



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2005

VIII Legislatura

Núm. 416

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DE LA EXCMA. SRA. D.^a MARGARITA URÍA ETXEBARRÍA

Sesión núm. 21

celebrada el martes, 8 de noviembre de 2005

Página

ORDEN DEL DÍA:

Proposiciones no de ley:

- | | |
|--|---|
| — Relativa a la inclusión del modafinilo entre las especialidades farmacéuticas de aportación reducida. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/000938.) | 2 |
| — Relativa a la cofinanciación del hospital San Pedro de La Rioja. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/000969.) | 5 |
| — Sobre prevención del cáncer de cérvix. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista del Congreso. (Número de expediente 161/000907.) | 9 |

	Página
— Para promover el estudio y la prevención del ictus o infarto cerebral. Presentada por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió). (Número de expediente 161/000784.)	12
— Relativa al ictus cerebral. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/000860.)	12
— Para promover el estudio y la prevención del ictus o infarto cerebral. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista del Congreso. (Número de expediente 161/000901.)	12
— Relativa a la garantía efectiva de los derechos de información y documentación clínica en la actividad sanitaria privada. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista del Congreso. (Número de expediente 161/001154.)	14
— Sobre financiación de la construcción de un nuevo hospital de referencia en Mallorca. Presentada por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió). (Número de expediente 161/001100.)	18
— Relativa a la aprobación del Real decreto que regula la relación laboral especial de residencia. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/001132.)	23
— Relativa al reconocimiento de la espina bífida como enfermedad crónica. Presentada por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana (ERC). (Número de expediente 161/001079.) . . .	26

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

La señora **PRESIDENTA**: Señoras y señores diputados, damos comienzo a la sesión del día de hoy. Antes de abordar el orden del día procederé a dar dos tipos de explicaciones a sus señorías. La primera hace referencia a la alteración del orden del día. Se ha solicitado por el Grupo Parlamentario Popular y se ha aceptado por los demás grupos que haya un cambio en relación con lo inicialmente previsto, de tal suerte que en primer lugar veremos lo que figura en el orden del día como punto número 5, a continuación la iniciativa que figura como 6, luego ya volveríamos al orden de lo que tienen por escrito, es decir, las tres iniciativas que se verán conjuntamente referidas al ictus cerebral y que aparecen numeradas como 1, 2 y 3, pasando a continuación al punto 4 y luego al 8, ya que la última alteración del orden del día es que también a solicitud del Grupo Parlamentario Popular la iniciativa 7, relativa a la espina bífida, por necesidad de quien va a ser su portavoz en nombre de este grupo se verá en último lugar, es decir después del punto 10. Creo que no hay problema porque todos los grupos estaban avisados con anterioridad de las alteraciones que se iban a producir.

La segunda consideración hace referencia a las votaciones. Creo recoger el sentir de los grupos parlamentarios de que es absolutamente necesario que no coincidan las votaciones en esta Comisión con las votaciones en la de Presupuestos, puesto que los grupos parlamentarios

no tienen desplazados efectivos suficientes para poder hacer frente a las dos. Con el presidente de la Comisión de Presupuestos acordé en el día de ayer estar en contacto a lo largo de la mañana para ver cómo se iban desarrollando las dos comisiones y, en todo caso, suspenderíamos una u otra para evitar que haya coincidencia en el momento de las votaciones. De ser rápida la tramitación nuestra, si llegásemos a votar hacia la una del mediodía sería posible hacerlo antes que en la Comisión de Presupuestos, puesto que en ella se ha señalado la votación para la una pero siempre se acaba retrasando. En todo caso, nuestra votación será notablemente más sencilla, a pesar de los problemas de recuento que solemos tener (**Risas.**), que la votación de la Comisión de Presupuestos; pero insisto en que si hubiera que suspender esta Comisión y posponer la votación lo haríamos así para evitar la coincidencia con la Comisión de Presupuestos, que lo sepan los grupos parlamentarios.

PROPOSICIONES NO DE LEY.

- **RELATIVA A LA INCLUSIÓN DEL MODAFINILLO ENTRE LAS ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS DE APORTACIÓN REDUCIDA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/000938.)**

La señora **PRESIDENTA**: Iniciamos el orden del día por donde hemos indicado, el punto 5, que es la propo-

sición no de ley relativa a la inclusión del modafinilo entre las especialidades farmacéuticas de aportación reducida. Está presentada por el Grupo Parlamentario Popular y para su defensa tiene la palabra la señora Castro Masaveu.

La señora **CASTRO MASAVEU**: Señorías, la proposición no de ley que nos ocupa, de ser aprobada como el Grupo Parlamentario Popular espera, supondrá un hecho de gran importancia para las personas que padecen la enfermedad de la narcolepsia. A pesar del desconocimiento general existente en la sociedad, en España son alrededor de 30.000 las personas que la padecen. Hombres y mujeres que sufren continuas incomprensiones en el trabajo y en sus círculos sociales precisamente por ese desconocimiento y debido a las características sintomatológicas que presenta: excesiva somnolencia diurna que llega en ocasiones a provocar los llamados ataques de sueño, parálisis de sueño en las que el paciente es incapaz de moverse, abrir los ojos o incluso respirar profundamente aunque esté despierto y consciente, la cataplejía o el sueño interrumpido, así como algunos casos de alucinaciones hipnagógicas. Esta sintomatología es muy diversa en el desarrollo, gravedad y orden de aparición. Lo normal es que el primer síntoma en aparecer en el que sufre esta enfermedad es que tiene un excesivo sueño durante el día y meses o años después comienzan a presentarse algunos de los otros síntomas. La narcolepsia es una enfermedad crónica y discapacitante de caracteres neurológicos causada por un daño en el hipotálamo. Hombres y mujeres pueden padecerla a cualquier edad aunque suele presentarse en la adolescencia. El diagnóstico resulta sencillo cuando se presentan todos los síntomas. Pero de no ser así, de aparecer tan solo alguno de ellos, el diagnóstico es mucho más complejo y difícil, pues para confirmar al enfermo narcoléptico es preciso realizar un registro poligráfico del sueño, el test de latencia múltiple del sueño y una serie de pruebas inmunogenéticas. La narcolepsia es una de las 5.000 enfermedades raras reconocidas por la Organización Mundial de la Salud que —insisto— crea incomprensión y en ocasiones incluso rechazo social, a lo que hay que unir que no estando reconocida como enfermedad crónica los enfermos tienen una dificultad añadida para el acceso a los medicamentos en muchos casos debido a su alto coste económico, sin olvidarnos del complicado proceso para obtener el reconocimiento de minusvalía de aquellos pacientes que la solicitan; también las dificultades que los narcolépticos tienen que padecer para obtener una pensión si la enfermedad se agrava y les impide trabajar.

El texto de la proposición no de ley dice literalmente que el Congreso de los Diputados insta al Gobierno a incluir el modafinilo entre las especialidades consideradas de aportación reducida para que ningún paciente narcoléptico quede al margen del tratamiento más adecuado para la enfermedad que padece. Dentro de la Unión Europea, Austria, Francia, Alemania, Italia,

Luxemburgo Reino Unido e Irlanda son países que al igual que Estados Unidos han tenido en cuenta con anterioridad al año 2000 el alto coste de este medicamento y, por tanto, lo contemplan como especialidad de aportación reducida, sin que en España lo tengamos incluido como tal. Señorías, creo que es bien poco lo que hoy aquí se pide si tenemos en cuenta la imprescindible necesidad que estos pacientes tienen de tratarse diariamente con modafinilo, que estimula el sistema nervioso central, y que si bien este tratamiento no es curativo, ya que la narcolepsia no tiene cura, su tratamiento lo que hace es controlar los síntomas que condicionan la vida de los narcolépticos. Confío en nombre de mi grupo que sepan entender el problema y comprender la necesidad de que esta proposición no de ley se apruebe en el día de hoy, anunciando de antemano que agradezco la enmienda de Esquerra Republicana de Catalunya y, por tanto, aceptamos su adición al texto porque difundiendo la enfermedad, que es lo que se propone en su enmienda de adición, lograremos que estos enfermos sean más comprendidos y mejor atendidos. La enmienda presentada por el Grupo Socialista no podemos aceptarla porque se refiere a una serie de cuestiones que no vienen al caso, ya que tratar la situación actual de la atención a los pacientes de narcolepsia y las posibilidades de mejorar la calidad de vida en el Sistema Nacional de Salud no se puede hacer tal y como está planteado porque no existe un registro de estos pacientes, y sin ese registro es muy difícil que se haga un análisis de los pacientes que existen. Por otra parte, somos muy concretos cuando pedimos que se incluya el modafinilo entre los medicamentos de aportación reducida y el Grupo Socialista lo que propone es que deberá valorarse la conveniencia de incluir el modafinilo entre las especialidades consideradas de aportación reducida. Yo creo que esto suena a marear la perdiz y, en definitiva, a hacer muchos estudios, tener diálogos y conversaciones, etcétera, pero en síntesis y por ser muy esquemática los narcolépticos seguirán sin tener la aportación reducida del modafinilo, que es en definitiva lo que en el día de hoy se pretende, y del modafinilo precisamente porque es el único medicamento que cumple todo lo que debe recetarse a un enfermo que padece esta enfermedad.

La señora **PRESIDENTA**: Ha sido citado por la interviniente la existencia de enmiendas a esta iniciativa y así es. Hay una primera presentada por el Grupo Parlamentario Esquerra Republicana de Catalunya para cuya defensa tiene la palabra la señora Bonás.

La señora **BONÁS PAHISA**: Señorías, como ya ha dicho la portavoz del Grupo Parlamentario Popular, en algunos países de la Unión Europea ya se ha reconocido el modafinilo como especialidad de aportación reducida, por lo que no voy a extenderme en este punto que es muy importante, pero quiero que presten atención a estos enfermos, a las dificultades que pasan para que se les diagnostique la enfermedad. Suelen pasar años hasta que

el médico de familia puede pensar que se trata de narcolepsia, y una vez que se reconoce que puede ser narcolepsia existen muy pocas unidades de tratamiento en el Estado español. Tengan en cuenta también que está enfermedad, una vez reconocida, tienen la dificultad añadida de que hace muy difícil la inserción laboral. Esas personas pueden quedarse dormidas en pleno trabajo, es peligroso que conduzcan, normalmente tienen gran precariedad laboral, incluso pueden sufrir lesiones durante el trabajo, lo que mueve a pensar que no sería suficiente la aportación reducida de modafinilo, habría que hacer una campaña de información a los médicos de cabecera, habría que promocionar las unidades del sueño, las unidades de tratamiento, y considerar si estas personas tendrían una cierta incapacidad laboral en cuanto que realmente su introducción en el mundo laboral es muy reducida. Esto llevaría a convenir si la narcolepsia debería ser una enfermedad crónica y entonces podrían acceder al reconocimiento de una incapacidad laboral.

Creemos que es importante promover y difundir el conocimiento sobre la narcolepsia, fomentar y apoyar iniciativas que impulsen la investigación de esta enfermedad y contribuir a la mejora de la calidad de vida de estos enfermos, aparte de ayudarles en el coste de este medicamento que puede suponer para ellos más de 120 euros cada semana. Me reafirmo en que uno de los principales problemas es la falta de conocimiento público de esta enfermedad y la incomprensión social de sus síntomas. Por ello hemos presentado una enmienda a la iniciativa del Grupo Parlamentario Popular en la que pedimos promover el conocimiento de la narcolepsia dentro del colectivo médico, que dentro del Consejo Interterritorial de Salud se elaboren políticas de apoyo a las unidades de tratamiento del sueño y promover una campaña de difusión de la enfermedad entre el colectivo médico de los comités de evaluación para que puedan valorar la incapacidad invalidante de la narcolepsia.

El Grupo Parlamentario Socialista no habría presentado la enmienda si estuviera en la oposición. Entiendo que el Gobierno siempre intente retardar asuntos que supongan más gasto. En este caso estamos hablando de un poco más de gasto porque el colectivo es muy reducido, es una enfermedad rara y afecta a pocas personas en el Estado español. Si no votamos la enmienda del Grupo Socialista, por cuestión de mayorías, podría ser que la iniciativa del Grupo Popular —que yo apruebo— y nuestra enmienda no prosperaran. Por tanto, seguramente votaré a favor de la enmienda del Grupo Socialista sabiendo que es un brindis al sol. Yo insto al Grupo Socialista a que no se conforme con esto, a que insista en el ministerio para que esto se promueva y antes de terminar el año se llegue a una conclusión. Estamos hablando del bienestar de personas que realmente tienen una muy baja calidad de vida y las arcas del Estado no van a sufrir por reconocer la aportación reducida de este medicamento.

La señora **PRESIDENTA:** Le hago la precisión, si me lo permite, de que la enmienda que presente el Grupo

Socialista solo será objeto de votación de ser aceptada por el Grupo Popular y la señora Castro ha indicado ya que no la acepta. El sentido del voto dependerá por tanto de esta circunstancia que pongo en su conocimiento.

En nombre del Grupo Parlamentario Socialista, que también tiene presentada una enmienda a la que ya se ha aludido, intervendrá la señora Martel, que tiene la palabra.

La señora **MARTEL GÓMEZ:** Señorías, sabemos que la narcolepsia es una enfermedad crónica y discapacitante —mi grupo tiene clara conciencia de ello—, que está clasificada entre las 5.000 enfermedades reconocidas como raras por la Organización Mundial de la Salud, considerándose como raras aquellas que tienen una prevalencia menor de cinco afectados por cada 10.000 habitantes. En el caso de la narcolepsia la prevalencia se sitúa muy próxima a los cinco afectados por cada 10.000 habitantes, lo que la sitúa entre las enfermedades raras que mayor número de afectados tiene. Sabemos también —y mi grupo así lo manifiesta— que es una enfermedad que tiene un diagnóstico difícil por parte de los médicos y tenemos que hacernos eco de que afecta tanto a hombres como a mujeres desde edades muy tempranas. Sin embargo, señorías, ante la proposición no de ley presentada por el Grupo Parlamentario Popular, mi grupo tiene que manifestar cuál es la situación en la que se encuentra el reconocimiento de estos principios activos.

Como el Grupo Popular debería conocer, o conocerá, el marco legal de la aportación del beneficiario de la Seguridad Social en la dispensación de las especialidades farmacéuticas se encuentra recogido en la Ley 25/ 1990, del medicamento, que en su artículo 95 establece que la participación a satisfacer por los enfermos en el pago de los medicamentos y productos sanitarios que le proporcione el Sistema Nacional de Salud puede modularse con criterios que tengan en cuenta la capacidad de pago, la utilidad terapéutica y social de los medicamentos, la necesidad de ciertos colectivos, la gravedad, duración y secuela de las distintas patologías, y los límites y las previsiones presupuestarias afectas a las prestaciones farmacéuticas. En el Real Decreto 1605/1980 se indica que la aportación del beneficiario de la Seguridad Social en la dispensación de las especialidades farmacéuticas es con carácter general del 40 por ciento del precio de venta al público de las especialidades, estando los pensionistas exentos de la aportación. La primera referencia legal al término aportación reducida aparece en el Real Decreto 945/1978, de 14 de abril. Se estableció por primera vez la relación de grupos y subgrupos terapéuticos en base a su especificidad para el tratamiento de enfermedades concretas y de carácter crónico que mantendría una aportación inferior a la establecida con carácter general y que se denomina de aportación reducida. Según el Real Decreto 83/1993, de 22 de enero, por el que se regula la selección de medicamentos a efectos de su financiación en el Sistema Nacional de Salud, se actualiza la lista de

medicamentos que se consideran de primera elección en el tratamiento de enfermedades crónicas o graves, incluyendo en su anexo II los grupos y subgrupos terapéuticos de aportación reducida. Posteriormente, el 31 de octubre del año 2003 aparece el Real Decreto 1348 por el que se adapta la clasificación anatómica al sistema de clasificación anatómico-terapéutico-química y que realiza la adecuación de los grupos y subgrupos terapéuticos de aportación reducida a este sistema de clasificación fármaco-terapéutica. En este punto quiero detenerme para hacer un inciso y decir que en fecha 2003, bajo el Gobierno del Partido Popular, por la Asociación de narcolépticos se transmitió a la Subdirección General de Asistencia y Prestación Farmacéutica y a la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, del Ministerio de Sanidad y Consumo, una carta firmada por la señora Herrera en la que se hacía referencia a que en ese momento, en junio de 2003, cuando se estaba haciendo la adaptación de la clasificación de los productos, se tuviera en cuenta la inclusión del modafinilo, principio activo que compone el producto Modiodal, para que se pudiera incluir entre los medicamentos considerados de aportación reducida. En algunos de los párrafos decía que es una enfermedad crónica y grave que presenta importantes consecuencias para el paciente a lo largo de su vida y que la narcolepsia es, por tanto, una enfermedad discapacitante. La Asociación de familiares y pacientes de narcolepsia considera que ningún paciente narcoléptico debe quedar al margen del tratamiento de Modiodal por razones de índole económica y, por ello, solicitamos que el modafinilo sea incluido en las especialidades consideradas de aportación reducida en el nuevo real decreto. Esta es una carta, como les digo, dirigida al Ministerio de Sanidad y Consumo cuando el Partido Popular ostentaba el Gobierno en este país, junio de 2003. En esa fecha se había publicado el Real Decreto 1348 en el que se adapta de nuevo la clasificación. En ese momento el Partido Popular no tiene en cuenta a estos pacientes, no les oye y ahora presenta ante esta Comisión una proposición no de ley en la que se pide la inclusión del principio activo.

Dicho esto, la especialidad farmacéutica Modiodal, cuyo principio activo es el modafinilo, está indicada para el tratamiento de la narcolepsia —nosotros somos conscientes de ello— y se encuentra clasificada en el subgrupo terapéutico de los simpático-miméticos de acción central. Este subgrupo no está incluido entre los medicamentos considerados de primera elección en el tratamiento de enfermedades crónicas o graves por el citado real decreto, motivo por el cual tiene establecida una aportación para el usuario del 40 por ciento sobre el precio de venta al público. El principio activo modafinilo se comercializó por primera vez en Francia, país donde se desarrolló el fármaco y donde en la actualidad goza de un estatus de reembolso del 65 por ciento, muy similar al de España que es del 60 por ciento, siendo incluso el precio del producto en Francia unos siete euros más caro que en España para el envase de 30 comprimidos que aquí tiene un precio de 80,77 euros. Dado que la apor-

tación del usuario en el pago de medicamentos prescritos en el ámbito de la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud se encuentra regulada por el Real Decreto 83/1993, cualquier cambio de las condiciones de aportación debe hacerse mediante una norma de igual rango. Por todo lo expuesto en mi intervención, mi grupo ha propuesto una enmienda de sustitución, que la Mesa y los grupos conocen, en la que nos hacemos eco de las dificultades que estos pacientes tienen y queremos que se les tenga en cuenta. Por eso mi grupo ha presentado una enmienda en la que se dice que el Congreso de los Diputados insta al Gobierno a promover en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud la realización de un estudio sobre la situación actual de la atención a los pacientes con narcolepsia y las posibilidades de mejorar la calidad de la misma en el Sistema Nacional de Salud. Asimismo, deberá valorarse la conveniencia de incluir el modafinilo entre las especialidades consideradas de aportación reducida. Por tanto, señorías, mi grupo deja claro cuál es su posición, confiamos en tener el apoyo del resto de los grupos y, si no, veríamos la posibilidad de llegar a una transaccional.

