamental de este déficit, de esta enfermedad de origen genético, es el llamado enfisema hereditario, es decir, una reducción de la función respiratoria, de la función pulmonar, que incapacita y finalmente puede causar incluso la muerte de los afectados. Se trata de una enfermedad subdiagnosticada, porque los servicios de atención primaria e incluso los de atención especializada carecen de los medios o de la formación necesaria para identificar la aparición de esta enfermedad y a menudo la confunden con otro tipo de dolencias respiratorias, como pueden ser la EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) o enfisemas causados por el tabaquismo.

¿Cuáles son las alternativas que les quedan a los afectados y diagnosticados por este déficit de alfa-1-antitripsina, por este enfisema crónico? Pues son únicamente dos: bien una solución traumática, como es el trasplante doble de hígado y de pulmón, solución a la que muchos no llegan a tiempo y desde luego no es accesible para todos; o bien en los últimos tiempos el tratamiento con prolastina, un hemoderivado fabricado en exclusiva por la multinacional farmacéutica alemana Bayer en los Estados Unidos, que ralentiza el desarrollo de la enfermedad y que incrementa la esperanza de vida de los afectados, como se puede comprobar, de acuerdo con la literatura científica, en varios artículos y en varios trabajos accesibles para quien los quiera consultar en la página web de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. En el Estado español el registro de afectados por este déficit de alfa-1-antitripsina se creó en el año 1993. En este momento hay, si los datos no me fallan, 315 personas incluidas en este registro, de las cuales 67 son gallegas, viven en la comunidad autónoma de Galicia, pero en este momento no se admite a más personas en el registro. La razón: los responsables

del registro se niegan a incluir a más enfermos hasta que no puedan garantizar a los que ya están inscritos en él un tratamiento suficiente, un tratamiento adecuado con este hemoderivado, con prolastina.

Hoy por hoy debe decirse que los servicios públicos sanitarios españoles, y en particular la Agencia Española del Medicamento, no son capaces de garantizar el suministro de prolastina a los más de 315 casos registrados en el Estado español; los pacientes ven año tras año cómo los tratamientos son suspendidos. Por ejemplo, el año pasado el cupo de 18.000 gramos de prolastina encargado a Bayer por las autoridades sanitarias españolas se agotó en octubre; este año, después de que Bayer, por cierto, subiese el precio del producto en junio más de un 50 por ciento, el tratamiento fue suspendido del 15 de julio al 15 de septiembre, también por la escasez —se dice— de este medicamento, y en el entendimiento por parte de los responsables del registro de que en los meses veraniegos el riesgo es menor, porque las infecciones respiratorias por parte de los pacientes se reducen. Lo cierto es que el 15 de septiembre, lejos de restablecerse con normalidad el suministro, únicamente llegaron a Barcelona 25 gramos de prolastina, que es una cantidad absolutamente insuficiente para satisfacer las necesidades de los afectados si tenemos en cuenta que la dosis que cada 21 días se debe suministrar a cada paciente es de 180 miligramos por kilogramo de peso. Incluso tenemos una comunicación reciente en la que el responsable de Bayer dice que, según lo acordado en el último congreso nacional de neumología, se acordó suspender el tratamiento del 15 de julio al 15 de septiembre; a partir de ese día volvieron a suministrar e iniciaron los envíos tratando de repartir lo que tenían, pero que desgraciadamente ha habido problemas en la planta de fabricación y de nuevo están sin producto. Lo de los problemas en la planta de fabricación debe ponerse entre muchas comillas por lo que luego diré.

Se dice que la escasez seguramente continuará el año próximo. Lo que sucede es que esta escasez en el suministro de prolastina se da en el Estado español, pero no en otros Estados; pacientes del Reino Unido, de Alemania o de Dinamarca acceden con normalidad al suministro de prolastina, lo cual nos hace sospechar —así sospechan los afectados y desde luego también nosotros— que quizá las causas, más que buscarse en la escasez del producto o la insuficiente capacidad de fabricación de esta única planta que Bayer posee en los Estados Unidos para fabricar este hemoderivado, pueden buscarse, seguramente con más acierto, en el hecho de que el tratamiento de cada uno de estos pacientes supone anualmente para los servicios públicos de salud 23.000 euros, es decir, más de 3.500.000 pesetas, y que la partida destinada a la adquisición de este medicamento cada año se agota antes; si este año Bayer subió unilateralmente el precio del producto en más de un 50 por ciento, lógicamente, en vez de agotarse en octubre

como el año pasado, la partida presupuestaria quedó exhausta incluso antes de este mes.

Ante esta situación, que es desesperante —ya digo que la única opción que les queda a los afectados es esperar por un incierto trasplante, con todos los problemas que ello tiene—, el Bloque Nacionalista Galego presenta esta proposición no de ley. En ella proponemos que esta Comisión inste al Gobierno, en primer lugar, a adoptar urgentemente las medidas necesarias para restablecer el suministro normal de prolastina a todos los pacientes afectados por el déficit de alfa-1-antitripsina y a los que en el futuro se vayan incluyendo en el registro —porque hay que abrir el registro y seguir incluyendo a nuevos pacientes—, incluso a través de la exploración de las vías que abre la última cumbre de la Organización Mundial del Comercio celebrada en Doha en noviembre del año 2000 para declarar una emergencia sanitaria y romper la patente que detenta Bayer y fabricar este producto en el Estado español. En segundo lugar, elaborar un plan de diagnóstico precoz del déficit de alfa-1-antitripsina, en colaboración con las comunidades autónomas, que son las competentes en esta materia, ofreciendo a los médicos de atención primaria los medios y la formación adecuada para evitar lo que decía antes, el subdiagnóstico de esta enfermedad y que, por ejemplo, en el caso español los pacientes registrados sean, de acuerdo con las proyecciones estadísticas realizadas, únicamente el 2,5 por ciento de los pacientes esperados. Se trata, como decía, de evitar que se confundan los síntomas de este enfisema pulmonar hereditario con otras enfermedades pulmonares, como pueden ser la EPOC o los enfisemas causados por el tabaquismo. En tercer lugar, impulsar la investigación sobre el déficit de alfa-1-antitripsina, incluso aquella investigación que suponga, ya que nos hallamos ante una enfermedad de origen genético, la experimentación con células madre tanto adultas como embrionarias, dentro de los límites de las proposiciones que, si no aprobadas, están debatidas en otras ocasiones en esta Comisión y en el Pleno de esta Cámara, es decir, a partir de los embriones crioconservados procedentes de procedimientos fallidos de fecundación in vitro de reproducción humana asistida.

Esta es nuestra proposición no de ley, y espero que de acuerdo con la flexibilidad a la que antes se aludió en mi interpretación del Reglamento, por parte del grupo mayoritario se proponga también, si es que no se está de acuerdo con la proposición no de ley en todos sus términos, al menos algún tipo de transacción o algún tipo de propuesta que dé esperanza a los afectados, esperanza que igual que la prolastina en este momento es un bien bastante escaso.

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

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

La señora **URÍA ETXEBARRIA**: Nuevamente el representante del BNG nos trae una iniciativa que es llamada de atención sobre la mejora en el tratamiento y el más adecuado tratamiento de una dolencia que es grave, lo cual siempre suscita en principio simpatías. Me sorprende el contenido en cuanto a las carencias respecto de un determinado fármaco, puesto que efectuadas consultas respecto de la Administración sanitaria en la que mi formación política tiene responsabilidades se me dice que en el ámbito de la Comunidad Autónoma vasca no se constatan deficiencias en el suministro de ese fármaco. No obstante, no tenemos nada que objetar a la propuesta, aunque como siempre, matizo, creemos que es necesario que en esta patología como en otras, cuando se habla de la generalización del uso de determinados medicamentos o de la inclusión de mejores tratamientos respecto de determinados bloques de pacientes, debiéramos tener de una vez en cuenta que la inclusión o el examen no ha de ser patología a patología sino desde una perspectiva global. Nos hemos opuesto siempre al sistema de parcheo, aunque sean justísimos cada uno de los aspectos que se nos traen por distintas formaciones políticas respecto de colectivos de enfermos. De la misma manera tampoco tenemos ninguna objeción a lo que se establece en el punto 3, en cuanto a impulsar la investigación, incluso con la experimentación con células madre tanto adultas como embrionarias. Ya una y otra vez —puesto que iniciativas de este estilo han venido a la Cámara en distintos momentos— nos hemos manifestado a favor de lo que hasta ahora sostienen sólo los grupos de la oposición, no el grupo mayoritario, aunque por supuesto lo hacemos siempre dentro de los límites éticos que este tipo de investigaciones requieren.

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

La señora **RIERA I BEN**: Mi grupo opina que el señor Aymerich ha hecho una brillante exposición de un tema que por lo menos tal como lo ha planteado, que lo ha hecho con mucha sensatez, presenta muchas preguntas. EL señor Aymerich ha mantenido en su exposición las siguientes tesis. En primer lugar, dice que se argumenta por parte del Gobierno que se agotan las existencias del medicamento, pero, según el señor Aymerich, parece ser que lo que se agota es el presupuesto, no las existencias y entonces propone que si es un problema de costes seamos capaces de buscar alternativas a dicho problema. Las alternativas son obvias: o bien proveernos de la partida presupuestaria correspondiente, o buscar la manera de que el coste que significa la patente lo podamos solucionar por otra vía. Decía el señor Aymerich que de nos ser así estamos condenando a los pacientes diagnosticados, más a todos aquellos que padecen la enfermedad de enfisema

pulmonar y aún no están diagnosticados, a tener que vivir en un país donde se ha hecho una apuesta por la calidad de la sanidad—en palabras de la señora ministra en su comparecencia de la Comisión—, dando por supuesto que ya no estamos a los niveles de otros países, donde desgraciadamente muchas enfermedades aún no tienen tratamiento, sino que solventada esta primera etapa desde hace años hacemos una apuesta clara por la calidad. No parece que se corresponda muchísimo la apuesta por la calidad en la sanidad, en las prestaciones, con tener un colectivo de enfermos con una enfermedad grave sin poder ser atendidos sencillamente porque no tenemos capacidad de abastecerlos del medicamento que necesitan. A mi me parece que no sería razonable (puesto que hasta este momento en la Comisión se ha visto por el grupo mayoritario, el Grupo Popular, una voluntad de transaccionar las propuestas, aunque sea in voce) que en una propuesta como ésta, que afecta tan directamente a un colectivo (el señor Aymerich lo ha manifestado de manera francamente transaccionable), no llegásemos a un acuerdo. Doy más pistas. De los tres apartados que defiende el señor Aymerich el 3, el de impulsar la investigación con células madre tanto adultas como embrionarias, es obvio y conocido que tantas veces como se ha discutido este tema en la Cámara, en Pleno o en Comisión, el Grupo Popular vota que no. Yo propongo que este punto 3 no sea el obstáculo para poder llegar a acuerdos —yo le solicitaría también al señor Aymerich que se aviniese a ello— en aspectos como el punto 1 y el 2, que es garantizar el abastecimiento del medicamento de la prolantina y, por descontado, elaborar un plan de diagnóstico precoz. De no llegarse a un acuerdo con el grupo que ostenta la mayoría, mi grupo parlamentario anuncia los votos favorables, si el proponente se aviniese, al punto 1 y al punto 2, porque me parece que son indiscutibles, y nos abstendríamos respecto al punto 3.

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

El señor **FIDALGO FRANCISCO**: Yo creo que ha definido perfectamente la problemática el señor Aymerich y las intervenciones sucesivas de los anteriores diputados que han expuesto su opinión, por tanto, no voy a insistir más en los problemas estrictamente sanitarios o incluso técnico-sanitarios relativos al asunto que estamos tratando, es decir, el déficit de alfa-1-antitripsina y la escasez o la falta de previsión del ministerio para dotar suficientemente al sistema sanitario público de suficiente producto, la prolantina, para el tratamiento de esta enfermedad. Mi preocupación también como gallego la comparto absolutamente con el señor Aymerich, dado que por cuestiones probablemente geográficas (es la zona norte, sobre todo en Galicia) es donde la incidencia de esta enfermedad o de este

déficit es alto. Esta preocupación por el tema de la prolantina es una cuestión antigua en el Grupo Socialista, dado que ya en diciembre del año 2001 presentamos una pregunta al propio ministerio sobre las expectativas y las garantías de la prestación farmacéutica a los pacientes que reciben el tratamiento con medicaciones de importación directa. Por cierto, ya en aquel momento nos contestaba el ministerio que estaba garantizada, pero que, no obstante lo anterior, el Ministerio de Sanidad y Consumo había entablado conversaciones con el laboratorio Bayer para garantizar un adecuado suministro del medicamento para aquellos pacientes que se encuentren en tratamiento con él. Esto ocurría en enero de este año. Estamos esperando que lleguen las soluciones a pesar de haber entablado tanta conversación.

