



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2006

VIII Legislatura

Núm. 587

SANIDAD Y CONSUMO

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

Sesión núm. 29

celebrada el miércoles, 17 de mayo de 2006

Página

ORDEN DEL DÍA:

Proposiciones no de ley:

- | | |
|--|---|
| — Sobre política de salud mental. Presentada por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana (ERC). (Número de expediente 161/000962.) | 2 |
| — Sobre la situación de la salud mental en el Servicio Nacional de Salud. Presentada por el Grupo Parlamentario de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds. (Número de expediente 161/000999.) | 2 |
| — Relativa a la realización de un estudio en el que se reflejen los datos de la ludopatía en España. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista del Congreso. (Número de expediente 161/000628.) | 8 |

| | Página |
|--|--------|
| — Relativa a la hemofilia y otras patologías de transmisión genética ligadas al sexo. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista del Congreso. (Número de expediente 161/000659.) .. | 11 |
| — Relativa a la atención primaria en el Sistema Nacional de Salud. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/001253.) | 14 |
| — Relativa a la adopción de nuevas medidas frente al sida. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/001386.) | 16 |
| — Relativa a la inclusión en atención podológica preventiva a las personas con diabetes mellitus dentro del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/001396.) | 19 |
| — Para la inclusión de la vacuna conjugada heptavalente en el calendario de vacunas. Presentada por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana (ERC). (Número de expediente 161/001497.) | 20 |
| — Relativa al reconocimiento infantil de la especialidad de psiquiatría infanto juvenil. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/001578.) | 24 |

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

PROPOSICIONES NO DE LEY:

— **SOBRE POLÍTICA DE SALUD MENTAL. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO DE ESQUERRA REPUBLICANA (ERC).** (Número de expediente 161/000962.)

— **SOBRE LA SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN EL SERVICIO NACIONAL DE SALUD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO DE IZQUIERDA UNIDA-INICIATIVA PER CATALUNYA VERDS.** (Número de expediente 161/000999.)

La señora **PRESIDENTA:** Damos comienzo a la sesión 29 de esta Comisión en esta legislatura. Con carácter previo quiero hacer tres indicaciones. La primera de ellas es que tienen SS.SS., todos los miembros de la Comisión, a su disposición un diploma, porque recordarán que como consecuencia de la aprobación de la llamada Ley del Tabaco la ministra de Sanidad tuvo a bien conceder a esta Comisión una condecoración con el correspondiente diploma. Aunque era a la Comisión y fue recogida en el acto correspondiente por esta presidenta, me pareció oportuno solicitar de los servicios de la Cámara una reproducción del diploma para que todos los miembros de la Comisión lo tuvieran, puesto que a ellos iba dirigida la mención especial que quería hacer el ministerio por la aprobación de esa norma; aunque con retraso, me han sido definitivamente entregados.

Tienen ustedes a su disposición un diploma que ha quedado exacto que el original; así tendrán oportunidad de guardarlo entre los recuerdos de su paso por esta institución de las Cortes Generales, del Congreso de los Diputados y en concreto de la Comisión de Sanidad. En segundo lugar, cuando finalice la Comisión, que esperamos que será —anuncio ya la posible hora de las votaciones— a la una del mediodía, habrá reunión de Mesa y portavoces, lo que pongo en conocimiento de los señores portavoces para que se queden para celebrar este acto. En tercer lugar, y ya directamente relacionado con el orden día, comunico a ustedes que por haber sido así pedido se va a producir, como es habitual también cuando se tramitan proposiciones no de ley, una alteración en el orden del día, dadas las ocupaciones de las señoras portavoces que iban a tener que intervenir en determinados puntos por tener que dedicarse a otras cuestiones. En concreto comenzaremos por la tramitación de las proposiciones que están numeradas como 3 y 4, sobre política de salud mental y sobre la situación de la salud mental en el Servicio Nacional de Salud, la primera de ellas del Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana, la segunda del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds, que serán objeto de tramitación y votación conjunta.

En primer lugar, y para defender la proposición sobre política de Salud Mental, tiene la palabra en nombre del Grupo de Esquerra Republicana de Catalunya, la señora Bonàs.

La señora **BONÀS PAHISA:** Señorías, permítanme que les lea el artículo 20 de la Ley 14/1986: Las administraciones sanitarias competentes adecuarán su actua-

ción a los siguiente principios: 1) La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio que deduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización. Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría. 2) La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales. 3) Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales. 4) Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general. Esta ley es del año 1986; les recordamos que estamos en el año 2006, desde entonces está congelado su desarrollo.

Como ha podido leer ya en la exposición de motivos, los pasados días 12 y 15 de enero de 2005 tuvo lugar la Conferencia ministerial de la Organización Mundial de la Salud para la Salud Mental, en la que los ministros de Sanidad de los Estados miembros en la región europea de la OMS, entre ellos el Estado español, realizaron la llamada Declaración europea para la salud mental. En febrero del 2005 el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se dio por enterado. Señorías, desde entonces las cosas continúan como en el año 1986. Esta proposición no de ley, como ustedes pueden comprobar, entró en Registro hace un año; en aquel momento se me informó por las autoridades competentes, concretamente en Cataluña, que se estaba elaborando un plan. En diciembre aproximadamente estuve, junto con otra diputada aquí presente, Carmen García, en una reunión con madres de enfermos mentales, quienes nos expusieron cómo es su vida, las de las familias y la de los enfermos, en qué condiciones las familias tienen que hacerse cargo de estos enfermos sin el soporte de la sociedad, de los pocos profesionales que existen, de lo abultado del trabajo, de lo impotentes que se encuentran los profesionales ante la poca capacidad y los pocos recursos de la sociedad. Lo más impactante fue que aquellos pocos enfermos que han recibido la atención adecuada, o sea poder estar una hora en un centro en un centro abierto de atención, recibir el cuidado profesional adecuado, han manifestado una mejora considerable, pueden restablecer sus relaciones familiares y gozar de estabilidad, él y sus familias. Es impactante, es grave, porque demuestra que con muy poco se consigue mucho.

En esta Cámara existe una propuesta de modificación de la Ley de Tratamientos Involuntarios, presentada a instancias de aquellos familiares que se ven impotentes para cuidar de sus parientes enfermos que se niegan a seguir medicación. Esta ley fue tomada en consideración

por todos los grupos; más tarde nos dimos cuenta de que la solución era precisamente la atención, los centros abiertos, la atención continuada, no una ley. ¿Saben ustedes que según un estudio de la OMS cuatro de cada cinco enfermos no están recibiendo tratamiento adecuado? ¿Sabe que la OMS sitúa al Estado español a la cabeza de los Estados europeos con un mayor número de personas con enfermedad mental sin conciencia de la enfermedad? En Cataluña, que es la realidad que conozco, calificaría la situación de desesperada. No hay suficientes centros de día, no hay profesionales, no hay suficientes pisos tutelados, y la situación no creo que varíe mucho en otras comunidades e incluso en la Unión Europea. Por tanto, señorías, evidentemente es una competencia autonómica desarrollar un plan de salud mental, pero el hecho de que la situación sea parecida en todo el Estado y muy parecida en toda Europa nos hace pensar que estamos ante un caso de voluntad política, un caso de financiación. Aunque los planes deben existir en los cajones de los ministerios, lo que ha faltado es voluntad política para desarrollarlos.

Puede ser mucho más rentable electoralmente introducir en la cartera de servicios la prótesis dental para los niños, que seguramente produce muchos más votos. Estamos hablando de un colectivo que no hace manifestaciones, que sufre en casa callado, que está escondido; por tanto el ministerio, el Gobierno —estamos hablando de todos los gobiernos porque hablamos del año 1986—, ha ido dejando este tema en silencio, callado. Ha llegado el momento en el que ya basta de hablar; no quiero con esta proposición no de ley —sabemos que muchas veces son brindis al sol— dar falsas esperanzas a las familias de que algo va a mejorar. Me gustaría que sí hubiera una reacción de este Gobierno, y no solo del Gobierno, sino de las personas que estamos en la Cámara, de llevar adelante este tema, de poner plazos, de proponer ya soluciones, de ir avanzando paso a paso. No se trata de hacer grandes declaraciones ni grandes planes, sino de proyectos concretos de año en año y de recursos financieros en los Presupuestos Generales del Estado. Por tanto, cualquier proposición no de ley que aprobemos hoy no tiene sentido si no damos un mandato a la Cámara de que en los Presupuestos Generales tiene que haber una partida concreta para la salud mental. Por esto pido que la Comisión apruebe desarrollar este artículo 20 de esta ley del año 1986, marcar plazos a la aplicación del citado artículo y que exista un compromiso de la Cámara para pedir al Gobierno una partida específica en los próximos presupuestos generales.

La señora **PRESIDENTA**: Existen, como ustedes conocen, dos enmiendas presentadas a esta iniciativa, pero como vamos a proceder a la tramitación conjunta de ambas considero que por el bien del debate lo correcto sería tramitar a continuación la iniciativa del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds, de tal forma que luego las intervenciones

del Grupo Popular y del Grupo Socialista, que son los enmendantes, se refieran a ambas iniciativas.

Para defender lo que figura como punto 4 de orden del día, la proposición no de ley sobre la situación de la salud mental en el Servicio Nacional de Salud, tiene la palabra la portavoz del Grupo de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds, señora García.

La señora **GARCÍA SUÁREZ**: La iniciativa que presentamos, al igual que la expuesta por la anterior diputada, Rosa María Bonàs, pretende poner una vez más el acento en la falta de cobertura y en ratios de la atención sociosanitaria que tienen los colectivos que padecen problemas de salud mental, así como también poner de relieve la enorme necesidad de apoyo que tienen las familias.

Como ya se ha comentado, antes de que fuera presentada esta iniciativa tuvimos la oportunidad —en mi caso había asistido alguna otra vez—, de volver a asistir a un encuentro de familiares de personas con problemas de salud mental en la ciudad de Sabadell, de una asociación muy importante que trabaja desde hace muchísimos años precisamente para dar apoyo a las familias y para suplir en definitiva muchos de los recursos que seguramente ya tenían que estar en marcha en nuestra sociedad. Allí adquirimos el compromiso una vez más de llevar adelante iniciativas que como mínimo en primer lugar sensibilizaran —aunque sin duda todos los presentes en esta sala ya están sensibilizados— o pusieran encima de la mesa de nuevo aquellos problemas que quedan por resolver; como decía, en aquel encuentro tuvimos la oportunidad de volver a escuchar de manera clara, contundente y terrible la situación en la que todavía se encuentran los enfermos de salud mental y sus familias. Por tanto, el objetivo fundamental de esta iniciativa es plantear que el Ministerio de Sanidad priorice entre sus responsabilidades diseñar estrategias de salud mental que permitan cubrir tanto la promoción y prevención como el tratamiento y rehabilitación, asistencia y recuperación. Esto último que acabo de mencionar, señorías, ha sido muy en síntesis lo que se ha acordado de hecho en el seno de la Conferencia ministerial Europea de la OMS, celebrada en Helsinki el pasado mes de enero. Bajo el lema Enfrentando desafíos, construyendo soluciones, los ministros de Sanidad de los 52 Estados participantes suscribieron una Declaración europea de salud mental, que por su extensión no pasaré a leer ni a comentar, porque estoy convencida de que todas SS.SS. la conocen y la tienen presente en estos momentos. Por otro lado, el hecho de que se haya tenido que celebrar esta conferencia bajo este lema no hace más que demostrar lo que también ya se ha comentado, que tenemos un gran problema no solamente en nuestro país, sino en toda la comunidad europea, que es el mismo. La salud mental ha sido y está siendo la gran olvidada, y no hay suficiente voluntad política todavía y sobre todo —lo que es más grave— no hay suficiente conciencia del drama que supone, de las consecuencias que tiene en la sociedad

para muchos otros ámbitos, no solamente para la salud, sino para el aspecto laboral. Es una de las causas de baja por enfermedad más importante y —los estudios lo demuestran—, con más duración, y en definitiva afecta a la salud en general de la población.