— **RELATIVA A LA COFINANCIACIÓN DEL HOSPITAL SAN PEDRO DE LA RIOJA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/000969.)**

La señora **PRESIDENTA**: No estando presente la representación de ninguna otra formación política, entiendo que ha concluido el debate de este punto que ha sido visto como primero del orden del día y procederíamos al que, según he indicado, será el segundo, la proposición no de ley relativa a la cofinanciación del Hospital San Pedro de La Rioja, para cuya defensa tiene la palabra el señor Vadillo.

El señor **VADILLO ARNÁEZ**: Señorías, si me lo permiten voy a hacer un breve recuerdo sobre lo que motiva la presentación por parte del Grupo Popular de esta proposición no de ley.

El día 10 de mayo de 2005, en esta Comisión de Sanidad se aprobó una proposición no de ley conjunta de los grupos Socialista e Izquierda Unida para instar al Gobierno de la nación a realizar un convenio con el Principado de Asturias para cofinanciar el Hospital Universitario Central de Asturias por contener dicho hospital el Instituto Nacional de Silicosis, utilizando éste como referencia nacional del Sistema Nacional de Salud. Dicho instituto es referencia, como saben, no del Sistema Nacional de Salud sino de la Ley de prevención de riesgos laborales de 1995, y lo es para enfermedades profesionales en materia técnico-sanitaria y sobre todo en un tema de especialización como es la valoración de incapacidades respecto de la silicosis. El Instituto Nacional de Silicosis no es referencia todavía del Sistema Nacional de Salud, cuyo trámite pasa por la apro-

bación como unidad de referencia en el seno del Consejo interterritorial, como todos ustedes saben, según la normativa vigente explícita en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Les adelanto que el Partido Popular y las comunidades autónomas por él gobernadas no pondrán ningún inconveniente y aprobarán dicha referencia nacional para el Sistema Nacional de Salud si se opta por presentar esa petición y todo transcurre por sus cauces normales. Por tanto, de acuerdo con ello y sin ningún problema.

El Grupo Parlamentario Popular presentó entonces una enmienda a aquella proposición no de ley en base a que las circunstancias que presentaba el Hospital Universitario Central de Asturias, el HUCA, eran aplicables a otros hospitales del Sistema Nacional de Salud y, por tanto, se debían aplicar resoluciones similares a esos otros hospitales de otras comunidades autónomas. Dicha enmienda fue rechazada y quizá se debió a no poder explicar suficientemente, dado el carácter de la enmienda a la proposición no de ley, las motivaciones por las que se debían aplicar soluciones similares a esos otros hospitales. Esto motiva que presentemos esta proposición no de ley en este caso específico sobre el Hospital San Pedro de La Rioja, que espero acepten y aprueben los grupos parlamentarios aquí presentes para no causar iniquidades y agravios comparativos y para que a situaciones similares, como ya he dicho, se apliquen soluciones similares.

El HUCA y el Hospital San Pedro de La Rioja se encontraban a 1 de enero de 2002, fecha de las transferencias sanitarias, en el mismo proceso de tramitación y presupuestación por parte del antiguo Insalud, y su financiación quedó recogida de igual manera en ambos casos en las transferencias sanitarias y en el modelo de financiación de régimen común. Ambos hospitales están contenidos de manera similar en el programa electoral del Partido Socialista Obrero Español en las elecciones generales de marzo de 2004; ambos hospitales contienen unidades de referencia importantes a nivel nacional, y el de La Rioja además de carácter sanitario específicamente, y también a nivel internacional; y ambos hospitales también han contado con la promesa directa del presidente del Gobierno señor Rodríguez Zapatero, en el caso de La Rioja efectuada directamente al presidente de esta comunidad, el señor Sanz, el 19 de julio de 2005 en el palacio de La Moncloa y confirmado posteriormente por los servicios de Presidencia, como pueden apreciar por un dossier de prensa que si quieren les entrego. Por tanto estamos ante situaciones iguales y esta Comisión debiera aprobar proposiciones iguales, pero para una mejor comprensión y detalle les razonaré aún más la proposición relativa a La Rioja.

El actual y anticuado complejo hospitalario de San Millán-San Pedro de La Rioja y también el futuro Hospital de San Pedro es actualmente el hospital general de referencia para patología común, como tal hospital general, de 54 municipios de fuera de esa comunidad autónoma. Hay que recordar que La Rioja tiene 174 municipios y atiende

como población general a 54 municipios de fuera de la comunidad. Estos 54 municipios se encuentran situados a menos de ocho kilómetros de la Comunidad de La Rioja y, en su caso, de la ubicación específica de este hospital en Logroño. La población de referencia que atiende de fuera de la comunidad es de 97.065 personas, según censo oficial. De esos 54 municipios 15 pertenecen a Álava, 24 a Navarra, dos a Soria, nueve a Burgos y cuatro a Zaragoza. La mayor parte de la población que se atiende en Logroño para patologías comunes, como hospital general, pertenece a Álava y Navarra, con un total de población entre ambas comunidades de 83.164 personas. La Rioja está en este momento construyendo un hospital nuevo para su población que es de menos de 300.000 habitantes y dimensionado para atender a casi otros 100.000 de fuera de la comunidad, es decir, para un tercio más de su población de derecho. Puede afirmarse, por tanto, sin temor a equivocarse que más de un tercio del coste de construcción de dicho hospital es para cubrir necesidades de la población de comunidades limítrofes, a lo cual La Rioja hoy por hoy no está técnicamente obligada y, por tanto, es razonable solicitar la cofinanciación en base a una situación de coste y dimensión que no tiene parangón en ninguna otra comunidad autónoma de España. Ninguna otra comunidad autónoma de España en sus hospitales de referencia atiende tal volumen de población de fuera de su comunidad comparado con el volumen de población de su propia comunidad. De las algo más de 100.000 estancias hospitalarias en el año 2004 casi 30.000 eran de pacientes de fuera de la Comunidad Autónoma de La Rioja. De todas maneras no se preocupen. El Gobierno de La Rioja —me lo han afirmado— seguirá atendiendo a los pacientes de fuera de su comunidad con los mismos criterios de calidad y amabilidad que hasta ahora, se apruebe o no esta proposición no de ley, pero se creará un agravio comparativo que la población riojana no entenderá y que puede dar lugar a crispación y malos entendidos y a problemas de vecindad que es preferible evitar, ya que técnica y normativamente La Rioja, sin más problemas, cumpliría con su obligación en el momento actual con la atención urgente y derivación a los hospitales de referencia de las comunidades autónomas que son limítrofes de los pacientes por él atendidos, sin necesidad de atenderles más allá de esta obligación. Algunos de los hospitales de referencia de las comunidades limítrofes quisiera recordar que están a más de 80 y 90 kilómetros de estas poblaciones limítrofes a la Comunidad Autónoma de La Rioja. Por otro lado, el futuro Hospital San Pedro contará con unidades y servicios de alta complejidad que hará que la referencia poblacional se extienda más allá de la existente actualmente. Algunas de estas unidades son cirugía torácica, maxilofacial, vascular, neurocirugía, medicina nuclear, radiología intervencionista, hemodinámica y un largo etcétera que lo convierten por tanto también en referencia nacional del Sistema Nacional de Salud, dada además la escasez de estas unidades de referencia y las listas de espera que son las mayores del país en estas especialidades de manera general en las comunidades autónomas. Además, en el complejo hospi-

talario San Millán-San Pedro, el futuro hospital San Pedro, se está construyendo anexo un centro de investigación, desarrollo e innovación cuyos usos y equipamiento lo serán para todo el Sistema Nacional de Salud por su complejidad y singularidad. Dicho centro contendrá, entre otras cosas, resonancias magnéticas de alto campo de 3 teslas, TACS de 64 detectores, tomografía por emisión de positrones, es decir TEP, ciclotrón, el primero que será de carácter público en todo el valle del Ebro, radioterapia de intensidad modulada en número de dos aceleradores lineales cuando la comunidad autónoma con uno tendría suficiente para su población (quisiera recordar que Álava tiene un solo acelerador lineal y Navarra público tiene solo otro acelerador lineal), laboratorios de bioseguridad para investigación en red, animalarios, quirófanos de cirugía experimental, etcétera, a disposición de todo el Sistema Nacional de Salud y de manera más específica para las poblaciones y comunidades limítrofes a la Comunidad Autónoma de La Rioja.

Quisiera referirme también a otro factor que obliga a dimensionar el Hospital San Pedro mucho más allá de las necesidades puras de la población riojana. Desde hace más de un siglo La Rioja es receptora, y bien a gusto, de una población estacional flotante pero también residencial de numerosas personas, sobre todo de la Comunidad Autónoma del País Vasco, dadas las tradicionales buenas relaciones de amistad, vecindad, familiares y de usos y costumbres. Dicha población estacional residencial asciende durante muchos meses, más de cinco, y también durante fines de semana, Navidades y Semana Santa a más de 100.000 personas, según cálculos de algunos de los municipios de La Rioja Alta, y solo de algunos, y que La Rioja se siente obligada a prestarles todos los servicios que pudieran necesitar, incluidos los sanitarios, con la mayor calidad posible; servicios que demandan de manera puntual pero sostenida de tipo hospital general y, en el caso de las personas mayores que alargan sus estancias más allá de lo que se puede considerar temporal, no solo ya puntual sino de manera continuada.

Como último punto que motiva esta proposición no de ley está el quizá más importante si hablamos de la similitud con la proposición no de ley que se aprobó respecto del Hospital Universitario Central de Asturias. Les hablo de la unidad de referencia sanitaria nacional y europea de rickettsias y otras enfermedades transmitidas por artrópodos vectores. Estas patologías no son muy conocidas fuera del ámbito técnico-sanitario, pero tienen una enorme importancia estratégica, clínica, epidemiológica y de salud pública. La Organización Mundial de la Salud en su documento Salud para el siglo XXI hace especial hincapié en las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes, y entre ellas concede especial relevancia a la rickettsiosis y otras enfermedades transmitidas por vectores, y aconseja a los gobiernos que pongan los medios para su prevención, diagnóstico y tratamiento. Los centros para el control de enfermedades en Estados Unidos, los CDC, así como los institutos nacionales de salud de este mismo país, conceden especial importancia a estas bacterias y vectores como medios de atentados biológicos, así como también

lo hace la Unión Europea, que constituyó no hace mucho la red europea de vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles por artrópodos vectores, de la cual el Hospital de La Rioja es hospital clínico europeo de referencia para estas patologías y, además, es el único centro de referencia en España de esta misma red. Por tanto, en este caso hay una clara referencia del Sistema Nacional de Salud español y también del sistema sanitario europeo. Esta unidad de referencia recibe pacientes de toda España para diagnóstico y tratamiento de estas patologías que son tan ignoradas como graves y prevalentes. En el año 2004 ha recibido pacientes, por ejemplo, del País Vasco, Navarra, Cantabria, Galicia, Castilla y León, Comunidad Valenciana, Andalucía, Madrid, etcétera. Su laboratorio especializado en patógenos especiales, además de muestras para estudio y diagnóstico en toda España, las recibe de, por ejemplo, Francia, Alemania, Chequia, Hungría, Portugal, Italia, Croacia, varios países de Suramérica, etcétera, y esto solo en el año pasado. Realiza también interconsultas sobre casos clínicos de países como Japón, Uruguay, Rusia y Estados Unidos, más todos los anteriormente indicados. Habitualmente recibe profesionales de fuera de España, además de los españoles, para formación y conocimiento de las técnicas que ellos manejan. Los últimos presentes en este año han sido de países como Alemania o Uruguay. En su labor cuenta con el descubrimiento de nuevas bacterias de enfermedades como la última denominada Debonnel, descrita por primera vez por esta unidad a nivel mundial, así como la descripción, diagnóstico y caracterización en España y Unión Europea de bacterias y enfermedades que antaño se creía eran de fuera de nuestras fronteras. En España no existe ningún otro centro especializado en estos patógenos que cuente con un equipo multidisciplinar como el de La Rioja integrado por médicos clínicos, microbiólogos, veterinarios, biólogos, epidemiólogos, además de otros profesionales. En los últimos años es difícil encontrar una publicación nacional e internacional sobre *rickettsias* y artrópodos vectores que no haga referencia y cite las aportaciones de este grupo de La Rioja, que ha recibido en 2004, por ejemplo, el premio de la Academia de Ciencias de Uruguay. El director de esta unidad de referencia, el doctor José Antonio Oteo, es presidente del grupo de rickettsiosis y artrópodos vectores de la Sociedad europea de enfermedades infecciosas y microbiología y ha sido fundador y presidente de la sociedad española. Es además centro evaluador de los proyectos FIS para todo el Sistema Nacional de Salud relacionados con estas enfermedades.

Para concluir, esta unidad de referencia nacional e internacional. Así como la referencia poblacional y las especialidades de equipamientos complejos que se están abordando en el Hospital San Pedro de La Rioja, tiene los suficientes méritos para que esta Comisión opte por aprobar esta proposición no de ley en igualdad de condiciones y méritos que con las del Hospital Universitario Central de Asturias, máxime cuando el esfuerzo inversor de La Rioja en su centro hospitalario es muy similar al de Asturias en cantidades económicas del proyecto, pero con

una notabilísima diferencia de población de derecho y de presupuesto regional a favor de Asturias. Cualquier otra decisión que tomen los grupos en esta Comisión sería parcial, no equitativa y profundizaría en un agravio comparativo que dejaría a las claras el posible sectarismo, que espero no exista, de la medida y la diferencia de abordaje en función de qué partido político gobierne en España y en cada comunidad autónoma peticionaria.

La señora **PRESIDENTA**: Antes de proceder a dar la palabra a la representante del Grupo Socialista vuelvo a comunicar a sus señorías una petición de alteración del orden del día que en este caso se ha hecho por el representante del Grupo Catalán (Convergència i Unió). Solicita posponer las tres iniciativas relativas al estudio y prevención del ictus o infarto cerebral y, si es posible, que a continuación se viese la proposición no de ley relativa a la prevención del cáncer de cérvix. El Grupo Socialista así lo ha aceptado ya expresamente; me gustaría que conste que quien va a intervenir en nombre del Grupo Parlamentario Popular tiene conocimiento de ello y está en condiciones de intervenir a continuación, y por eso hago la advertencia antes de que se produzca la intervención de la representante del Grupo Socialista.

Tal como he manifestado, no habiendo más grupos presentes, tiene la palabra por el Grupo Socialista la señora Velasco.

La señora **VELASCO GARCÍA**: Señorías, en esta proposición no de ley que presenta el Grupo Popular se ha dado por su portavoz una explicación muy exhaustiva de la calidad asistencial que presta el Hospital de La Rioja. Desde luego, no hay duda de la actividad asistencial de este hospital en cuanto a número y calidad. Escuchando al portavoz del Grupo Popular no nos quedaría más remedio que decir adelante, es necesario aprobar esta proposición no de ley, pero hay que centrar un poco los tiempos y analizarlo en un contexto general, para lo cual es necesario recordar una serie de aspectos que son fundamentales respecto a las transferencias de la atención sanitaria.

Como sabe muy bien el portavoz del Grupo Popular, una vez concluido el traspaso de funciones y servicios en materia de asistencia sanitaria a las comunidades autónomas, con carácter general, la financiación de las obras de infraestructura sanitaria es competencia de las comunidades autónomas. Quiero recordar que todos los presidentes de comunidades autónomas del Partido Popular en ese momento no pusieron ninguna pega para recibir en las condiciones en que lo hicieron las transferencias de la sanidad pública. En el real decreto por el que se traspasaron las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud a la Comunidad Autónoma de La Rioja, y en general a todas las comunidades, se valoraron las cargas financieras que se traspasaban, así como los compromisos asumidos por las partes en esta materia y en general en la prestación de servicios transferidos, de conformidad con la comisión mixta prevista en la disposición transitoria

octava del Estatuto de Autonomía de La Rioja. Por otro lado, como conocen muy bien sus señorías, a partir del año 2002 el nuevo sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común integra la financiación de la sanidad en la financiación del conjunto de competencias de gasto de las comunidades autónomas. Para el cálculo del coste efectivo de los traspasos aprobados y, consecuentemente, de sus cargas financieras se tuvieron en cuenta tanto los gastos corrientes relativos a la asistencia sanitaria prestada como los correspondientes a todo tipo de inversiones, completándose en su caso la financiación resultante por estos conceptos hasta alcanzar la que correspondiera a cada comunidad según los criterios de distribución marcados en el nuevo sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común. Por todo ello la Administración General del Estado, como saben, no puede financiar a través de los Presupuestos Generales del Estado infraestructuras sanitarias de esta comunidad autónoma, ya que la mejora y renovación de sus infraestructuras es competencia de la Comunidad Autónoma de La Rioja, la cual debe disponer de la financiación suficiente de acuerdo con el sistema de financiación de las comunidades autónomas y el cálculo del coste del traspaso en el que se tuvieron en cuenta los importes correspondientes a los gastos de inversión. Por otro lado, dado que en este momento se está desarrollando el proceso derivado de los acuerdos adoptados en la primera Conferencia de Presidentes en relación con la financiación sanitaria, se considera que es este marco el que debe en su caso tratar esta cuestión. Me gustaría recordar el acuerdo de financiación de la sanidad en la Conferencia de Presidentes, ratificado posteriormente por el Consejo de Política Fiscal y Financiera: que para el año 2006 la aportación adicional del Gobierno a la financiación sanitaria es de 3.042,4 millones de euros y de 3.142 para el 2007, aparte de otro tipo de aportaciones complementarias referidas a otros conceptos. La Comunidad Autónoma de La Rioja va a recibir en torno a 35 millones de euros adicionales como consecuencia de estos acuerdos. Por tanto creo que debemos ser sensatos. No rechazamos la valoración que hace el portavoz del Grupo Popular y que aparece en esta proposición no de ley de liderazgo de determinados servicios del Hospital de La Rioja, pero no procede trabajar en estas proposiciones no de ley comprometiendo al Gobierno a una cuestión que en estos momentos no le corresponde. Por otra parte, referido al contenido de la proposición no de ley en la que se solicita que sea referencia nacional —no sé muy bien lo que pide, si el hospital o el servicio—, es en el marco del Consejo interterritorial donde, como usted muy bien ha dicho, se está trabajando en definir los hospitales o servicios de referencia en todo el territorio. Por tanto, no es el momento adecuado para aprobar en sede parlamentaria una proposición no de ley que sería en cualquier caso quitar o restar importancia al debate que se está teniendo en el ámbito de ese consejo. Por ello la Comunidad de La Rioja podrá en ese foro de debate trasladar su inquietud, esta solicitud, debatirla con el resto de las comunidades autónomas y con el Gobierno,

y no descartamos que el objeto de esta proposición no de ley en ese foro, que es el que corresponde en estos momentos, sea aprobado y así sea definido.

Respecto a la comparación que hace con el Hospital Central de Asturias, en primer lugar, nuestro grupo cree que la proposición no de ley tiene que tener valor en sí misma por lo que supone para el Hospital de La Rioja, no por comparación con otro hospital que es radicalmente diferente a su modelo, y que el servicio al que usted se refiere no tiene nada que ver con el que se plantea como referencia; y no es que sea mejor ni peor, es que es diferente. Existía un hospital monográfico en Asturias, el hospital de silicosis. Como usted muy bien debe conocer, hubo un periodo de integración de todos los hospitales de la red pública en el Hospital Central de Asturias y ha sido evidente la atención de ese hospital durante años a los enfermos de patología de silicosis, pero las circunstancias que acompañan esa decisión son diferentes a las que usted nos trae aquí ahora. En cualquier caso, después de la aprobación de esa proposición no de ley, se da la circunstancia de que han ocurrido otros hechos que hacen frenar todas las iniciativas en cuanto a proposiciones no de ley de servicios o unidades de referencia, puesto que —como digo— es en el ámbito y en el calendario del Gobierno y de las comunidades autónomas donde ahora se está trabajando, ahora en tiempo real, en la definición de esos servicios de referencia, con lo que vuelvo a insistir en que no es el momento oportuno para aprobar esta proposición no de ley. Por tanto no se confundan. El Grupo Socialista no se posiciona en contra de las ambiciones legítimas del Hospital de La Rioja a ser referente en cuanto a su unidad de patología infecciosa, pero entendemos que debe ser en otro foro y en otro momento cuando se pueda hacer esta propuesta, que sin duda se hará, y se tome la decisión más equitativa de acuerdo con la política de cohesión territorial que desde el ministerio se está demostrando que se tiene en materia de sanidad pública.