La preocupación de mi grupo por la prolantina no queda aquí. Es un tema que nos puede ayudar a introducir una reflexión necesaria en esta Comisión de Sanidad, que es el problema y la preocupación por la cronicidad. Desde mi punto de vista esta reflexión enlaza tres cuestiones fundamentales: la cronicidad, el aumento del coste sanitario y la satisfacción de los derechos individuales en el aspecto sanitario. Nosotros nos sentimos orgullosos del sistema sanitario; creo que todos los que estamos aquí nos repetimos una y cien veces que gastamos poco y lo hacemos bien, lo cual es una muestra de eficiencia, e insisto que es un orgullo para todos. Eso contrasta con una realidad palpable que está surgiendo día a día, y esa realidad se manifiesta, por una parte, por los datos que están dando ya las diversas organizaciones internacionales, como, por ejemplo, el incremento de los índices de mortalidad infantil en España, que es un dato de alarma; y por otro, y lo que me preocupa mucho más, por los diferentes colectivos de enfermos que manifiestan todos los días su problemática y que se sienten insatisfechos por la cobertura y el tratamiento que reciben por parte del sistema público. Insisto en que es una cuestión alarmante que nos debe preocupar.

Estamos hablando en este caso, y sirve de paradigma, de un medicamento con un coste anual altísimo, en torno a los 50.000 euros, y planteamos aquí el problema de la cronicidad, que es una cuestión que está aumentando, lógicamente, porque aumenta la calidad de vida en nuestro país, pero también por los buenos resultados del sistema sanitario público, y que es un problema en el que no estamos ofreciendo las soluciones necesarias. A mi modo de ver, hay tres líneas básicas de solución. Primero, un tratamiento sustitutivo, y aquí enlazo con lo que he dicho anteriormente respecto al coste de 50.000 euros anuales para cada enfermo en un tratamiento sustitutivo, por ejemplo, como el que hemos mencionado. La segunda línea serían los trasplantes, y en este aspecto quiero recordar una vez más la preocupación por que, a pesar de disfrutar de un buen sistema de trasplantes, modélico a nivel mundial, también se están alzando voces de alarma porque no hacemos probablemente lo

suficiente para mantener el nivel del sistema de transplantes, y lo mismo podemos decir del sistema de donaciones, que se enlaza a su vez con la cuestión que estamos comentando. Teniendo en cuenta que la prolantina se obtiene de la donación del plasma y que curiosamente en España estas donaciones son altruistas, a pesar de la normativa que se quiere instaurar de la Unión Europea, me pregunto qué va a ocurrir cuando todas las donaciones sean altruistas si tenemos que seguir adquiriendo determinados hemoderivados, por ejemplo, del que estamos hablando, de países que no obtienen estos hemoderivados de donaciones altruistas, sino a través de donaciones pagadas. ¿Qué va a ocurrir? Recuerdo en este sentido cómo está el mercado de los hemoderivados en España, que es un dato también preocupante: el 20 por ciento, por ejemplo, de la inmunoglobulina normal se adquiere en el extranjero, pero si hablamos de la inmunoglobulina anti-D, es el 80 por ciento, y si hablamos, por ejemplo, del factor 8 de coagulación, el 32 por ciento, lo cual presenta un reto importante para nuestra sanidad en esta cuestión. **(La señora vicepresidenta Fernández de Capel Baños, ocupa la presidencia.)**

La tercera línea de posible solución es la investigación en biotecnología, y también aquí somos deficitarios. Quiero recordar que ocupamos uno de los últimos lugares de Europa en investigación, que dedicamos la mitad del PIB que en la Unión Europea se dedica a investigación y desarrollo y que, para colmo, más del 30 por ciento de la investigación lo dedicamos a programas militares. Por ello, instisto en que la inversión en investigación es insuficiente, especialmente en investigación biotecnológica, que puede ser una solución los problemas de cronicidad y a este tipo de enfermedades, en las que además quiero recordar que cada vez es más frecuente que nos situemos en una posición de investigación para hallar soluciones.

Me preocupa mucho en este planteamiento, como he dicho anteriormente, la ligazón entre el coste sanitario y la solución práctica que estamos dando a estas cuestiones, y creo que es bueno insistir una vez más y dar la voz de alarma en cuanto a nuestra preocupación por los criterios restrictivos que se están utilizando en los diagnósticos. Me pregunto —y me preocupa— si no estamos asistiendo a un bucle perverso en nuestra sanidad: el diagnóstico de enfermos en función de la disponibilidad del tratamiento. Por ello me pregunto si el número de enfermos en España depende del presupuesto que se dedica a sanidad o, lo que es todavía más tremendo y más perverso, si la enfermedad depende del déficit cero.

Sin más, quiero recordar una viñeta que aparece en un diario de tirada nacional y que creo que es el paradigma de lo que estoy comentando. Es de Forges, y se ve en el dibujo un preboste que se dirige a los ciudadanos gusanos y les dice: son ustedes insaciables, conseguimos el déficit cero y nos arrasan el gasto sanitario con el escorbuto. Esto, que es un chiste, sinceramente pienso que puede ser una tragedia en el futuro.

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

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA**: Señora presidenta, señorías, seguramente mi intervención será, después de escuchar las demás con la atención y el respeto que merecen, la menos brillante de todas, pero ciertamente, después de escuchar a todos los portavoces, sería muy interesante que, en vez de aprovechar tangencialmente la presentación de una proposición no de ley por parte de un grupo parlamentario, se introdujeran debates que son muy interesantes —y lo digo sin ningún tipo de ironía ni de doble sentido—, como el que ha presentado el señor Fidalgo referente a la cronicidad de determinadas enfermedades o al costo sanitario o a los tratamientos sustitutivos, porque habría mucho de qué hablar y sería un debate monográfico habida cuenta —y él lo sabe mejor que nadie— de las sucesivas variables conceptuales de la enfermedad crónica, de la cronicidad de las enfermedades o de otros aspectos recurrentes con el concepto mismo de enfermedad. Por tanto, a riesgo de ser menos brillante, me gustaría ser más directo en el sentido de fijar la posición de mi grupo en cuanto a la proposición no de ley que ha presentado el Grupo Mixto a través del Bloque Nacionalista Galego. Se han dicho muchas cosas con las que, evidentemente, por mera cualificación profesional, tenemos que estar de acuerdo muchos de los que aquí estamos, pero me gustaría dar algunos datos que ayudarán seguramente a comprender la posición de mi grupo en alguno de los puntos que el señor portavoz del Bloque Nacionalista Galego ha presentado en su proposición no de ley y que vamos a explicar para que se tengan en cuenta.

Señora presidenta, nosotros queremos hacer constar no ya los datos fundamentales de los aspectos técnicos del medicamento en cuestión, sino que queremos también dejar constancia de algunos otros datos que creo que no se han dicho y que pueden ser de interés de esta Comisión. En el año 1993 se creó el registro español de pacientes con déficit congénito de alfa-1-antitripsina, en el que se establecían unos objetivos: establecer la normativa adaptada en nuestro país sobre el tratamiento y el seguimiento de los pacientes; recoger la información acerca de la evolución funcional, la frecuencia del tratamiento sustitutivo y la posible aparición de efectos adversos o perversos, como diría el señor Fidalgo, con este tratamiento y ofrecer un soporte técnico para ser capaces de determinar algún fenotipo del déficit de prolantina y, si es necesario, del genotipo en aquellos enfermos de los que se sospechara un déficit congénito de alfa-1-antitripsina.

Respecto al registro al que hace mención el portavoz del Bloque Nacionalista Galego en uno de los puntos de la proposición no de ley quisiera decir que en la actualidad es posible acceder al mismo a través de una

página web de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica y que esta información forma parte de otro registro internacional que engloba a varios países. Esta no es una apreciación baladí, señora presidenta, porque enlaza fundamentalmente con un aspecto modular de la proposición no de ley del Bloque Nacionalista Galego. Enlaza con el punto 2, con el que nosotros estamos de acuerdo. Incluso me adelanto a decir que vamos a hacer una enmienda in voce que haríamos llegar a la presidencia sobre ese punto. La elaboración de un plan diagnóstico precoz del déficit de alfa-antitripsina en colaboración con las comunidades autónomas y el ofrecimiento a los médicos de atención primaria de los medios y de la formación adecuada es para cualquier persona con la cabeza bien amueblada, y mucho más si somos profesionales de la sanidad, una obviedad que no admite demostración. Cuando digo obviedad, no interprete S.S. que lo hago en tono peyorativo, sino para remachar lo que es de poca refutación en el punto 2 de la proposición no de ley. Conviene decir en esta Comisión que los criterios de tratamiento sustitutivo que se han mencionado fueron implementados por el registro al que no se ha hecho mención más que en la proposición no de ley, al menos aquí no lo he escuchado, aunque he procurado estar atento a las intervenciones de sus señorías. Los criterios para recibir el tratamiento sustitutivo de esta medicación han sido implementados por el registro siguiendo no normativas provisionales o aleatorias del Ministerio de Sanidad y Consumo, sino normativas internacionales. Siento cansar a SS.SS., pero es necesario señalar que estos criterios eran que se tratara de pacientes con enfisema pulmonar demostrado por funcionalismo compatible —porque los hay—, pacientes mayores de 18 años, pacientes con determinados fenotipos o fenotipos deficientes —por mor de no caer en la pedantería no voy a hacer uso de las siglas técnicas al uso—, no fumadores o ex fumadores durante más de seis meses y que fueran capaces de desplazarse para seguir el tratamiento. Para dejar clara nuestra posición, me gustaría citar otro dato que puede ser complementario de los que las intervenciones de SS.SS. han aportado, relativo al consumo de prolastina en España desde el año 1998 hasta septiembre de 2002, para poner también de manifiesto la preocupación si no de emergencia sanitaria, porque quizá sea un término excesivamente exagerado, sí por la situación de consumo importante de este producto. En el año 1998 se consumieron 7.720 viales, en el año 1999 hay un pico de más de 10.000, cantidad que casi se duplica en 2000, baja a 16.000 en 2001 y hasta septiembre de 2002 —prácticamente ayer— las cifras son de 8.918 viales. Hay algo que el señor portavoz del Bloque Nacionalista Galego no ha citado, aunque sí lo ha hecho el portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, que es el precio del producto. Según nuestro criterio —naturalmente, respetando siempre su opinión—, el factor de competitividad en la adquisición

del producto, no solamente en España sino también en los países de la Unión Europea donde el precio es similar, ha variado, hasta donde nosotros hemos podido recabar la información, entre casi 85 euros en 1998 hasta 121 en el año 2002. Es una evolución de cuatro años.

De la anterior interpretación, señora presidenta, vamos a sentar nuestra posición de que el aumento desde el año 1998 a 2002 no ha sido un factor que haya contribuido a la escasez en España, sino que lo que ha contribuido a ello —lo ha mencionado el señor portavoz del grupo del Bloque Nacionalista Galego— ha sido que sólo hubiera un laboratorio capaz de elaborar el producto en cuestión. El Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Agencia Española del Medicamento, la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, la Sociedad Española de Neumología y la asociación de pacientes afectados por este déficit tantas veces citado, ha venido haciendo —y creo que este es un sentimiento común de los portavoces— un seguimiento exhaustivo y riguroso de la disponibilidad de prolastina para uso en pacientes. Es cierto que la prevalencia de la enfermedad ha aumentado y que precisamos mayores cantidades de producto. Esto no es una excusa ni echar un capotazo como se puede decir en términos taurinos, sino sencillamente decir que es un fenómeno —permítanme la expresión vulgar— globalizado, que afecta a muchos países —ya sé que esto no es consuelo para el nuestro—, es decir, que no es específico de España. Ante esa situación, no estoy de acuerdo con lo que se ha dicho respecto a que el Ministerio de Sanidad está improvisando con ciertas campañas. No estoy de acuerdo, y tan es así, que estamos dispuestos a aceptar in voce uno de los puntos de la proposición no de ley del grupo del Bloque Nacionalista Galego. El Ministerio de Sanidad ante esta situación, y preocupado por las necesidades de nuestros pacientes, insiste en que ha iniciado contactos para que comiencen la producción de prolastina por parte de otros laboratorios que procesan plasma. La elaboración ya ha sido prolijamente destacada aquí, por lo que no insistiré en la manera en que se fabrica.