Los antecedentes, señorías, en lo que se refiere a la salud mental, como también todos ustedes conocen, se remonta a la ley que ya se ha comentado, la Ley 14/1986, en su artículo 20, que ha sido leído, por tanto no lo voy a comentar. Solamente he de decir, eso sí, que fue, como se demuestra, una ley avanzada en su tiempo y que hoy permanecen todavía actuales los planteamientos de este artículo 20 en relación con la salud mental. Estos planteamientos de atención sociosanitaria de hecho están todavía vigentes, por tanto en aquel momento se aprobó una ley cuya voluntad era muy positiva y además muy adelantada a su momento. El problema, como también todos conocemos, es que esta Ley de Sanidad no ha sido desarrollada o lo ha sido de una manera muy precaria en este aspecto de salud mental (artículo 20), sin recursos y sin que en definitiva se haya podido desarrollar lo principal que se pretendía, que era equiparar al enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales. La primera reacción, cuando en ocasiones hemos debatido estos temas, ha sido argumentar que la sanidad está traspasada a las comunidades autónomas. La historia de los traspasos y la financiación de la sanidad es suficientemente conocida para que no tenga que extenderme. El Ministerio de Sanidad no puede mirar hacia otro lado sabiendo que los servicios de salud mental y los recursos destinados a la prevención y la atención son, como media, los más bajos de los países de la comunidad europea.

Podría dar muchos datos, pero voy a basarme muy, muy sintéticamente en dos informes: primero, uno muy reciente, precisamente de mayo de este año, o sea recién-tísimo, el Simposio sobre trastornos mentales graves en la infancia, que celebró la Asociación Nacional de Neuropsiquiatría en Bilbao, que ha reunido a más de setecientos médicos especializado en salud mental. Algunas de las conclusiones fueron que del 10 al 15 por ciento de los niños padecen algún problema preocupante de salud mental que podría detectarse antes de que el afectado cumpla dos años, mientras que en la realidad esto está totalmente alejado. Otra conclusión tremenda fue que entre la población carcelaria el 45 por ciento presenta trastornos de personalidad y aproximadamente el 4 por ciento de esquizofrenia, lo que supone un volumen muy elevado de personas que no reciben atención, lo que repercute de manera preocupante en su estado de salud, en sus relaciones y sobre todo en su posibilidad de reincorporación en la sociedad, atentando por tanto a sus derechos humanos. El siguiente informe que comentaré también muy brevemente —lo pongo a disposición de quien lo quiera estudiar— es el Plan director de salud mental y adicciones presentado por el departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña, de 21 de marzo de este año. El plan director recoge la situación actual, las

necesidades detectadas, los recursos existentes y las previsiones a corto, medio y largo plazo. Recoge también alguna comparativa con otras comunidades autónomas. Podemos observar unas ratios de atención en todos los servicios comunitarios hospitalarios que en los casos más optimistas, los minoritarios, rondan 3,42 plazas por 100.000 habitantes, y en el resto de casos, los mayoritarios, es solamente el 1 por ciento del promedio. Señorías, esto, siendo grave en Cataluña, si lo comparamos con Andalucía o Madrid, por ejemplo en recursos comunitarios, también incluso con Navarra —en este caso en Navarra son mejores en recursos comunitarios, pero no en residenciales—, o con otras comunidades, es peor. Por tanto no vengo aquí solamente a plantear los pocos, insuficientes o precarios recursos de Cataluña, sino que incluso pongo como evidencia que, siendo muy precarios en Cataluña, todavía lo son más en otras comunidades autónomas. Cataluña ha estado invirtiendo en estos últimos años, y lo va a continuar haciendo porque esta es la previsión de este plan director, pero todo esto por supuesto es a cargo exclusivo de la financiación de la comunidad autónoma, por tanto despriorizando otras necesidades que quedan por cubrir.

No me voy a alargar más, estoy convencida de que SS.SS. son perfectamente conocedoras de la situación en la que se encuentra la salud mental en nuestro país, de la necesidad de abordar este problema de manera absolutamente seria y en profundidad; por tanto presentamos esta iniciativa, esta proposición para que —sin duda llegando a acuerdos y aprobando alguna transaccional— se traslade al Gobierno la preocupación de todos los grupos y además —en esto coincido totalmente— esto se vea reflejado en los planes del ministerio y en definitiva en los presupuestos para el año 2007.

La señora **PRESIDENTA:** Para la defensa de las enmiendas que a las dos proposiciones no de ley presentadas tiene formuladas el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el diputado señor Martín Soledad.

El señor **MARTÍN SOLEDAD:** Permítanme en primer lugar agradecer la sensibilidad que demuestra esta Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados a la hora de abordar un problema vigente en España desde hace muchos, muchos, demasiados años. Agradezco profundamente, como profesional y como buen conocedor de la problemática que los temas de salud mental plantean, no solamente a los afectados, sino a las familias su esfuerzo porque sé el gran sufrimiento que una red insuficiente de recursos asistenciales puede ocasionar sobre el contexto más íntimo de aquellos pacientes que padecen problemas o trastornos mentales. Por ello me gustaría iniciar esta intervención vaticinando que vamos a tener la posibilidad probablemente de ponernos de acuerdo en algún texto que venga si no a solucionarlo totalmente, como se ha dicho, ya que es un problema de dimensiones importantes y posiblemente de dimensiones paneuropeas, en cuya resolu-

ción vamos a ser una mínima parte, a aportar algún texto consensuado transaccional que permita entreabrir una puerta a la esperanza de un colectivo de pacientes que desde la aprobación de la Ley General de Sanidad han sido los grandes olvidados, como se ha dicho, del Sistema Nacional de Salud.

Como les decía, señorías, intervengo para la defensa de estas enmiendas presentadas por mi grupo a ambas proposiciones no de ley. Si se han fijado el hilo argumental de las enmiendas presentadas a los cuatro temas relacionados con salud mental que vamos a sustanciar en esta Comisión de Sanidad es común porque pretenden que haya un paso a la acción, que no nos quedemos en formular planificaciones, en demorar la posible adopción de aquellas soluciones necesarias. Coincido con los portavoces de Izquierda Unida y de Esquerra Republicana en que es hora ya de plasmar sobre los Presupuestos Generales del Estado algún tipo de financiación adicional para que las comunidades autónomas puedan desarrollar esas políticas de salud mental que vengán a paliar el gran problema que se está presentando. Como les decía, ambas proposiciones son complementarias y abordan la misma problemática. Todos somos conscientes de que la salud mental es la gran asignatura pendiente de nuestro Sistema Nacional de Salud. A lo mejor ideológicamente podremos plantear actuaciones más o menos eficaces, pero lo que es obvio es que la ideología no debe impedirnos hacer una acción específica dentro. Para complementar un poco el relato de la situación de dificultades con las que se encuentran los temas de salud mental en nuestro país, permítanme que les ofrezca unos datos. En primer lugar, las prestaciones, como se ha dicho, no son homogéneas en todo el territorio estatal; no solo no son homogéneas, sino que incluso dentro del mismo territorio es muy diferente la prestación que reciben ciudadanos de áreas rurales y ciudadanos de áreas urbanas. Los equipos de salud mental actuales, las unidades de salud mental ambulatorias se hallan desbordadas por la demanda de la población, con unas demoras a la hora de recibir la primera visita que puede estimarse en torno a una media de dos meses; esto provoca que nuestro Sistema Nacional de Salud, en cuanto a asistencia a las patologías mentales más graves, haya inventado hasta términos eufemísticos para definir determinados problemas. En términos hospitalarios en salud mental hablamos siempre de la puerta giratoria. La puerta giratoria es que cuando un paciente ingresa por una crisis aguda se le da el tratamiento hospitalario adecuado y sale de alta en buenas condiciones, pero con la sugerencia de que sea controlado por los servicios de salud mental ambulatorios; dado que estos llevan demora, el paciente no recibe la necesaria atención psiquiátrica ambulatoria, con lo cual se producen los reingresos. La tasa de reingresos en el Estado español por motivos psiquiátricos es la más alta de toda la Unión Europea.

Por otro lado, la salud mental infanto-juvenil (luego sustanciaremos otra proposición no de ley para equipa-

rarnos al resto de países de la Unión Europea, donde somos la excepción, donde somos el único país, antes de la ampliación a los veinticinco, que no dispone de especialistas formados y reconocidos como psiquiatría infanto-juvenil), que debería abordar problemas de desarrollo y prevenir de forma temprana las patologías psiquiátricas del adulto, tiene un desarrollo mínimo en gran parte del territorio, agravado además por la inexistencia de esta especialidad de psiquiatría infanto-juvenil, como existe en muchos países. Gran parte de los tratamientos psicoterapéuticos de modificación de conducta o de apoyo a determinados colectivos son cubiertos actualmente por el movimiento asociativo, sin tener una garantía de continuidad, pues dependen de las subvenciones puntuales que reciben de las administraciones. Se ha producido la reconversión de los centros psiquiátricos antiguos en recursos comunitarios. Hemos conseguido acabar en prácticamente la totalidad del territorio con aquella imagen nosocomial de la asistencia a los pacientes psiquiátricos más graves. De todas formas, a lo mejor todavía valdría la pena hacer un ejercicio de aprovechar todo aquello de que disponemos y dar un paso más en la reconversión en centros más comunitarios de esos recursos obsoletos, con el ánimo únicamente de racionalizar los recursos asignados a unas necesidades tan importantes como las planteadas.

En el tratamiento de los hábitos tóxicos, de las toxicomanías —tenemos el triste honor de ser unos de los países de la comunidad europea en el que mayor consumo de sustancias hay—, también tenemos déficits importantes. Incluso políticamente hemos trasladado algunos mensajes un poco confusos de que determinadas sustancias asociadas al ocio no tenían demasiado problema, y querría que desde esta Comisión de Sanidad, igual que ha hecho la ministra, se transmita el mensaje de los efectos a largo plazo de ciertas sustancias, cuyos efectos hoy la juventud española considera que solo pueden existir a largo plazo, como el caso de cannabis. Como les decía, existe un número insuficiente de camas hospitalarias dedicadas a la atención, a la deshabituación en una primera fase de las toxicomanías más importantes, y los recursos ambulatorios que existen no están integrados como recursos comunitarios a largo plazo. Otro problema es la salud mental penitenciaria, que hace que a día de hoy muchos pacientes con sentencias judiciales firmes por actos delictivos deban cumplir esas mismas sentencias en centros inadecuados, ante la falta de plazas especializadas en otros centros.

En resumen, señorías, hoy no podemos despreocuparnos de estos y de otros problemas que se están planteando con la salud mental, y más aún disponiendo de un Sistema Nacional de Salud descentralizado. El Ministerio de Sanidad debe ejercer su papel de coordinador y garante de la equidad y no despreocuparse del problema. Perdonen que les recuerde —no las he traído— que las respuestas escritas que he obtenido del ministerio con relación a ratios, a número de camas, a número de psiquiatras, a número de psiquiatras infantiles, a número

de ATS especializados en psiquiatría, demuestran un desconocimiento total del ministerio de cuál es la realidad asistencial actual sobre salud mental en las comunidades autónomas. Es importante que el ministerio ejerza, tal como tiene el mandato, de coordinador y garante de esa equidad que hoy nosotros estamos propugnando. Por lo tanto, señorías, sin un texto conjunto de todos los grupos, tengo la esperanza de llegar a algún tipo de transaccional que dé una respuesta a la problemática que se está planteando de hecho en estos momentos. Confío en que al final de la Comisión todos los grupos podamos ofrecer este texto, que es necesario y demandado por los ciudadanos.