— **SOBRE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CÉRVIX. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA DEL CONGRESO. (Número de expediente 161/000907.)**

La señora **PRESIDENTA**: Tal y como he indicado, la siguiente iniciativa que vamos a debatir será la que figura como cuarta en el orden del día, la proposición no de ley sobre prevención del cáncer de cérvix. Ha sido presentada por el Grupo Parlamentario Socialista y para su defensa tiene la palabra la señora Salazar.

La señora **SALAZAR BELLO**: Tal como dice el inicio de la proposición no de ley, la Ley General de Sanidad regula el derecho a la protección y salud de todos los ciudadanos. En esta proposición no de ley se aborda uno de los temas más importantes en cuanto a la salud de las mujeres, y no solo se refiere a la curación

sino a la obligación de las administraciones públicas sanitarias de promover y garantizar la prevención de las enfermedades. Con ella lo que pretendemos desde el Grupo Parlamentario Socialista es abordar la prevención de una enfermedad viral que hace padecer posteriormente un cáncer de cérvix uterino. Sabemos que anualmente son diagnosticadas en el mundo unas 500.000 mujeres de cáncer de cérvix en distintos estadios por supuesto, y con los últimos estudios sabemos que la causa de esta enfermedad es un virus. A nivel mundial es el segundo cáncer femenino más frecuente tanto por incidencia como por mortalidad. La incidencia de este en España es baja, aproximadamente de 5 a 7 casos cada 100.000 mujeres, pero en otras estadísticas a nivel mundial aparece una oscilación que varía desde 5 a 42 casos por cada 100.000 mujeres. Es muy raro en las mujeres menores de 20 años y alcanza su mayor incidencia a partir de los 45 ó 50 años.

Tanto los cánceres invasivos como las lesiones precursoras se ha demostrado que son asociados en un alto porcentaje a la presencia de un virus llamado virus del papiloma humano (VPH). Se ha encontrado la evidencia de este virus en el 99,7 por ciento de los carcinomas cervicales de útero, se debe por lo tanto considerar una enfermedad de transmisión sexual. Sabemos que existen factores de riesgo muy identificados, como son el coito en edad temprana, la multiplicidad de compañeros sexuales, la paridad elevada, el tabaco, el estatus socioeconómico bajo y por supuesto la coinfección de otras enfermedades de transmisión sexual. El papiloma virus es un pequeño virus DNA que introduce una variedad de lesiones proliferativas; existen más de cien subtipos del VPH. Los subtipos de más alto riesgo son los 16, 18, 31, 33 y 45, y están asociados siempre a los cánceres anogenitales del humano. El virus se transmite a través de las relaciones sexuales y tiene mayor prevalencia en mujeres entre 22 y 25 años, decreciendo paulatinamente hasta los 50 años, lo cual sugiere una respuesta inmunodeficiaria. En la mayoría de los casos la infección se resuelve espontáneamente en un tiempo medio de doce meses, según los estudios realizados en España, aunque existen otros estudios como el sueco donde se dice que la resolución de esta enfermedad puede llevar hasta cinco años. Según los estudios que tenemos, la prevalencia de este virus en España es relativamente baja.

En el último estudio desarrollado en once países, donde abarcaron 15.613 mujeres entre los 15 años y los 74, con citologías absolutamente normales, se les realizó un análisis para detectar si existía el virus de papiloma humano. En este se ha puesto de manifiesto que en España había una incidencia del 1,4 por ciento, siendo nuestro país el de menor incidencia del virus humano; sin embargo en África subsahariana es cinco veces mayor, así como en América Latina y en Asia, aunque con una prevalencia de un punto intermedio. Todas estas prevalencias van a evolucionar un 10 por ciento, pues actúa una cepa bien identificada que es una cepa de alto riesgo. El VPH es el responsable del 70 por

ciento de los cánceres de cérvix uterino en el mundo. Muchas mujeres contagiadas presentan citología normal pese a estar infectadas, lo que conlleva un mayor riesgo en la población de contagiar a personas sanas y desarrollar procesos neoplásicos. Los autores de este estudio recogieron igualmente datos de otros países que no habían aportado ningún conocimiento sobre ello como eran los Estados Unidos y Canadá, donde ya ellos habían hecho el estudio y donde la incidencia de la cepa 16, que es una de las de más alto riesgo, como he dicho anteriormente, representa el 31,2 por ciento en las estadounidenses y el 24,1 en las canadienses, que viene a ser más o menos la media que existe en Europa, menos en España. En uno de los estudios realizados en un medio universitario del extranjero se demostró que la evolución en diez años de esta infección había pasado de un 15 por ciento de infección al principio de la década a un 75 por ciento de infectadas entre las estudiantes universitarias, pero no hay que confundir a la población y hay que tener siempre muy claro que solamente van a desarrollar enfermedad entre 5 y 42 casos de cada 100.000 mujeres, dependiendo sobre todo del medio y de esos factores de riesgo que habíamos enumerado anteriormente.

En España en el último Congreso de Ginecología referían que existía una incidencia de carcinoma de cérvix de 5 a 7 casos en cada 100.000 mujeres; por ejemplo, en mi Comunidad Autónoma de Galicia baja todavía más la incidencia, ya que existe exclusivamente un 3,5 por cada 100.000. Hay que tener en cuenta muchas consideraciones como es la prevalencia de los virus. En comunidades como Cataluña existe un 3 por ciento en los mayores de 25 años y, sin embargo, un 7 por ciento en las menores de 25 años; si consideramos no la población habitual sino un estudio que hizo la Comunidad Autónoma de Valencia a través de la Consejería de Sanidad en Alicante y la Universidad Miguel Hernández, tenemos una valoración de una población especial como son las reclusas, donde nos encontramos una prevalencia de los virus del 46 por ciento. Los datos de esta Comunidad Autónoma son de un estudio realizado y presentado en este mismo año. Dentro de la población del mercado del sexo, tenemos que las mujeres europeas del Este son las que tienen mayor prevalencia del virus, en un 61 por ciento; las ecuatorianas en un 42 por ciento; y podemos ver asimismo que la diferencia entre esos datos se mantiene constantemente, sin embargo lo que tenemos constante es la etiología y la causa de esta enfermedad.

Desde el Grupo Parlamentario Socialista creemos que hay realizar un estudio más exhaustivo, con datos más poblacionales, en áreas geográficas más definidas y cogiendo datos más importantes como son la edad y la propia población, si es rural o si es urbana. Nuestros hábitos sexuales han cambiado mucho y la educación sexual no ha existido o ha sido muy deficiente. Los conocimientos de la población total sobre estos temas son mínimos en todos los ambientes y posiblemente represivos. Sus señorías recordarán la polémica estable-

cida entre utilización del preservativo o condón y la enfermedad del sida en declaraciones de múltiples personas, declaraciones que yo podría decir que fueron exclusivamente deformantes y desinformatas, porque no existía en ningún momento ningún pensamiento científico y la población ha quedado totalmente desinformada sobre este tema.

En conclusión, necesitamos datos de epidemiología descriptiva y molecular de estas cepas del VPH en toda España. Tenemos que unificar los criterios de todas las comunidades autónomas para poder tener criterios de diagnósticos únicos en todo el territorio español, para mejorar la salud de las ciudadanas, para que podamos dar prevención y no tengamos que curar; así pues habrá que comparar los resultados y valorar futuras estrategias. Por ello, desde el Grupo Parlamentario Socialista, el Congreso de los Diputados insta al Gobierno a que impulse a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y en cooperación con el Instituto Carlos III la realización de un estudio multicéntrico para determinar la prevalencia del VPH, los análisis de frecuencia por grupos de edad, los factores de riesgos asociados a esta infección y el diagnóstico positivo de los genotipos más frecuentes (aquí quisiera hacer un apunte porque en la hoja publicada en el Boletín viene como serotipos, pero nosotros nos referimos a genotipos). Que se promueva —punto 2— la constitución de un grupo de trabajo en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud para que, a la vista de los resultados del estudio, analice las posibles actuaciones para la prevención del cáncer de cérvix uterino. Que se contemple —punto 3— la posibilidad de incentivar las propuestas de proyectos de investigación del virus del papiloma humano en el programa de promoción de la investigación biomédica y ciencias de la salud del Plan Nacional de I+D+i convocado a través del Instituto de Salud Carlos III.

Existe una enmienda del Grupo Parlamentario Popular sobre la que después haré mi exposición.

La señora **PRESIDENTA:** A esta iniciativa tiene presentada una enmienda el Grupo Parlamentario Popular. Para defender su enmienda, así como para manifestar la postura que sostienen en relación con la iniciativa, tiene la palabra la señora Roldós.

La señora **ROLDÓS CABALLERO:** Para el Grupo Popular es un tema muy importante el cáncer de cérvix, ya que es la segunda causa de muerte de mujeres en el mundo. Sin embargo, creo que debemos decir como primera cosa importante que el cáncer de cérvix se puede prevenir y el cáncer de cérvix se puede curar. Es un cáncer de diagnóstico simple y que cuando es diagnosticado precozmente tiene una muy buena evolución, con una curación total. Como se ha dicho aquí antes, es una enfermedad de transmisión sexual (en Estados Unidos es la enfermedad de transmisión sexual más frecuente), y efectivamente el virus del papiloma humano es causa

necesaria pero no suficiente para desarrollar un cáncer de cérvix; es causa necesaria porque en la gran mayoría de los carcinomas de cérvix está la infección por virus del papiloma, pero no todas las infecciones por virus del papiloma llevan a un cáncer, ya que la inmensa mayoría de las infecciones por virus del papiloma se curan sin dejar secuelas. Quisiera destacar aquí que hay una serie de factores de riesgo, esas causas añadidas o cofactores, que se deben de dar junto con la infección por el virus del papiloma humano.

Efectivamente, como se ha dicho, aquí los serotipos 16 y 18 del virus del papiloma son los responsables del 70 por ciento de los carcinomas de cérvix, pero no olvidemos que también hay otros serotipos del virus del papiloma humano que son los responsables del 85 por ciento de los carcinomas anorrectales o del 50 por ciento de los carcinomas de vulva, de vagina o de pene, o del 20 por ciento de los orofaríngeos o del 10 por ciento de los de laringe y esófago. La infección del virus de papiloma humano va muy relacionada con un factor de riesgo muy importante que es la conducta sexual; ese es el principal factor de riesgo, la conducta sexual, muy relacionada con el inicio precoz de las relaciones sexuales, igualmente con el número de compañeros sexuales o con la promiscuidad no solamente femenina sino masculina que actúa como vector infectivo. He de decirles como dato a reseñar que, por ejemplo, en el colectivo de prostitutas es catorce veces más frecuente que en el resto de la población; también hay un factor de riesgo importante asociado que es el consumo de tabaco, ya que se encuentran sustancias provenientes del consumo de tabaco en el moco cervical; el alto número de embarazos, también debido al cambio hormonal, favorece la infección por el virus del papiloma; y en todas aquellas situaciones en las que el sistema inmunológico está deprimido, ya sea por factores genéticos, por sida, por toma de medicamentos inmunosupresores o por consumo de drogas, hay una mayor prevalencia de infección por virus del papiloma humano; así como también se han reseñado factores nutricionales como es el consumo bajo de antioxidantes, de ácido fólico o de vitamina C. Otra de las situaciones, al menos estadísticamente, en la que se ha visto una mayor prevalencia de cáncer de cérvix ha sido en aquellas mujeres que sus madres tomaron dietilestilbestrol durante su embarazo, y esta práctica fue bastante habitual hasta los años 70, por lo tanto sus consecuencias todavía se están produciendo a día de hoy. Asimismo, como señalaba la señora Salazar, otras enfermedades de transmisión sexual están íntimamente relacionadas con la aparición de carcinoma cervical, como son las infecciones por virus de herpes simple e incluso algo tan frecuente como son las infecciones por clamidia trachomatis. Señorías, el factor de riesgo más importante en todo el mundo es el bajo nivel socioeconómico; ese es el factor de riesgo más importante para contraer un carcinoma de cérvix. Estamos viendo cómo, mientras en el Primer Mundo la incidencia y la prevalencia de carcinoma de cérvix está disminuyendo, en los países en vías de desarrollo está incrementándose cada día más, y debemos tenerlo muy en

cuenta ya que en nuestro país hemos recibido inmigración procedente de países en vías de desarrollo de hasta cerca de 4 millones de ciudadanos. Al menos en el 50 por ciento —algo más de 2 millones de mujeres provenientes de países subdesarrollados tenemos incorporadas a nuestra población—, tiene una mayor incidencia y una mayor prevalencia, ligado fundamentalmente a algo como es la información, el acceso a la sanidad y que esas mujeres de países en vías de desarrollo, por motivos sociales, por motivos económicos e incluso por motivos religiosos, no se someten a revisiones periódicas.

Es muy oportuno que hoy en la Comisión de Sanidad hablemos sobre prevención de cáncer de cérvix, porque además es un asesino silencioso. Las infecciones por virus del papiloma y los estadios iniciales de cáncer de cérvix son asintomáticos; esas lesiones que produce fundamentalmente el virus del papiloma son unas lesiones escamosas que son inicialmente lesiones precancerosas pero que, como decía antes, si son diagnosticadas y tratadas a tiempo, evolucionan favorablemente y llevan a la curación total de la paciente. Es importantísima por lo tanto esta enfermedad, en la que en los últimos 30 años el tratamiento está en una fase de estabilización o de estancamiento; no ha habido grandes novedades en el tratamiento, pero sí ha habido grandes novedades en lo que es el *screening* o detección precoz, ya que durante muchos años se ha hecho colposcopia y Papanicolau y hoy día se dispone de técnicas mejores que el Papanicolau, como es la citología en fase líquida, que tiene una mayor sensibilidad y una mayor especificidad, porque la técnica de Papanicolau daba numerosos falsos positivos. Ya que hace solamente unas pocas fechas ha habido un Congreso Europeo de Cáncer en París, que ha terminado la semana pasada, y otro congreso de la Asociación española de investigación sobre el cáncer el mes pasado en Pamplona, y dicen los expertos que ya que la abstinencia y la monogamia para toda la vida es poco realista y puesto que la profilaxis, el uso de preservativos o condones es eficaz solo parcialmente, sería muy prometedora una nueva vacuna contra el virus del papiloma humano. Ante esa gran noticia que es la inminente aprobación tanto por la FDA como por la Agencia Europea de Medicamentos de una vacuna tetravalente frente al virus del papiloma humano, uno de los puntos que resaltamos en nuestra enmienda es que por el Ministerio de Sanidad y en el seno del Consejo Interterritorial se agilicen los trámites para incorporar en el menor tiempo posible en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud la vacuna del virus del papiloma humano en el calendario de vacunación, porque es importante que nuestras niñas, que nuestras adolescentes, puedan ser vacunadas para que no contraigan la infección del virus del papiloma humano. Aun en el caso de que, como esperamos desde el Grupo Popular, esta vacuna se incorpore en fechas muy cercanas al calendario de vacunación, debemos destacar aquí y transmitir a la población que la vacuna hay que combinarla con los programas de detección

precoz al menos durante los próximos 50 años, porque la vacuna no va a reemplazar a las revisiones, ya que solamente se vacunará a aquellas personas que todavía no han iniciado sus relaciones sexuales.

Queremos resaltar aquí que nuestra enmienda de sustitución es, en primer lugar, la creación y desarrollo de un plan integral específico para la prevención, diagnóstico precoz y tratamiento del cáncer de cérvix en colaboración con las sociedades científicas y con las asociaciones de pacientes. Señorías, de verdad que cuando nosotros proponemos planes integrales no es un capricho del Partido Popular, es la estrategia que marca la Organización Mundial de la Salud para hacer frente a las enfermedades y a aquellos problemas de salud que más afectan a la población. Por lo tanto, plan integral específico. En segundo lugar, pedimos que se incorporen los nuevos procedimientos diagnósticos en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, y nos estamos refiriendo a cómo en Estados Unidos incluso se están cambiando las guías de actuación frente al carcinoma y la prevención del cáncer de cérvix, para no repetir pruebas innecesarias cuando no hay que llevarlas a cabo, porque ha sucedido muchas veces que mujeres que tienen hechas histerectomías van a realizarse pruebas de Papanicolau. Nosotros en un tercer punto, como decía antes, pedimos agilizar los trámites para incorporar en el menor tiempo posible en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud la vacuna del virus del papiloma en el calendario de vacunación. Por último y no menos importante, quizá lo más importante, solicitamos realizar campañas de información a la población sobre los factores de riesgo de esta patología y las medidas adecuadas para la prevención. En una publicación muy reciente en nuestro país decían que solo el 27 por ciento de las mujeres españolas se someten a programas de detección, cuando estábamos hablando y reiterando que los programas de detección son absolutamente imprescindibles para la prevención y para la curación del carcinoma de cérvix; repito, solamente un 27 por ciento. Yo creo que las autoridades sanitarias, el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas tienen que hacer un importante esfuerzo en dar mayor información a las mujeres, en dar mayor educación para la salud a las mujeres, en concienciar a la población de que esto es un cáncer que se puede evitar, que se puede prevenir; es una absoluta responsabilidad de las autoridades sanitarias el que las mujeres tomemos conciencia de que nos debemos someter a revisiones periódicas para evitar un cáncer que, como decía al principio de mi intervención, es la segunda causa de mortalidad de mujeres en el mundo.

Esperamos que el Grupo Parlamentario Socialista recoja finalmente nuestra enmienda y podamos llegar incluso a una transaccional, ya que nosotros valoramos que el Grupo Socialista quiera realizar un estudio de prevalencia del virus del papiloma humano y tener mayores datos, pese a que hay múltiples estudios no solamente en otros países sino en el nuestro. De ese congreso de la Asociación Española de Investigación sobre el Cáncer se ha publicado recientemente, el mes

pasado, un estudio de más de 3.700 mujeres en nuestro país. Yo creo que están suficientemente estudiado cuáles son los factores de riesgo, cuáles son las prevalencias a nivel del mundo desarrollado y cuáles son las estrategias a seguir para la prevención; por lo tanto, lo que tienen que hacer las autoridades sanitarias es ponerlas en funcionamiento, ponerlas en marcha. De todas formas, nosotros estamos abiertos a llegar a una transaccional, porque el objetivo de todo esto es concienciar a la población y a las autoridades sanitarias de la importancia de la prevención del carcinoma de cérvix.

La señora **PRESIDENTA**: A los efectos de manifestar la aceptación o el rechazo de la enmienda, tiene de nuevo la palabra la señora Salazar.

La señora **SALAZAR BELLO**: Sí, yo creo que no vamos a tener ninguna dificultad en poder llegar a una transaccional, pero de todas formas yo quisiera aclarar algunas cosas.

La señora diputada del Grupo Popular ha dicho que no hay que hacer más estudios. Nosotros creemos que científicamente hay que hacer un calendario de seguimiento. Entonces...

La señora **PRESIDENTA**: Señora Salazar, no me reabra el debate, porque tendría que conceder un turno de réplica. ¿Cree usted entonces que es posible llegar a una transaccional?

La señora **SALAZAR BELLO**: Va a ser posible hacer una transaccional entre los dos grupos.