En síntesis, señora presidenta, señorías, creemos que hemos asentado nuestra posición dejando clara la sensibilidad tanto del Ministerio como del Grupo Parlamentario Popular en cuanto a la teoría general respecto a estas patologías, los pacientes y su tratamiento. Por eso presentamos in voce un texto alternativo que haremos llegar ahora mismo a la presidencia. Esperamos que el Bloque Nacionalista Galego tenga en cuenta lo que hemos dicho y que sirva de elemento de consenso para el resto de la Cámara. El texto dice así: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a elaborar un plan de diagnóstico precoz del déficit de alfa-antitripsina, en colaboración con las comunidades autónomas, ofreciendo a los médicos de atención primaria la formación y los medios adecuados, lo que implica un plan

riguroso y su correspondiente dotación, con lo cual los aspectos formativos y preventivos que también subyacen en la exposición del señor portavoz quedan recogidos. Creemos que este era un elemento de consenso importante para no quebrar la iniciativa que hasta ahora ha desarrollado la Comisión.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Fernández-Capel Baños): Señor Gutiérrez Molina, tenga la bondad de acercar a la Mesa el texto de su enmienda por su fuese sugerente de aprobación por parte del ponente, señor Aymerich. **(El señor Aymerich Cano pide la palabra.)**

Señor Aymerich.

El señor **AYMERICH CANO**: Quisiera señalar que no hay que acercar la enmienda a la Mesa. Bastaría con eliminar el punto 1 y 3, y la proposición no de ley quedaría reducida al punto 2.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Fernández-Capel Baños): ¿Entendemos, entonces, que la acepta?

El señor **AYMERICH CANO**: Sí, la acepto y quiero dar una breve explicación de por qué lo hago para que conste en el “Diario de Sesiones”. Si es cierto —y no tengo por qué desconfiar de la palabra del portavoz del Grupo Popular— que el Ministerio está realizando gestiones para que otros laboratorios distintos del que Bayer posee en Estados Unidos fabrique prolastina, es intención de este grupo darle un margen de confianza y un tiempo razonable, que se cuente no por años sino por semanas o meses, para ver si la situación actual, que, como digo, es de desabastecimiento, se soluciona, en el bienentendido también de que si no se soluciona, habrá que volver a insistir e instar al Gobierno a resolver este gravísimo problema de salud.

— **RELATIVA A LA INCLUSIÓN DE LA VACUNA CONJUGADA ANTINEUMOCÓCICA HEPTAVALENTE EN EL CALENDARIO DE VACUNACIONES Y EN EL CATÁLOGO DE PRESTACIONES FARMACÉUTICAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO MIXTO. (Número de expediente 161/001587.)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Fernández-Capel Baños): Pasamos a la siguiente proposición no de ley, relativa a la inclusión de la vacuna conjugada antineumocócica heptavalente en el calendario de vacunaciones y en el catálogo de prestaciones farmacéuticas de la Seguridad Social.

Para su defensa tiene la palabra el señor Aymerich.

El señor **AYMERICH CANO**: El título de esta proposición no de ley de vacuna conjugada antineumocócica heptavalente puede parecer para aquellos que,

como yo mismo, somos legos en materia sanitaria, menos como usuarios, que estamos hablando de una cuestión poco relevante o de una cuestión simplemente limitada a especialistas. Pero nada más lejos de la verdad. Estamos hablando de las vacunas que los pediatras aconsejan a los padres que tienen un hijo y van a un centro de salud para prevenir una enfermedad que en este momento es una de las primeras causas de morbilidad y de mortalidad infantil en todo el mundo, en especial en el mundo en vías de desarrollo, pero también en el Estado español, como son las enfermedades neumocócicas, en especial la meningitis.

Yo creo que aquí estamos ante una muestra más del camino emprendido por el Partido Popular respecto a la sanidad pública, un camino para su financiación. El ejemplo de la anterior legislatura lo dio el famoso medicamentazo del señor Romay, y después hubo anuncios de copago, realizados por la anterior ministra de Sanidad, la señora Villalobos, y ante situaciones como las que motivan esta proposición no de ley, tendremos que pensar que, si bien no se aprobó oficialmente esa iniciativa del copago, sí se está aplicando en la práctica, porque no es otra cosa que copago lo que se está haciendo con esta vacuna.

En la actualidad, la vacuna incluida en el catálogo de prestaciones de la Seguridad Social y en el calendario vacunal es la denominada vacuna antineumocócica 23valente, pero según la literatura científica esta es una solución poco inmunógena en niños menores de dos años. Podríamos citar un trabajo bien reciente, recogido en los *Anales de pediatría* editados por la Sociedad Española de Pediatría, de un médico de la sección de infecciosos del Hospital Infantil Universitario Miguel Servet de Zaragoza, sobre el impacto de neumonización frente a las enfermedades invasoras por neumococo, vacuna antineumocócica conjugada. En este trabajo se dice que, frente a la poca eficacia de la solución que ahora ofrece el sistema estatal de salud, hay otra, que es esta vacuna conjugada antineumocócica heptavalente, que para los niños menores de dos años parece ser segura, inmunógena y eficaz. Ha demostrado una eficacia del 97,4 por ciento frente a la enfermedad invasora, una eficacia del 73,1 por ciento frente a la neumonía con imagen de consolidación en radiografía de tórax, y también, de acuerdo con los trabajos científicos y con las experiencias de que se dispone en este momento, ha producido una significativa reducción de los niños portadores nasofaríngeos de neumococos. Así las cosas, no es de extrañar que la Asociación Española de Pediatría recomiende a los asociados aconsejar y recetar individualmente esta vacuna antineumocócica conjugada heptavalente frente a la 23valente, que es la recogida en el catálogo de prestaciones de la Seguridad Social, o que países como Estados Unidos, desde enero del año 2001, o Francia, desde enero de 2002, hayan incluido esta vacuna en su calendario vacunal.

¿Cuál es la situación en este momento? Que, cuando esas familias llevan a su hijo al pediatra, el pediatra de un

centro de salud público este les dice: Tienen ustedes esta vacuna, que es la que ofrece la Seguridad Social y que les sale a un precio módico, pero yo les aconsejo que, dado que ésta no es demasiado eficaz, le pongan a su hijo esta otra. ¿Cuál es el problema? Que esta otra no está cubierta por la Seguridad Social y por ella tendrán que pagar casi 50.000 pesetas, a razón de más de 15.000 pesetas por cada una de las tres tomas. Esta es la situación que están viviendo muchas familias, en especial las que tienen pocos medios económicos, salvo que se opte por la vía Trillo de acceso a las vacunas para la meningitis —ya recordarán: coger el coche oficial del Congreso cuando era presidente de la Cámara y rápidamente, en caso de supuesto de escasez de esta vacuna, garantizar estas vacunas para sus hijos, que es una situación de emergencia explicable pero que no es lógicamente generalizable— Las indicaciones de esta vacuna antineumocócica heptavalente, son, entre otras, para niños menores de veinticuatro meses, niños mayores de veinticuatro meses que tengan determinados problemas, infección por VIH e inmunodeficiencias, hemoglobinopatías, astenia congénita o adquirida, enfermedades crónicas, y se indica también para niños mayores de veinticuatro meses que acuden a guarderías o que están en condiciones sociales desfavorables, es decir, curiosamente, en estas condiciones sociales desfavorables es en las que los padres habrán de pagar las 50.000 pesetas que vale la vacuna.

Como el Bloque Nacionalista Galego no se resigna a un sistema sanitario público subfinanciado, que abandone la lógica de la universalidad por la de la beneficiencia, que parece ser el camino por el que en este momento se nos quiere llevar, proponemos dos cosas. En primer lugar, incluir la vacuna conjugada antineumocócica heptavalente entre las prestaciones farmacéuticas de la Seguridad Social y en el calendario vacunal antes del 31 de diciembre de 2002, como han hecho otros países europeos y otros países a los que en otras cuestiones menos aconsejables el Gobierno parece seguir a pies juntillas. Y en segundo lugar, adoptar las medidas precisas, una vez se incluya esta vacuna en el calendario vacunal y en el catálogo de prestaciones farmacéuticas de la Seguridad Social, para compensar a los padres que, atendiendo a la recomendación de su pediatra en centros de salud pública, hayan suministrado a sus hijos la vacuna conjugada antineumocócica heptavalente antes de su inclusión en el catálogo de prestaciones farmacéuticas de la Seguridad Social. Nos parece una reclamación que no sólo tiene importantes fundamentos técnicos y de salud pública, sino que también es de justicia.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Fernández de Capel Baños): Por el Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV) tiene la palabra la señora Uría.

La señora **URÍA ETXEBARRÍA**: Pese a la simpatía con la que mi formación política ve cuantas iniciati-

vas provienen del Bloque Nacionalista Galego, es evidente que hay que analizar sus contenidos, y, siendo lego como yo soy —lo mío es el derecho—, en cuestiones médicas, me he asesorado donde he tenido ocasión de hacerlo, y debo manifestar que nuestra postura a esta iniciativa deberá ser negativa ya que, consultado el Comité asesor de vacunación de Euskadi, me dicen que no se considera oportuna la inclusión de la vacuna antineumocócica conjugada en el calendario de vacunaciones sistemáticas infantiles por razones que consideran tanto de índole epidemiológico como de ficha técnica, como de costo-efectividad de la vacuna. Así es en efecto. Se me dice que es un fármaco que está en este momento muy en entredicho, en fase de experimentación, que ha suscitado las primeras alegrías iniciales, como suele pasar con este tipo de fármacos, pero que no se consideran en este momento demasiado optimistas, o no buenos en todo caso, los resultados. El Comité en efecto dice que, tras analizar la información disponible sobre la enfermedad y la vacuna y a la espera de disponer de información más completa sobre coste-efectividad, y considerando además otros interrogantes derivados de la existencia de posibles interferencias en la ecología microbiana del neumococo, y en tanto no se resuelvan los problemas de incompatibilidad de ficha técnica, consideran no prudente extender o generalizar el uso de esta vacuna. No recomiendan, por tanto, la vacunación sistemática, sí por supuesto respecto de aquellas que se consideren factores de riesgo, y en estos casos nos apuntamos a la teoría manifestada por el representante del Bloque Nacionalista Galego, no desde el punto de vista de la beneficiencia sino desde la consideración de un sistema sanitario público global y sensato como es el que nosotros sostenemos.

Si yo perteneciera al Grupo Popular en el Parlamento vasco, diría que sí, sin ninguna duda, a esta iniciativa, puesto que no saben ustedes, señorías, la de cosas que los representantes del Partido Popular votan en Euskadi que aquí, desde luego, no votan ni por asomo. Sin embargo, mi formación política y yo solemos movernos dentro de los parámetros de la sensatez y, recabada opinión respecto de quienes considero expertos, creo mi obligación ética sostener en esta Cámara lo que se ha considerado como bueno en el ámbito de la comunidad vasca. Por tanto, de momento estamos en condiciones de decir que nos oponemos a la generalización de esta vacuna.