La señora **PRESIDENTA**: Por parte del Grupo Parlamentario Socialista, intervendrá la señora Grande.

La señora **GRANDE PESQUERO**: Desde su primera intervención en esta Cámara, la ministra de Sanidad ya expresó que entre las prioridades de su departamento estaba la de promover la salud mental, adoptando una iniciativa estratégica, en colaboración con las comunidades autónomas, que condujera a impulsar la actividades de prevención, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación y reinserción social. Como saben SS.SS., la Ley General de Sanidad, en su artículo 70, establece que el Estado y las comunidades autónomas aprobarán planes de salud en el ámbito de sus respectivas competencias, y como sabrán también, la ley asimismo contempla que la coordinación general sanitaria incluirá la determinación de fines y objetivos de mínimos comunes en materia de promoción, prevención, protección y asistencia sanitaria, y que el Estado y las comunidades autónomas podrán establecer estrategias conjuntas que se formularán en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Desde este marco legislativo y su posterior desarrollo en la Ley de Cohesión y Calidad, es desde donde el Ministerio de Sanidad y Consumo —como decían los portavoces que me han precedido en la palabra, todos coincidían en trasladar al Gobierno su preocupación y el paso a la acción—, que está preocupado por este tema que afecta a una gran parte de la sociedad española, ha planteado la elaboración y el desarrollo de estrategias de salud, entre otras cosas, para mejorar la respuesta sanitaria frente a determinados problemas de la salud, sobre todo patologías de gran prevalencia o de especial incidencia sobre la población, y desde luego la patología de salud mental es una de ellas. Diferentes estudios epidemiológicos estiman que el 15 por ciento de la población española podría padecer algún tipo de trastorno mental a lo largo de su vida, hablamos de trastornos leves y transitorios. Un 9,2 por ciento de la población presenta algún trastorno o enfermedad mental, y el 1 por ciento de la población está afectada de enfermedades graves y crónicas; esto supone que alrededor de 430.000 personas están afectadas de estas enfermedades mentales graves y crónicas, de las cuales, de estas 430.000, la mitad sufren un trastorno

grave asociado a un grado de minusvalías tal, que supone una dependencia permanente para el enfermo, es decir, son personas absolutamente dependientes. No hace falta que aquí incluya la Ley de Dependencia. Por ello y por su repercusión sanitaria, social, familiar y personal, se hacía necesario realizar una revisión en profundidad relativa a cómo se está abordando el trastorno mental en el Sistema de Salud español, que es lo que todos estamos pidiendo y en lo que todos, creo, estamos de acuerdo. Por todo ello, y desde el primer consejo interterritorial de esta legislatura, en junio del 2004, se tomó el acuerdo de poner en marcha cuatro estrategias de salud. Una de ellas es la de salud mental, sobre la que se está trabajando desde entonces con la ambición de conseguir varios objetivos absolutamente ambiciosos, y se los voy a relatar: Incorporar la promoción de la salud mental especialmente en etapas críticas de la vida, hemos hablado de la etapa infanto-juvenil. Erradicar el estigma y la discriminación sobre esto que tanto preocupa a los enfermos. Me gustaría recordarles el lema de la campaña de sensibilización que el ministerio lanzó el pasado mes de junio, «Todos somos parte del tratamiento de una enfermedad mental», una acción llevada a cabo por el ministerio en cuanto a la salud mental. Otro objetivo ambicioso sería reducir las causas prevenibles de la enfermedad mental y el suicidio. Mejorar la atención de estas patologías en el nivel asistencial de atención primaria, gran asignatura pendiente. Conseguir una atención comunitaria efectiva. Mejorar la formación de los profesionales. Instaurar un sistema de información común y aceptado por todos que sea capaz de medir el grado de cumplimiento de las medidas propuestas. Y la generación de conocimiento en esta materia. Quiero recordarles los 823 millones de euros que el ministerio incluyó en los presupuestos de 2006 destinados a diferentes políticas sanitarias, entre las que se encuentran las estrategias de salud y los planes de prevención. Desde luego, el Gobierno asume el hecho de que no hay salud sin salud mental, y por ello la estrategia de salud mental de nuestro país se basa en la declaración y plan de acción de Helsinki, aquí mencionado, en cuya redacción final participó España activamente, aportando el trabajo de los borradores aprobados previamente en el consejo interterritorial y que suscribió la ministra el pasado mes de enero del año 2005 junto a representantes de otros 51 países. Dicho plan supone un marco internacional y de consenso inmejorable para el impulso en la atención a la salud mental y que se fundamenta en tres principios: Primero, respeto a los derechos humanos. Segundo, enfoque de salud pública, atención multidisciplinar y comunitaria en asociación con la sociedad civil. Y, tercero, evaluación de los resultados. En la preparación de la estrategia se cuenta con el soporte de dos comités. Un comité técnico de redacción de la propuesta de la estrategia, integrado por expertos de reconocido prestigio, representantes de sociedades científicas y de asociaciones de pacientes, como por ejemplo la Sociedad Española de Psiquiatría, la Asociación Española de

Neuropsiquiatría y la Feafes, que en su calidad de Confederación Española de Asociaciones de Familiares y Enfermos Mentales, su participación tiene un destacado significado y un valor añadido por la canalización de su experiencia; desde luego nadie mejor que ellos sabe cuánta falta hacía poner en marcha esta estrategia de salud mental. El segundo comité sobre el que se soporta la elaboración de la estrategia de salud mental, es el Comité Institucional, integrado por los representantes designados por las comunidades autónomas en materia de salud mental. Ambos comités, trabajando de forma coordinada, están elaborando un proyecto de estrategia consensuado sobre la base de la evidencia disponible, las necesidades de la población y el grado de desarrollo, modelos y planes existentes y de futuro en cada comunidad autónoma. Desde luego, no es solamente un brindis al sol, no están elaborando papeles, no son planes de futuro, sino que ya se han dado pasos importantes y hay fechas ya comprometidas. Por ejemplo, en la elaboración de la mencionada estrategia ya se ha designado a un responsable científico, el doctor Manuel Gómez Beneyto. Ya tenemos el acuerdo con la Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica para la realización de un estudio de la situación actual de la salud mental en España que, como decían los portavoces, desde luego es bastante desigual y escasa en cualquier comunidad de la que hablemos. Por cierto, este estudio de la situación real de la salud mental en España ya se ha recibido y está incorporado al documento principal de la estrategia. Ya se ha formado el comité de redacción con los representantes de las sociedades científicas y las asociaciones de pacientes que antes he mencionado, que ya han iniciado sus trabajos. Se ha formado ya el comité de las comunidades autónomas, que es el encargado del estudio de la propuesta técnica elaborada por el comité de redacción, y está redactando ya el documento. Y ya habido reuniones de coordinación con los expertos designados por la OMS para la elaboración consensuada del diseño de los indicadores y objetivos siguiendo los designios o las indicaciones que antes hemos mencionado del Plan de Helsinki.

En definitiva, señorías, desde el primer día el ministerio, ciñéndose escrupulosamente a sus competencias, está aportando al Sistema Nacional de Salud una estrategia nacional en salud mental que, como hemos explicado, está en pleno proceso de desarrollo; estrategia que esperamos sea capaz de ofrecer a las comunidades autónomas un referente para realizar una abordaje común y que permita orientar las actuaciones que se consideren oportunas en función de sus necesidades y peculiaridades, pero sin interferir en cuestiones como el destino de los fondos o la reconversión de centros, lo que según la legislación actual, que consideramos suficiente, son competencias de las propias comunidades autónomas.

Señora presidenta, todos los grupos tienen el texto de una enmienda de sustitución que ha presentado el Grupo Socialista y a la que invitamos a sumarse a SS.SS., ya que creemos que recoge el sentir de todas en cuanto a

acometer actuaciones para mejorar en toda sus vertientes esa gran asignatura pendiente de nuestro Sistema Nacional de Salud que es la salud mental en nuestro país.

La señora **PRESIDENTA**: En este momento, o si desean posponerlo para un momento posterior, me gustaría conocer por parte de los portavoces de los grupos autores de las iniciativas si aceptan algunas de las enmiendas presentadas o si van a llegar a algún texto transaccional. Pueden manifestarlo en este momento o dejarlo para el momento posterior de someter a votación las iniciativas. En primer lugar, la señora Bonàs.

La señora **BONÀS PAHISA**: Prefiero después. Antes de la votación lo comunicaremos.

La señora **PRESIDENTA**: Correcto.
Señora García.

La señora **GARCÍA SUÁREZ**: Esperaremos al final también.

La señora **PRESIDENTA**: Les rogaría que vayan tomando sus medidas para que, si se va a presentar un texto transaccional, pueda ser objeto de lectura antes de proceder a la votación, como es lógico.

— **RELATIVA A LA REALIZACIÓN DE UN ESTUDIO EN EL QUE SE REFLEJEN LOS DATOS DE LA LUDOPATÍA EN ESPAÑA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA DEL CONGRESO. (Número de expediente 161/000628.)**

La señora **PRESIDENTA**: El siguiente punto que se va a debatir es la proposición no de ley relativa a la realización de un estudio en el que se reflejen los datos de la ludopatía en España. Es una iniciativa del Grupo Socialista y para exponerla tiene la palabra la diputada señora Cortajarena.

La señora **CORTAJARENA ITURRIOZ**: Intervengo del Grupo Parlamentario Socialista para defender la proposición no ley que consta en el propio «Diario de Sesiones» y en la Comisión. La verdad es que no es la primera vez que mi grupo parlamentario presenta esta iniciativa, yo misma, en la VII Legislatura, en el año 2001 la defendí en esa comisión y no fue aprobada. Creo que estamos hablando de un elemento importante, pero por su gran cercanía es bastante desconocida la ludopatía. Según dicen los historiadores y reflejan algunas pinturas, hace más de dos mil años que la ludopatía, es decir, los juegos, se efectuaban en antiguas civilizaciones. Los egipcios, los romanos y los griegos consideraban que era un elemento diferenciador del estatus social y, por tanto, estaba muy considerada como

diversión y como ocio entre las personas más pudientes y de clases más altas. A lo largo de la historia hemos conocido adicciones al juego famosas, como la de los emperadores Augusto y Claudio, y sobre todo quien más me ha llamado la atención han sido algunos literatos españoles y rusos, sobre todo Dostoievski, que plasmó en su obra clásica *El jugador* todos aquellos aspectos más importantes en relación a la ludopatía. Desde siempre han existido personajes populares y también muchos personajes anónimos que, arrastrados por esta problemática, siempre han tenido grandes problemas, porque la adicción al juego tiene un gran poder destructivo. Psicológicamente, el juego de azar es un reto a la suerte, mediante el cual una persona proyecta sus esperanzas de cambiar mágicamente el futuro a su favor, simplemente experimenta el placer del triunfo contra el riesgo de la pérdida o del fracaso, y a pesar del sufrimiento que esto conlleva, la incertidumbre lo hace traducir en un deseo de una huida de la mediocridad y de la monotonía de la vida cotidiana.