La señora **PRESIDENTA**: A lo que les exhorto antes de que sea la hora de la votación.

- **PARA PROMOVER EL ESTUDIO Y LA PREVENCIÓN DEL ICTUS O INFARTO CEREBRAL. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO CATALÁN (CONVERGÈNCIA I UNIÓ).** (Número expediente 161/000784.)
- **RELATIVA AL ICTUS CEREBRAL. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO.** (Número expediente 161/000860.)
- **PARA PROMOVER EL ESTUDIO Y LA PREVENCIÓN DEL ICTUS O INFARTO CEREBRAL. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA DEL CONGRESO.** (Número expediente 161/000901.)

La señora **PRESIDENTA**: A continuación pasamos a debatir las tres iniciativas que figuraban como puntos primero, segundo y tercero en el orden del día. Lo lógico, lo que figura en el orden del día y lo suyo sería que en primer lugar defendiera su iniciativa el Grupo Parlamen-

tario Catalán de Convergència i Unió, pero ante la ausencia del diputado y por haberlo este así solicitado damos en primer lugar la palabra al Grupo Parlamentario Popular para defender la suya, que figura como número 2 en el orden del día. Tiene para ello la palabra el diputado señor Martín Soledad.

El señor **MARTÍN SOLEDAD**: Esas tres iniciativas corresponden a la preocupación de los distintos grupos parlamentarios por una patología que es la primera causa de muerte de la mujer en el mundo y en términos globales su segunda mayor causa de muerte en el mundo. En España, cada año hay 85.000 afectados; contando que en el año 2000 hubo 36.596 defunciones directamente relacionadas con el ictus, por lo tanto cada catorce minutos un español muere de ictus. Es la principal causa de discapacidad adquirida en los adultos y el coste para los distintos sistemas sanitarios del mundo viene a representar de un 3 a un 4 por ciento de los presupuestos sanitarios en Europa. En España el 79 por ciento de las personas que padecen un ictus sufren secuelas físicas, el 57 por ciento secuelas mentales y el 45 por ciento ambas, físicas y mentales.

Señorías, me gustaría incidir en que estos aspectos significativos y que a modo de *flash* les he relatado sintetizan un poco la necesidad de que esta Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados apruebe por unanimidad un texto de consenso que permita visualizar a la sociedad española la implicación de sus políticos en materias tan sensibles como la salud y el bienestar de sus ciudadanos. ¿Por qué este texto común? Aparte de por las causas que he estado explicando en mi preámbulo, quiero decirles que recientemente finalizó en Estocolmo el Congreso Mundial de la Sociedad de Cardiología del que salió la conclusión de la importancia enorme que tiene el abordaje de las causas prevenibles del ictus, como serían hipertensión arterial, diabetes, tabaquismo, obesidad y otros. Ese mismo Congreso Mundial de la Sociedad de Cardiología incluyó una petición europea para la prevención del ictus por hipertensión que se formuló en el Congreso Europeo y que próximamente, a lo largo del año 2006, será presentado en el Parlamento Europeo para su ratificación por los distintos Estados.

Señorías, defendiendo esta proposición no de ley y, fruto de las negociaciones que he tenido con el señor Fidalgo, creo que en la mañana de hoy podremos abordar un texto común que demuestre lo que les he mencionado, es decir, que existe no solamente una preocupación política por las causas prevenibles del ictus cerebral, sino que además también se transmite esta sensación de que el Congreso de los Diputados vela por la salud de sus ciudadanos.

La señora **PRESIDENTA**: A continuación y hasta tanto llegue el diputado del Grupo Catalán de Convergència i Unió, para manifestar y defender la iniciativa que sobre la misma materia tiene presentada el

Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la diputada señora Coello.

La señora **COELLO FERNÁNDEZ-TRUJILLO**: La siguiente proposición no de ley que hoy vamos a debatir es el reflejo de la preocupación que la misma suscita a nivel de los Estados miembros de la Comunidad Económica Europea, ya que según estudios realizados se sabe que dicha patología conlleva una enorme carga socioeconómica derivada de la incapacidad que dicha enfermedad trae consigo en su evolución, estimándose, como ya bien dijo el portavoz del Grupo Popular, que los costes directos suponen del 3 al 4 por ciento del coste sanitario de toda Europa occidental. El ictus o infarto cerebral es una enfermedad cerebrovascular que afecta a los vasos sanguíneos que suministran sangre al cerebro. También se conoce en el argot médico como ACV y puede ser de dos tipos: embólico o trombótico. De la revisión de los estudios epidemiológicos publicados puede estimarse que la incidencia de esta enfermedad cerebrovascular en España oscila entre 150 y 350 casos anuales por 100.000 habitantes. La incidencia es menor en las mujeres y se multiplica por 10 en la población mayor de 70 años de edad. La incidencia de esta enfermedad entre la población joven es cien veces inferior a la de la población anciana, por ello, y dado el grado de incapacidad que genera la enfermedad, está conduciendo a una proporción cada vez mayor de personas discapacitadas en la población. Así los estudios de prevalencia de enfermedad en población mayor de 85 años estiman que esta oscila entre un 6 y un 11 por ciento de esta población, lo que supone aproximadamente 850 ancianos discapacitados por esta causa. Según los datos más recientes disponibles, en el año 2001 los ingresos hospitalarios por esta patología supusieron más de un millón de estancias y su peso relativo en la morbilidad hospitalaria se duplicó desde el año 1980. Las tasas de incidencia de hospitalización por enfermedad cerebrovascular fueron entre 270 y 232 casos por 100.000 habitantes, hombres y mujeres respectivamente, lo que supone un incremento del 90 por ciento respecto al año 1991; incremento independiente del efecto del envejecimiento en la población española. Son datos que reflejan el creciente impacto que esta enfermedad está suponiendo para el sistema sanitario, llegando a más de cien mil ingresos hospitalarios en el año 2001.

Si España disfruta en la actualidad de una de las mayores esperanzas de vida del mundo y la mejor de su historia es debido en gran parte a la disminución de más del 50 por ciento de la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares, aunque continúa siendo una de las primeras causas de muerte. En la actualidad, el riesgo de morir por enfermedad cerebrovascular ajustado por la edad es solo ligeramente superior en hombres que en mujeres (hace pocos años la diferencia era más acusada) y aumenta a partir de los 70-75 años, siendo un poco más frecuente antes de los 70 y muy elevado en los muy ancianos, especialmente en mujeres. Existen importantes

diferencias geográficas, con tasas muy bajas en Castilla y León y más elevadas en Murcia, Comunidad Valenciana y Andalucía. En la actualidad, es generalmente aceptado que la prevención de la enfermedad cardiovascular se basa en la detección y control de los principales factores de riesgo cardiovascular y modificables como son la hipercolesterolemia, la hipertensión, el tabaquismo, la diabetes y el sobrepeso. La frecuencia y distribución en la población española de estos factores de riesgo no son conocidos con fiabilidad absoluta. Un estudio reciente del Centro Nacional de Epidemiología aporta una estimación de la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en el conjunto de la población española. Los resultados de este metanálisis indican que el 23 por ciento de la población presenta niveles de colesterol altos, son fumadores el 33 por ciento, un 34 por ciento padecen hipertensión arterial, un 20 por ciento son obesos y la diabetes afecta al 8 por ciento de las mujeres y al 12 por ciento de los varones. Estas cifras no son inferiores a las de otros países de nuestro entorno y muestran que los factores de riesgo cardiovascular en la población española son muy frecuentes.

Como se aprecia en todo lo expuesto, se trata de un problema importante y muy prevalente en la población española; por ello todas las actuaciones que se realicen para mejorar su abordaje por el sistema sanitario estarían justificadas, teniendo en cuenta no interferir en las competencias de las comunidades autónomas en cuanto a la gestión y provisión de los servicios sanitarios. En España, el grado de conocimiento que tiene la sociedad española sobre las medidas de prevención del ictus se sabe que es reducido, lo cual hace necesario una serie de cambios organizativos en los sistemas sanitarios y en los estilos de vida de la población. La atención a los pacientes con hipertensión arterial y otros factores de riesgo cardiovascular deben realizarse de forma integrada en todos los niveles del sistema sanitario, sin olvidar el papel prioritario de la moderna atención primaria y la implantación de actividades preventivas y de promoción de la salud. Los programas que se implementen deberán tener como eje por tanto el centro de salud. Desde hace años, diferentes sociedades científicas vienen desarrollando acciones al respecto, entre ellas la Fundación Española del Corazón, que ha puesto en marcha campañas de divulgación sobre los factores de riesgo para evitar el ictus cerebral, para así evitar aproximadamente 40.000 muertes anuales que en España se deben a esta enfermedad. También la mayoría de las comunidades autónomas tienen programas específicos en relación con la hipertensión. Además a nivel nacional la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, a través de los programas de prevención y promoción de la salud, establece la búsqueda oportuna de casos en atención primaria. También el Parlamento Europeo ha puesto en marcha campañas, como bien ha manifestado el representante del Grupo Popular, con el nombre de Ictus, una catástrofe evitable. Necesidad de una acción europea, que resalten la importancia que esta

enfermedad tiene en toda la comunidad europea. No cabe duda de que sería importante que llegáramos a un buen acuerdo para que todos los partidos representantes en esta Comisión podamos llegar a una buena proposición no de ley que dé amplia cabida a todas las necesidades que sobre esta patología sean necesarias.

La señora **PRESIDENTA**: Ante la ausencia del portavoz del Grupo Catalán de *Convergència i Unió*, teniendo en cuenta el carácter flexible con que suele interpretarse el Reglamento en esta Comisión y para que no quede privado de su intervención, creo que la única salida que el Reglamento nos ofrece es la de que —puesto que, tanto por el representante del Grupo Popular, como por la señora Coello, según creo entender de sus palabras, hay la posibilidad de que haya un acuerdo, que nos tendrán que manifestar antes de producirse la votación— en el momento en que llegue el diputado del Grupo Catalán de *Convergència i Unió* y proceda a darle la palabra para que manifieste —con brevedad, eso sí— lo que crea necesario, sin que formalmente decaiga el contenido de su iniciativa.

Tenemos a continuación otro problema, señorías, puesto que en el orden del día, que ya tantas veces hemos alterado, la siguiente iniciativa es la proposición no de ley sobre financiación de la construcción de un nuevo hospital de referencia en Mallorca del que también es padrino el Grupo Parlamentario Catalán de *Convergència i Unió*. Me veo nuevamente en la necesidad, en aras de ese derecho a la garantía de que sus iniciativas puedan verse ya que se trata de un grupo pequeño, de que procedamos a ver, si es posible, lo que figura como punto sexto del orden del día, la proposición no de ley relativa a la aprobación del real decreto que regula la relación laboral especial de residencia. Es una iniciativa del Grupo Parlamentario Popular, para cuya defensa tendría la palabra la señora Velasco. **(Pausa.)** Ha estado por los alrededores, con lo cual quiero pensar que estará. Si pasáramos al punto séptimo nos encontraríamos en la misma circunstancia. Creo que va a proceder que suspendamos durante unos minutos y reanudemos la Comisión en cuatro o cinco minutos, a ver si podemos traer a los señores diputados.

— **RELATIVA A LA GARANTÍA EFECTIVA DE LOS DERECHOS DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA EN LA ACTIVIDAD SANITARIA PRIVADA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA DEL CONGRESO. (Número expediente 161/001154.)**

La señora **PRESIDENTA**: Acabo de levantar la suspensión con una nueva alteración, porque parece que hay acuerdo. Por la buena voluntad de los portavoces hemos llegado a la solución de ir adelantando con el punto que figura como décimo del orden del día, la proposición no de ley relativa a la garantía efectiva de los derechos de información y documentación clínica en la actividad

sanitaria privada. Es una iniciativa del Grupo Parlamentario Socialista, para cuya defensa tiene la palabra el diputado señor Fidalgo.

El señor **FIDALGO FRANCISCO**: Muchas gracias por la benevolencia, que también es lógica en esta dinámica propia que tenemos en la Comisión de Sanidad, a efectos de conseguir los máximos acuerdos posibles. Además, en un día especial como hoy, la coincidencia de otras comisiones dificulta un poco la labor de los diputados. Por lo tanto, le reitero las gracias por esta flexibilidad.

La proposición no de ley que voy a defender en nombre del Grupo Socialista trata de garantizar de manera efectiva los derechos de información y documentación clínica en la actividad sanitaria privada. Me gustaría que esto quedase claro porque va dirigida, y luego explicaré por qué, a la actividad sanitaria privada. En la exposición de motivos hay una base argumental ya reiterada en varias ocasiones en esta Comisión de Sanidad a raíz de la aprobación de la Ley 41/2002, que intentamos desarrollar en varios de sus aspectos y darle plasmación efectiva en cuanto a aquello que garantiza esos derechos a los ciudadanos. Por lo tanto, no voy a insistir en las motivaciones de la proposición no de ley porque creo que están suficientemente claras ya en su exposición de motivos. Dicho esto, en lo único que sí quiero insistir es en que estamos hablando de cuestiones que afectan directamente a la personalidad, a las personas y a las cuestiones de personalidad, y afectan por lo tanto a la salud, a la intimidad y a la información. Esto es algo que ha preocupado desde siempre a los humanos; tanto es así que, como dice Yourcenar en *Memorias de Adriano*, refiriéndose a un emperador: cuán difícil es desnudarse ante un médico (el propio emperador se refiere a quitarse la toga y quedar desnudo ante un médico; el emperador dice incluso qué tan desasistido se ve el propio emperador en ese momento). Es solo una anécdota, pero que ya refleja o reflejaría hace dos mil años un sentimiento que perdura a lo largo de la historia de la humanidad y que en la actualidad, con los sistemas sanitarios modernos, adquiere también unas características especiales que de alguna manera incrementan la preocupación por que se tengan muy en cuenta ese respeto a la intimidad y a los derechos que supone la información, por lo tanto a poder decidir libremente sobre cuestiones propias que atañen a la salud.

Esa sensibilidad, como he dicho, ha ido creciendo, y los textos constitucionales la incorporan en los diferentes países, por lo menos en nuestro ámbito social y cultural, y nuestra propia Constitución así lo garantiza. Posteriormente la propia Constitución está desarrollada en otras leyes, como la Ley General de Sanidad, la Ley de Cohesión y específicamente la Ley 41/2002, como he dicho antes, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, quedando recogido expresamente así. Es preocupación

y obligación incluso de los poderes públicos tutelarla; también lo recoge la Constitución. Estos derechos tienen que ser tutelados desde los poderes públicos, desde las administraciones públicas, y tanto es así que en un informe reciente del Tribunal de Cuentas sobre fiscalización de custodia, archivo, etcétera de documentación clínica, debatida en la Comisión propia en este Congreso de los Diputados, todos los grupos aceptamos las conclusiones que se derivaban, como digo, de aquel informe. Estas conclusiones de manera sucinta se pueden resumir así. El informe de fiscalización establecía que en el ámbito sanitario el derecho fundamental más sensible en lo concerniente a la intimidad de las personas queda relegado a veces por el énfasis en la protección de la salud y en los dispositivos asistenciales y administrativos más allá de los aspectos formales, situando en planos equivalentes los derechos de protección de la salud y la intimidad, ambos ligados desde el punto de vista constitucional a la condición humana. Por lo tanto, es importante tener en cuenta que todos los procesos asistenciales no deben centrar todo solamente en lo que es la asistencia, sino que debe incorporarse incluso al propio proceso asistencial una consideración específica al respeto a la intimidad y a la dignidad. A raíz de esas conclusiones, los grupos aprobamos en aquella Comisión unas recomendaciones y finalmente unas propuestas de resolución que fueron aprobadas por unanimidad. Las propuestas de resolución se refieren a cuestiones como que los poderes públicos deben impulsar de forma urgente y efectiva el desarrollo y aplicación de la Ley 41/2002, además de la integridad, conservación y seguridad de los archivos, medidas para garantizar la seguridad real de la circulación de la historia clínica, la realización de auditorías internas y periódicas en los centros o incluso también que el Ministerio de Sanidad y Consumo, dentro del ámbito de sus competencias de gestión y en su caso a través del Consejo Interterritorial de Salud, proponga las medidas adecuadas para que la contratación de gestión de archivos de historias clínicas se cumpla efectivamente.

No necesito decir que ese informe era evidentemente para centros públicos, porque es la competencia del Tribunal de Cuentas. A mí concretamente, compartido con la sensibilidad de más diputados, me dio la impresión de que seguramente habría que reforzar esa misma consideración en los centros privados. Si en los centros públicos un informe de fiscalización sacaba estas conclusiones, puede derivarse claramente también que en los centros privados ocurre algo similar y hay necesidades parecidas. Como he dicho, la propia Ley de Sanidad se refiere a la protección de estos derechos en los centros privados y en los centros públicos, pero en bloques o articulados diferentes. Sin embargo, la Ley 41/2002 contempla todo en su conjunto, con igualdad de condiciones para los centros privados y los centros públicos. Estos aspectos, estas cuestiones que estamos hablando entroncan además con la custodia y directamente con los derechos regulados en la Ley

Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, por tanto afecta también su exigencia al ejercicio privado. En esta Comisión algunos somos médicos, la mayoría sanitarios, en todo caso gente preocupada por la sanidad. Yo me pregunto si estamos en condiciones hoy por hoy de garantizar que en todos los centros, en toda la actividad privada, estos derechos están garantizados en igualdad de condiciones que en los centros públicos. Sinceramente no lo sé; desde luego en los temas de información, de documentación e incluso de consentimiento informado, hemos visto de todo. Hay centros que respetan escrupulosamente la ley, pero hay centros también que necesitan un impulso en este tipo de cuestiones, porque hemos visto, por ejemplo, informes de alta en una simple cuartilla. Por lo tanto, ese impulso debe ser para la pública pero también para la actividad privada. Por eso se dirige esta proposición no de ley a fomentar ese impulso en la actividad privada. Podríamos decir aquí de una manera cínica: No, es que todo funciona muy bien, pero flaco servicio haríamos a la asistencia sanitaria. No cerramos los ojos ante el informe de fiscalización del Tribunal de Cuentas, pero tampoco podemos cerrarlos ante esta cuestión latente en la sociedad. Curiosamente trasciende de vez en cuando a los medios de comunicación cuando afecta a personalidades o hay casos flagrantes o escandalosos, como pérdida de documentación o aparición de documentación clínica en lugares públicos absolutamente desprotegidos e inadecuados. El Grupo Socialista, quiere traer a esta Comisión ese debate, aunque solo sea con la intención de proponer una serie de medidas que impulsen y pongan énfasis, a través del consejo interterritorial, en la necesidad de que las comunidades autónomas estudien este tipo de cuestiones o que a la hora de hacer efectiva la protección de los derechos sea exactamente igual en la actividad sanitaria privada que en la sanidad pública. Lo digo además porque creo que es un momento oportuno, dado el deslizamiento o la pendiente en la que entramos o en la que estamos entrando de cada vez mayor participación de la sanidad privada o de la participación privada en las cuestiones de la sanidad. A modo de ejemplo, el informe del Sistema Nacional de Salud de 2003 dice que el incremento del gasto anual medio privado, en servicios sanitarios privados, es de un 4,7 por ciento; el peso en el sector privado en el año 2002 era del 28,6 por ciento y hay cierta tendencia creciente que nos indica que la actividad privada debe suponer alrededor del 30 por ciento del conjunto de la actividad sanitaria en España. Por lo tanto, no estamos hablando de cuestiones banales o nimias, sino de cuestiones importantes que afectan a muchos ciudadanos. Sé que hay algunas comunidades autónomas que han regulado ya específicamente esta cuestión, que se han preocupado además de esta cuestión, pero creo conveniente o creemos conveniente dar un impulso en todo caso a la garantía de la protección de los derechos en todo el Sistema Nacional de Salud en el conjunto de los servicios sanitarios, sean públicos o privados, y debe haber

una exigencia igual para ambos en la protección precisamente de los derechos de las personas y en la calidad de la asistencia. Es conveniente y, como he dicho, considero también que es oportuna, por eso pido que se vote favorablemente esta proposición no de ley.