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

El señor **AROLA BLANQUET**: Nosotros también defendemos un sistema nacional de salud público y hacemos nuestras las declaraciones que reiteradamente se hacen en esta Comisión al respecto, pero hoy tenemos que hablar de una propuesta concreta, la que ha

defendido el señor Aymerich, y salvo que el Grupo Popular nos dé la sorpresa de enmiendas in voce —no hay dos sin tres y más en estos tiempos de tanta preocupación por los estudios y programas y por la calidad en que parece haber entrado recientemente el Ministerio de Sanidad; otra cosa es lo de los presupuestos—, adelanto que nuestra posición será de abstención, por las siguientes razones, primero, porque hay un anuncio sobre un nuevo calendario vacunal realizado por la señora ministra en su comparecencia. Obviamente, ese nuevo calendario vacunal requerirá de una característica como es el acuerdo de las comunidades autónomas. Lógicamente, el foro nos parece que debería ser el consejo interterritorial, con todos los soportes técnicos y decisiones políticas que ello conlleva. Además, si se introducen nuevas prestaciones en el catálogo de prestaciones sanitarias de la Seguridad Social, tendrá que haber un respaldo presupuestario, en esta y en cualquier otra que se pueda producir en el futuro. Por tanto, habiendo un anuncio nosotros creemos que es en ese marco del consejo interterritorial en el que se debe debatir ese nuevo calendario vacunal propuesto. Además, compartimos las dudas sobre los estudios de coste-efectividad presentes en el mundo científico sobre este medicamento. Hay dudas razonables, se han citado y no insistiré más en ello. Otro elemento que nos lleva a la reflexión, y en este caso a la abstención, es el segundo punto de la proposición no de ley, que sentaría el siguiente precedente. A partir de la aceptación por parte de la autoridad correspondiente de una nueva prestación de la Seguridad Social ¿se abren efectos retroactivos para aquellas personas que habiendo necesitado de esta prestación en un momento determinado no la han recibido y han tenido que pagar ellos? Es decir, el carácter retroactivo de esta nos parece que debería ser ampliable, por un mínimo principio de igualdad, a las nuevas prestaciones que se fueran introduciendo y nos conduciría a un horizonte económico presupuestario que, dicho de forma abreviada, sería como abrir la caja de Pandora de los presupuestos. Por todos estos razonamientos, y a la espera de lo que puedan decir otros grupos, nosotros, por responsabilidad, nos abstendremos, a pesar de que, como digo, compartimos los deseos expresados por el señor Aymerich en lo referente al conjunto del Servicio Nacional de Salud y, por supuesto, a las prestaciones del mismo.

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

El señor **REVUELTA MÉNDEZ**: Señorías, el Comité de Especialidades Farmacéuticas de la Agencia Europea para la Evaluación de Medicamentos aprobó la autorización de comercialización de la vacuna Prevenar en febrero de 2001 con la siguiente indicación: Inmunización activa contra las enfermedades invasivas,

incluyendo bacteriemia, sepsis, meningitis y neumonía bacteriana, causadas por los serotipos 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F y 23F de *Streptococcus pneumoniae* en niños de 2 meses hasta dos años de edad. El empleo de esta vacuna debe ser determinado en base a las recomendaciones oficiales, teniendo en cuenta la variabilidad epidemiológica de los serotipos y el impacto de la enfermedad en las diferentes áreas geográficas.

La Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública, siguiendo estas recomendaciones, en marzo de 2001 estableció un grupo de trabajo formado por expertos de la Dirección General de Farmacia, Subdirección General de Asistencia y Prestación Farmacéutica; del Instituto de Salud Carlos III, Centro Nacional de Epidemiología y Centro Nacional de Microbiología; de la Agencia Española del Medicamento y de la propia subdirección general, al objeto de estudiar la vacuna antineumocócica conjugada y establecer las recomendaciones pertinentes desde la salud pública para España. El grupo revisó los puntos más relevantes de la enfermedad neumocócica, tales como agente etiológico, mecanismo de transmisión, cuadro clínico, resistencias, epidemiología en España y situación comparativa con otros países; vacunas clásicas, conjugadas y serotipos, alcanzando finalmente las siguientes conclusiones.

Esta vacuna está indicada para la inmunización activa frente a la enfermedad invasora (bacteriemia, sepsis, meningitis y neumonía bacteriémica), siempre que esté causada por alguno de los siete serotipos incluidos en la misma. No está indicada para la prevención de la otitis media. En la Unión Europea sólo está autorizada para su utilización en menores de dos años (entre 2 y 24 meses). La variabilidad epidemiológica de los serotipos y el impacto de la enfermedad detectado en los distintos países de la Unión Europea son tan significativos que el empleo de la vacuna debe determinarse de acuerdo con las recomendaciones oficiales. En estos momentos, los datos epidemiológicos existentes de enfermedad neumocócica en España no indican la necesidad de incluir la vacuna en el calendario español. Debe asegurarse la compatibilidad con el resto de vacunas incluidas en el calendario actual. A este respecto, cabe destacar que en estudios clínicos realizados se ha observado una disminución de la respuesta de la vacuna de la tos ferina. Por último, no se dispone de datos sobre administración concomitante con vacuna meningocócica conjugada, de reciente inclusión en el calendario vacunal.

El 12 de junio de 2001 estas conclusiones fueron presentadas y debatidas en el seno de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, estableciendo las siguientes recomendaciones. Siguiendo las propuestas de la Comisión de Salud Pública se han establecido dos estudios prospectivos: uno que analiza la incidencia de la enfermedad invasora neumocócica hospitalaria y otro que ana-

liza la incidencia extrahospitalaria. Las muestras de diagnóstico de caso de enfermedad invasora se analizarán a fin de determinar los serotipos circulantes en nuestro país y el porcentaje de casos atribuible a los serotipos incluidos en la vacuna. Según el informe anual de European Surveillance of Pneumococcal Serotypes, la variabilidad en diez países europeos oscila entre el 86 por ciento en Inglaterra y el 27 por ciento en Eslovaquia. En España el 68 por ciento de los casos en menores de cinco años son atribuibles a los serotipos incluidos en la vacuna. Una vez concluidos estos estudios se presentarán en la Comisión de Salud Pública para establecer la nueva estrategia a seguir.

Tenemos que considerar que a pesar de que la vacuna está autorizada por procedimiento centralizado en todo el territorio de la Unión Europea, por el momento no se ha incluido en el calendario vacunal de ninguno de los 15 países comunitarios. En el supuesto de que Francia comience a administrarla, es de resaltar el hecho de que en el calendario francés no está incluida la vacuna frente a la meningitis C, por lo que su situación no es superponible a la española.

La Asociación Española de Pediatría ha sido informada de todos estos extremos por la Dirección General de Salud Pública, llamándonos la atención que recomienda el uso de la vacuna en niños mayores de dos años y en otitis media, cuando estas recomendaciones no constan en el resumen de las características del producto autorizadas por la Agencia Europea para la Evaluación de Medicamentos. Por otra parte, dada la variabilidad geográfica de los serotipos causantes de enfermedad invasora por neumococo, la Asociación Española de Pediatría —estamos seguros— deberá estar interesada en apoyar la realización de estudios que aporten evidencia sobre la epidemiología de la enfermedad en nuestro país.

Entendemos que en tanto la vacunación antineumocócica conjugada no sea considerada una medida de salud pública, su inclusión en el catálogo de prestaciones de la Seguridad Social no debe ser obligada. Respecto a su inclusión, la Agencia Española del Medicamento autorizó la comercialización en España de la especialidad farmacéutica Prevenir —Polisacáridos Neumocócicos Conjugados—. Se trata de una vacuna neumocócica sacarídica conjugada absorbida cuya indicación terapéutica es la inmunización activa contra las enfermedades invasivas, incluyendo bacteriemia, sepsis, meningitis y neumonía bacterémica, causadas por los serotipos anteriormente dichos y *Streptococcus pneumoniae* en niños desde dos meses hasta dos años de edad.

La especialidad ha obtenido la autorización de comercialización de la Comisión Europea por procedimiento centralizado. De su ficha técnica se señala que el empleo de Prevenir debe ser determinado sobre la base de las recomendaciones oficiales, teniendo en cuenta la variabilidad epidemiológica de los serotipos

y el impacto de la enfermedad en las diferentes áreas geográficas. Debido a estas circunstancias, la Agencia Española del Medicamento ha establecido para esta especialidad las siguientes condiciones de prescripción: con receta médica y cupón precinto diferenciado. La responsabilidad que tienen los servicios de salud de proporcionar una asistencia farmacéutica eficiente y de calidad hicieron necesario introducir mecanismos de control que aseguren un uso racional del producto mediante la supervisión de la prescripción dentro del sistema sanitario. Con ello se garantiza además la eficiencia de los recursos utilizados.

Por todo lo anteriormente expuesto, la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, al amparo de las facultades otorgadas por el Real Decreto 1450/2000, de 28 de julio, ha establecido para la especialidad farmacéutica Prevenir las siguientes condiciones a efectos de prescripción y dispensación para su financiación en el ámbito del Sistema Nacional de Salud. En primer lugar, su uso se restringirá a los siguientes grupos de riesgo: niños inmunocompetentes con riesgo de enfermedad neumocócica o sus complicaciones debido a enfermedades crónicas cardiovasculares o respiratorias, diabetes mellitus o pérdida de líquido cefalorraquídeo; niños inmunocomprometidos con riesgo de enfermedad neumocócica o sus complicaciones debido a asplenia anatómica o funcional, enfermedad de Hodgkin, leucemia, linfoma, insuficiencia renal, síndrome nefrótico, anemia falciforme o trasplante de órganos; niños con infección por VIH, tanto sintomáticos como asintomáticos y aquellas situaciones que determinen las autoridades sanitarias. En segundo lugar, se establece un visado de inspección previo a su dispensación con cargo al Sistema Nacional de Salud. En tercer lugar, la especialidad irá provista de un cupón precinto diferenciado. Por tanto, la referida especialidad farmacéutica se encuentra ya incluida en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud, si bien bajo las condiciones anteriormente expuestas a efectos de prescripción y dispensación para su financiación en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, especificando que en este ámbito su prescripción y uso se restringirá a los grupos de riesgo recomendados e incluyendo adicionalmente aquellas situaciones que determinen las autoridades sanitarias.

Para finalizar, señoría, quisiera hacerle notar que en su iniciativa habla usted de un calendario vacunal cuando por desgracia coexisten todavía en España diferentes calendarios vacunales en cada una de las comunidades autónomas. En numerosas ocasiones se quejan desde su formación política de que las iniciativas del Gobierno invaden competencias autonómicas. Nos alegramos de que al menos en este punto y a tenor de su propuesta, parezcan considerar que es absolutamente necesario consensuar un calendario vacunal único aplicable en todo el territorio nacional, ya que al menos en nuestra opinión no existen criterios epidemiológicos,

sanitarios o socioeconómicos que justifiquen la desorientación y las molestias originadas por esta coexistencia de tan variadas particularidades autonómicas. En este sentido, la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial prepara ya un protocolo de actuación para que las nuevas vacunas se aprueben por unanimidad y vayan acompañadas de los mecanismos de financiación adecuados. Señoría, respecto a sus afirmaciones, no existe por parte del ministerio en este tema ninguna intención de copago, sino de sentar claramente las indicaciones vacunales conforme a los criterios científicos demostrados. Este Gobierno no lleva a la sanidad por el camino de la beneficencia —más bien todo lo contrario—, sino por el de la seguridad y la universalidad de la misma. Por todo lo anteriormente expuesto, señorías, entendemos que de momento, para su financiación en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, su prescripción y uso debe restringirse a los anteriormente citados grupos de riesgo recomendados, sin perjuicio de que, a la vista de los estudios epidemiológicos que se efectúen, puedan determinarse nuevos grupos de riesgo para los que sea necesario el uso de esta vacuna y que en todo caso tendrán que ser comunicados por la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.

Como ve, coincidimos con lo expuesto por otros grupos parlamentarios y simplemente quisiera hacer una pequeña reflexión sobre algunas de las palabras que ha pronunciado la portavoz del Grupo Parlamentario Vasco, en el sentido de que, respecto a la coherencia o incoherencia de las propuestas que se realizan en la Cámara vasca, no seré yo quien entre a debatirlo, sino que es todo el pueblo español el que está ya valorando esas coherencias.

— **SOBRE CREACIÓN DE UN REGISTRO CENTRAL DE PÓLIZAS DE SEGUROS DE VIDA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/001637.)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Fernández de Capel Baños): Proposición no de ley sobre creación de un registro central de pólizas de seguros de vida. Para su defensa, tiene la palabra el señor Pedret.

El señor **PEDRET I GRENZNER**: En primer lugar, no puedo dejar de manifestar mi satisfacción por el hecho de hablar por primera vez en esta Comisión después de trabajar durante muchos años en la casa. Alguna vez tenía que llegar el momento de que pudiera hablar en la Comisión de Sanidad y Consumo y por tanto voy a aburrir a SS.SS. con mi discurso.