Actualmente, existen dos clasificaciones, la del juego y la de los propios jugadores. Se han distinguido varios tipos de juegos, como los juegos de competición, de azar, de riesgo y los juegos de reglas, según el tratado de González Seara del año 1989. Entre los juegos de azar se establecen, sin embargo, cuatro clases de juegos; por su licitud, en lícitos e ilícitos; por su administración, en públicos y privados; por su contenido, en máquinas tragaperras, bingos, casinos, cartas, loterías y apuestas deportivas; y por su poder adictivo, en muy adictivos, por el escaso tiempo en la respuesta, y poco adictivos, por su carácter diferenciado entre el resultado y la apuesta. Hoy en día, la mayoría de las investigaciones en España se centran en las máquinas tragaperras y en los bingos. Desde el punto de vista del jugador se pueden considerar cinco tipos de jugador: el no jugador, el jugador social, el jugador con algún tipo de problema, el patológico y el jugador profesional. En los profesionales, según esta clasificación, consideran necesarios tratamientos preventivos, pero sin embargo en los sociales y excesivos son necesarios, por las patologías que presentan, tratamientos mucho más profundos y más profesionales.

El aspecto preventivo yo creo que está tomando una gran importancia por el papel relevante que ejerce sobre los jugadores excesivos, que si bien no tienen problemas graves, es un primer paso hacia la enfermedad por las reiteradas pérdidas del control, que conducen a que las pérdidas empiecen a ser desmedidas, por lo que las ganancias actúan como un acicate para recuperar todo lo perdido, con lo cual siempre empiezan a entrar en un pozo del cual la salida es muy difícil. La transición de un estadio a otro es imperceptible, como en todas las adicciones, pudiendo llegar un momento en que el juego no es una diversión, sino más bien un problema con graves repercusiones sobre las personas y su entorno. A pesar de ser una enfermedad muy antigua, hasta 1975 no se empezó a estudiar como tal, siendo en el año 1979

cuando Morán lo define como juego patológico. Su reconocimiento oficial no se produce hasta el año 1980, cuando la Asociación de Psiquiatría Americana la incluye como una patología dentro de los trastornos del control de impulsos, no clasificada en otros apartados. La OMS lo tiene reconocido en la actualidad, aunque según los manuales de diagnóstico de la APA y de la OMS, el juego patológico es un trastorno del control de impulsos para la mayoría de los profesionales y especialistas en la materia. La ludopatía es una adicción llamada no tóxica. Según los datos facilitados por la Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados, la Fejar, el 2 por ciento de la población española es adicta al juego. Dentro de las personas afectadas por ludopatía la mayoría son varones; según los últimos datos que tenemos son el 80 por ciento, a pesar de que la adicción a las máquinas tragaperras está generando de una forma muy visible una adicción en mujeres que se está acercando al 20 por ciento del total. El 80 por ciento de los ludópatas que acuden a tratamiento se recuperan sometiéndose a un tratamiento psicológico y en algunos casos farmacológico que, como media, dura dos años. Más del 95 por ciento de los ludópatas que asisten asiduamente y terminan los tratamientos de ayuda y ayuda mutua, superan su adicción y son rehabilitados. La federación, sin embargo, alerta de varios problemas que yo creo que sería bueno tratarlos en esta Comisión, y es que la edad de la adicción al juego cada vez es más baja, que los menores son utilizados en campañas de publicidad en relación al juego, y esto es un tema muy alarmante y muy preocupante que nos tiene que hacer reflexionar y, por otra parte, que nos enfrentamos a un mundo en el cual realmente los beneficios que acarrearán están generando una hipocresía social desde el sector público y también desde el sector privado. En el Libro Blanco sobre el Juego se decía que en el año 2004, son los últimos datos que existen, se juegan en España cerca de seis billones de euros, lo que dividido por el número de ciudadanos que tenemos, son casi 720 euros por habitante y año, cantidad que es realmente muy elevada. Otro dato importante también es que los juegos del Estado, es decir, de la Administración central, aunque son menos adictivos, sin embargo tienen el problema de que son más numerosos. También existen hoy en día los juegos por Internet, que están generando además un descontrol y a los que se accede con una edad más temprana, lo que está siendo preocupante para el colectivo de jóvenes y niños. Sabemos el volumen de dinero que mueve el juego, sin embargo desconocemos de qué colectivo estamos hablando, qué incidencia, qué prevalencia tiene. Le decía al diputado del Grupo Popular que si hubiéramos hecho el estudio que se solicitó en el año 2002, hoy en día podríamos estar hablando de un universo que nos permitiera acometer otra serie de actuaciones.

En relación a la enmienda que ha propuesto el Grupo Popular, he de decir, por esta razón, que lo primero que tenemos que saber es de qué colectivo estamos hablando, qué incidencias, qué prevalencia y qué evolución está

teniendo el juego patológico en nuestro país, para acometer en un futuro un estudio o un plan integral de atención a las ludopatías en nuestro país. Pero como primer paso fundamental, y queremos felicitar al ministerio y al Gobierno en su conjunto, habría que hacer este estudio del que estamos hablando, porque no tenemos ninguna constancia, no existe ningún estudio previo, aunque algunas comunidades lo están haciendo de una forma incipiente a través de las asociaciones que atienden a este colectivo más que a través de las instancias públicas y administrativas. Por tanto, creemos que va a suponer un salto hacia adelante, y les aseguro, señorías, que esta diputada, si sigue en el Parlamento, seguirá con este tema hasta que consigamos hacer un plan integral de atención a la ludopatía, que pasa por instancias públicas, por instancias privadas y que pasa también por algunas organizaciones que cada día están sacando a la luz pública nuevas series de juegos, que algunos no van a ser muy adictivos, porque según he leído tienes que rascar un millón de veces para que te toque, o sea, esto no va a generar una gran adicción, pero sí que hay cantidad de juegos en las redes de Internet que no están controlados. Por tanto, nos parece que lo primero que tendremos que hacer es que el Gobierno estudie de qué estamos hablando, cuántas personas están, cómo se encuentran, cuál es su evolución, cuáles son las incidencias que está generando en nuestra sociedad la aparición de nuevos juegos, nuevas herramientas y nuevos instrumentos para el ejercicio de esta actividad, que socialmente se considera lúdica, pero cuando vemos que de lo lúdico pasa a una situación patológica, creemos que es algo que nos tiene que preocupar y, por tanto, solicitamos su apoyo para poder aprobar esta iniciativa. Como he dicho, en un segundo espacio y estamento estaría el ámbito al que se refiere el Grupo Popular, y por ello no vamos a aceptar su enmienda.

La señora **PRESIDENTA**: Hay presentada una enmienda del Grupo Popular. Para su defensa tiene la palabra el señor Martín Soledad.

El señor **MARTÍN SOLEDAD**: Voy a empezar con una pequeña broma: lúdico es el juego si ganas, si no ganas no es tan lúdico.

Señorías, intervengo para defender la enmienda presentada por mi grupo y, como he dicho anteriormente, pretendo que todas las enmiendas vayan en la misma línea filosófica; es decir, los estudios sectoriales de los problemas no nos tienen que hacer dejar de ver el bosque. Quiero decirles que difícilmente vamos a poder hacer un estudio en condiciones sobre la incidencia-prevalencia de la ludopatía si no tenemos una red asistencial que detecte esos problemas desde el origen, y como tenemos una red asistencial pobre, una red asistencial con dificultad de acceso por parte de los ciudadanos, lógicamente nos tenemos que fiar de las estimaciones del movimiento asociativo.

Señorías, estadísticamente el juego patológico afecta a un abanico entre el 1 y el 3 por ciento de la población, lógicamente la Asociación de Jugadores ha cogido la media, el 2 por ciento, y esa es la única cifra de partida que tenemos a la hora de realizar una pequeña aproximación a la magnitud del problema que representa el juego patológico. No voy a discutir sobre el método científico a la hora de hacer estudios de prevalencias o de incidencias de problemas patológicos cuya repercusión sobre las condiciones sociales que pertenecen al ámbito de la privacidad hacen que no salgan a la luz y que por lo tanto sean de muy difícil detección. Sí que quiero reconocer desde el principio que es una iniciativa bienintencionada, eso no lo niego, me consta la preocupación de la autora de la iniciativa por estos temas tan sensibles, y desde esta tribuna mi reconocimiento y aprecio más allá de la discrepancia política. Pero tengo que decir que este es un debate que reproducimos del año 2002, con los mismos intervinientes y donde los argumentos fueron más o menos del mismo tenor; es decir, solo con voluntad, solo con buenas intenciones no hay manera de llegar a buen puerto. Por eso el tenor de la enmienda que ha presentado mi grupo se basa en, recogiendo la totalidad del contenido del texto propositivo de Grupo Socialista, complementarlo con la necesidad objetiva y constatada dentro de esta Comisión de Sanidad de desarrollar recursos asistenciales en temas de salud mental que, aparte de procurar una mejor asistencia a nuestros ciudadanos, también procuren una mejor detección de los problemas como el que nos plantea el Grupo Socialista.

Señorías, sin querer hacer un debate técnico de la iniciativa en cuestión, lo que sí creo necesario, como ha remarcado la portavoz socialista, es no olvidar que las ludopatías están englobadas dentro del mismo grupo diagnóstico, tanto del DSM4, de la clasificación internacional de enfermedades de la Asociación Americana de Psiquiatría, como del CID10, la clasificación internacional de enfermedades de la OMS, dentro de un grupo especial de trastornos que se llaman trastornos por déficit de control de los impulsos. Dentro de este grupo se encuentra la cleptomanía, que a lo mejor también valdría la pena hacer algún tipo de estudio; la piromanía, de graves consecuencias durante los meses estivales; la tricotilomanía, es decir, el arrancarse los pelos por la noche, que también entra dentro del mismo grupo diagnóstico, así como otras más infrecuentes.

Con relación al tema de las ludopatías, no debemos de olvidarnos de una premisa básica: las mismas administraciones públicas son las que fomentan el juego. Nunca en la historia de este país ha existido oferta tal de juego como existe actualmente, y yo creo que no tiene parangón con otro país. Si a esto añadimos los juegos o las apuestas de nueva aparición, como son las apuestas por Internet, realmente aquí ya se acaba de complicar todo el tema. Sigo insistiendo, nosotros detectamos, los profesionales detectan los problemas de juego patológico en función de la facilidad de acceso a solucionar los

problemas que ocasiona el juego patológico si disponemos de una red de recursos asistenciales como Dios manda. Hay que reconocerles también que efectivamente el juego patológico tiene relativamente buen pronóstico; es decir, tratado adecuadamente mediante una técnica combinada de medicación psiquiátrica y de técnicas psicoterapéuticas de modificación de conducta, pues se consigue del 80 al 90 por ciento de curaciones o de remisiones por lo menos de juego patológico. Pero sigo insistiendo en que el gran problema, aparte de la falta de recursos asistenciales, es que la gente reconoce el problema de ludopatía o de juego patológico cuando los problemas sociales, económicos y emocionales que ya ha producido los conducen ante un profesional de la salud mental. Por lo tanto, no debemos olvidarnos de que lo más importante en este momento es disponer de esa red de recursos asistenciales que facilite el acceso a los ciudadanos, pero no solamente para temas de juego sino para todos los temas relacionados con la salud mental. Por ello, la enmienda presentada pretende complementar ese estudio dándole los instrumentos necesarios para que su realización pueda ser posible, si no nos vamos a quedar en la simple aprobación de una proposición no de ley muy voluntarista, pero que realmente va a tener una escasa traducción práctica porque vamos a seguir desconociendo cuál es el impacto real de la ludopatía sobre la sociedad española. Por lo tanto, señorías, creo que es de justicia que intentemos ser lo más rigurosos posible a la hora de afrontar las posibles soluciones a los problemas que estamos constatando existen, y existen con verdadera importancia en la sociedad española. Abordar los temas de manera parcial, abordar temas que por demandas de colectivos fuerzan estudios que dejan después sin efecto lo que sería algo más global, algo más integral, como es dotarnos de esa adecuada red de recursos asistenciales, creo que no va a llevar a buen puerto la iniciativa. Insisto en que nosotros pretendemos sobre todo que se realice este estudio, ya les digo que en caso de que no me acepten la enmienda vamos a aceptar la proposición no de ley, pero quiero remarcar que es una proposición no de ley de carácter voluntarista y que realmente va a tener muy poca traducción práctica.