Se ha presentado una enmienda del Grupo Popular, en la que hemos conseguido llegar a un acuerdo transaccional; en todo caso, luego podemos confirmarlo.

La señora **PRESIDENTA**: Para defender la enmienda a la que usted ha aludido, presentada por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la señora Roldós.

La señora **ROLDÓS CABALLERO**: El Grupo Parlamentario Popular presenta una enmienda en la que instamos al Gobierno a acordar en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud cuantas medidas sean necesarias para garantizar en todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios de carácter público y privado los derechos de los pacientes establecidos en la Ley General de Sanidad, en la Ley de Autonomía del Paciente y en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, especialmente en lo relativo al consentimiento informado, a la información clínica, al informe de alta y a la custodia de la documentación clínica. Señorías, el tema que estamos debatiendo hoy es hacer efectiva la garantía de los derechos de los pacientes en lo relativo a la información y a la documentación clínica en centros, servicios y establecimientos sanitarios tanto públicos como privados. Creo, señorías, que ha habido un hito importantísimo que ha sido la aprobación de la llamada Ley de Autonomía del Paciente, la Ley 41/2002 —por cierto, el señor Fidalgo fue ponente de esa ley—, y que fue aprobada por unanimidad. Ha habido un antes y un después en nuestro país con relación a los derechos de los pacientes con la aprobación por unanimidad de esa ley. En su artículo 4 ya se establece que las comunidades autónomas aprobarán las medidas necesarias para el archivo y para la protección de las historias clínicas, evitando su destrucción y sus pérdidas accidentales. En el artículo 16.7 se dice que las comunidades autónomas regularán el procedimiento para el acceso a la historia clínica y su uso. De la misma manera, en su disposición adicional primera, la Ley de Autonomía del Paciente establece que el Estado y las comunidades autónomas adoptarán en el ámbito de sus competencias las medidas necesarias para la efectividad de esta ley, y la disposición adicional sexta, recoge el régimen sancionador por el incumplimiento de estas medidas, que ya lo establecía la Ley General de Sanidad.

Señorías, creo que hay que tener muy en cuenta también una ley posterior que se aprobó aquí también por unanimidad, la Ley de Cohesión y de Calidad del Sistema Nacional de Salud, aprobada en el año 2003, en la que se establecen las garantías tanto de la información como de la seguridad y de la calidad de esa información

relativa a los pacientes. El capítulo V entero de la Ley de Cohesión y de Calidad se dedica al sistema de información sanitaria que el Ministerio de Sanidad y Consumo debe establecer. Ese sistema de información sanitaria responderá a las necesidades de los ciudadanos, necesidades en las que se contendrá la información sobre sus derechos y sus deberes. De la misma manera, el Ministerio de Sanidad fomentará la auditoría externa periódica de los centros y servicios en garantía de su seguridad y de su calidad. De la misma manera, la Ley de Cohesión y de Calidad estableció que el observatorio del Sistema Nacional de Salud proporcionará un análisis permanente del sistema también en lo relativo a la información y a los derechos de los pacientes. Es destacable el artículo 6 de la Ley de Cohesión y de Calidad que dice que, de acuerdo con el artículo 43.2 de la Constitución española, tanto el Ministerio como las comunidades autónomas ejercerán un control de las entidades sanitarias no integradas en el Sistema Nacional de Salud, es decir las entidades privadas, en relación con diversas actividades, entre ellas la garantía de la información. De la misma manera, en el artículo 7, con respecto al catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, en el apartado 2, dice que las personas que recibirán estas prestaciones tienen derecho a la información, a la documentación sanitaria y asistencial de acuerdo a la Ley de Autonomía del Paciente. No se queda solamente ahí, sino que en el artículo 26 de la Ley de Cohesión y de Calidad establece las garantías de información y dice que los servicios de salud informarán a los ciudadanos de sus derechos y de sus deberes, de la misma manera que establece el registro general de centros y establecimientos y servicios del Ministerio de Sanidad y Consumo, estableciendo también en el artículo 27 las garantías de seguridad en cuanto a la autorización de las comunidades autónomas de la apertura y puesta en funcionamiento de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

Señorías, el portavoz socialista hacía mención aquí a un informe del Tribunal de Cuentas de febrero de 2004. Señor Fidalgo, usted sabe igual que yo que ese informe de fiscalización es relativo a la contratación de entidades para la gestión de los archivos en los centros públicos de los años 1999 y 2000, por tanto no estaba aprobada ni la Ley de Autonomía del Paciente ni la Ley de Cohesión y de Calidad. Es verdad que refleja distintas precariedades en las condiciones físicas en las que se archivan estos documentos y distintas deficiencias en cuanto a la seguridad, pero también dice que la tendencia de la mayoría de las comunidades autónomas ha sido a la externalización de la gestión de estos archivos y que esa externalización ha sido más eficiente que cuando se ha hecho con medios propios. Entre las recomendaciones de ese informe del Tribunal de Cuentas, la primera de ellas dice que las autoridades estatales y autonómicas deben velar por la gestión de estos archivos y adaptarla a la Ley de Autonomía del Paciente. Quisiera destacar también el informe anual del Sistema Nacional de Salud del

año 2003, en cuanto a la percepción social de la calidad de los servicios sanitarios, que las peores valoraciones son las relativas a la información recibida sobre los derechos y las vías de reclamación de los usuarios del Sistema Nacional de Salud. La sanidad constituye la principal prioridad de los ciudadanos, incluso por encima y por delante de la educación, de la vivienda, de la seguridad o de las pensiones; creo que esto es un tema muy importante. Quisiera destacar que en la Declaración de Barcelona de la Organización de Pacientes de mayo del año 2003 los pacientes, las organizaciones de pacientes destacan la necesidad de una información de calidad a los usuarios de la sanidad tanto pública como privada. Una forma de garantizar a los ciudadanos el ejercicio de sus derechos en relación a la información consiste en la obligación implícita de todos los servicios de salud de las comunidades autónomas de disponer en sus centros de una guía o carta de servicios. La mayoría de las comunidades autónomas en sus centros y establecimientos sanitarios ya tienen esta guía o carta de servicios. Es una manera de hacer efectivos los derechos de los ciudadanos. Otra manera de hacer efectivos los derechos de los ciudadanos en cuanto a la información y a la documentación clínica son los servicios de atención al paciente o unidades de atención al usuario, para garantizar esos derechos de los pacientes y canalizar la información que en su ejercicio se pueda derivar. Otra figura que se está generalizando ya en algunas comunidades autónomas es la del Defensor del Paciente, que, aunque tiene relaciones importantes con las autoridades sanitarias y con los propios servicios de salud, actúa de manera independiente de la organización sanitaria autonómica; la figura del Defensor del Paciente es una garantía para los derechos efectivos de los pacientes en este tema que nos ocupa hoy, que es el derecho a la información y a la documentación clínica en todos los centros sanitarios, tanto públicos como privados.

Señorías, sabemos que la Ley General de Sanidad establece que la prestación de los servicios será pública y privada, privada de manera complementaria a la pública; sabemos el enorme esfuerzo que las entidades privadas, aquellas concertadas con el Sistema Nacional de Salud, están haciendo en la modernización y puesta a punto de sus servicios, de la misma manera que sabemos que la inmensa mayoría de esos centros privados concertados con la sanidad pública ya han puesto en práctica estas guías, estas carteras de servicios, estas unidades de atención al paciente. Por lo tanto nada más lejos de la intención del Grupo Popular que poner en tela de juicio la actuación de esas entidades concertadas o privadas que atienden a nuestros ciudadanos, pero he de reconocer el enorme esfuerzo en calidad, en seguridad y en garantizar los derechos de los pacientes.

Como ha dicho el señor Fidalgo, creo que vamos a poder llegar a una transaccional porque el espíritu de todos nosotros es garantizar los derechos efectivos de los pacientes. Señor Fidalgo, únicamente, y usted lo sabe, queremos hacer una nueva redacción del punto 2

porque creemos que en los procesos de acreditación con centros concertados, responsabilidad de las comunidades autónomas, no debemos crear puntos de fricción en cuanto a la labor que están llevando a cabo las comunidades autónomas, porque, como usted sabe, tiene que ser dentro de la legalidad de esas tres leyes importantes que le reseñaba al inicio de mi intervención que son la Ley General de Sanidad, la Ley de Autonomía del Paciente y la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

La señora **PRESIDENTA**: De la intervención del señor Fidalgo he creído deducir que había un acercamiento de posturas entre ambos grupos. Para expresar los términos de esta aceptación, tiene de nuevo la palabra el diputado señor Fidalgo.

El señor **FIDALGO FRANCISCO**: Simplemente quiero hacer una puntualización con respecto al Tribunal de Cuentas. Efectivamente el informe se refería a un tiempo pasado, pero las resoluciones, que es a lo que yo doy importancia, las aprobamos por unanimidad este año, con lo cual es una proyección de futuro importante.

Dicho esto, hemos llegado a un acuerdo, que yo se lo pasaré ahora al Grupo Popular y posteriormente a la Mesa, si dicho grupo está de acuerdo.

La señora **PRESIDENTA**: Señor Xuclà, aunque creo que se lo he manifestado al teléfono, vuelvo a indicarle cuáles han sido los términos en relación con las iniciativas y el orden del día, tan alterado hoy. En relación con la iniciativa que su grupo sostenía sobre el estudio y prevención del ictus o infarto cerebral, que se tramitaba conjuntamente con otras del Grupo Popular y del Grupo Socialista, hemos entendido que, puesto que los dos grupos, el que apoya al Gobierno y el mayoritario de la oposición, han manifestado que estaban en condiciones de llegar a un acuerdo antes de procederse a la votación, cuando expliquen los términos del acercamiento, antes de la votación, podía ser el momento para que usted en nombre de su grupo haga las manifestaciones que desee respecto de su iniciativa sin que esta la consideremos decaída.

— **SOBRE FINANCIACIÓN DE LA CONSTRUCCIÓN DE UN NUEVO HOSPITAL DE REFERENCIA EN MALLORCA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO CATALÁN (CONVERGÈNCIA I UNIÓ). (Número expediente 161/001100.)**

La señora **PRESIDENTA**: Pasamos a continuación al punto del orden del día, que creo que es el que toca, que figura como octavo en la documentación que ustedes tienen, y es el referido a la financiación de la construcción de un nuevo hospital de referencia en Mallorca,

iniciativa presentada por su grupo, señor Xuclà. Para su defensa tiene usted la palabra.

El señor **XUCLÀ I COSTA**: En primer lugar, ruego disculpen nuestra ausencia en la defensa de la proposición no de ley de mi grupo referida a la prevención del ictus, y le agradezco también la generosidad de que pueda intervenir en la fijación de posición sobre la transacción ante esta iniciativa que fue presentada en su momento. Paso, pues, a hacer la defensa de la proposición no de ley referida a la financiación de terrenos para la creación de un nuevo hospital en Son Dureta, en Palma.

Como bien saben sus señorías, las Illes Balears han sufrido un déficit histórico de inversión y gasto público en materia de sanidad. Según establece la memoria del Insalud correspondiente al ejercicio del año 1998, las Illes Balears tenían en relación al conjunto del Estado español un déficit de 680 camas de hospital y de más 2.000 profesionales de la sanidad pública. Por otra parte, el nuevo sistema de financiación autonómico vinculado al traspaso de las competencias en materia de sanidad tampoco ha permitido mejorar el gasto sanitario en relación a la medida estatal; es más, el gran incremento demográfico que se ha producido en Baleares ha disparado las previsiones relativas a la sanidad pública en las mencionadas islas. El crecimiento de población ha sido muy importante, como bien saben sus señorías, en las Illes Balears durante estos últimos años y desde la firma del pacto de traspaso de la financiación a las comunidades autónomas.

El propio Ministerio de Sanidad y Consumo ha sido plenamente consciente de estas necesidades, ya que antes de proceder al traspaso de las competencias en materia de sanidad, redactó y licitó el proyecto de construcción de un nuevo hospital de referencia en Palma de Mallorca ubicado en los mismos terrenos del actual Son Dureta. El Insalud llegó a licitar el proyecto, si bien traspasó al Gobierno de las Illes Balears la responsabilidad de ejecutarlo, una vez se asumieron las competencias a partir, como muy bien saben, del día 1 de enero del año 2002, lo que retrasó la tramitación. Posteriormente, el Gobierno balear ha valorado la sustitución de este proyecto por otro ubicado en Son Espases, en unos terrenos anexos al Monasterio de La Real, lugar emblemático y de gran valor paisajístico y patrimonio.

Hay que dejar constancia también de que este nuevo proyecto ha generado una gran oposición ciudadana y también por parte de algunos partidos políticos de las Illes Balears. En primer lugar, existe la necesidad de acometer con celeridad la construcción del nuevo centro a los efectos de seguir garantizando la atención sanitaria a la que tienen derechos los ciudadanos de las islas. En segundo lugar, existen numerosos argumentos, tanto económicos como de calendario y de viabilidad, que aconsejan la construcción del nuevo hospital de referencia en la ubicación actual de Son Dureta, tal como se preveía inicialmente por parte del Gobierno del Partido

Popular antes del traspaso de las competencias a las comunidades autónomas. En tercer lugar, dado el déficit de infraestructuras sanitarias en las Illes Balears en el momento de la transferencia de la sanidad, es preciso incorporar la financiación del Estado, un plus de financiación del Estado, para la realización de dicho hospital, tal como fue asumido entonces por parte de diversas comunidades autónomas en el momento del traspaso de la sanidad cuando el Estado finalizó inversiones en hospitales de referencia ya iniciados o proyectados por el propio Estado antes del traspaso de las competencias.

Por último, señorías, es preciso resaltar que las cifras de población utilizadas para realizar la transferencia de la sanidad al Gobierno balear correspondían al padrón del año 1999, con 821.820 habitantes, mientras que el último padrón oficial, correspondiente al día 1 de enero de 2004, sitúa la población de las Illes Balears en 955.045 habitantes, lo cual significa un incremento de población del 16,20 por ciento, más del doble del incremento de la población experimentado por todo el territorio de financiación común que en el mismo período ha aumentado su valoración en un 7,8 por ciento. Aumento de la población significa aumento de las cartillas sanitarias y aumento del gasto en sanidad a cargo de los presupuestos de la comunidad autónoma, y debería significar también, señorías, aumento de la financiación, como mínimo para recoger y corregir el déficit histórico de las Illes Balears también en el ámbito de la sanidad.

Por todo esto presentamos el petitum de esta proposición no de ley que me permito leer porque sólo son tres puntos. Primer punto, corresponder al proyecto ya redactado y licitado por el Insalud con un número de camas similar a la alternativa del proyecto Son Espases. Segundo punto, recoger que las obras del nuevo Son Dureta podrían estar acabadas en el año 2007 y en pleno funcionamiento para el año 2008 con este mandamiento; cualquier otro proyecto se retrasaría entre tres y cinco años más. Tercer punto, el coste de la construcción del nuevo hospital en Son Dureta es significativamente inferior al de la alternativa de Son Espases.

Esta proposición no de ley insta al Gobierno, primero, a financiar mediante un convenio con el Gobierno de las Illes Balears la construcción del hospital de referencia de Mallorca en los terrenos del actual hospital de Son Dureta, en Palma, de acuerdo con el proyecto iniciado por el Insalud en su día y con anterioridad al traspaso de competencias en materia de sanidad, revisado y actualizado. Segundo, instamos al Gobierno a incorporar una primera partida presupuestaria en los presupuestos para el año 2006, que en estos momentos se están discutiendo en este Congreso de los Diputados, para la financiación de la construcción de dicho hospital. En definitiva, señora presidenta, y para terminar, es el reconocimiento de algo que inició el Gobierno antes del traspaso de las competencias a la Comunidad Autónoma de las Illes Balears, un compromiso del Gobierno central, el cual debe tener una aportación ante una financiación insufi-

ciente como fue la valorada con un padrón de habitantes que se ha incrementado en un 16,20 por ciento.

Dos consideraciones finales, una de carácter competencial y la otra referida al hecho de que un grupo como el Grupo Parlamentario Catalán de Convergència i Unió presente esta proposición no de ley referida al ámbito sanitario de las Illes Balears. Como muy bien saben SS.SS., Convergència i Unió desde hace más de diez años tiene una relación estable, permanente y estructurada con otros partidos en el ámbito de las Illes Balears, del País Valencià, pero también del País Vasco y de Galicia, bajo la fórmula Galeuzka, y que nos vinculan muchas cosas, entre otras, compartir siglas y compartir la formulación política en las elecciones europeas. Por esto, en nombre de estos partidos, que tienen un significativo peso en los respectivos parlamentos pero que en estos momentos no tienen voz en el Congreso de los Diputados, trasladamos esta iniciativa, que es su iniciativa pero también es nuestra iniciativa, que es su inquietud pero también es nuestra inquietud, ante esta Comisión de Sanidad, y más teniendo en cuenta que estamos hablando de un aspecto importante de carácter sanitario pero también de otro aspecto importante como es la preservación de un espacio único como es el Monasterio de La Real.

Un último argumento para apelar al voto de todos pero especialmente al del Grupo Popular, que me lo ha puesto muy fácil. La casualidad de la ordenación del orden del día de esta Comisión ha hecho que precisamente el Partido Popular plantee también una proposición no de ley pidiendo algo muy parecido, la cofinanciación por parte del Estado de un hospital en La Rioja, con unos argumentos casi calcados a los nuestros en cuanto a incremento de población, algo ya iniciado antes del traspaso de las competencias y sobre la necesidad de responsabilizarse en la financiación y en la construcción de este hospital. Por esto deberíamos alcanzar el consenso entre todos los grupos parlamentarios, porque es una iniciativa con bastante sentido común desde un punto de vista sanitario pero también, quiero subrayar, de respeto a un entorno natural tan importante como es el entorno del Monasterio de La Real.

La señora **PRESIDENTA:** A esta iniciativa tiene presentada una enmienda el Grupo Parlamentario Popular, para cuya defensa tiene la palabra el diputado señor Martín Soledad.

El señor **MARTÍN SOLEDAD:** Voy a empezar por citar algo muy reciente, algo que pasó hace seis días en este Congreso de los Diputados, y que no es otra cosa que la presentación ante el Pleno del Congreso de la admisión a trámite del Estatuto o del proyecto de reforma del Estatuto catalán, que fue defendido por un representante, entre otros, del grupo proponente de esta iniciativa y que justificaba esta reforma del Estatut sobre la base del respeto a las decisiones tomadas en Cataluña, por los catalanes, con relación a la política, a las decisiones que

se puedan tomar en Cataluña sobre instalaciones, infraestructuras o políticas que haya que seguir en el territorio de su comunidad autónoma. Hoy, día 8, seis días después, insisto, se nos presenta por parte del Grupo Catalán (Convergència i Unió) una proposición no de ley que en virtud de estos pactos o acuerdos que tiene con determinadas fuerzas políticas de Baleares, bastante minoritarias por cierto, propone que se establezca un convenio de cofinanciación para el nuevo hospital de referencia de las Islas Baleares en una ubicación determinada, es decir, pasando por encima de la decisión del Gobierno legítimo de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares. Esto realmente, y a lo mejor fruto un poco de mi deformación profesional, me hace pensar que el discurso es un poco esquizofrénico, es decir, estamos pidiendo respeto a las decisiones tomadas en Cataluña y al mismo tiempo no respetamos las decisiones tomadas por el Gobierno, con mayoría absoluta, de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares.