La cuestión que estamos tratando no puede calificarse como algo baladí, sino que se trata de una cuestión que tiene gran trascendencia social, así como una clara importancia económica. Es cierto que afecta a diversos

aspectos de la gobernación de este país, pero nos ha tocado discutirla en este sede parlamentaria y aquí lo vamos a hacer, de acuerdo con la calificación de los órganos de la Cámara. El día 9 de octubre de 2002, es decir, la semana pasada, en el Pleno del Senado se debatió una interpelación del senador Ramón Espasa, perteneciente al Grupo Entesa Catalana de Progrés, relacionada con este tema. Pues bien, con motivo de aquella interpelación llegamos a conocer por boca del vicepresidente segundo del Gobierno y ministro de Economía que en el año 2001 se había producido en el aspecto de las pólizas de seguros de vida la importante cifra de 21.000 millones de euros, 15.500.000 pólizas, de las cuales un 60 por ciento corresponde a pólizas de cobertura por fallecimiento, un 20 por ciento a seguros de jubilación y otro 20 por ciento a seguros mixtos, todo ello representaba un incremento del 11 por ciento sobre las cifras referentes al año 2000. Señorías, esto implica que el ahorro canalizado a través de este tipo de pólizas de seguros va a suponer 90.000 millones de euros en el año 2001, con un incremento del 15 por ciento respecto al año 2000. Para completar el panorama de la importancia del tema que tratamos, convendría decir que la mitad del total de las primas devengadas en todo el sector de seguros corresponde al ramo de vida. Así pues, no se trata de una cuestión menor, sino que es importante, existiendo en nuestro ordenamiento un vacío legal a mi entender claro que afecta a los derechos de los beneficiarios.

El artículo 23 de la Ley 5/1980, del Seguro, establece un plazo de prescripción relativamente breve, de cinco años —puede discutirse la calificación de la brevedad—, y lo cierto es que ni en el conjunto de dicha ley ni en la otra normativa aplicable al respecto encontramos un sistema eficiente de información al posible beneficiario. Desde luego, existen sistemas de información al tomador, los cuales no siempre se cumplen —se cumplen en unos porcentajes razonables por parte de las compañías de seguros, pero no en su totalidad—, y además no llegan a proteger este derecho a la información del beneficiario para poder hacer efectivo su derecho a las percepciones económicas correspondientes cuando se produce el hecho asegurado que nosotros pretendemos introducir. Señorías, no se trata sólo del aspecto de las pólizas de seguros de vida contratadas como tal. En nuestro tráfico diario muchas veces nos encontramos con seguros de vida cuya existencia incluso el propio tomador no llega a conocer fehacientemente, desde luego no el beneficiario. En algunos de ellos el problema no se plantea, como por ejemplo en los seguros de vida asociados a los préstamos hipotecarios, a los contratos de *leasing*, a ciertos arrendamientos, en que el beneficiario es el propio tomador del seguro y por tanto no es un tema que nos afecte en cuanto consumidores, pero en el caso de las tarjetas de crédito, de los viajes organizados o de los viajes contratados con medios de pago a través de tarjeta de crédito el posible

beneficiario, en cualquier caso el tomador del seguro, no tiene la conciencia de haber contraído una póliza de seguro de vida.

Frente a esta situación de desprotección real del beneficiario, se alza nuestra modesta proposición no de ley, que pretende que en un futuro cercano se dicten por parte del Gobierno las normas reglamentarias necesarias para el establecimiento de un registro unificado, único, de seguros de vida, con algunas precauciones importantes que creo que es necesario resaltar en esta intervención. En primer lugar, el registro sólo puede ser accesible una vez se haya producido el hecho asegurado, es decir después del fallecimiento del asegurado. Esto es importante para el mantenimiento del derecho a la intimidad del tomador. Por otra parte, el contenido del seguro accesible a las personas con interés legítimo debe ser única y exclusivamente el de su condición de beneficiario o la condición de beneficiario de persona o personas bajo su guarda legal, su tutela o su patria potestad, no por tanto el conocimiento de si hay o no hay otros beneficiarios o cuáles sean ellos; sólo en lo referente a la cuestión que les atañe personalmente.

Entendemos, señorías, que en nuestro ordenamiento ya existen precedentes de registros con una función similar, uno, conocidísimo por todos ustedes, antiguo y probado, es el registro de actos de última voluntad, y otro, más moderno, es el establecido en el Real Decreto 7/2001, de 12 de enero, por el que se aprueba el reglamento sobre responsabilidad civil y seguro de la circulación de vehículos de motor, que establece tal registro unificado. Por tanto ya tenemos el precedente de la posibilidad legal y fáctica, por las tecnologías actualmente existentes, de un registro de estas características. Ello supondría un beneficio claro para el conjunto de los consumidores, en cuanto obviaría, como ocurre ahora con el registro de actos de última voluntad, la necesidad de averiguaciones penosas, complicadas y a veces prácticamente imposibles respecto a posibles pólizas de seguro de vida de las que alguien pudiera ser beneficiario a partir de la muerte de una determinada persona próxima al supuesto beneficiario. Este es un valor importante, pero entendemos que puede haber ciertos problemas técnicos. Por ello, en una transacción que ofrecemos a la enmienda formulada por el Grupo Popular y que vamos a pasar a la Mesa de la Comisión, establecemos una modificación en nuestra proposición no de ley, en el sentido de instaurar un plazo razonable de seis meses para que se lleve a efecto el dictado de las oportunas normas reglamentarias, y añadimos lo que entendemos que es la esencia de la enmienda de sustitución formulada por el Grupo Popular, que es llevar al extremo todas las precauciones de defensa de la intimidad y de los derechos de las personas. Así, añadiríamos al final de nuestro texto un nuevo párrafo que diría: Tal registro debe de conjugar el derecho a la información de los beneficiarios con el derecho a la

intimidad de los tomadores, en el marco de la normativa sobre protección de datos de carácter personal y de la neutralidad entre los diferentes instrumentos canalizadores de ahorro. No nos duelen prendas al reconocer que todo ello es aportación directa de la enmienda formulada por el Grupo Popular, cuyo sentido garantista respecto al derecho a la intimidad de los ciudadanos nos parece perfectamente aceptable, por lo que lo asumimos en la transacción que realizamos.

No sucede lo mismo con la pretensión de la enmienda del Grupo Popular de que el plazo de seis meses sea para establecer estudios sobre la posible viabilidad de la creación del registro, porque esto sería constreñir al Gobierno a algo que ya está haciendo, si hemos de creer que es cierto, como debe serlo, lo que dijo el señor Rato Figaredo el día 9 de octubre de 2002 en el Senado sobre que el Gobierno estaba ya estudiando las posibilidades de establecer el registro. Como nos parece casi de mala educación instar a alguien a que haga lo que dice que está haciendo, le instamos a que dicte las normas reglamentarias. Con un convencimiento basado en el absoluto optimismo político, esperamos obtener los votos favorables del conjunto de la Comisión, puesto que el día 10 de octubre, en la Comisión de Justicia del Parlamento de Cataluña, todos los grupos, incluida en este caso la minoría del Grupo Popular, votaron favorablemente una resolución de dicho Parlamento en el mismo sentido.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Fernández de Capel Baños): Por el Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV), tiene la palabra la señora Uría.

La señora **URÍA ETXEBARRÍA**: Mi formación política está absolutamente de acuerdo con la motivación de la iniciativa que tan brillante y extensamente ha defendido el señor Pedret, pero antes he manifestado que mi formación es jurídica y no deja de sorprenderme que desde los partidos de ámbito estatal, cuando hay que adoptar una decisión sobre una determinada cuestión siempre se arregla con el interés de centralización de determinadas cuestiones, porque, señorías, hay que moverse dentro de los títulos competenciales y del reparto competencial que la Constitución consagra. Si en este caso estamos hablando de un título que beneficia a los consumidores y a los ciudadanos en general, nos estaríamos refiriendo al título consumo, y a ello me lleva el dato de que este punto se haya incluido en el orden del día de esta Comisión, que es de Sanidad y Consumo. Por tanto, no hay título competencial que habilite al Estado para la creación de un registro de esta índole, porque como todos ustedes conocen es un título íntegramente asumido por las comunidades autónomas. Me podrían decir que estamos hablando de bases de la ordenación del seguro, del 149.1.11, pero me parecería excesivo, y, desde luego, en esta materia de seguros, considerar que esto es básico sería un desbordamiento

de lo establecido tanto en la propia Constitución como en la asunción competencial por parte de los estatutos, como en la jurisprudencia constitucional vertida al respecto.

Los dos ejemplos de registros centrales que ha puesto el señor Pedret efectivamente existen, pero el registro de últimas voluntades se basa en un título competencial, el civil, 149.1.8, que corresponde íntegramente al Estado, y el que existe respecto de las pólizas de seguro en materia de tráfico se basa en el título competencial 149.1.21, que establece que corresponde al Estado la legislación sobre tráfico y seguridad vial. ¿Sobre la base de qué título competencial que le correspondiese al Estado íbamos a habilitar un registro de esta índole? Una vez más nos encontramos con la pretensión de que algo útil se hace mejor desde instancias centrales. Nos parece interesante que exista un registro de este estilo, pero tendría que hacerse sobre la base de títulos competenciales ya descentralizados. Los registros tendrían que ser de comunidad autónoma y todos ellos deberían suministrar la información a ese posible registro central, pero la base tendría que ser de comunidad autónoma, alimentando luego un registro central que no digo que no sea útil que exista. Lo que me sorprende es qué competencia se dice que se ejercita cuando se pretende que desde el Gobierno del Estado se regule un registro de esta índole. Siendo muy buena la motivación, siendo muy necesario que esto exista, habría que buscar qué herramientas se pueden arbitrar dentro del ordenamiento y del respeto constitucional y estatutario para que fuera posible. Hoy por hoy, tal como se plantea, si no se me aclara de qué competencia estamos hablando o de qué título tiramos —como solemos decir en lenguaje coloquial— y si estamos hablando de que se permite al Estado dictar por medio de reglamento lo que se supone que será una base de ordenación del seguro, mi formación política no está dispuesta a aceptar la propuesta y votará en contra de la misma.

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

La señora **RIERA I BEN**: El señor Pedret, del Grupo Socialista, ha presentado una proposición no de ley, que en resumen pretende defender los intereses de aquellas personas que pudiendo ser beneficiarios de una póliza de vida, ven mermados sus derechos por el desconocimiento del derecho contractual que tienen, yendo a parar el capital estipulado en el contrato para los beneficiarios, al cabo de cinco años, que es cuando prescribe, a las arcas del Estado. Señor Pedret, mi grupo comparte y entiende la inquietud que usted manifiesta en esta proposición. Esta circunstancia se da en la banca mucho más que en seguros de vida. Usted sabe que si fallece el titular de una libreta de ahorro que está

simplemente a su nombre, sin ningún otro beneficiario, y esto no ha podido arreglarse previamente con la entidad bancaria correspondiente, el dinero va a Hacienda. La primera duda que mi grupo tiene es por qué plantear una situación, que puede darse y que es real, solamente con relación a las compañías de seguros, cuando estoy profundamente convencida de que se dan muchos más casos de estas situaciones respecto a la banca. Simplemente dejo caer la pregunta: si estamos hablando de proteger los derechos por qué solamente respecto a los seguros.

Punto número dos. La solución que se contempla en la proposición no de ley, es un registro centralizado. El señor Pedret dice —no tengo por qué dudarlo simplemente lo desconozco— que en el Parlament de Catalunya ya se aprobó; yo sólo tenía constancia de que en el Parlament de Catalunya se presentó, no de que se hubiese aprobado. Aunque se hubiese aprobado señor Pedret, a nivel personal me va a permitir que piense, y así lo manifieste, que el registro centralizado no soluciona el problema. Además incluso en el caso de pólizas de vida atenta directamente contra una parte importante de los escritos de muchas pólizas de vida, que es una relación contractual entre el contratante de la póliza, el asegurado, y los posibles beneficiarios. La única manera equitativa que responda a los objetivos de un contrato de seguro de vida y garantista de que se respeten los derechos es que el contratante de una póliza de vida deje muy claro a los beneficiarios que son beneficiarios de unos derechos cuando se produzca el deceso que desecandena los derechos. Me parecería más lógico, puestos a instar, que hubiese la obligación legal de que cuando uno contrata una póliza de vida se comprometiese a notificar a los beneficiarios el derecho que tienen y que esto figurase en el contrato, de tal manera que fuese la propia compañía la que tuviese la obligación de notificar a los derechohabientes el objeto de su beneficio, la cantidad o el monto que deben percibir, y no que intentemos solucionar esta situación a través del registro, entre otras cosas porque un registro, aunque fuese con garantías proteccionistas, sería accesible a la Administración tributaria.