La señora **PRESIDENTA**: Señora Cortajarena, he oído la intervención del señor diputado, le rogaría que si ahora puede adelantar cuál será el texto sometido a votación, o si, como en la ocasión anterior, se van a hacer esfuerzos por llegar a un texto consensuado.

La señora **CORTAJERENA ITURRIOZ**: Por parte de nuestro grupo no vamos a aceptar la enmienda propuesta por el Grupo Parlamentario Popular porque, como ya les he dicho, si hubiéramos tenido el estudio desde el año 2001, nos habríamos situado en una condición muchísimo mejor de poder hacer un plan. Por lo tanto, ahora no exijan planes cuando ni se aceptaron estudios.

La señora **PRESIDENTA**: Señora Cortajarena, no me reabra el debate, que el señor Martín Soledad está también pidiendo la palabra. Señor Martín Soledad, un minuto.

El señor **MARTÍN SOLEDAD**: Simplemente, sin reabrir el debate, estamos hablando de la pescadilla que se muerde la cola; es decir, hacer un estudio sin tener los instrumentos para hacerlo es inútil.

La señora **PRESIDENTA**: Aprovecho, antes de dar paso al siguiente punto del orden del día, para manifestarles a ustedes que todos conocen que teníamos previsto un orden del día con nueve proposiciones no de ley al objeto de que ustedes se vayan midiendo. No quisiera coartar su libertad expositiva, pero sí manifestarles el tiempo transcurrido y que de momento solo hemos debatido tres, y de dos de ellas acumuladamente. Tengan en cuenta esta advertencia SS.SS. al objeto de ser prudentes si queremos llegar a concluir, como es el deseo de esta Presidencia, el orden del día.

— **RELATIVA A LA HEMOFILIA Y OTRAS PATOLOGÍAS DE TRANSMISIÓN GENÉTICA LIGADAS AL SEXO. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA DEL CONGRESO. (Número de expediente 161/000659.)**

La señora **PRESIDENTA**: Pasamos a la iniciativa numerada como 2 en el orden del día, relativa a la hemofilia y otras patologías de transmisión genética ligadas al sexo. Es una iniciativa del Grupo Parlamentario Socialista, y para su defensa tiene la palabra el diputado señor Fidalgo.

El señor **FIDALGO FRANCISCO**: Señores diputados, señoras diputadas, me corresponde a mí defender esta proposición no de ley que ha sido presentada y registrada en febrero del año 2005, y por lo tanto desde aquella fecha han ocurrido cuestiones importantes en el ámbito sanitario que además afectan directamente a la proposición no de ley, concretamente la aprobación reciente de la Ley sobre técnicas de reproducción humana asistida y también el acuerdo del Consejo Interterritorial celebrado en Logroño en diciembre sobre la actualización y desarrollo de la cartera de servicios, y en ese marco quiero circunscribir también mi intervención. En todo caso, el objetivo de esta proposición no de ley es reconocer la importancia que tiene este grupo de enfermedades para el paciente y las familias, en tanto que son patologías que aún no tiene tratamiento definitivo y, por lo tanto, son muy relevantes todos los esfuerzos que se hagan para su estudio, para su prevención y para intentar reducir su incidencia. Impulsar medidas en esa dirección es a lo que va dirigida esta proposición no de ley. Como ven, se centra sobre todo

en hemofilia, pero también en otras enfermedades genéticas ligadas al sexo, como pueden ser, por ejemplo, la distrofia muscular de Duchenne, Wiskott-Aldrich o algún tipo de agammaglobulinemia. Pero como referencia vamos a utilizar la hemofilia porque es la más conocida, la más común y desde luego la que más sensibilidad social despierta.

La hemofilia es una enfermedad crónica de transmisión genética, ligada al sexo, como he dicho, y conviene en relación a la pedagogía que aclaremos esto. Ligada al sexo quiere decir que está ligada al cromosoma X, y por lo tanto el sexo está determinado en el varón por los cromosomas XY y en la mujer por los XX. Eso es importante, como luego veremos, porque incide directamente en todas las posibilidades diagnósticas e incluso terapéuticas. Se produce por ello una falta total o parcial de cualquiera de los factores que intervienen en la coagulación de la sangre, y puede clasificarse como leve, moderada o grave en función de la falta de ese factor de coagulación. Las personas que la padecen pueden sufrir graves hemorragias internas o externas, no por más sangrado, sino por un tiempo de sangrado más largo, lo cual permite el diagnóstico, al ser deficitario, como he dicho, uno de los factores que intervienen en la coagulación de la sangre. Estas hemorragias, internas o externas, causadas por pequeños traumatismos a veces surgen de manera espontánea y producen graves alteraciones, particularmente las producidas en las articulaciones, ya que a lo largo del tiempo pueden crear distintos grados de discapacidad física. Por lo tanto, y por su gravedad, esta enfermedad fue declarada como enfermedad social en el año 1936, lo que da una idea de su trascendencia.

El tratamiento paliativo de esta enfermedad tiene un coste muy elevado. A manera de ejemplo: el coste de la profilaxis de un niño afectado es del orden de los 50.000 euros al año, y el coste del tratamiento de ese mismo niño hasta los 18 años puede alcanzar perfectamente el millón de euros. Por lo tanto, yo creo que también es importante hacer este matiz económico, dado las implicaciones que tiene en toda la financiación y en las cuestiones relacionadas con la sostenibilidad del sistema. En todo caso, este tratamiento se administra por vía intravenosa, por lo que requiere de un control sanitario que se realiza a través de las unidades de hemofilia, dependientes de los servicios de hematología de los hospitales del sistema sanitario público. Y pese a que este tratamiento ha mejorado la calidad de la vida de las personas con hemofilia, es importante mencionar que en los años ochenta trajo consigo la transmisión de enfermedades víricas tales como el VIH, hepatitis C, hepatitis B, etcétera, y que representaron en aquel momento una tragedia para muchas personas. De hecho, alrededor del 60 por ciento de los afectados por estas patologías adicionales en aquel momento perdieron la vida, y el resto sobrevive cargando no solo con la hemofilia, sino además con enfermedades víricas, sometidas a tratamiento con retrovirales, con numerosos efectos secundarios y con las

limitaciones vitales que ello les supone y que para estas familias produjo un cambio en aspectos tan sensibles de la vida como la sexualidad, el trabajo, etcétera, al sentirse señalados o rechazados. De ahí, que también el propio Congreso de los Diputados haya aprobado en su momento una ley de ayudas sociales que en este momento se está aplicando y que además pudo completarse por las comunidades autónomas.

Popularmente se dice de la hemofilia que es una enfermedad que padece el hombre y transmite la mujer. Sin embargo, no es del todo cierto, puesto que el hemofílico también transmite el gen defectuoso a todas sus hijas, que serán portadoras obligadas y transmisoras de la enfermedad a sus hijos, y vuelvo a recordar aquí el XX, mujer, y XY, varón. En todo caso, para que quede claro sí conviene afirmar cinco cuestiones en relación a ello. Primero, la descendencia masculina de la mujer portadora tiene un 50 por ciento de probabilidades de padecer la enfermedad. Otra es que toda la descendencia femenina de los varones afectados es portadora. Otra es que los varones afectados no transmiten la enfermedad a sus hijos varones, y los varones no afectados no transmiten el rasgo, es decir, se corta la cadena; de ahí la importancia de elegir sexo o, en todo caso, por las nuevas técnicas, hacer selección de que no sean portadores y que tampoco sean afectados. Esto se puede hacer por diagnóstico prenatal, aunque está previsto en nuestra legislación, pero implica el aborto. También es necesario, y se está haciendo el consejo genético, el diagnóstico preimplantacional, que, como sabemos, sólo se practica en ocho células de los embriones y que se estudia exactamente si tienen en la carga genética la determinación de esa patología posterior. Por eso es muy importante y por eso proponemos en el primer punto de la proposición no de ley los estudios epidemiológicos necesarios para la identificación de portadoras, con el objeto, efectivamente, de ir disminuyendo la incidencia. Incidencia que en este momento está en torno a los 15 por cada 100.000 nacidos vivos, aunque efectivamente con el consejo genético se está reduciendo. En todo caso, la prevalencia, es decir, el número de afectados en nuestro país está en torno también a los 3.000, pero desconocemos el número real e incluso la identidad de las portadoras para poder actuar sobre ellas, y aunque se podría estimar, por un censo, por ejemplo, de la Federación Española de Hemofilia, ellos tienen censado del orden de 1.000 mujeres portadoras. Insisto, es muy importante promover esos estudios epidemiológicos que posibiliten la detección temprana de portadoras y el desarrollo de medidas para prevenir la transmisión. Por supuesto, estos estudios permiten la identificación de las personas portadoras de hemofilia, y se entiende que se refieren a tratar de identificar a todas las personas portadoras de los diferentes tipos de hemofilia en nuestro país. De esta forma, se les puede ofrecer el diagnóstico molecular y la posibilidad de diagnóstico preimplantatorio a las mujeres portadoras que busquen un embarazo, o la selección del sexo cuando el diagnóstico molecular no sea posible. Hay que señalar

que el diagnóstico molecular es posible en 50 hospitales distribuidos por distintas comunidades autónomas. Pero hasta hace poco tiempo, las mujeres portadoras de hemofilia solo podían optar por arriesgarse a tener hijos afectados o no tener descendencia, y como enfermedad de transmisión genética las portadoras de hemofilia están amparadas legalmente, de acuerdo por el Código Penal, por uno de los supuestos legales que permite el aborto en nuestro país, aunque, como he dicho, evidentemente con sus connotaciones. Toda la normativa en relación a trasplantes y la normativa sobre reproducción humana asistida, tanto la que existía como la aprobada recientemente en el Congreso de los Diputados, también contempla esta cuestión.

Lo que sí es cierto es que de una manera u otra se producen dificultades en el acceso práctico a las prestaciones del sistema, y sobre todo en lo que sí reclaman las asociaciones de hemofílicos es que se dan esas dificultades en el Sistema Nacional de Salud, y la realidad es que para la determinación de sexo se acude mayoritariamente a los servicios médicos privados, en donde el coste está entre 3.000 y 30.000 euros, dependiendo de los casos, lo cual realmente grava la economía familiar. Además de la normativa sobre reproducción humana asistida, en el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, no se menciona explícitamente la elección de sexo de los hijos en caso de enfermedades de transmisión hereditaria ligada al sexo ni entre las prestaciones incluidas ni entre las prestaciones excluidas, aunque sí se incluyen la prestaciones de diagnóstico y tratamiento de la infertilidad y el diagnóstico prenatal en grupos de riesgo, cierta confusión que de facto lo que implica es que no pueden realizarse hoy de una manera normalizada y ordenada estas prácticas en el Sistema Nacional de Salud. Las modificaciones introducidas en 2003 en la Ley de reproducción asistida dificultaban además el diagnóstico preimplantacional, pero esto se ha mejorado ahora con la ley aprobada recientemente en el Congreso.