Como el buen talante se impone, sí que quiero agradecer al grupo proponente los antecedentes, es decir, el reconocimiento de los déficit de financiación. El reconocimiento de que el Estado de manera histórica ha invertido poco en temas sanitarios en las Islas Baleares es una realidad, y me remito a los datos aportados por el señor Xuclà. Hablamos de que el gran incremento poblacional que ha ocurrido en el territorio de las Islas Baleares no tiene parangón con el resto del Estado español, por lo tanto, es lógico pedir que de manera añadida a la financiación, cuando se hicieron efectivas las transferencias en el año 2003, se contemple una financiación adicional que dé salida a las necesidades de este exceso de población que tiene en estos momentos las Islas Baleares con relación al resto del territorio español. También les indicaré que la decisión por parte del Gobierno de las Islas Baleares de la ubicación del nuevo hospital de referencia de las Islas Baleares no es caprichosa. Se ha hablado del interés paisajístico de los terrenos colindantes al Monasterio de La Real; y no querría entrar en lo que es un terreno de garriga. Sí le he explicado también previamente al señor portavoz que la normativa sobre declaraciones de bien de interés cultural ya acuerda un cinturón de respeto a ese bien de interés cultural que es el Monasterio de La Real.

Más allá de las consideraciones de legitimación institucional por parte de las autoridades de las Islas Baleares para decidir dónde, cuándo y cómo tienen que ubicarse las infraestructuras dentro del territorio de las Islas Baleares, y que no serán discutidos por nadie, sí hay razones de características técnicas que contemplan que es mucho mejor una nueva ubicación del hospital de referencia sobre la ubicación actual, y le voy a explicar un par de datos. En primer lugar, donde está ubicado actualmente el hospital de Son Dureta es un terreno de 70.000 metros cuadrados, en un área urbana y, además, con unas limitaciones urbanísticas importantísimas; de hecho, en el plan director redactado cuando la Administración era Administración Insalud, gran parte

del presupuesto contemplaba la interconexión de edificios, es decir, no se creaba más área clínica, simplemente aumentaba un poco el espacio para consultas externas y gran parte de las obras eran para intercomunicar edificios contruidos hace 50 años. Por otro lado, también se contemplaba la demolición de uno de los edificios afectado de aluminosis que es el edificio del materno-infantil. También se contemplaba como limitación importante que no había un incremento de los espacios destinados a áreas de hospitalización, ni a áreas de investigación, casualmente por la limitación urbanística que presenta el terreno del actual Son Dureta. Y entonces, el Gobierno de las Islas Baleares hizo, en uso de sus competencias, aquello que consideraba que era mejor para la comunidad autónoma, que fue estudiar ubicaciones alternativas al actual hospital de Son Dureta. Se descartaron tres y quedó la ubicación de Son Espases, que presenta unas ventajas importantísimas sobre las otras ubicaciones.

En segundo lugar, el porqué construir un nuevo hospital y no reformar un hospital antiguo, y sigo insistiendo, un hospital inaugurado en el año 1955, es decir, con 50 años de historia a sus espaldas, que ha funcionado muy bien y donde los profesionales se han sentido cómodos. Sin embargo, un proceso de reconversión del hospital o de construcción de un nuevo hospital en el mismo solar, lógicamente hubiera dado unas incomodidades manifiestas tanto a los profesionales que prestan sus servicios allí como a los pacientes usuarios del centro. Hay que recordar que cada año se realizan allí 35.000 operaciones quirúrgicas y que las consultas se sitúan en torno al millón de personas.

También hay que decir que como nuestra comunidad es insular, nosotros damos mucha importancia a que haya una proximidad del helipuerto, dado que nos viene gente de Menorca, de Ibiza y de Formentera, a las áreas de urgencia, que con la reforma del actual hospital de Son Dureta hubiera quedado ubicado en la planta número 13 del hospital, en un área urbana y sobrevolada por helicópteros, mientras que en la nueva ubicación queda en un espacio sobre el terreno anexo al área de urgencias.

Al mismo tiempo, lo que dicen todos los especialistas en prevención e higiene de nuevas construcciones: el problema de posibles contaminaciones por aspergillus, el problema de la legionela, en aquellas instalaciones cuando se están haciendo obras. Estamos abriendo al exterior espacios que posiblemente puedan estar contaminados, y de hecho, el Manual de recomendaciones para la vigilancia, prevención y control de infecciones en hospitales en obras, del grupo de trabajo de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene y el Insalud, de 21 de marzo de 2000, dice que es un hecho demostrado que el polvo y los escombros que se generan en un proceso de construcción o remodelación que tenga lugar dentro de las proximidades del establecimiento pueden ser vehículo de transmisión de microorganismos oportunistas (hongos y legionela) y, por tanto, del aumento de riesgo de conta-

minación del ambiente; esta circunstancia probada es la que obliga a adoptar unas medidas preventivas especiales en este tipo de obras.

Luego, un poco por comparación con lo que está pasando en el resto de territorios. Casi todos los hospitales que se están construyendo son de nueva planta, y si tenemos que coger como ejemplo el que yo sé que se está remodelando, que es el Hospital de Valdecillas, resulta que este hospital lleva un retraso estimado en tres o cuatro años en su período de construcción, con una desviación presupuestaria cercana al 30 por ciento. El cronograma que ha contado el señor portavoz de Convergència i Unió tampoco es tan así. El plan director del hospital de Son Dureta redactado por el antiguo Insalud contemplaba un período de obras de nueve años, mientras que el período de construcción del nuevo hospital de referencia de Son Espases estará entre tres y cinco años para que sea operativo. Aparte, los profesionales del hospital de Son Dureta actual se manifiestan mayoritariamente, casi, casi de forma unánime, a favor de la construcción de un nuevo hospital, no de utilizar el terreno de Son Dureta. Y sobre todo está el tema competencial. La Comunidad Autónoma de las Islas Baleares ha dado sobradas muestras de su capacidad de planificación y de ubicación de las infraestructuras allí donde sean necesarias para los ciudadanos de las Islas Baleares, y esto es algo que queremos sea respetado. Por último, otra de las ventajas es una comunicación terrestre muchísimo más favorable en el nuevo hospital de Son Espases que en el actual Son Dureta.

El hospital de Son Dureta es hoy por hoy el hospital de los de su tamaño que menos metros cuadrados tiene por cama hospitalaria. No es un hospital que esté preparado para la tecnología de la información y de la comunicación, así como otros hospitales que se han ido edificando en el territorio de las Islas Baleares sí que lo son y están demostrando ser punteros en la catalogación, en el ranking de mejores hospitales de acuerdo con su tamaño. Por tanto, es importante tomar en consideración esta enmienda que presentamos al punto primero. Compartimos la exposición de motivos, creo que el señor portavoz de Convergència i Unió admitirá como válidas las argumentaciones que he explicado hasta el momento, y con la simpatías que me merece la Comunidad Autónoma de Cataluña y el compartir el hecho de tener unas raíces idiomáticas comunes, sí que me gustaría recordarle que nosotros no somos Cataluña, somos la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares, estamos muy orgullosos de ello, y determinadas actuaciones que vemos, por ejemplo, en el Nou Camp, donde se nos pretende englobar dentro de un territorio que no es el nuestro a pesar de tener una lengua común, no facilitan el mantenimiento de estas buenas relaciones entre ciudadanos que creo que nos llevamos muy bien.

La señora **PRESIDENTA**: En nombre del Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la diputada señora Velasco.

La señora **VELASCO GARCÍA**: Antes de hablar de este hospital, quería aclararle algunas cuestiones al portavoz de Convergència.

En primer lugar, que esta proposición no de ley sólo se parece a la anterior proposición que hemos debatido, y en cuyo debate usted no pudo estar, en una cuestión, en que se recaba financiación estatal para la sanidad, para la construcción de una infraestructura hospitalaria, pero, realmente, luego los fundamentos, la exposición de motivos, distan mucho de parecerse porque usted plantea en la proposición no de ley restar competencias legítimas a un gobierno de una comunidad autónoma, y lo digo claramente puesto que es competencia del gobierno de la comunidad autónoma definir las infraestructuras sanitarias y la ubicación de ellas, con lo que el Partido Socialista no puede compartir el corpus básico de esta proposición no de ley. Aun así tengo que decirle que los propios socialistas de las Islas Baleares comparten lo que usted cita en esta proposición no de ley, referente a que la ubicación que ha elegido el Gobierno del Partido Popular en las Islas Baleares no es la idónea, no obstante, y a pesar de eso, nosotros no podemos vía una proposición no de ley enmendar las decisiones de un gobierno de una comunidad autónoma.

Dicho esto, quería recordarle asimismo cuestiones que me parecen obvias y que he repetido en la anterior proposición no de ley pero es justo volver a recordar. La financiación de las obras de infraestructuras sanitarias es competencia de las comunidades autónomas y, en este sentido, en el real decreto por el que se traspasaron las funciones a esta comunidad autónoma, al igual que a las otras comunidades del régimen común, se valoraban las cargas financieras que se traspasaban así como los compromisos asumidos por las partes en esta materia y, en general, en la prestación de los servicios transferidos, de conformidad con los acuerdos de la Comisión Mixta. En este sentido, debe destacarse también que en la proposición no de ley que usted plantea sí que es cierto, y tiene usted razón, que con anterioridad a la transferencia a la comunidad autónoma, el Insalud licitó y redactó un proyecto de construcción de un nuevo hospital en las Islas Baleares, si bien con posterioridad traspasó al Gobierno de las Islas Baleares la responsabilidad de ejecutarlo una vez que asumió las competencias. En aquel momento gobernaba el Partido Socialista en las Islas Baleares, se asumió el proyecto, se hicieron determinadas modificaciones y se estaba en ello, pero a partir del año 2002, con el nuevo sistema de financiación de las comunidades autónomas, se integra la financiación de la sanidad dentro de la financiación del conjunto de competencias.

Aquí quería recordar al portavoz del Grupo Popular que fueron muchas las comunidades autónomas gobernadas por el Partido Socialista que trasladaron al Gobierno del Partido Popular sus reticencias a este tipo de proceso, puesto que tenían problemas o no veían garantizada la suficiencia financiera en el ámbito concreto de la sanidad pública, pero, a pesar de eso, se asumieron

esas transferencias, y, como digo, ese proyecto de nuevo hospital para las Islas Baleares iba incluido en las inversiones y en los recursos que se transfirieron. A partir de ahora y recientemente se han dado otras nuevas circunstancias, que son la Conferencia de Presidentes y las decisiones del Consejo de Política Fiscal y Financiera; en ese sentido la comunidad de Baleares va a recibir 100 millones de euros de financiación suplementaria para la sanidad pública, y ahí va incluido también el concepto de insularidad. Por otra parte, como sabe muy bien, en el ámbito del desarrollo de los acuerdos de la Conferencia de Presidentes está el tema al que usted se refiere del incremento de población. Nosotros pensamos que es en ese foro de debate donde habrá que definir cuáles son los criterios razonables para compensar esas desigualdades que provoca el incremento de población y que a su vez no tienen una compensación adicional. Me parece que ese es el foro donde se pueden debatir todas estas cuestiones de una forma mucho más clara, mucho más abierta y, desde luego, con mayor criterio global. Usted sabe muy bien que el Gobierno tiene que garantizar la equidad en el sistema sanitario público y sabe muy bien que el Gobierno es corresponsable con las comunidades autónomas de un objetivo muy claro: garantizar la mejor sanidad pública a los ciudadanos de nuestro país. Entendemos que es en ese foro y no mediante una enmienda a los presupuestos generales del Estado ni con una proposición no de ley como se debe discutir qué impacto tiene ese incremento de población, qué impacto real tiene la insularidad y qué medidas hay que tomar para garantizar todas estas cuestiones a las que hacía referencia. En consecuencia, el Grupo Socialista no va a apoyar esta proposición no de ley.

Quiero además recalcar un aspecto que me parece fundamental. Por encima de todo y a pesar de los argumentos que he expuesto con anterioridad, nos parece que las competencias de los gobiernos de las comunidades autónomas no se pueden conculcar, y, como le decía, a pesar de que el Partido Socialista en las Islas Baleares no comparte la ubicación del hospital, entendemos que es competencia y responsabilidad del Gobierno balear tomar esa decisión.

La señora **PRESIDENTA**: Con objeto de determinar si el Grupo Catalán (Convergència i Unió) acepta o no la enmienda presentada por el Grupo Popular tiene de nuevo la palabra el diputado señor Xuclà.

El señor **XUCLÀ I COSTA**: Intervengo para anunciar que este grupo parlamentario no acepta la enmienda planteada por el Grupo Popular, porque esta es una enmienda que ha ido acompañada de un discurso del portavoz del Grupo Popular que era claro y de aval al traslado del hospital a los terrenos del Monasterio de La Real y esto es justo al revés de lo que anima la proposición no de ley que ha presentado este grupo parlamentario, con lo cual no vamos a aceptar una enmienda que lo único que hace es entrar en contradicción con nuestro

planteamiento. Por cierto, no solo con nuestro planteamiento, termino, señora presidenta, sino también con el del Grupo Popular, porque el proyecto de Son Dureta era un proyecto consensuado, tanto que incluso el ministro Romay Becaría puso la primera piedra de las reformas ante las cuales usted ha planteado tantas y tantísimas objeciones. Con ello quiero dejar claro que el punto de coherencia aquí lo mantiene este grupo parlamentario, que el Partido Popular cambia de planteamiento y que el Partido Socialista simplemente, ante un debate político, ciertamente político, de presupuestos y de voluntad política, expresa su marcha atrás respecto a lo que fue su posición cuando estaba en el Gobierno.

Y, finalmente, estoy convencido, señor portavoz del Partido Popular, de que la consideración de esquizofrénico respecto a este portavoz o al grupo y a la fuerza política que yo represento no es nada más que una expresión inapropiada e impropia de su persona.

La señora **PRESIDENTA**: Su turno, señor Xuclà, era para la aceptación o el rechazo de la enmienda, no me reabra debates ajenos a lo sanitario además.

Le ruego señor Martín Soledad que se conduzca en idénticos términos. Puesto que ha intervenido de manera más extensa el portavoz del Grupo Catalán de Convergència i Unió, tiene usted la palabra, pero de manera muy breve, por favor.

El señor **MARTÍN SOLEDAD**: Simplemente para recordarle que el término esquizofrénico está en relación al debate, nunca a las personas. Nunca utilizaré de manera peyorativa términos que competen a la patología psiquiátrica. Por otra parte, lamento que por parte del señor Xuclà no se respete el ámbito de competencias que tiene la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares.

La señora **PRESIDENTA**: Siguiendo punto del orden del día que... (**La señora Velasco García pide la palabra.**)

Señora Velasco.

La señora **VELASCO GARCÍA**: Señora presidenta, medio minuto solamente. ¿Es posible? Solo aclarar una frase.

La señora **PRESIDENTA**: En un día en el que nos hemos saltado el reglamento tantas veces, tampoco importa, señora Velasco, que, si es muy breve, haga usted sus manifestaciones.

La señora **VELASCO GARCÍA**: Solamente aclarar una frase que ha dicho el portavoz de Convergència. El Partido Socialista no da marcha atrás en su posición política en las Islas Baleares, sigue insistiendo en que no es la ubicación correcta, pero, repito, éste no es el ámbito para modificar esa cuestión.

— **RELATIVA A LA APROBACIÓN DEL REAL DECRETO QUE REGULA LA RELACIÓN LABORAL ESPECIAL DE RESIDENCIA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número expediente 161/001132.)**

La señora **PRESIDENTA**: Proposición no de ley relativa a la aprobación del real decreto que regula la relación laboral especial de residencia. Es titular de esta iniciativa el Grupo Parlamentario Popular, y para su defensa tiene la palabra el diputado señor Calpe.

El señor **CALPE SAERA**: Probablemente hay una unanimidad en el mundo sanitario y social con referencia a que el sistema de formación especializada a través de la residencia ha sido un éxito en lo que propiamente es la formación, pero tampoco podemos olvidar que ha sido un foco constante de tensiones y de conflictos que han dado origen a múltiples pronunciamientos jurisdiccionales precisamente porque no se ha regulado lo que es propiamente la relación que existe entre los residentes en formación y sus centros de trabajo o el sistema de salud titular de los centros en los que se forman. Un intento ya a nivel legal de regulación lo contiene la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, de 22 de noviembre de 2003, cuando en su capítulo tercero del título II regula los aspectos de la formación especializada bastante extensamente, probablemente como nunca se había hecho a nivel legal, pero sigue sin regularse lo que es la relación que se establece entre los residentes y los centros en los que se forman. El artículo 20.3-F de esta Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias prevé que se establezca una relación laboral especial entre el centro o el servicio de salud y el especialista en formación, y la disposición adicional primera, en el número 2, mandata al Gobierno que se apruebe mediante real decreto esa relación laboral, y eso es lo que estamos pidiendo en esta proposición no de ley.

Como decía, desde que existe el sistema de residencia, cuando menos desde el Real Decreto de 1978, se ha regulado lo que era la formación especializada pero no esa relación laboral, lo que ha dado origen a múltiples conflictos. Las normas siempre han ordenado que se establezca un contrato de trabajo. Así lo hizo, por ejemplo, el Real Decreto 1271/1984, de 11 de enero, que regulaba la obtención del título de médico especialista y la formación de estos especialistas, como también lo ha hecho el Real Decreto 450/2005, éste reciente, en el que se regulan las especialidades de enfermería. En ambas normas, de acuerdo luego con la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, se dice que ha de haber un contrato laboral, pero ese contrato laboral no ha sido regulado hasta ahora, ni cabe tampoco asimilarlo fácilmente al marco legal que para la contratación laboral existe en el Estatuto de los Trabajadores, porque si bien es cierto que antes de que lo dijeran las normas legales los propios tribunales ya habían dicho que esta relación

era laboral, lo cierto es que no tiene un encaje claro en el marco de las relaciones laborales, ni siquiera es aplicable el artículo 11 del Estatuto de los Trabajadores cuando regula el contrato de formación, entre otras cosas porque tiene un límite temporal para estos contratos que es totalmente contrario a la duración de la formación de los especialistas sanitarios; por lo tanto, simplemente este aspecto tan fundamental como es la propia duración de la relación ya resulta inaplicable.

Por otra parte, estamos hablando de un contrato formativo, pero también estamos hablando de una serie de profesionales que actúan como tales ya, aunque estén en formación, y que por lo tanto adquieren responsabilidad en el ejercicio de su profesión, responsabilidad que incluso en algunos casos la exigen las normas jurídicas, sin ir más lejos normas tan importantes como puede ser el Código Penal; cuando en el Código Penal el artículo 196 tipifica la denegación de asistencia no distingue entre que un facultativo o un profesional sanitario esté o no en formación, dice: «el profesional que estando obligado a ello denegare asistencia sanitaria», lo cual quiere decir que se producen durante la formación de los residentes y precisamente por su ejercicio profesional determinados problemas que es absolutamente necesario abordar. Otro caso concreto también en el ámbito penal, podría ser el frecuente de las imprudencias, que se han achacado a médicos residentes especialmente, pero también en algún caso a otros profesionales. Por lo tanto, esta regulación es ya absolutamente necesaria. Por otra parte, la propia Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, al margen de estos aspectos a los que me he referido y que tienen que ver con la responsabilidad de los profesionales, prevé ya aspectos que hay que tratar como es, en concreto, el de la jornada laboral, el horario, la posibilidad de resolver el contrato si no se superan las evaluaciones formativas y otros.