Usted sabe que entrar en una dinámica de registro, centralizado o no, aunque fuese un registro a nivel de comunidad autónoma, supondría entrar también en unas cuestiones que no están tan claras en la proposición. En una póliza de vida se deja bien claro que el único beneficiario, el único que puede percibir una indemnización es la persona que está designada en la póliza, pero si existen terceros que se consideran perjudicados y que están en situación de tener algún derecho sobre bienes no percibidos o sobre posibles deudas del que fue asegurado, no está claro que con la proposición no abriésemos también una puerta a que la Administración tributaria entrase en esta base de datos.

Insistiría señor Pedret, en una idea. Se dan algunas veces situaciones en las compañías de seguros en las

pólizas de vida, muchas menos que en la banca, que hay beneficiarios que por desconocimiento se quedan sin percibir sus derechos. En primer lugar, es más lógico buscar una solución a este tema de forma global, o sea implicando a la misma vez a la banca y a las compañías de seguros, para aquellas situaciones que son del mismo tipo y cuando existen unos bienes consolidados de los que los beneficiarios no son conscientes. En segundo lugar, en el caso de las compañías de seguros hay una solución mucho más fácil que la del registro centralizado como es que simplemente exista la obligación de que el contratante y el asegurado notifiquen a los derechohabientes el derecho que al que tienen lugar si se produce el deceso.

Cuando vi esta proposición no de ley que usted presenta, he recabado información, le voy a decir muchas más cosas. He preguntado a varias compañías de seguros, de las que podríamos decir que tienen más cuota de mercado, si tienen constancia, a lo largo de la historia, de que se deje de percibir una indemnización simplemente porque los beneficiarios no eran conscientes del derecho. Son poquísimos los casos, lo habitual es que el que contrata un seguro lo notifique a los beneficiarios. En cambio, sí se da con mucha más frecuencia esta problemática en la banca. Por lo tanto, la posición de mi grupo será la de no aprobar hoy esta propuesta.

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

El señor **BUSTILLO GUTIÉRREZ**: Señorías, intervengo en nombre del Grupo Parlamentario Popular para la defensa de la enmienda presentada por mi grupo a la proposición no de ley del Grupo Parlamentario Socialista relativa a la creación de un registro central de pólizas de vida. Quiero comenzar diciendo que la normativa vigente prevé una serie de preceptos de cara a garantizar la transparencia e información hacia el tomador del seguro en general y, en particular, de los seguros de vida. No voy a hacer una lectura literal de todos los artículos que hacen referencia a esta materia, pero sí me gustaría recordar de forma genérica lo que dicen algunos de estos preceptos al respecto. Por ejemplo, la Ley de Contratos de Seguros del año 1980 ya regulaba el contrato del seguro de vida estableciendo su formalización por escrito mediante la póliza que el asegurador está obligado a entregar al tomador. Por otra parte, la Ley de ordenación y supervisión de los seguros privados, en su capítulo VI, relativo a la protección del asegurado, cuenta con varios artículos específicos sobre este tema. Así, el artículo 60 habla sobre el deber de información al tomador de seguros, el artículo 61 se refiere a los mecanismos de solución de conflictos, el artículo 62 a la protección administrativa y el 63 al defensor del registrado. Finalmente, ha de destacarse que el proyecto de ley de medidas de reforma del siste-

ma financiero también prevé una regulación general para todo el sistema financiero de la protección al cliente.

Señorías, nuestro grupo entiende que la normativa actual cuenta con mecanismos de información adecuados para que pueda tenerse conocimiento y constancia de la existencia de un contrato de seguro de vida, la entidad con la que se suscribe, sus garantías y todas las condiciones económicas restantes. Por ello, opinamos que, más que reforzar tales mecanismos, sería conveniente completar los mismos con medidas tendentes a fomentar la concienciación de los consumidores de seguros sobre la necesidad de que den a conocer a los beneficiarios por ellos designados la existencia del seguro.

Señorías, con independencia de lo anteriormente expuesto, nuestro grupo considera que la iniciativa tiene un indudable interés social y que podría contribuir a mejorar la transparencia y confianza de los consumidores en el sector asegurador. Ahora bien, hay que ser conscientes de que esta iniciativa no es fácil. Será preciso superar, de cara a su creación, configuración y, por supuesto a su puesta en funcionamiento, determinados obstáculos que surgen de manera inevitable, como por ejemplo el conjugar el derecho de información con el respeto al derecho a la intimidad de los tomadores de seguro. Se debe tener en cuenta también el estricto cumplimiento de la normativa sobre protección de datos de carácter personal y evitar que los efectos de esta iniciativa deriven en un tratamiento discriminatorio de los seguros de vida hacia otros productos canalizadores del ahorro. Todas estas circunstancias, según nuestro grupo, cuando menos aconsejan un periodo de estudio y un análisis previo, a fin de valorar la viabilidad de la creación del citado registro único de seguros de vida.

Señorías, por todo lo anteriormente expuesto, mi grupo presenta la siguiente enmienda de sustitución a la iniciativa de referencia, a la que doy lectura: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a analizar en el plazo de seis meses la viabilidad de la creación de un registro único de pólizas de seguros de vida, con especial referencia a la conjugación del derecho a la información de los beneficiarios con el derecho a la intimidad de los tomadores, en el marco de la normativa sobre protección de datos de carácter personal y de la neutralidad entre diferentes instrumentos canalizadores del ahorro.

Nada más.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Fernández de Capel Baños): A efectos de aceptación o no de la enmienda, tiene la palabra el ponente señor Pedret.

El señor **PEDRET I GRENZNER**: Tal como había anunciado ya en mi intervención, porque esta enmienda del Grupo Popular sí había pasado por

Registro y hemos tenido conocimiento esta mañana de ella, no podemos aceptarla y, en consecuencia, retiramos la oferta de transacción que he anunciado en la intervención.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Fernández de Capel Baños): Esta presidencia entiende que la proposición será votada en los términos en que fue presentada, una vez que las dos enmiendas han sido retiradas.

— **SOBRE MEDIDAS URGENTES PARA UNA NUEVA POLÍTICA RELATIVA AL VIH-SIDA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO MIXTO. (Número de expediente 161/001114.)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Fernández de Capel Baños): Punto último del orden del día, sobre medidas urgentes para una nueva política relativa al VIH-sida.

Para su defensa tiene la palabra el señor Aymerich.

El señor **AYMERICH CANO**: En el año 2001, los nuevos casos del virus de inmunodeficiencia humana, sida (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) en el Estado español ascendieron a 2.297. Esto supone más de un cuarto del total de nuevos casos registrados en el conjunto de la Unión Europea. Se trata, por tanto, de una participación en este triste registro muy superior a la que al Estado español le correspondería en función de la población, con este nuevo récord, y a la espera de los datos correspondientes al año 2002, el Estado español ostenta la triste plusmarca europea con 63.000 casos registrados desde el año 1981, seguido de países con más población pero con menos casos de sida, como Francia o Italia.

Frente a estos datos estremecedores, cabe hablar también de la incidencia del sida y de las enfermedades oportunistas a ella asociadas entre la población reclusa en el ámbito penitenciario, incidencia, por cierto, que no deja de aumentar. Recientemente, el Gobierno tuvo que reconocer que más de la mitad de los fallecimientos de reclusos en instituciones penitenciarias obedece al consumo de drogas —habría que ver qué sucede con los programas de intercambio de jeringuillas— y al sida, del que estarían infectados más del 15 por ciento; son datos oficiales, y dado como está el estado de la sanidad penitenciaria seguramente los datos reales son mucho más elevados. Digo que frente a estos datos estremecedores es necesario procurar dos cosas. En primer lugar, medidas que proporcionen una calidad de vida adecuada a los infectados por el VIH-sida, tanto dentro como fuera del Estado español y tanto dentro como fuera de las instituciones penitenciarias; en segundo lugar, medidas que proporcionen una prevención más eficaz que evite el incremento de nuevos casos como ha sucedido el año 2001 y, como todo indica, seguramente podemos esperar también para el año

2002. Por esa razón y sin ánimo exhaustivo, la proposición no de ley que ahora definiendo propone algunas medidas que consideramos que ayudarían a mejorar significativamente la situación de los infectados y a prevenir la extensión de esta enfermedad.

En primer lugar, proponemos la reforma de los criterios de valoración de incapacidad, realizada por el Real Decreto 1971/1999 que, como SS.SS. conocen, ha provocado que muchos enfermos de VIH-sida no sean ahora ya considerados como minusválidos y, por tanto, pierdan las exiguas prestaciones no contributivas que venían recibiendo. No se trata sólo de que al perder la condición de minusválidos, de acuerdo con estas revisiones, pierdan el acceso a estas prestaciones no contributivas de la Seguridad Social, sino que además pierden la posibilidad de acceder gratuitamente a los costosos tratamientos que necesitan, costosos tratamientos que para estas personas, muchas de ellas en situación de precariedad porque el sida sigue siendo un estigma y un obstáculo a veces infranqueable para conseguir un trabajo, supone un gasto mensual de más de 30 euros y, como digo, en estas situaciones se trata de una cantidad inaccesible, cuya consecuencia es el abandono de los tratamientos y lógicamente el incremento de las reinfecciones y de los nuevos casos, como en el año 2001.

Sabemos que en estos momentos hay conversaciones entre el Inerser y la mesa estatal de minusvalías y que se han registrado algunos avances, por ejemplo, después de una reunión mantenida el 4 de julio de 2001 se acordó revisar los actuales baremos, proporcionando formación e información a los equipos de valoración y dando instrucciones sobre la correcta aplicación de los mismos. Sin embargo, esos avances sobre el papel aún no se han visto acompañados de avances en la práctica. Sigue aumentando el número de infectados a los que se les retira la prestación no contributiva y no se está ofreciendo ningún tipo de solución para aquellos a los que ya les ha sido retirada, sobre todo en comunidades autónomas como Galicia, porque al final quienes han de aplicar estos baremos son los servicios de salud autonómicos correspondientes y no todos actúan de la misma manera. Desde luego, en el caso de Galicia actúan con un seguidismo absoluto y es una de las comunidades autónomas en las que más casos de retirada de pensiones se han registrado.

La segunda propuesta que realizamos es que el ingreso en prisión —ya digo que el penitenciario es un ámbito donde la prevalencia del VIH-sida es enorme— no suponga para los condenados la retirada de la prestación no contributiva, de acuerdo con algo que ha motivado también otras iniciativas del Bloque Nacionalista Galego y que nosotros no compartimos —y que, por cierto, ya algunas sentencias del Tribunal Supremo han corregido—, pues se decía que ya que las prestaciones no contributivas tienen como finalidad subvenir los gastos y proporcionar a sus perceptores una cober-

tura mínima de sus necesidades vitales, el ingreso en prisión hace que desaparezcan, porque ya la prisión cubre estas necesidades; opinión que lógicamente, y menos en la situación en la que se hallan las prisiones en el Estado español, es imposible compartir. Decía que hay ya dos sentencias del Tribunal Supremo, por lo menos que yo haya localizado, una de 14 de diciembre de 1999 y otra de 20 de diciembre del año 2000, que corrigen este entendimiento tan restrictivo y tan antisocial de la Administración española y lo consideran una vulneración del artículo 25 de la Constitución. Lo que se está haciendo en la actualidad, de acuerdo con una circular del Ministerio de Trabajo, es pagar a los internos en instituciones penitenciarias esta pensión no contributiva, pero descontando los gatos de manutención; gastos de manutención que se calculan —y yo creo que eso también es un índice para ver cómo están las prisiones— en 3,32 euros por preso al día. Estamos hablando de pensiones de 50.000 pesetas a las que se les descuenta casi 550 pesetas al día. Desde luego, ejemplo de aplicación más antisocial del déficit cero y ejemplo de tacañería tan claro como éste, y sobre todo siempre en perjuicio de los sectores más desfavorecidos, me parece que es difícil encontrar.

En tercer lugar, proponemos también que se atienda la situación de la sanidad penitenciaria, que ha sido objeto de debate en esta Comisión en diferentes ocasiones en legislaturas pasadas. Cuando el Partido Popular no tenía mayoría se aprobó, una vez en julio de 1996, en otra ocasión en diciembre de 1999, la integración de la sanidad penitenciaria en el sistema público de salud, es decir, en los correspondientes sistemas sanitarios autonómicos, pero ésta es una encomienda realizada por esta Comisión al Gobierno que el Gobierno parece no haber escuchado. En esta legislatura, las ocasiones en que esta integración tan necesaria y tan demandada por los reclusos, y desde luego por los profesionales de la sanidad penitenciaria, se ha reclamado, el Partido Popular, ya con mayoría absoluta, se ha mostrado en contra.