En todo caso, de los tres puntos que nosotros planteamos en nuestra proposición no de ley, en el segundo punto pedimos que se adopten las medidas para que de verdad se haga efectiva la posibilidad de que la descendencia de los afectados por enfermedades genéticas ligadas al sexo, como la hemofilia, no padezca ni sea portadora de la enfermedad mediante técnicas de diagnóstico preimplantacional o cualquier otra que se muestre eficaz, porque efectivamente el avance de la ciencia implica que se pueda actuar ya de manera que no sea solamente ya por la selección de sexo. También somos conscientes de la enmienda presentada por el Grupo Popular, que hemos estudiado. Creo que podemos llegar a una transaccional, porque básicamente lo que pretende es que este tipo de actuaciones y de técnicas se extiendan a otras patologías de transmisión genética, no solo a las ligadas al sexo. Yo creo que podemos llegar a un acuerdo, y sería importante que se priorizara, en la

actualización de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud, la valoración de las propuestas que se presenten para incluir en la mismas prestaciones relativas a medidas para prevenir la transmisión de estas enfermedades. En esto sí, y remato con ello, quiero hacer mención de que está previsto ya publicar el Real Decreto de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, conforme a lo previsto también en la Ley de Cohesión, según el acuerdo del Consejo Interterritorial celebrado en Logroño en diciembre, y también está previsto cuál es la metodología de las prestaciones del Real Decreto, una vez consolidadas estas. Bueno, en previsión de eso formulamos la proposición no de ley, y creo que debería tener prioridad este tipo de patologías por ser la primera actualización que se afronta, una vez aprobado el real decreto con las prestaciones actualmente en vigor.

La señora **PRESIDENTA**: Quería manifestarles que la observación que hecho antes sobre las horas que tiene una mañana y el orden del día que tenemos, era para llamarles a ustedes a una cierta contención expositiva. Vuelvo a manifestarme en este sentido, puesto que si se consumen los tiempos con la extensión que hasta ahora se ha hecho, veo difícil el que podamos completar el orden del día conforme a lo previsto.

A esta iniciativa tiene presentada una enmienda el Grupo Parlamentario Popular, para cuya defensa tiene la palabra el señor Gutiérrez Molina.

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA**: Voy a hacer caso inmediatamente de su reiterada solicitud.

El Grupo Popular ha presentado una enmienda de modificación a la proposición no de ley que ha presentado el Grupo Parlamentario Socialista, no solamente por enmendar la misma desde el punto de vista de modificación, sino atendiendo a dos tipos de razonamientos. Un razonamiento, digámoslo así, no me lo tome a mal el señor Fidalgo, que sabe que le aprecio tanto desde el punto de vista personal como desde el punto de vista científico, por lo leído en la exposición de motivos y también por los aspectos del texto que hacen relación a la reproducción humana asistida, al Real Decreto de la creación de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida, inclusive a la Ley del año 1988 y a una serie de excursiones, entiéndamelo en el mejor sentido de la palabra, conceptuales que hacen que los tres puntos del texto de la proposición no de ley nosotros los hayamos intentado resumir en la enmienda de modificación, yo creo que concreta, yo creo que específica y que recoge quizá los aspectos que quedaban, desde nuestro punto de vista, de una forma más oscura, por decirlo de alguna manera, en la proposición no de ley del Grupo Parlamentario Socialista.

Decía, señora presidenta, que había algunos motivos de apreciación científica, y no me lo tome a mal, señor Fidalgo, pero a lo mejor es por torpeza mía en la lectura de la exposición de motivos. Yo tenía entendido, y no es cuestión ahora de liarnos en un debate científico que

excede con mucho el criterio de general de la Comisión, que existían actualmente 22 pares de cromosomas autosómicos, y el último par de cromosomas sexuales, heterosomas, que por lo menos hasta donde yo sé no se numera. Siguiendo lo que ponía en la exposición de motivos de la proposición no de ley (que a lo mejor digo que son apreciaciones más, pero tampoco viene de más el ponerlo aquí también como mejora técnica), se habla del par 24, que determina el sexo por descendencia. Me parece haberlo leído, si no es así me alegro, porque, claro, entonces el ser humano tendría 48 cromosomas, con lo cual es de difícil encaje desde el punto de vista científico, sobre todo a los que somos profesionales de la medicina. Yo sé que para los demás tiene un interés divulgativo o más bien tangencial, pero lo decía por claridad en la cortedad expositiva y científica en la exposición de motivos. También en la exposición de motivos, señora presidenta, yo creo que por propia claridad expositiva deberían de suprimirse, ya sé que va a ser difícil, algunos renglones, en concreto en el párrafo tercero hasta el final de un paréntesis que hay ahí, porque el razonamiento que se expone yo creo que es contradictorio y no se puede hablar de enfermedad porque haya algunos indicios en pruebas analíticas. Sabe S.S., y no me lo tome a mal, que las pruebas analíticas son pruebas complementarias, y las pruebas complementarias, como su nombre indica, complementan el diagnóstico científico y de la evidencia, como se dice ahora, de patología o de enfermedad. El razonamiento desde luego a mí me parece que ha debido de ser por premura, porque en cualquier caso es extraño y no se ajusta a ninguna teoría científica, ni siquiera divulgativa. Lo digo a los efectos que procedan. Que luego se quita, pues se quita. ¿Que no se quita? Pues por lo menos que quede en el «Diario de Sesiones», y yo estoy seguro que son argumentos que comparte el doctor Fidalgo, porque las intervenciones que le he escuchado siempre han sido ponderadas, científicas y ajustadas a la ortodoxia, pero en este caso cualquier escribano hace un borrón en su escritura, incluido yo.

Paso, señora presidenta, a la justificación del texto que proponemos, que engloba los tres puntos que el señor Fidalgo en nombre de su grupo defendía. Dice nuestro texto que el Congreso de los Diputados insta al Gobierno a adoptar las medidas necesarias para garantizar, con tiempos mínimos y financiación suficiente, el acceso a las técnicas de diagnóstico preimplantacional para evitar la transmisión de enfermedades genéticas graves. Y esto es así porque nos apoyábamos en la propia Ley 35 del año 1988, sobre técnicas de reproducción humana asistida, que hizo el Gobierno del Partido Socialista, y es ocioso, naturalmente, incidir en la bondad de la misma, pero aquí hay, en el capítulo I, en el punto 3, una serie de conceptos, que el señor Fidalgo conocerá mucho mejor que yo; los artículos 12 y 13, que ciertamente a lo mejor entran en contradicción con la propia exposición de parte del punto 2 de la proposición no de ley que ha presentado el señor Fidalgo con la concisión que le

caracteriza, y luego está el Real Decreto de año 1997, de 21 de marzo, que dice lo mismo prácticamente, con algunas variedades, que la ley a la ha hecho referencia el doctor Fidalgo, de 20 de diciembre de 2005, en cuyo artículo 4, sobre funciones y atribuciones de la propia Comisión de Reproducción Humana Asistida, está la de estudiar, la de actualizar, la de proponer listas de enfermedades genéticas y hereditarias que pueden ser detectadas con diagnóstico preimplantacional a efectos de prevención o terapéutica. Va mucho más allá, señora presidenta, que la mera exposición final en cuanto a enfermedades ligadas al sexo, como la hemofilia, o cualquier otra que se demuestre eficaz no solamente en cuanto a enfermedades, sino en cuanto a remedios terapéuticos.

Me agrada, señora presidenta, que el señor Fidalgo haya expresado la posibilidad de poder llegar a una transaccional. Cuento desde ahora con la decisión y con la voluntad del Grupo Parlamentario Popular, hechas estas matizaciones conceptuales científicas y legales que he intentado demostrar con la concisión que el tiempo da, y si le parece a la señora presidenta tendremos la posibilidad el portavoz del Grupo Parlamentario Socialista y el Grupo Parlamentario Popular de intentar llegar a un acuerdo transaccional antes del final de la sesión, para que se pueda votar un texto que reúna el concepto de ambos grupos políticos.

La señora **PRESIDENTA**: Señor Fidalgo, ¿está conforme con lo manifestado por el representante del Grupo Popular?

El señor **FIDALGO FRANCISCO**: Sí, por supuesto, acepto, y agradezco además las correcciones a un texto lógicamente hecho como texto de una proposición no de ley con todas las implicaciones que ello significa. Además, solicito que consten las precisiones científicas que ha hecho el señor Molina y evidentemente todo lo que pueda mejora la exposición de motivos.

La señora **PRESIDENTA**: Aunque la exposición de motivos no es objeto de votación, es correcta y es de alabar la postura de ambos portavoces en el sentido de que quede constancia de las debidas correcciones en el «Diario de Sesiones».

— **RELATIVA A LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/001253.)**

La señora **PRESIDENTA**: A continuación procedemos a debatir el punto de 5 del orden del día, proposición no de ley relativa a la atención primaria en el Sistema Nacional de Salud, para cuya defensa tiene la palabra la diputada del Grupo Popular señora Roldós.

La señora **ROLDÓS CABALLERO**: La proposición no de ley que trae a esta Comisión de Sanidad el Grupo Parlamentario Popular es sobre la atención primaria en el Sistema Nacional de Salud. Como ustedes saben, la atención primaria en nuestro país hace 22 años exactamente se reformó y nos dotamos de un nuevo modelo de atención primaria. Han pasado 22 años y, destacando que la primaria tiene una importancia estratégica indudable dentro del Sistema Nacional de Salud, queremos afirmar que se demanda un nuevo impulso 22 años después, un nuevo impulso acorde a las necesidades de la sociedad y a la evolución de la medicina en estos últimos años. La atención primaria se enfrenta a nuevos retos y desafíos de la nueva sociedad española, nuevos retos y desafío como son el aumento del nivel de información y de calidad asistencial que reclaman los ciudadanos, el paulatino y constante envejecimiento de la población y, por tanto, la proliferación de pacientes crónicos, el cambio de hábitos de vida en los ciudadanos, el incremento de la población asegurada, la creciente presencia de la población inmigrante, la extensión de las responsabilidades de los profesionales sanitarios en la detección y prevención de determinadas conductas, como los fenómenos de violencia de género, la drogadicción, el tabaquismo o la educación sexual preventiva, y la presencia de enfermedades emergentes y reemergentes. En paralelo, no debemos olvidar la realidad de nuestro país, en la que todavía existe un alto porcentaje de población que habita en zonas rurales y a la que se le debe facilitar el acceso a las prestaciones sanitarias en condiciones de equidad y calidad equiparables a los ciudadanos de otras áreas, así como el hecho insular o la repercusión del turismo. Todos sabemos la importancia que tienen en esta nueva sociedad el siglo XXI los desplazados y los turistas a lo que hay que atender en atención primaria. De la misma manera, es necesario tener presente el impacto de las nuevas tecnologías aplicadas a la sanidad en el desarrollo y la evolución futura del ámbito de la atención primaria.

Señorías, yo quisiera recordarles que la atención primaria es la puerta de entrada del Sistema Nacional de Salud, y que un sistema sanitario es más eficiente cuanto más desarrollada está su atención primaria, obteniendo mejores resultado en salud a un menor coste, factor importantísimo en la sostenibilidad de nuestro Sistema Nacional de Salud. El nuevo enfoque cultural y organizativo de la atención primaria debe dar respuestas a estos retos y desafíos que se nos presentan en la España del siglo XXI, orientando los servicios desde la perspectiva del usuario y promoviendo el reconocimiento de la sociedad hacia los profesionales que realizan esta tarea, reconocimiento que ustedes saben que ha ido perdiéndose a lo largo de los últimos años y que nuestro profesionales sanitarios, sobre todo en primaria, sufren en un alto porcentaje el síndrome de Burnout, desmotivación que sufren por la falta de reconocimiento por parte de la población. Desde el Grupo Parlamentario Popular creemos que es preciso que se articulen medidas de

gestión y organizativas que permitan organizar los recursos existentes y, a la vez, mejorar la calidad de la atención asistencial, aspirando a la excelencia en la prestación del servicio, que deber ser una prestación altamente accesible, rápida y eficaz. Señorías, el Grupo Parlamentario Popular, preocupado por la situación de la atención primaria en nuestro país y recogiendo la sensibilidad de los distintos colectivos profesionales que ejercen su labor en primaria, de las asociaciones de pacientes, hemos presentado esta iniciativa porque hace solamente un año, justamente un año ahora, en Buitrago, los distintos colectivos que trabajan en primaria y los colectivos que representan a los ciudadanos, se reunieron para analizar la situación de la atención primaria en España y dieron una serie de medidas y de claves para mejorar la calidad y la dignidad de la atención primaria en nuestro país. Yo quisiera recordarles que la Organización Médica Colegial Española suscribió este documento, que la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista, que la Semfyc, la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, la Sociedad Española de Medicina General, la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria, que la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública y otra serie de colectivos respaldaban estos criterios, criterios que nosotros hemos recogido en nuestra proposición no de ley porque, señorías, la reforma de atención primaria no puede esperar más.