Ante todo ello, nos hemos encontrado con que este mandato de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias no se pudo cumplir por el Gobierno del Partido Popular porque la ley entró en vigor el 23 de noviembre de 2003, el mes de abril siguiente hubo un cambio de gobierno, en medio hubo, como todos saben, un proceso electoral y, por lo tanto, no dio tiempo. Pero existe otro gobierno desde hace ya año y medio y tampoco ha hecho nada por resolver esta cuestión. En la sesión plenaria de 20 de abril pasado, la ministra de Sanidad contestó a una pregunta de un diputado socialista, del señor Arola, en la que no pasó de tener buenas intenciones respecto a la aprobación de esta norma. Más bien parecía una pregunta dirigida a meterse con el consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid que a tratar de dar una esperanza a aquellos profesionales que aspiran a ver regulado su período de formación. Nosotros, en la proposición no de ley, estamos pidiendo que en el plazo de tres meses, desde que en su caso se apruebe, se remita al Consejo Interterritorial de Salud un proyecto de estatuto del residente, un proyecto de lo que sería este real decreto. Creemos que este plazo de

tres meses, al que habría que añadir el tiempo que lleva publicada la iniciativa desde el 27 de julio pasado, es más que suficiente para cumplir con esta intención de remitir este proyecto.

Frente a ello, nos encontramos con posturas sorprendentes que vienen del ámbito de la administración socialista o del Grupo Socialista. Por una parte, un responsable del Ministerio de Sanidad como es el subdirector general de Ordenación Profesional de la Sanidad, don Javier Rubio, suelta una bravata a la Asociación Española de Médicos Residentes y les dice que el día 30 de noviembre, es decir, a final de este mes, habrá real decreto del MIR con consenso o sin él. Nosotros no pretendemos que las cosas sean tan radicales, lógicamente, si hay proyecto el día 30 de noviembre, estupendo, pero creemos que esta actitud es innecesaria. En cambio, contrastando con esta actitud, nos encontramos con la enmienda del Grupo Socialista que, siguiendo las vaguedades de la contestación de la ministra en el pasado mes de abril, pospone *ad calendas graecas* cualquier cosa remitiéndose a que habrá consultas con las comunidades autónomas y con las organizaciones sindicales. Respecto a esto hemos de decir que las organizaciones sindicales también están quejándose de la paralización de esta cuestión, como de cualquier otra que afecta a la política de recursos humanos en sanidad, en la que ciertamente desde que tomó posesión el actual Gobierno no se está haciendo absolutamente nada.

Nuestro grupo está tratando de impulsar estas actuaciones, esta iniciativa es una de ellas, como también lo es la enmienda que hemos presentado a los Presupuestos Generales del Estado en la que solicitamos una dotación precisamente para este sistema de formación. Creemos que los médicos, los enfermeros y, en menor medida también simplemente porque son menos en número, farmacéuticos, biólogos o químicos que están en el período de residencia de su formación o que aspiran a estarlo, están esperando ansiosamente esta norma; norma que es necesaria y que puede contribuir, junto con otras medidas necesarias, sobre las que también puede haber otras iniciativas, no sólo a darles tranquilidad y estabilidad en su relación laboral, sino también a evitar este fenómeno que está ocurriendo y que están denunciando también las organizaciones sindicales de que muchos de nuestros licenciados o de nuestros diplomados en enfermería están optando por salir al extranjero, donde ven mejores expectativas económicas o de solvencia en su formación, y si no en su formación como especialistas, sí en cuanto a la tranquilidad en la relación con el sistema. Por tanto, creemos que estamos presentando una iniciativa sensata que da tiempo al Gobierno, no le agobia, pero que también le pone una fecha para que no se posponga *ad calendas graecas*, como he dicho antes, esta cuestión, y que podrían apoyar todos los grupos parlamentarios, y así les pedimos que lo hagan.

La señora **PRESIDENTA:** El Grupo Parlamentario Socialista tiene presentada una enmienda a esta iniciativa

y se me ha dicho que en breve estará en condiciones de intervenir el diputado señor Fidalgo. **(Pausa.)**

El señor **FIDALGO FRANCISCO:** Gracias de nuevo, señora presidenta.

Vamos a debatir ahora la proposición no de ley que ha presentado el Partido Popular para el real decreto de regulación laboral especial de residencia con el ánimo constructivo que caracteriza, como siempre, a esta Comisión, dado además que es un tema muy importante para el Sistema Nacional de Salud, no tanto la proposición no de ley sino el fondo de la cuestión que es el sistema MIR, reconocido universalmente y que contribuye de una manera decisiva a la calidad del sistema. Por lo tanto, todos los esfuerzos que hagamos para aunar posiciones y conseguir transmitir mensajes que den tranquilidad y seguridad a los profesionales merecen la pena.

Dicho esto, la formación especializada está contemplada en diferentes normativas legales. Por ejemplo, en la Ley General de Sanidad, el título VI que se dedica a la docencia y a la investigación, concretamente a la docencia en el artículo 104; en el Real Decreto 127/1984, que regula la formación de los MIR, o en el 2708/1982, de los FIR, o en la Orden de 22 de junio de 1995, que regula también las comisiones de docencia. Asimismo, la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias, Ley 44/2003, de 21 de noviembre, incide en esta cuestión de una manera específica, taxativa, recogiendo además esos conceptos que en la propia legislación ya figuraban, pero dándole una proyección taxativa, fijando lo que hay que hacer, cuándo hay que hacerlo y cuál es el contenido de lo que hay que hacer. También la propia Ley de Cohesión, en el artículo 37, se preocupa de la formación de postgrado. En todo caso, como he dicho antes, estamos tratando algo muy importante para el conjunto del sistema, para los más de 20.000 profesionales que están buscando su especialización en el Sistema Nacional de Salud y, por lo tanto, insisto en que merece la pena dedicar a ello el esfuerzo necesario.

Como hemos dicho antes, el sistema MIR es un cimientito del propio Sistema Nacional de Salud y proporciona esa calidad envidiada que yo comentaba antes, pero además trasciende algo muy importante desde la propia concepción del Sistema Nacional de Salud, que es esa relación solidaria y a veces yo diría simbiótica e incluso intergeneracional, es decir, es solidaria, porque el sistema aporta conocimiento a unos profesionales pero, a su vez, los profesionales aportan una ayuda importante al propio sistema. Estamos hablando precisamente del mantenimiento del equilibrio entre esa solidaridad, esa simbiosis y ese aporte de modernización intergeneracional, de la importancia del sistema MIR, de su mejora y de su perdurabilidad. Creo además que aporta progreso en el sentido más estricto de la palabra, pero rejuvenecimiento también e incluso un gran estímulo a lo que es la investigación y la mejora del propio sistema. También es cierto que hay que adecuarse a los tiempos, que de alguna manera hay si no amenazas sí

dificultades que son propias de las circunstancias del Sistema Nacional de Salud, circunstancias ni mejores ni peores pero que son las circunstancias actuales, en donde tenemos una alta presión asistencial, en donde también ha cundido durante estos años, por diferentes cuestiones, un cambio de cultura y un entorno mercantil y de cierta atracción por el mejor postor, pues también se da o puede darse una cierta desafección de los propios residentes con respecto al sistema, cosa que nos preocupa especialmente y que deberíamos además situar en la preocupación global de todos. Esa fidelización de los residentes una vez que acaban su período de formación creo que es muy importante para el Sistema Nacional de Salud, como lo es también, por supuesto, el ir incrementando la calidad de la formación de los MIR.

Sin embargo, la proposición no de ley que trae el Partido Popular a esta Comisión de Sanidad se refiere a la regulación de la relación laboral especial de residencia. Esa regulación, como hemos dicho, está contemplada en la disposición adicional primera, que explicita las determinaciones del artículo 20 de la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias, en donde se habla de la formación mediante residencia en los centros acreditados, en las responsabilidades propias que asumen los MIR al hacer una especialidad, responsabilidades propias de esa especialidad, y en su apartado 3, de la regulación de la relación laboral especial. En la disposición adicional primera se determina que un real decreto debe regular esa relación laboral especial de residencia y, por lo tanto, estamos hablando de regular una relación laboral, cosa que yo creo que es importante para centrar el contenido de la proposición no de ley, o por lo menos lo que debería ser el objetivo de la proposición no de ley.

El Gobierno, consciente de esa importancia a la que yo me he referido del sistema MIR y de la importancia de los residentes para el Sistema Nacional de Salud, ha puesto en marcha ya hace tiempo ese proceso de búsqueda de la regulación para dar cumplimiento a la disposición adicional primera de la LOPS, y el Real Decreto, insisto una vez más, es una norma que regula la relación laboral especial de residencia. Una vez resuelto el entramado administrativo que las tres leyes más importantes de la legislatura anterior, por lo menos en lo que afecta a los profesionales, como son el Estatuto Marco, la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias y la Ley de Cohesión, generan en el propio Ministerio con diferentes grupos, comisiones, etcétera, una vez puesto en marcha todo esto, se llevó a la Comisión de Recursos Humanos toda esta cuestión en dos líneas paralelas pero complementarias y muy importantes. Por una parte, en una línea técnica que contempla la incidencia de la regulación en el Sistema Nacional de Salud y, por otra, una línea estrictamente laboral a efectos de solucionar los problemas planteados en este sentido. Así, el 14 de marzo, el Gobierno presenta un primer borrador a la comisión técnica del personal de los servicios de salud, y se decide crear un grupo de trabajo con representantes de las comunidades autónomas —se designa

a las comunidades autónomas de Cataluña, de Andalucía, de Murcia, de Madrid, y de Castilla y León— y también con presencia de los Ministerios de Sanidad y Consumo, de Trabajo y Asuntos Sociales y de Educación y Ciencia. La primera reunión de este grupo de trabajo se efectúa el 17 de marzo y ya el 13 de abril se celebra el primer debate de este borrador al que he aludido anteriormente. Pero después, el 14 de abril, se constituye el ámbito de negociación, que también está contemplado específicamente en la ley como elemento fundamental para discutir este tipo de cuestiones, que, como he dicho, está previsto en el Estatuto Marco del personal sanitario (artículo 11, apartado 4), convocando a las organizaciones sindicales representativas en el foro marco para el diálogo social, que tiene como objetivo precisamente el diálogo y la información de carácter laboral. Después del 14 de abril se han celebrado cinco reuniones en ese ámbito, la última de ellas el 13 de octubre, avanzando progresivamente en todo el trámite en cada una de las reuniones. Pero es que el día 3 de noviembre se ha reunido el propio foro marco con presencia de la Administración General del Estado, de los ministerios de Sanidad y Consumo, de Trabajo y Asuntos Sociales, de Educación y Ciencia, y de Administraciones Públicas, con presencia también de los representantes de las comunidades autónomas y con presencia de los sindicatos más representativos, UGT, Comisiones Obreras, CESM, SATSE y CIGA.

Se habla allí de la actualización y mejora de las titulaciones vinculadas a las profesiones sanitarias para que los titulados puedan circular por Europa, también de la carrera profesional y la formación continuada, y se habla de la relación especial de residencia, para dotarla de un marco jurídico que recoja los derechos laborales. Por cierto, también se habla de los criterios retributivos según un acuerdo de la reunión del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud celebrada el 5 de octubre que determina la revisión de las retribuciones de los residentes. Esto es algo muy importante, y además está prevista el día 11 de noviembre una nueva reunión de la Comisión Técnica. Ahí tenemos el marco adecuado, es decir, la Comisión de Recursos Humanos, la Comisión Técnica y el Foro Marco, las administraciones implicadas, el Sistema Nacional de Salud, los representantes sindicales, etcétera. ¿Cuál es la metodología? La metodología es la gran negociación y el diálogo para concluir en un informe favorable que dé lugar al real decreto cuya tramitación va a un excelente ritmo y que permite augurar una rápida conclusión.

Dicho esto, cabe concluir que el proceso está ya en marcha; que el proceso se realiza conforme a la ley y guardando los intereses del Sistema Nacional de Salud pero también de los profesionales, que son los mismos; que se está debatiendo en los foros y en los ámbitos pertinentes, con el buen ritmo que los propios participantes deciden, porque es muy importante respetar el ámbito en el que se está debatiendo y por lo tanto el ritmo y los impulsos que ellos están dando. Y además se está tramitando con los contenidos adecuados, teniendo en

cuenta, como he dicho antes, que es una relación laboral, según lo previsto por la propia Ley 44/2003.

Con este razonamiento vemos que la proposición presentada por el Partido Popular excede en alguno de sus contenidos a lo que la ley quiere que se haga en el ámbito de la regulación. Por otra parte, es una proposición no de ley que se presenta en julio e impulsa a hacer algo que el Gobierno está haciendo, pero no sólo eso, sino que lo está haciendo con diligencia. También presenta un texto imperativo y contiene algunas cuestiones que pueden llevar a confusión como es, por ejemplo, la alusión al estatuto del residente; el estatuto del residente puede llevar a confusión con el Estatuto Marco, por lo tanto, yo creo que, entendiendo el fondo de lo que se persigue, es mejor limitarse al texto de la propia ley. Además, quizá por falta de explicitación, no se alude en ningún momento a las organizaciones sindicales. Por eso, creemos más adecuado presentar una enmienda que dé cabida a ese espíritu y a lo que compartimos, que es la preocupación conjunta de todos los grupos por el Sistema Nacional de Salud y, concretamente, por la formación de especialistas. La enmienda que presenta nuestro grupo, el Grupo Socialista, creemos que recoge perfectamente esa preocupación y le pedimos al Partido Popular, al grupo proponente, que acepte esta enmienda en ese sentido constructivo. En todo caso, también podríamos llegar a un acuerdo redactado. Nada más.

La señora **PRESIDENTA**: De la intervención del señor Calpe he creído deducir que no aceptarían la enmienda, pero quizá la intervención del señor Fidalgo le haya hecho variar en algo su criterio. No para reabrir el debate, sino con objeto de que usted manifieste la aceptación o el rechazo de la enmienda, le doy nuevamente la palabra, señor Calpe.

El señor **CALPE SAERA**: Efectivamente, seguimos rechazándola, básicamente porque no hay ningún compromiso, pese a que el Grupo Socialista augura una rápida conclusión del proceso, de que haya una fecha concreta para que esto sea una realidad.

— **RELATIVA AL RECONOCIMIENTO DE LA ESPINA BÍFIDA COMO ENFERMEDAD CRÓNICA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO DE ESQUERRA REPUBLICANA (ERC). (Número expediente 161/001079.)**

La señora **PRESIDENTA**: Llegamos por fin al punto último del orden del día que es el que aparece por escrito como punto séptimo, la proposición no de ley relativa al reconocimiento de la espina bífida como enfermedad crónica. Es una iniciativa del Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana, para cuya defensa tiene la palabra la señora Bonás.

La señora **BONÁS PAHISA**: Señorías, la espina bífida es la malformación congénita del tubo neural más

grave compatible con la vida y la segunda causa de discapacidad física en la infancia después de la parálisis cerebral.

De acuerdo con los datos del estudio sobre malformaciones, en España 4 de cada 10.000 recién nacidos vivos presentan espina bífida. Podemos extrapolar y vemos que entre 15.000 y 17.000 personas sufren en España este tipo de malformación, a pesar de que últimamente ha descendido la incidencia, fundamentalmente gracias al uso del ácido fólico en la planificación del embarazo. Existen formas menos graves de esta malformación que deben considerarse igualmente en el contexto de la espina bífida. La espina bífida afecta por lo menos a tres de los sistemas más importantes del organismo: el sistema nervioso central, el aparato locomotor y el sistema genitourinario. Se considera por ello una malformación con afectación multisistémica cuyo tratamiento debe ser abordado bajo la óptica multidisciplinar. La espina bífida es una malformación del tubo neural producido por un defecto medial de las vértebras generalmente en su arco posterior, la falta de fusión de uno o varios arcos vertebrales con o sin profusión meníngea medular y por el cual el contenido del canal neural queda al exterior. La espina bífida es en un gran porcentaje de casos el resultado de la interacción entre factores genéticos y ambientales. La espina bífida es considerada una enfermedad polideformante que ocasiona consecuencias muy importantes como la pérdida de sensibilidad por debajo de la lesión, la debilidad muscular por debajo del nivel de la lesión que puede oscilar entre una situación leve hasta parálisis completa. Cuanto más alta es la localización de la espina bífida, mayor es la afectación muscular. La consecuencia es que unos niños podrán andar con una mínima dificultad, otros necesitarán ayuda de muletas o aparatos ortopédicos y otros necesitarán una silla de ruedas. Otra consecuencia es debilidad de los músculos de la vejiga y del tracto intestinal, produciendo incontinencia urinaria y fecal. Hay casos también de hidrocefalia que necesitarán una intervención quirúrgica.

Como hemos dicho, la espina bífida afecta por lo menos a tres de los sistemas más importantes del organismo, por lo que el niño con espina bífida necesita una intervención activa y coordinada no sólo de los profesionales del ámbito sanitario, sino también de profesionales de la psicopedagogía, educadores, trabajadores sociales, psicomotricistas, por supuesto, todos ellos en comunicación directa con los padres ya que la evolución e integración de un niño con espina bífida va a depender en gran medida de su entorno familiar. La asistencia de estas unidades de coordinación multidisciplinar en los hospitales españoles facilitará a los afectados mantener su escolaridad.

Los afectados necesitan de material urológico, dirigido a preservar la función renal y, en la medida de lo posible, a lograr la continencia urinaria. La vejiga neurológica va a tener diferentes manifestaciones que pueden dar lugar a retención de orina, producción de residuo postmiccional y, si no se realiza el tratamiento adecuado,

un deterioro del tracto urinario superior. Los afectados tendrán mayor frecuencia de infecciones urinarias de repetición que pueden dar lugar a la afección renal por diseminación ascendente de esta infección. Para el correcto tratamiento de la incontinencia y las posibles complicaciones, la necesidad de utilización de pañales es absoluta en la mayoría de los casos y en algunos casos de compresas de tamaño especial, sobre todo en la adolescencia. Se necesita de sondaje vesical intermitente con una frecuencia media de 3 a 5 veces al día y se utilizan colectores penianos y bolsas colectoras. También necesitan de material farmacéutico ya que la espina bífida va a producir múltiples patologías como úlceras de presión y escaras, afectación neurológica, alergia al látex, pubertad precoz. Esto conlleva un gasto farmacológico añadido ya que son de uso común gasas, antisépticos, laxantes, etcétera.

El material ortopédico es muy importante para el tratamiento de las secuelas motoras de los afectados y que va a tener una gran importancia en la consecuencia de una mayor autonomía personal de estas personas. El material ortopédico más frecuente son: férulas, ortesis, alzas de calzado, botas ortopédicas, sillas de ruedas, andadores, bastones, muletas, corsés, etcétera.

Es a destacar las diferencias entre las comunidades autónomas en relación con la existencia de unidades multidisciplinarias, que es muy dispersa en el ámbito del Estado y también son dispersos los diferentes sistemas de pago y de obtención del material necesario para que los afectados mantengan una calidad de vida adecuada. En el ámbito autonómico se han tomado algunas decisiones destinadas a intentar minimizar el impacto que sobre las economías familiares suponen los costes directos a los que las familias deben hacer frente cada año. Se ha calculado que un afectado menor de 18 años anualmente necesita unos 1.500 euros más en material médico que otro niño no afectado por esta patología. En las Cortes valencianas, en el año 2000, ya hubo una decisión en la que se instaba al Gobierno de España para que la espina bífida tenga la consideración de enfermedad crónica.