No voy a hacer una relación de las deficiencias que la sanidad penitenciaria tiene en este momento, simplemente quiero hacer referencia a una cuestión, que la falta de integración de la sanidad penitenciaria en los correspondientes servicios públicos de salud está provocando consecuencias contrarias a lo previsto en la Ley General de Sanidad y contrarias al propio principio de igualdad reconocido en la Constitución, en el sentido de que a la población reclusa se le está dando una asistencia sanitaria y farmacéutica distinta y de menor calidad que la prestada al resto de la población. Esto lo ha reconocido el propio Ministerio del Interior en respuesta a una pregunta de este diputado, cuando decía por qué no se les facilita en el ámbito de la sanidad penitenciaria a los reclusos infectados por VIH-sida el preparado Combivir, una preparación farmacéutica que sí está incluida en el catálogo de prestaciones

farmacéuticas de la Seguridad Social y que sí se dispensa a los afectados por VIH-sida extra penitenciarios. Con toda franqueza, el Ministerio del Interior y el Gobierno decían en su respuesta que no se les facilita por razones única y exclusivamente económicas: es muy caro. Se sustituye entonces este Combivir por el viejo cóctel de medicamentos, es decir, por la necesidad de que los infectados por VIH-sida en el ámbito hospitalario hayan de tomar 25 pastillas al día, a unos intervalos regulares, etcétera que al final provoca, ni más ni menos, que la falta de adherencia al tratamiento, el abandono del mismo y no sólo de la degradación de la calidad de vida de los infectados sino el incremento de la infección y de la aparición de nuevos casos de sida en el ámbito penitenciario. Sólo este dato, esta reflexión, debería mover la voluntad de SS.SS. —si es que tienen la libertad para hacerlo— para votar a favor de la integración de la sanidad penitenciaria en el ámbito de los correspondientes servicios públicos de salud.

Una cuarta propuesta es la relativa a los ficheros y estudios epidemiológicos que está realizando el Ministerio de Sanidad y Consumo. El fichero que se está promocionando desde la Orden ministerial de 18 de diciembre de 2000, fichero centralizado e integrado por distintos ficheros autonómicos, no respeta el derecho a la intimidad y el derecho a la autodeterminación informativa de los afectados por VIH-sida. Es un registro nominal en el que constan datos como prácticas sexuales o forma de infección que, desde nuestro punto de vista, no tienen ningún interés epidemiológico y sí pueden suponer un atentado grave, como digo, a la intimidad de estas personas. Nosotros planteamos que se sustituya este modelo de registro nominal por un registro que garantice la intimidad y el anonimato de los en él incluidos; un registro por claves alfanuméricas y que, ya que hay un recurso contencioso administrativo pendiente de resolución ante la Audiencia Nacional interpuesto por distintas asociaciones de afectados y por distintas organizaciones que trabajan en el ámbito de la prevención y de la ayuda a los infectados por VIH-sida, en tanto la Audiencia Nacional no resuelva sobre este recurso, se suspenda la puesta en marcha del registro.

En quinto lugar, se hace referencia en nuestra proposición no de ley a algo que ya ha sido en otras ocasiones aprobado en esta Comisión. Me estoy refiriendo a la garantía del acceso a los medicamentos esenciales por todas las personas y en especial en el ámbito del VIH-sida en todos los países y en todos los continentes. No se trata sólo —y esto debe ser saludado como un paso adelante— de que, como se hizo en el ámbito de la conferencia de la Organización Mundial del Comercio realizada en noviembre del año pasado en Doha, Qatar, se promueva una nueva interpretación, un acuerdo interpretativo, sobre derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio que permita y garantice el derecho a producir medicamentos genéricos y, en casos de emergencia sanitaria, romper la

patente, sino también a que este propio tratado de derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio internacional permita no sólo ese derecho a fabricar sino el derecho a importar esos medicamentos desde cualquier otro país. Esto es algo —y acabo enseñada, señora presidenta— que no está garantizado en este momento y podríamos seguir comprometiéndonos y avanzando, de acuerdo con lo que fue aprobado en abril del año pasado por esta Comisión también a instancias del Bloque Nacionalista Galego y ante estas nuevas circunstancias.

Finalmente, proponemos también apoyar activamente, de forma económica, y técnicamente cuando sea necesario, a las asociaciones ciudadanas antisida, de solidaridad internacional y de defensa de los derechos de las personas presas, pero sobre todo contar con ellas en la elaboración y ejecución de las medidas recogidas en la presente proposición no de ley. Muchas veces, en el ámbito del plan contra el sida, de ámbito estatal o de ámbito autonómico, esas organizaciones son las grandes ausentes, cuando son las que están trabajando, supliendo las insuficiencias de los sistemas públicos de salud y de protección social.

La señora **VICEPRESIDENTA**(Fernández de Capel Baños): Señor Aymerich, los miembros de la Mesa quisiéramos conocer su postura sobre la enmienda socialista.

El señor **AYMERICH CANO**: En aras de conseguir un mayor apoyo a esta proposición no de ley, voy a aceptar la enmienda del Partido Socialista, a pesar de que, como ya dije en mi intervención, no se trata de abrir de nuevo un debate sobre la integración de la sanidad penitenciaria en los correspondientes servicios públicos de salud, en la medida en la que ello ya fue aprobado en esta Comisión. Pero repito que en aras de lograr ese consenso, como mínimo ese mayor apoyo a la proposición no de ley, sí voy a aceptar la propuesta realizada por la señora Cortajarena.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Fernández de Capel Baños): Por el Grupo Parlamentario Vaco (EAJ-PNV), tiene la palabra la señora Uría.

La señora **URIA ETXEBARRIA**: Señora presidenta, había entendido que el Grupo Socialista tenía una enmienda que creía que iba a defender en este momento. No tengo ningún inconveniente en fijar desde ahora mi posición, que será afirmativa, sea cual sea el tenor del texto que la diputada socialista —que he intuido ya por dónde va— acuerde, porque me parece más importante que haya un pronunciamiento, a poder ser unánime, de esta Comisión en relación con las distintas facetas sanitarias y sociales que afectan a las personas que padecen esta enfermedad.

Este aspecto de incluir facetas sanitarias y sociales es lo que hace que cuantas veces se han discutido en el

ámbito sanitario los problemas que lleva aparejada la condición de enfermo del VIH se haya tropezado una y otra vez con esa diversidad o disparidad de competencias, entendiéndose desde el Ministerio de Sanidad, o desde la administración responsable de la Sanidad, que algunos de los aspectos que se contienen son más propios del Ministerio de Sanidad y de la Seguridad Social, puesto que hacen referencia a las políticas sociales o a los problemas sociales de las personas que tienen sida y a la dificultad que esta problemática social genera a la hora de incorporarse al mundo laboral.

Los tratamientos antirretrovirales han supuesto una gran mejoría de los pacientes de sida en los últimos años, pero esta mejoría física no ha conseguido además su incorporación al trabajo por el estigma que todavía padecen, sin parangón en relación con otras enfermedades, infecciosas o no infecciosas, en nuestro entorno. El Ministerio de Trabajo ha sido siempre reacio a admitir los problemas sociales en la valoración de las incapacidades, problema muy debatido también, pero ajeno a la sanidad, ya que este terreno en muchos casos es pantanoso y sobre todo de muy difícil valoración a la hora de otorgar la prestación, como puede ser una pensión de incapacidad. Repito que en el ámbito de la Comisión en la que nos encontramos los aspectos sanitarios son unos y otros los sociales y asistenciales, respecto de los cuales mi formación política está plenamente de acuerdo, pero desde luego quizá debieran debatirse en el seno de otra comisión, aunque bien está, como el texto de la proposición no de ley indica, que se inste al Gobierno en su conjunto.

Quisiera hacer alguna referencia, además del llamamiento, por supuesto, a los responsables de los ministerios sociales para que atiendan las situaciones en las que se encuentran estos enfermos, a lo que se contiene en los puntos segundo y tercero en relación con quienes están en prisión y padecen esta enfermedad. Se imputa a la formación política a la que represento que pretendamos asumir competencias respecto de materias que todavía no están transferidas. En algunos casos es hasta una obligación social. La transferencia de las prisiones, no se les escapará a ustedes, es una de las que más se demorará en la querencia del Gobierno central en relación con las instancias vascas; sin embargo, dentro de las prisiones vascas, en lo social y en lo sanitario, se hacen muchas más cosas de las que se hacen en el ámbito del Estado, hasta el punto de que es posible decir que, en lo que hace referencia a los tratamientos de quienes padecen sida, su situación es prácticamente idéntica a la de las personas que no se encuentran privadas de libertad. Igualmente, si dejan de percibirse las prestaciones no contributivas, las ayudas sociales se palián con ayudas de otra índole, y por tanto no me opongo a que se incluya este apartado de la proposición pero sí me gustaría hacer el matiz de que en determinados ámbitos los gobiernos autonómicos hacen políticas socialmente más avanzadas, y desde el punto de vista de la sanidad más

cercanas a la población y a los parámetros de Estados social a pesar de que se trate de ámbitos en los que en teoría, y si se sostienen los criterios que vienen manteniéndose desde el Gobierno central, se trate de ámbitos que al no tener competencias transferencias no habría posibilidad de hacer estas políticas.

También quisiera hacer alguna referencia a la mención que se hace en la exposición de motivos al fármaco Combivir —al que ha hecho referencia el propio portavoz del Bloque Nacionalista Galego— pero que luego no se recoge en el contenido dispositivo de la proposición no de ley, y es que respecto de él, al menos en lo que hace referencia a la sanidad que yo conozco más de cerca, se dice que este fármaco sustituye a un importante número de medicamentos, es decir reduce el número de pastillas a tomar por hablar en lenguaje coloquial, pero que no aporta ventajas terapéuticas, que es desde luego más caro y esa es la razón, intentar dar la misma prestación costando menos, que es a lo que debe tender toda administración sanitaria y hace que en determinados ámbitos, y no sólo en el penitenciario, se haya optado por dar fármacos alternativos y no éste. No creen que existan ventajas terapéuticas sino de mera economía en el número de fármacos que debe controlar un enfermo, lo que es un valor, pero también lo es que los medios económicos de que dispone Sanidad han de ser utilizados de modo racional, de manera que se puedan atender mayor número de necesidades. Se nos dice —y no tengo por qué no creerlo— que la eficacia es exactamente la misma.

Quiero hacer alguna referencia —porque me parece interesantísima— a la llamada de atención que se hace a los ficheros epidemiológicos, tanto al de VIH como al de sida en cuanto al respeto a la intimidad y a la autodeterminación informativa; derecho fundamental de quienes padecen estas dolencias. Quiero hacer una salvedad. En el caso de los ficheros de sida la inclusión en los mismos conlleva una ventaja individual y nominal para estas personas que es la de poder tener el documento que les permite el acceso gratuito a todos los medicamentos que necesitan. Al ser este documento nominal, es decir sólo para la persona concreta, hace necesario que el registro lo sea. Ahora bien, no me parece cohonstar la necesidad de exigir el secreto y la dificultad en el acceso con la existencia de datos nominativos en el registro. Sí es recomendable que no sea nominal el registro de VIH, y aunque cada comunidad autónoma ha optado por el sistema que le parece más conveniente, la Comisión Nacional de sida recomienda los registros alfanuméricos y de esta forma es el registro que existe en el ámbito de Osakidetza, que es el ámbito de la sanidad vasca.

Nos parecen muy interesantes, y no tenemos nada que añadir, las llamadas que se hacen en los puntos quinto y sexto de la proposición no de ley en relación con el trabajo que debe desarrollarse en el seno de organizaciones europeas e internacionales, de tal forma que

España propugne y posibilite que se pueda acceder a estos medicamentos esenciales, y en particular a la fabricación e importación de los mismos. También acogemos muy positivamente las acciones que desde las asociaciones ciudadanas antisida se llevan a cabo y nos parece que deben tener el beneplácito y el apoyo de los poderes públicos. Desde luego va a contar también con el respaldo de la formación política a la que pertenezco.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Fernández de Capel Baños): Por el Grupo Parlamentario de Convergència i Unió, tiene la palabra la señora Riera. Antes de ello quisiera decirles que procuren mantener en los comentarios el tono bajo porque los servicios de la Cámara no pueden atender, por lo menos con un mínimo de comodidad, la exposición tan interesante que hacen SS.SS.