Nosotros lo que le pedimos al Gobierno de la nación es que elabore y que impulse —que es su función dentro del Sistema Nacional de Salud, impulsar y liderar— en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud un plan integral de modernización y calidad de la atención primaria con los siguientes contenidos: diseñar un modelo integral altamente profesionalizado, con mayor coordinación con los niveles de atención especializada y sociosanitaria, garantizando la continuidad asistencial, que tenga una mayor dotación presupuestaria y de recursos humanos. El Grupo Popular, en los dos ejercicios presupuestarios de este Gobierno socialista, hemos presentado sendas enmiendas para que haya una modernización de la atención primaria, enmiendas que han sido rechazadas por el Grupo Socialista, por el Gobierno socialista. Creemos que es vital dotar de mayor atención presupuestaria y de recursos humanos a la atención primaria. Hay que mejorar la accesibilidad de los ciudadanos y abordar actuaciones para la humanización y racionalización de la asistencia, con un trato más personalizado. Queremos que a la atención primaria se le dote de mayor capacidad resolutoria, ampliando el acceso a la tecnología diagnóstica y terapéutica. Que se adecuen la plantillas profesionales basándose en criterios demográficos, de frecuentación, de morbilidad, de dispersión geográfica y de insularidad. Que se impulsen los sistemas de teleasistencia, de telemedicina y de atención domiciliaria. Que se potencie la autonomía en la gestión.

Queremos que se dote a la atención primaria de un mayor contenido preventivo, de promoción y de educación para la salud, fomentando una mayor participación de los ciudadanos en la toma de decisiones y una mayor responsabilidad en el uso racional de las prestaciones y de los servicios, para hacer sostenible nuestro Sistema Nacional de Salud; que se establezcan sistemas de reconocimiento de mérito y dedicación profesional; que se establezcan carreras profesionales adecuadas a la atención primaria, impulsando la formación continuada y la movilidad de los profesionales. Es necesario impulsar la investigación en el ámbito de la atención primaria, fomentar la cultura de la calidad asistencial. Y por último pensamos que hay que impulsar un plan de informatización de las consultas que permita el desarrollo e implantación de la historia clínica única y compartida y de la receta electrónica, permitiendo así desburocratizar la actividad asistencial, agilizar los procedimientos administrativos y mejorar la eficiencia en la gestión de la información sanitaria a disposición de profesionales, gestores y usuarios.

Voy a finalizar mi intervención pidiendo a todos los grupos políticos que apoyen esta iniciativa. La ministra de Sanidad lleva más de dos años al frente de la sanidad española y no ha establecido ni impulsado una sola medida para la atención primaria, la ha dejado de la mano de Dios y ya no puede aguantar más. Como les decía antes, es nuestra puerta de entrada al sistema sanitario y necesita una reforma importante que le aporte la dignidad y la mejora de la calidad que se merecen tanto los profesionales que actúan en este ámbito como los ciudadanos que se ven obligados a acudir a él. Espero de la sensibilidad de los distintos grupos que no dejen tirados a los profesionales y a los usuarios de la atención primaria y que puedan apoyar, sin marcar ideologías, sino en beneficio de los ciudadanos y de los profesionales, esta iniciativa, que es de absoluta necesidad.

La señora **PRESIDENTA**: Tiene la palabra el señor Elola, para fijar la posición por el Grupo Parlamentario Socialista.

El señor **ELOLA RAMÓN**: Me gustaría empezar recordando que el actual sistema basado en la red asistencial de atención primaria tiene su origen en 1984 y probablemente sea uno de los mejores legados que los gobiernos de Felipe González dejaron a este país. No estamos nosotros muy a favor de los cambios radicales y de las reformas estructurales amplias en el sistema de atención primaria; más bien, igual que la Organización Mundial de la Salud, apostamos por un desarrollo permanente de los sistemas basados en esta atención. Y tengo que destacar que la atención primaria en nuestro país es el servicio más valorado, junto a la hospitalización, especialmente por su cercanía, por el trato y por la seguridad que transmite el médico. Lo peor valorado es el tiempo que hay que estar en la sala de espera, que se

considera demasiado, y el tiempo que el médico dedica al enfermo, que se considera demasiado poco.

Se enfrenta ahora mismo la atención primaria a retos como el crecimiento poblacional, el aumento de la esperanza de vida, el incremento de los enfermos crónicos y degenerativos, el ascenso en la población que consume medicamentos de manera habitual y un aspecto menos valorado que es el incremento del número de visitas por habitante y año, que subió en los últimos diez años hasta un 40 por ciento y que sin duda aumenta mucho la carga asistencial. Sin embargo, no debe ponerse en entredicho en los planes de atención primaria el papel que tienen las comunidades autónomas y su capacidad de gestión. Queda especialmente en el papel del ministerio encauzar grupos de trabajo que definan sobre todos propuestas, pero no desde el punto de vista de la gestión, como se dice en la proposición no de ley, sino desde el establecimiento de estándares de calidad, la profundización en los diferentes modelos, que ya están en marcha en las comunidades autónomas, las necesidades de atención primaria y sus posibilidades de mejora. Quiero defender las actuaciones establecidas por el ministerio. **(La señora vicepresidenta, Grande Pesquero, ocupa la Presidencia.)** Desde el ministerio se ha iniciado recientemente el proyecto Estrategia de atención primaria para el siglo XXI, que pretende analizar y realizar propuestas de mejora. Empezamos analizando—como siempre, lo mejor es empezar la casa por los cimientos—, no se puede hablar de un plan de mejoras si no tenemos una visión clara de la situación actual, si no tenemos una foto fija, sino una visión de la evolución de los últimos años de la situación de la atención primaria. Y desde este plan se pretende, aparte de analizar, como digo, hacer propuestas para mejorar, comparando las distintas formas de evolución de la atención primaria en diversas zonas del país.

Queda también como papel de ministerio la interconexión y la interoperabilidad del sistema formado por los sistemas de información de las diferentes comunidades autónomas y el del propio ministerio. Se han presupuestado ya 141 millones de euros desde el Ministerio de Sanidad para el proyecto Sanidad en línea, por un convenio con el Ministerio de Industria, Turismo y Comercio y la entidad pública Red.es, para reforzar las tecnologías de la información, y se distribuirán entre las comunidades autónomas que se sumen a este proyecto. El desarrollo de las nuevas tecnologías aplicadas a la medicina puede suponer sin duda un cambio radical en la atención primaria, con especial significación en la atención domiciliaria y en las zonas con gran dispersión geográfica o en los casos de insularidad. El desarrollo de esta acción del ministerio permitiría actuaciones conjuntas entre distintas comunidades autónomas y con la Administración central, que mejorarán la prestación de servicios de salud, y que iniciativas como la de la receta electrónica o la historia clínica electrónica, la formación a distancia de los profesionales o la cita por Internet, se puedan desarrollar en el medio plazo y de

forma compatible en todo el país, de manera que el ciudadano que se desplace no sufra por ello disminución en la calidad de su atención.

Se están desarrollando también sistemas de información de atención primaria para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, el SIAP SNS, que supone la base para el conocimiento de cómo está y cómo funciona ahora mismo esta parte del sistema sanitario. Dispondrá de información sobre los problemas y necesidades de la población, recursos disponibles, organización territorial, cartera de servicios, costes, y sobre todo resultados, tanto en salud como en eficiencia, equidad y satisfacción de la población. Estos tres programas suponen un avance importante en el desarrollo de la atención primaria. Me remito a la última conferencia de presidentes, donde se estableció un aumento de financiación destinado a la sanidad para todas las comunidades autónomas, pero estas, en su derecho, lo distribuyen según sus propios criterios de prioridad.

No quiero terminar mi intervención negando la mayor, no intentando llegar a ningún acuerdo, y no me gustaría decir, como se nos contestó a nosotros en el año 2001 a una proposición no de ley similar: Nuestro grupo considera que la PNL del Grupo Socialista debe ser rechazada por cuanto que pretende establecer a nivel nacional un programa que estamos seguros que cada una de las consejerías de Salud de los distintos gobiernos autonómicos ha propuesto ya como objetivo propio, y por tanto no procede que desde el ministerio se aborde dicha cuestión como un programa global del Sistema Nacional de Salud. Nosotros seguimos considerando, igual que lo hicimos entonces, que es un problema global del Sistema Nacional de Salud, que es una estrategia que hay que hacer de manera global. Ya he informado de los tres programas, importantes programas con financiación, con dinero encima de la mesa, que tiene en marcha el Ministerio de Sanidad, y voy a invitar al Grupo Popular a que cambie su proposición y que diga que el Ministerio de Sanidad y Consumo, en el marco del Consejo Interterritorial de Salud, con el consejo de las comunidades autónomas, en pleno respeto a sus competencias y en la línea de lo establecido por sus programas Sanidad en línea, SIAP SNS y Estrategia para la atención primaria del siglo XXI, impulse y proponga un plan de modernización y calidad de la atención primaria con los siguientes contenidos. Aceptaríamos todos los contenidos, excepto el 2, el 5 y el 10, puesto que no pensamos que los presupuestos y los recursos humanos deban atenderse en este plan.

— **RELATIVA A LA ADOPCIÓN DE NUEVAS MEDIDAS FRENTE AL SIDA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/001386.)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Grande Pesquero): Como no hay más grupos para fijar posición, pasamos a

la siguiente proposición no de ley, que es la relativa a la adopción de nuevas medidas frente al sida. Tiene la palabra en nombre del Grupo Popular el señor Sánchez Fierro.

El señor **SÁNCHEZ FIERRO:** Con ocasión del Día Mundial del Sida en diciembre del año pasado, el Grupo Parlamentario Popular presentó una proposición no de ley que refleja un acto de solidaridad y de apoyo hacia los afectados por esta pandemia. Al propio tiempo, nuestra PNL responde a una idea de responsabilidad social y política hacia un colectivo de 40 millones de personas en el mundo.