En relación con el gasto ortopédico, tiene que ser soportado por las familias con posterior reembolso del mismo o directamente es la administración sanitaria la que se hace cargo, dependiendo de su inclusión o no en el catálogo de ortesis y prótesis. Debido a la diversidad e individualización de las manifestaciones ortopédicas que se pueden dar, el material que se precisa es amplio y a veces tiene que adaptarse a las características de cada afectado. Teniendo en cuenta que los usuarios van desde bebés a adultos, esto acarrea que en ocasiones la oferta realizada por el catálogo editado por el ministerio carezca de material muy preciso, y a la vez muy necesario, sobre todo para los afectados de más corta edad, lo que no hace sino añadir un aumento en el desembolso que la familia tiene que realizar. Muchos materiales tienen una aportación del 40 por ciento, como son los materiales de incontinencia, pañales y sondas. Son mate-

riales de coste elevado, con lo que el gasto que tiene que soportar la familia de los afectados es considerable si se tiene en cuenta, además, la necesidad que tienen los afectados de recibir otros tratamientos (rehabilitación, atención psicológica, etcétera), así como las modificaciones que se tienen que hacer en la vivienda familiar. Se hace necesario además limitar los aspectos burocráticos, pues hay que solicitar constantemente el visado de las recetas, con lo cual los padres se han de desplazar constantemente, lo que conlleva petición de permisos laborales y desplazamientos innecesarios.

Para aliviar el sufrimiento de estas familias, para hacer esta enfermedad más conllevable, se hace necesario el reconocimiento de esta enfermedad como enfermedad crónica, que implique no sólo la gratuidad de los fármacos sino también, sobre todo, de material ortopédico y hacer más conllevable esta enfermedad con la calidad de la vida familiar. Hemos puesto en esta proposición no de ley un plazo de tres meses para que el Gobierno sepa que es una necesidad urgente, que no se puede aplazar indefinidamente la decisión y que ha llegado el momento —esperamos cuanto antes—, de tomar una decisión y aliviar la vida de estas personas.

La señora **PRESIDENTA**: Esta iniciativa tiene dos enmiendas presentadas, una del Grupo Popular y otra del Grupo Socialista. Por parte del Grupo Popular defenderá la por su grupo presentada el diputado señor Vañó, que tiene la palabra.

El señor **VAÑÓ FERRE**: Señorías, nuestro grupo comparte con el grupo proponente el fondo y los motivos que expresa su proposición no de ley y, por supuesto, los deseos de mejorar la situación de estos pacientes de espina bífida que, tal y como ha figurado en su exposición de motivos, requieren unas atenciones especiales y unas prestaciones determinadas. Efectivamente, es necesario contemplar y atender adecuadamente a este colectivo, pero consideramos que su propuesta no responde en absoluto a la pretensión que tiene este colectivo para cubrir esas necesidades tanto de prestaciones como de rehabilitación, etcétera. Al no existir una catalogación sanitaria de enfermedad crónica que implique todo ello, nosotros queríamos ir un poco más allá porque el hecho de reconocer la espina bífida no implicaría esa solución. Por lo tanto, hemos propuesto una enmienda para contemplar los deseos que se expresan en esa proposición no de ley de solucionar el problema, que paso a leer.

El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a que, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, se constituya un grupo de trabajo, de acuerdo con los representantes del colectivo de afectados de espina bífida para, en primer lugar, analizar la especial situación de estos pacientes y sus necesidades derivadas del carácter crónico de su patología; en segundo lugar, proponer las medidas necesarias para facilitar su accesibilidad a las distintas prestaciones y un adecuado tratamiento y rehabilitación; en tercer lugar, diseñar y poner

en marcha un programa específico de prevención de la espina bífida, que se da en algunos casos, pero que habría que ahondar en él.

De esta manera se podría recoger mejor, bajo nuestro punto de vista, ese *petitum* que implica la proposición no de ley presentada por Esquerra Republicana de Cataluña. Nada más.

La señora **PRESIDENTA**: Por el Grupo Socialista, para defender su enmienda, tiene la palabra la diputada señora López i Chamosa.

La señora **LÓPEZ I CHAMOSA**: Voy a defender la enmienda 16.

Estamos hablando de la espina bífida, una grave enfermedad que, según los datos que yo tengo aquí, cogidos de la Asociación Madrileña de Espina Bífida, afecta a uno de cada mil niños nacidos. Es un defecto del tubo neural, que se manifiesta en la segunda o tercera semana de la gestación, provocando graves lesiones porque hay un crecimiento anormal de la columna vertebral por falta de fusión de uno o más arcos vertebrales. En consecuencia, los afectados necesitan un tratamiento de por vida, donde participan neumatólogos, neurocirujanos, urólogos, nefrólogos, traumatólogos, ortopedas, psicólogos, etcétera. Es decir, incluso podríamos hablar como la portavoz del Grupo de Esquerra Republicana, que ha hecho una descripción muy amplia de las necesidades que tienen estos pacientes y que en la exposición de motivos habla de las diversas necesidades de material y tratamiento que necesitan.

En el Grupo Socialista creemos que la iniciativa es acertada y además necesaria, pero también hemos de decir que el Ministerio de Sanidad y Consumo no establece una clasificación de las enfermedades en función de que sean crónicas o no, por lo tanto, en los casos de los pacientes con espina bífida, igual que ocurre con el resto de patologías crónicas, la financiación total o parcial de los tratamientos depende hasta el momento del tipo de producto y no de la patología en sí, sea declarada o no crónica. El Decreto 83/1993, del 22 de enero es el que regula la consideración de los tratamientos crónicos y establece las distintas financiaciones que hay, en función, repito, de los fármacos y no de las enfermedades. Hemos de tener en cuenta también que la sanidad está transferida a las comunidades autónomas. No se trata solo de tomar una iniciativa, que todos creemos que es necesaria y que hay que tomar, sino que al ser una competencia de las comunidades autónomas, lo lógico sería mandarlo al Consejo Interterritorial de Salud con el mandato concreto de que creen un grupo de trabajo y, en el menor tiempo posible, se tomen las medidas necesarias.

Hemos presentado una enmienda en la que se habla de que, a través del consejo interterritorial de salud se constituya un grupo de trabajo para la realización de un informe que analice los efectos de la espina bífida respecto de las necesidades de los medicamentos o productos sanitarios que pudieran necesitar. Hemos visto la

enmienda del Partido Popular, lo hemos hablado también con la portavoz de Esquerra Republicana y hemos llegado a un acuerdo utilizando las dos enmiendas y la proposición no de ley; serviría como base la enmienda del Partido Popular con una pequeña modificación en el último párrafo. También hemos de tener en cuenta que en estos momentos el Ministerio de Sanidad y Consumo ya está trabajando en el impulso de la prevención de la enfermedad y está coordinando la elaboración de un documento en el que impulsa el conocimiento de las medidas de prevención de las malformaciones congénitas en el embarazo por expertos de diferentes sociedades científicas con el objetivo, en el caso de la espina bífida, de sensibilizar en relación a la toma de ácido fólico en el embarazo, lo cual evitaría un alto porcentaje de casos de espina bífida. Por eso, nosotros no añadíamos el tercer punto que añade el Partido Popular, pero como lo que sobra no estorba, lo aceptamos, con la única modificación que ya le hemos comunicado a la proponente y al Grupo Popular.

Reitero la voluntad de apoyar esta necesidad. Ya que los tres grupos parlamentarios tenemos como objetivo dar una solución a estos pacientes, ha sido fácil ponernos de acuerdo.

La señora **PRESIDENTA**: Señora Bonás, es usted la dueña de la iniciativa, para que manifieste en qué términos acepta o no las enmiendas que han sido presentadas.

La señora **BONÁS PAHISA**: Vamos a aceptar la enmienda del Grupo Popular con las modificaciones aportadas por el Grupo Socialista.

La señora **PRESIDENTA**: Como he manifestado al comienzo de la sesión, teníamos problemas de coincidencia en el momento horario final con la votación de presupuestos. Si están en la mesa todas las transacciones que ustedes han anunciado, creo que podríamos incluso votar antes en esta Comisión que en la de presupuestos puesto que nos dicen que para votar en presupuestos faltaría una media hora. Con las transacciones encima de la mesa, repito, la votación no creo que tenga grandes dificultades. Vamos a ver si es posible proceder a la votación. Manifiestan que en Presupuestos se votará hacia las dos menos cuarto, por lo tanto, ruego a los señores portavoces que convoquen a sus diputados puesto que se va a votar previsiblemente antes en esta Comisión, pues para las dos menos cuarto esperamos haber terminado.

Se suspende la sesión.

Se reanuda la sesión.

La señora **PRESIDENTA**: Señorías, reanudamos la sesión. Si les parece, mientras llegan los señores diputados, haríamos un repaso de lo que someteremos a

votación, teniendo en cuenta que en algunos casos hay transacciones o acuerdos entre los grupos.

Siguiendo, ahora sí, el orden que figura por escrito, respecto de los tres primeros puntos del orden del día, el referido a la prevención del ictus o infarto cerebral, hay tres iniciativas y se ha aportado por los tres grupos proponentes un texto conjunto. Creo que los portavoces de todos los grupos, excepción hecha del representante del Grupo Mixto respecto a la cual no se le dado traslado pero lo haremos en breves momentos, tienen el texto, que es largo, lo cual nos evitaría su lectura.

El punto cuarto, que es el referido al cáncer de cérvix, también ha sido objeto de transacción, que está en poder de esta mesa y será objeto de lectura.

En el punto quinto, el de la inclusión del modafinilo entre las especialidades farmacéuticas de aportación reducida, creemos que no había acuerdo entre las formaciones y por lo tanto la iniciativa se votará en sus propios términos. **(El señor Mingo Zapatero: Aceptamos la enmienda de Esquerra Republicana de Catalunya.)** Incorporación literal, vale. Queda claro también qué es lo que se vota.

Respecto de la iniciativa sexta, tiene la peculiaridad de que el grupo proponente, el Grupo Popular, ha pedido la votación separada de los tres puntos.

En el punto séptimo, el reconocimiento de la espina bífida como enfermedad crónica, existe una transacción que está en poder de la mesa.

En el punto octavo no ha habido aceptación de las enmiendas presentadas.

En el noveno, aunque se había anunciado que no en los discursos, finalmente sí se ha aportado a esta mesa. Me estoy refiriendo al punto noveno relativo a la relación laboral especial de residencia, sí se ha aportado a esta mesa un texto acordado por las dos formaciones mayoritarias, la proponente y la enmendante.

Respecto del punto décimo, relativo a la garantía efectiva de los derechos de información y documentación clínica de la actividad sanitaria privada, se ha aportado a la mesa una transacción.

Esto es lo que se votará. Ruego a los señores portavoces me manifiesten si ya han llegado todos los diputados para que podamos proceder a la votación.

Procedemos a la votación. Votaremos de manera conjunta los puntos 1, 2 y 3, los tres referidos al estudio y prevención del ictus o infarto cerebral. Se ha aportado un texto conjunto por los tres proponentes, el Grupo Catalán de Convergència i Unió, Grupo Parlamentario Popular y Grupo Socialista, que es el que sometemos a votación.

Efectuada la votación, dijo

La señora **PRESIDENTA**: Por unanimidad queda aprobado el texto que ha sido objeto de acuerdo entre las tres formaciones políticas.

El punto 4 es el relativo a la prevención del cáncer de cérvix. A la iniciativa del Grupo Parlamentario Socialista se ha presentado por el Grupo Parlamentario Popular una transacción que ha sido objeto de acuerdo y que procedo a leer. Enmienda transaccional: los puntos 1 y 3 de la proposición no de ley son exactos a los de la propuesta. Se llega a un acuerdo en relación con el punto 2 que queda de la siguiente manera: Impulsar desde el Consejo Interterritorial del Servicio Nacional de Salud, de acuerdo con las comunidades autónomas, las medidas necesarias para la prevención del cáncer de cérvix uterino, agilizando los trámites para incorporar las estrategias vacunales y la población a vacunar en función de los estudios realizados, al igual que promover campañas informativas a la población sobre los riesgos de esta patología y las medidas adecuadas para su prevención. Esto es lo que se somete a votación.

Efectuada la votación, dijo

La señora **PRESIDENTA**: Nuevamente por unanimidad queda aprobado el punto 4 en los términos en que ha sido leído.

El punto 5 es el relativo a la inclusión del modafinilo entre las especialidades farmacéuticas de aportación reducida. Lo que se somete a votación es la iniciativa del Grupo Parlamentario Popular con la adición del texto propuesto por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana de Catalunya.

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

La señora **PRESIDENTA**: Queda rechazada la iniciativa.

El punto 6 del orden del día es el relativo a la cofinanciación del Hospital San Pedro de La Rioja. En este caso la votación de los tres puntos de la propuesta se hará por separado. Se somete a votación el punto primero.

Efectuada la votación, dijo

La señora **PRESIDENTA**: Se ha producido un empate, circunstancia esta que obliga a la ponderación del voto.

El señor **SECRETARIO** (Arola Blanquet): Perdona, señora presidenta, hay que hacer una segunda votación.

La señora **PRESIDENTA**: Lamento tener que llevar la contraria al señor secretario, que me hacía la indicación de la exigencia de doble votación. Ayer se produjeron varios empates en la Comisión de Presupuestos y

se resolvió de la manera que mi grupo tiene pedido y aceptado por la Mesa de esta Cámara, y es que el artículo —que el letrado me facilitará en este momento— es suficientemente explícito en cuanto a que la exigencia de doble votación en caso de empate se produce en los debates en Pleno. El segundo apartado se refiere exclusivamente a las votaciones en comisiones y ya no hay referencia a una segunda votación. En Comisión la experiencia que tiene esta diputada y lo que se hizo ayer toda la tarde en la Comisión de Presupuestos no fue la repetición de la votación. El artículo 88.2 del Reglamento separa lo que ocurre en caso de empate en general y dice: En las votaciones en Comisión se entenderá... Ya no se vuelve a hablar de segunda votación. Creo que está es la interpretación correcta. En todo caso, quien se considere perjudicado podría solicitar de la Mesa una interpretación distinta. No sé si alguno de ustedes, señores diputados, estaba ayer por la tarde en la Comisión de Presupuestos. En los empates que se produjeron —yo recuerdo dos— hubo voto ponderado y no hubo segunda votación.

El señor **SECRETARIO** (Arola Blanquet): En la Comisión Constitucional —me remito a la última en la que estuve presente—,...

La señora **PRESIDENTA**: Esa es precisamente la votación que mi grupo impugnó. Mi compañero el diputado señor Esteban presentó escrito a la Mesa y tuvo la oportuna respuesta citando el artículo 88.2. En todo caso, señorías, siempre les quedarán los recursos oportunos de queja ante la Mesa.

La ponderación de voto, salvo error, sería 171 votos a favor y 162 en contra, con lo cual ha de entenderse aceptada la iniciativa. Por tanto, el punto primero de la proposición no de ley ha de entenderse aceptado en esta Comisión.

Se somete a votación el punto segundo.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 17; en contra, 18; abstenciones, dos.

La señora **PRESIDENTA**: Queda rechazado.

Se somete a votación el punto tercero de la iniciativa.

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

La señora **PRESIDENTA**: Queda rechazado.

El punto 7 es el relativo al reconocimiento de la espina bífida como enfermedad crónica. En este caso la iniciativa es del Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana de Catalunya y existe una transacción con la iniciativa

presentada por el Grupo Popular que leo a la Comisión. El texto que se propone quedará redactado de la siguiente forma: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a que en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se constituya un grupo de trabajo de acuerdo con los representantes del colectivo de afectados de espina bífida para: 1) Analizar la especial situación de estos pacientes y sus necesidades derivadas del carácter crónico de su patología. 2) Proponer las medidas necesarias para facilitar su accesibilidad a las distintas prestaciones y a un adecuado tratamiento y rehabilitación. 3) Proponer un programa específico de prevención de la espina bífida.

La señora **LÓPEZ I CHAMOSA**: Señora presidenta, que conste que hemos transaccionado entre el PP, el Grupo Socialista y Esquerra Republicana de Catalunya, no entre ellos dos.

La señora **PRESIDENTA**: Discúlpeme, señora López i Chamosa. El hecho de que el texto sobre el que se ha jugado sea del Grupo Popular me ha llevado a esa confusión. Perdone nuevamente.

Sometemos a votación lo que he leído, que es transacción entre el grupo proponente y los dos enmendantes.

Efectuada la votación, dijo

La señora **PRESIDENTA**: Queda aprobado por unanimidad.

El punto 8 del orden del día es el de financiación de la construcción de un nuevo hospital de referencia en Mallorca. Lo que sometemos a votación es el texto de la iniciativa, puesto que la enmienda presentada por el Grupo Popular no ha sido aceptada.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, tres; en contra, 33; abstenciones, una.

La señora **PRESIDENTA**: Queda rechazada esta iniciativa.

El punto 9 del orden del día es el relativo a la aprobación de un real decreto que regule la relación laboral especial de residencia. Aunque del tenor de las intervenciones parecía que no había aceptación de la enmienda socialista, finalmente se ha llegado a un acuerdo que está en poder de la Mesa y del que daré lectura: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a concluir en el plazo de cuatro meses la tramitación de un real decreto que regule la relación laboral de carácter especial de residencia para la formación de especialistas en ciencias de la salud, de conformidad con lo previsto por la disposición adicional primera de la Ley 44/2003 (la fecha está sin poner pero se completará puesto que los servicios técnicos de la Cámara están en condiciones de ello), con

el mayor consenso posible de las comunidades autónomas y las organizaciones sindicales, a través de los cauces legalmente establecidos. Esto es lo que se somete a votación.

Efectuada la votación, dijo

La señora **PRESIDENTA**: Queda aprobado por unanimidad.

El punto 10 del orden del día es el relativo a la garantía efectiva de los derechos de información y documentación clínica en la actividad sanitaria privada. Nuevamente nos encontramos ante un caso de flexibilidad por parte de sus señorías porque tenemos transacción acordada entre el grupo proponente y el grupo enmendante y que les leo: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a promover un consenso en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud para acordar cuantas medidas sean necesarias para garantizar en todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios de carácter privado, al igual que en los públicos, los derechos de los pacientes establecidos en la Ley General de Sanidad, 14/1986, en la Ley 41/ 2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y en la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, especialmente en lo relativo al consentimiento informado, la información clínica, el informe de alta y la custodia de la documentación clínica, incluido cuando el cese de actividad. (Si se nos permite habría posibilidad de una mejor redacción que sería, incluido el cese de actividad o incluido cuando se produzca el cese

de actividad. El sentido queda claro. Se procederá a la redacción más correcta en castellano.) Asimismo se insta al Gobierno a impulsar en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud un acuerdo de las comunidades autónomas para que en los procesos de acreditación de centros concertados se tengan adecuadamente en cuenta las garantías a la protección de los derechos referidos en el apartado anterior. Este es el texto objeto de transacción que se somete a votación.

Efectuada la votación, dijo

La señora **PRESIDENTA**: Nuevamente por unanimidad queda aprobado este punto del orden del día.

Señorías, quisiera recordarles algunas cuestiones que tenemos pendientes en esta Comisión. El día 16, la semana que viene por tanto, a las nueve y media está fijado un desayuno de Mesa y portavoces con parlamentarios responsables de sanidad del Consejo Nacional de Eslovaquia. Lo recuerdo a sus señorías al objeto de que se encuentren presentes en la planta 4ª del edificio. El día 21, señorías —y esto sí les incumbe a todos, no sola a Mesa y portavoces—, está prevista la comparecencia de la señora ministra de Sanidad a las cuatro de la tarde. El día 22 de noviembre a las 11 de la mañana, según acuerdo de Mesa y portavoces, está prevista la primera reunión —se prevé que sean varias— de la ponencia de la Ley de reproducción humana asistida.

Concluido el orden del día, 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**