La señora **RIERA I BEN**: Intervendré con brevedad para dar el voto afirmativo de mi grupo parlamentario a la proposición del señor Aymerich. Simplemente quiero hacerle constar —y no es una crítica— que esta proposición no de ley podría considerarse como un refrito de otras propuestas —y lo digo en el sentido positivo de la palabra— incluso de su grupo, presentadas a la Comisión y que han sido aprobadas, con lo cual —y no lo digo en contra de usted— tendríamos que plantearnos qué pasa con proposiciones no de ley que la Comisión aprueba por unanimidad y luego son susceptibles de que las volvamos a discutir. Estoy pendiente de ver si el grupo que sustenta al Gobierno defiende ahora que está todo en marcha, pero que está todo en marcha —intuyo que la declaración puede ir por aquí— si es mejor nos felicitamos todos de que ya se esté trabajando en la labor, pero no creo que esto sea motivo para no apoyar su propuesta. Por tanto, nuestro voto va a ser afirmativo.

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

La señora **CORTAJARENA ITURRIOZ**: Quiero informar a esta Comisión que el Grupo Parlamentario Socialista va a votar favorablemente.

Con relación a la propuesta, sí coincido con las declaraciones hechas por el señor Aymerich, dado que el 11 de diciembre de 2001, en la Comisión de Política Social y Empleo coincidimos en presentar una proposición no de ley para que se estudiara y se evaluara cuáles eran los resultados que estaba dando la aplicación del nuevo baremo de la discapacidad, que había sido aprobada por un Real Decreto 1971/1999, el 23 de diciembre. Esto llegó a la Cámara porque las organizaciones que defienden a las personas afectadas por sida estaban muy preocupadas porque la no aplicación del baremo estaba dejando a muchísimas personas fuera del acceso a las pensiones no contributivas.

Siguiendo esta dinámica, por lo que planteaban de cómo se vuelven a traer algunas iniciativas a esta Cámara, yo quiero decir que el 26 de abril de 2002, imagínense que ya habían transcurrido cuatro meses desde la defensa de esta iniciativa, se preguntó al Gobierno cómo estaban las valoraciones y qué iba a hacer el Gobierno en relación a estas valoraciones. La respuesta que obtuvimos fue que las comisiones de calificación y valoración de discapacidades existían en cada comunidad autónoma y por tanto si había revisiones de oficio a instancia de parte no se nos podía informar, y en segundo lugar se nos trasladó también que la Comisión estatal de coordinación y seguimiento de la valoración del grado de minusvalía había aprobado, el 10 de octubre del año pasado, hace casi ya un año, constituir un grupo de trabajo formado por representantes del Imsero, por técnicos de comunidades autónomas, por el Plan nacional sobre el sida y el CERMI. El plazo que se dio para hacer esta valoración y este estudio fue de seis meses, dijeron el primer semestre y todavía estamos esperando los resultados del estudio que yo he vuelto a solicitar.

En segundo lugar, creo que la enmienda que hemos propuesto viene ratificada por la necesidad de que en alguna investigación que hemos hecho con los centros penitenciarios hay algunas comunidades autónomas que sí han firmado convenios con los centros penitenciarios para que las prestaciones médicas y farmacéuticas sean homologables en relación a la población preventiva o penada, y a la población en general, sin embargo hay otras comunidades autónomas que no han asumido este compromiso ni han firmado convenios, y por tanto creemos que sí es un tema que se debe debatir si queremos garantizar el derecho a la igualdad de todos los ciudadanos, estén en la situación en que se encuentren, frente a la atención sanitaria de determinados tipos de enfermedades.

Con referencia al registro, coincido con las afirmaciones hechas por la representante del Partido Nacionalista Vasco dado que si no existiese el carné individual no se podría acceder o llegar a la atención y a la gratuidad en los medicamentos.

Por último, quiero decir que mi grupo parlamentario presentó y debatió el 20 de marzo del año 2001 una proposición no de ley para que se instara al Gobierno a que la distribución de jeringuillas en los centros penitenciarios fuera gratuita. Cada tres meses sigo haciendo la pregunta al Gobierno y la verdad es que todavía como siempre van con mucha lentitud, es decir que desde el año 1997 que se hizo la primera experiencia piloto en el centro de Basauri (Vizcaya), todavía no hemos logrado que todos los centros penitenciarios presten la distribución gratuita de jeringuillas. Esto es grave porque de todas las muertes y fallecidos que hay en los centros penitenciarios una de cada cinco lo es por personas que están afectadas por el sida; por lo tanto aprovecho esta ocasión también para instar al Gobierno a que se dé una

mayor agilidad en acometer esta iniciativa que fue aprobada y avalada por todos los grupos.

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

La señora **RODRÍGUEZ LÓPEZ**: Señorías, la respuesta desde todos sectores ha sido y sigue siendo de gran sensibilidad hacia los efectos y las consecuencias de esta enfermedad terrible que es el sida, habiéndolo hecho también por parte del Gobierno este año, puesto que ha aumentado los presupuestos previstos para 2003. Si hablamos del campo de la prevención, están las campañas en los medios de comunicación, trabajo en las escuelas, en los colectivos más vulnerables como pueden ser los jóvenes, las mujeres, la prostitución masculina y femenina, los inmigrantes, y por supuesto los usuarios, las drogas por vía intravenosa se han mantenido siempre. Solo tenemos que consultar la evaluación realizada sobre el plan multisectorial y comprobar sus resultados.

Si hablamos del campo asistencial, el Sistema Nacional de Salud ha dado cumplida muestra de eficacia en la lucha contra el sida, ya que la aplicación universal y gratuita de antirretrovirales es un hecho desde hace años en la práctica diaria, lo que ha supuesto un descenso de la mortalidad del 70 por ciento y ha mejorado una calidad de vida en los pacientes que han hecho el tratamiento. A la vez, se han reforzado progresivamente las estrategias y los recursos destinados a la investigación clínica, tanto básica como epidemiológica y de conducta; todo ello con una incorporación masiva y un esfuerzo coordinado de las distintas instituciones, diferentes grupos de profesionales, de voluntarios y de organizaciones no gubernamentales.

Respecto a los puntos concretos de la proposición no de ley, el primer punto, que se refiere a los criterios de valoración de incapacidades, el Decreto 71/99 solamente trata de racionalizar la situación actual de la enfermedad. Con la incorporación de los tratamientos antirretrovirales de alta eficacia, la enfermedad que era mortal con una supervivencia media de 18 meses, ha pasado en la actualidad a mejorar la esperanza de vida y la supervivencia media de los afectados en muchos casos difícil de calcular, de tal modo que se convierte bajo tratamiento en una enfermedad crónica, que manteniendo las revisiones y los controles periódicos permite al paciente desarrollar una actividad cotidiana muchas veces normal. En numerosos casos un paciente en estadio avanzado, según la clasificación de los CDC de Atlanta, puede perfectamente no presentar ningún criterio que defina una incapacidad laboral. No obstante y desde su entrada en vigor, la secretaría del Plan nacional del sida ha colaborado en el seguimiento del impacto de la aplicación del Real decreto junto con la coordinadora de las ONG que trabajan en minusvalías

y el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, que es el responsable último de este proceso. En este seguimiento se han detectado, en efecto, algunas disparidades a la hora de aplicar el baremo, por lo que también se crea un grupo de trabajo en la Comisión estatal de coordinación y seguimiento del grado de minusvalía, con el fin de estudiar los posibles problemas que pudieran presentar los baremos y proponer en su caso una modificación de los mismos. En este grupo de trabajo, que estudia en la actualidad los baremos aplicados a la valoración de las personas con infección VIH y sida, el cometido concreto es analizar la correlación entre las pautas de valoración y el nivel real de discapacidad que presentan estas personas. La referencia para el análisis será el criterio de limitación para realizar las actividades de la vida diaria, utilizando el baremo, que es el mismo para todas las enfermedades.

En segundo lugar, las pensiones, en su modalidad de no contributivas, tienen como objeto cubrir una situación de necesidad cuando el potencial beneficiario carezca de rentas o ingresos suficientes, dado el carácter individual de la pensión no contributiva, así como la finalidad a la que se destina su importe, se establece la relación de que éste se corresponde con los costes de la estancia de cada recluso en una prisión, ya que de lo contrario se estaría satisfaciendo dos veces y con cargo a unos mismos fondos unas mismas necesidades que están siendo cubiertas por la institución penitenciaria. Dice textualmente el portavoz del Bloque Nacionalista Galego en la exposición de motivos que el Combivir se sustituye por medicamentos más antiguos, más baratos y menos eficaces. Esto es absolutamente incorrecto. Este medicamento, el Combivir está compuesto por dos principios activos, AZT y 3TC y la única diferencia es administrarlos juntos, que es la presentación Combivir, o por separado, y su única ventaja es reducir la toma de cuatro comprimidos al día a dos. El ahorro económico que supone la gran diferencia de precios que hay entre uno y otro lo compensa, señor Aymerich. Respecto a la adherencia, que sería el único problema que podían presentar estos pacientes, al estar el paciente recluido se realizan estrategias de tratamiento directamente observados que pueden suplir estas deficiencias. Tengo que añadir también que en muchos hospitales del Sistema Nacional de Salud no se encuentra disponible Combivir en la forma compuesta.

En cuanto al sistema de vigilancia epidemiológica no es nominal, sino que dispone de una serie de claves que no permiten la identificación personal de los afectados. Se nutre exclusivamente de la recogida de datos de las comunidades autónomas y sólo tiene un objetivo de vigilancia epidemiológica conforme a derecho, de acuerdo con la Ley de protección de datos.

Por otra parte, el Ministerio de Sanidad y Consumo, igual que otros departamentos del Estado, trabaja activamente para de acuerdo con la declaración aprobada en junio en la Asamblea General extraordinaria de Naciones Unidas lograr un acceso más fácil y rápido a

los medicamentos para los países en vías de desarrollo que requieren tratamientos para el sida, en los que la situación es realmente dramática y necesitan urgentemente de todas las ayudas. También existe una amplia participación del Gobierno en el Fondo internacional de lucha contra el sida, malaria y tuberculosis.

Es necesario seguir trabajando en la búsqueda de actitudes conciliadoras para lograr el equilibrio entre el respeto a los derechos de la propiedad intelectual y el derecho a la salud.

Por último, en lo que se refiere al apoyo a las asociaciones ciudadanas antisida, tengo que decir que tanto el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Agencia de Cooperación como el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales han venido trabajando y lo siguen haciendo a través de sus diferentes organismos en multitud de iniciativas destinadas a la gestión de subvenciones para promoción y apoyo del movimiento asociativo y a facilitar la ejecución de todas sus actividades. Por tanto, consideramos que abundando en las líneas de trabajo que se están llevando a cabo a diferentes niveles, podemos seguir avanzando en la lucha contra la enfermedad y el apoyo a los enfermos que la padecen.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Fernández de Capel Baños): Antes de someter a votación las proposiciones debatidas quiero decirles que, como se ha alterado el orden del día que figuraba en la documentación que se hace llegar a cada miembro de la Comisión, las votaciones se harán según el orden del día oficial escrito, que tienen todos y cada uno de los miembros de la Comisión, para así evitar posibles confusiones. **(El señor presidente ocupa la presidencia.)**

El señor **PRESIDENTE**: Sometemos a votación la proposición no de ley sobre medidas urgentes para una nueva política relativa al VIH-sida.

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

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

Votación de la proposición no de ley relativa a la puesta en marcha de una campaña informativa para la detección precoz de la diabetes, a resultas de la enmienda aceptada por el grupo proponente.

Efectuada la votación, dijo

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

Proposición no de ley relativa al síndrome de fatiga crónica, también a resultas de la enmienda aceptada por el grupo proponente.

Efectuada la votación, dijo

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

Proposición número 4, relativa a la inclusión de la vacuna conjugada antineumocócica heptavalente en el calendario de vacunaciones y en el catálogo de prestaciones farmacéuticas de la Seguridad Social.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, uno; en contra, 23; abstenciones, 13.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

Proposición no de ley relativa a las deficiencias en el suministro del fármaco Prolastina y a la situación de los pacientes con déficit de alfa-1-antitripsina (AAT), reducida al punto número 2 como único texto consensado por todos los grupos parlamentarios.

Efectuada la votación, dijo

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

Finalmente, proposición de ley sobre creación de un registro central de pólizas de seguros de vida.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 13; en contra, 21; abstenciones, tres.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

Se levanta la sesión.

Era la una y cuarenta 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**