En el año 1994, la comunidad internacional expresó, a través de la llamada Declaración de París, su preocupación por los afectados del sida, pero desde una perspectiva que quizá antes no había sido objeto de una atención suficiente, que es que estamos en presencia de algo que afecta al ejercicio de derechos humanos. En esta declaración se exponía que corresponde a los Estados, a los poderes públicos, en definitiva, velar para que las personas afectadas por esta pandemia puedan ejercer en pie de igualdad total sus libertades y sus derechos fundamentales. La Declaración de París decía que era necesario que las políticas nacionales hicieran posible avanzar en ese terreno, creando un entorno favorable a los afectados. Posteriormente, en el año 2001, otra declaración, en este caso de Naciones Unidas, subrayaba que la discriminación agrava a todos los efectos la situación de las personas que se encuentran en esta situación. Precisamente por ello reclamaba en esta declaración del año 2001 más prevención, más atención y mejores tratamientos, de tal manera que se pudiera luchar de una manera más efectiva contra la vulnerabilidad en que se encuentran estos pacientes. ONU Sida posteriormente ha manifestado la conveniencia de implantar protocolos para la identificación de supuestos de discriminación como una vía de luchar de manera más efectiva contra este tipo de actos arbitrarios. Según destaca ONU Sida, el origen de estos actos arbitrarios es muy variado, unas veces por razón de decisiones legislativas, otras son procedimientos administrativos y en todo caso son situaciones vinculadas con la práctica social cotidiana. Este tipo de discriminaciones se proyecta en ámbitos tan distintos como la propia asistencia sanitaria, el empleo, actuaciones judiciales, el acceso y disfrute de la vivienda, el acceso y disfrute de la educación y de los servicios sociales. Refiriéndonos a España hay que recordar que desde al año 1981, en que se registró el primer caso de sida, se han llevado a cabo importantes iniciativas y también notables avances en el conocimiento de esta patología y en su abordaje terapéutico. Por eso vale la pena que destaquemos también que los sucesivos planes de movilización multisectorial han contribuido de una manera significativa a la contención de la enfermedad y a aportar soluciones para contribuir a una mayor calidad de vida para las personas afectadas por sida.

El Grupo Parlamentario Popular considera que las líneas de actuación sostenidas en el tiempo son necesarias, pero también el transcurso de los años recomienda la introducción de nuevas medidas, y a esto es precisamente a lo que responde la PNL que su día presentamos. En particular, la proposición no de ley propone mejorar la atención sanitaria, incorporando a la cartera de servicios una nueva prestación bucodental integral para estos pacientes, y también el tratamiento de la distrofia facial, en todo caso contando con las comunidades autónomas. La PNL insiste en que es necesario continuar las políticas preventivas y pide a los poderes públicos actuaciones de sensibilización potente y medidas de lucha contra cualquier discriminación social y laboral.

En definitiva, señora presidenta, la PNL, para la cual pedimos el apoyo de todos los grupos, trata de ser una respuesta en términos de justicia social hacia un colectivo que lo precisa.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Grande Pesquero): A esta proposición no de ley se ha presentado una enmienda por parte del Grupo Socialista y para defenderla tiene la palabra la señora Montón.

La señora **MONTÓN GIMÉNEZ:** Señorías, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida ha costado la vida de más de 25 millones de personas desde que fue identificado por primera vez en 1981, lo que demuestra que es una de las epidemias más destructivas de la historia de la humanidad. El pasado año se produjeron 5 millones de nuevas infecciones, con lo que ya son 40,3 millones las personas afectadas y que conviven con el virus. El acceso universal a las medidas de prevención, tratamiento y apoyo, ayudaría, sin lugar a dudas, a combatir eficazmente esta pandemia, pero desgraciadamente en muchos lugares del mundo el acceso a estas medidas es como mínimo complicado.

Centrándonos en España, que es el ámbito de esta proposición no de ley, quiero decir que hemos avanzado mucho en el control de la epidemia; ello ha sido posible gracias a la calidad de los profesionales sanitarios, a la labor de las ONG, de otras estructuras de la sociedad civil y al compromiso de las administraciones públicas, en especial del Ministerio de Sanidad y Consumo, desde donde se está trabajando muy activamente en la lucha contra el sida. Tan solo voy a mencionar tres aspectos que a mi juicio son fundamentales: el ámbito asistencial, la investigación y la prevención. En el ámbito asistencial se ha procedido a revisar y a actualizar la evidencia científica, contando con los mayores expertos. En la investigación, con los proyectos en cooperación con otros países para la búsqueda de la vacuna preventiva. La prevención, realizando campañas informativas específicas para jóvenes, mujeres, inmigrantes, en instituciones penitenciarias, y por primera vez para gays, lesbianas y transexuales; también ejerciendo un liderazgo en el ámbito de la Unión Europea, influyendo activamente en que los Estados miembros incluyeran explíci-

tamente la promoción del uso del preservativo. Aunque se está trabajando mucho y bien, no debemos bajar la guardia, porque España sigue siendo uno de los países con mayor incidencia en Europa occidental. Tres de cada mil ciudadanos españoles están infectados por VIH, lo que supone razón suficiente para considerar la lucha contra el sida como una prioridad y para dar especial atención a aquellos que padecen la enfermedad. Con estos datos, no podemos descansar en la lucha contra el sida en nuestro país ni en el resto del planeta.

Señorías, son muchos los problemas a los que se enfrentan las personas que viven con el VIH-sida. Además del deterioro de la salud, la tragedia personal y familiar, e incluso el rechazo social y las dificultades de integración. Ello nos demuestra la prioridad que debemos dar a los pacientes con VIH-sida y a la lucha contra el sida en nuestro país y también en el mundo. Mi grupo, el Grupo Socialista, así lo entiende, también el Gobierno, dicho sea de paso, y compartiendo el espíritu de la proposición no de ley presentada por el PP, ha presentado una enmienda que matiza los conceptos y que mejora algunos aspectos, porque el trabajo y las acciones propuestas ya se están realizando. Lo que refleja nuestra enmienda, la enmienda socialista, es la voluntad y el compromiso que tenemos con las personas afectadas con el VIH-sida y sus familias, un compromiso con el que los socialistas estuvimos, estamos y estaremos. Espero que esta enmienda sea bienvenida y se acepte —creo que así será, o que así es— para que podamos votar de forma conjunta y mayoritaria.

Como última parte de mi intervención me gustaría explicar los términos de nuestra enmienda. Comenzaré diciendo que en estos momentos el Ministerio de Sanidad y Consumo está trabajando en el proyecto de un real decreto que regula la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización como consecuencia de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que en su artículo 8 contempla que las prestaciones sanitarias se harán efectivas mediante la cartera de servicios comunes que, según prevé el artículo 20, se acordarán en el seno del consejo interterritorial y se aprobarán mediante real decreto, teniendo en cuenta en su elaboración la eficacia, eficiencia, efectividad, seguridad y utilidad terapéutica, así como las ventajas y alternativas asistenciales, el cuidado de los grupos menos protegidos o de riesgo, las necesidades sociales y su impacto económico y organizativo. Esta norma, actualmente en fase avanzada de trámite, como supongo que SS.SS. conocen, define las prestaciones que el sistema sanitario público está ofertando en la actualidad a los ciudadanos y trata de garantizar estas prestaciones comunes; además, tiene también como objetivo fijar las bases para la actualización de la cartera de servicios. Una vez que se apruebe el citado real decreto, se desarrollará el procedimiento para la actualización de la cartera de servicios, que permitirá priorizar y evaluar aquellas nuevas prestaciones que se considere, con el fin

de determinar su inclusión en la cartera de servicios, teniendo en cuenta las evidencias científicas sobre su seguridad, eficacia y eficiencia. He dicho esto, que supongo que es conocido por SS.SS., para encuadrar la situación en la que nos encontramos. A continuación voy a tratar los puntos de la enmienda; hemos llegado a un acuerdo final entre el grupo proponente de la proposición no de ley y mi grupo, el Socialista, con el que creo que ambos quedamos satisfechos.

El primer punto de la proposición no de ley quedaría, aunque después lo pasaré por escrito a la Mesa, de la siguiente manera: Punto número 1: El Congreso de los Diputados insta a que una vez aprobado el real decreto de cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, el Ministerio de Sanidad promoverá en el Consejo Interterritorial de Salud la priorización de las propuestas que se presenten para la inclusión en la misma de la prestación de salud bucodental integral a los pacientes de sida. Aprobado el nuevo real decreto, para el Ministerio de Sanidad y Consumo será prioritario, en el Consejo Interterritorial de Salud, valorar y promover las propuestas que se formulen sobre su inclusión en la cartera de servicios.

El segundo punto permanecería de conformidad con la enmienda original presentada por mi grupo, y no lo voy a leer. La lipodistrofia en pacientes con tratamiento antirretroviral está siendo estudiado en el seno de la Comisión de Aseguramiento, Financiación y Prestaciones, estando actualmente pendiente del criterio de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III, que está valorando la evidencia disponible sobre los diferentes tratamientos de la lipodistrofia. Así se propone que el Ministerio de Sanidad y Consumo recabe la evidencia disponible sobre los diferentes tratamientos de la lipodistrofia y, teniendo en cuenta la evidencia científica objetivada el Ministerio de Sanidad y Consumo, valore su propuesta de inclusión en la cartera de servicios.

Los últimos dos puntos quedarían de la siguiente forma: Punto número 3: A seguir impulsando las políticas de prevención y detección precoz de la enfermedad en el marco del plan multisectorial del Plan nacional sobre el sida y para mejorar los resultados terapéuticos. Y el punto número 4: Que el Ministerio de Sanidad y Consumo, en colaboración con las comunidades autónomas y ayuntamientos, intensifique las campañas tendentes a sensibilizar a la sociedad hacia los problemas que padecen las personas afectadas por el sida, para evitar y luchar contra cualquier forma de discriminación social y laboral. Ambos se encuentran incluidos en el plan multisectorial del Plan nacional sobre el sida y no presentan aportación nueva, por estar ya realizándose de acuerdo. Sería injusto hablar de esto ahora como un futuro, ya que es una realidad que se pretende seguir impulsando, por lo que lo incluimos en la enmienda para reforzar la idea.

Para terminar, sin acritud y sin querer buscar la polémica, ojalá en este tema estemos a partir de ahora todos de acuerdo, por tratarse de algo tan serio y de tanta magnitud, y que no sea más como la última vez, en la que con respecto a una moción en torno al Día de lucha contra el sida que presentó otro grupo parlamentario distinto al mío, ustedes, señorías del PP, no participaron en el consenso y apoyo mayoritario del resto de la Cámara. Ahora la iniciativa es suya, con algún ajuste establecido en nuestra enmienda incluso durante el propio transcurso de esta Comisión, y estamos dispuestos a apoyarla, algo que espero que sepan valorar y que sirva para que en esta ocasión votemos juntos y unidos, porque desde mi grupo pensamos que el VIH-sida no es una lucha superada, sino en la que estamos aún inmersos.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Grande Pesquero): Gracias, señora Montón, por su extensa explicación. El señor Sánchez Fierro tiene la palabra para decirnos si acepta la enmienda.

El señor **SÁNCHEZ FIERRO**: La enmienda introducía algunos aspectos que eran interesantes en nuestra proposición no de ley y nosotros, sobre la enmienda de sustitución que presentó el Grupo Socialista, hemos introducido otras mejoras. Como al final el resultado es satisfactorio para todos, hemos conseguido lo que pretendíamos, que era mantener el camino en la buena dirección y luchar todos juntos.

— **RELATIVA A LA INCLUSIÓN EN ATENCIÓN PODOLÓGICA PREVENTIVA A LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS DENTRO DEL CATÁLOGO DE PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/001396.)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Grande Pesquero): Nos felicitamos y seguimos el orden del día con la proposición no de ley relativa a la inclusión en atención podológica preventiva a las personas con diabetes mellitus dentro del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Su autor es el Grupo Parlamentario Popular y en su nombre tiene la palabra el señor Gutiérrez Molina.

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA**: Voy a ser breve, porque, como ya se dijo antes, tanto el Grupo Parlamentario Socialista como nosotros habíamos llegado al convencimiento de hacer una enmienda transaccional que luego explicaré y que seguramente también explicará la representante y portavoz del Grupo Parlamentario Socialista.

Exposición de motivos y justificaciones por las que presentamos la siguiente proposición no de ley. Una,

porque de todos es sabido que la diabetes mellitus es una enfermedad de tratamiento crónico que afecta a más del 6 por ciento de la población de España, de tal forma que más de 4 millones de pacientes son tributarios de tratamiento antidiabético. Dos, de los estudios que se realizan se infiere que, con independencia de la gravedad en sí de la propia enfermedad, son de mayor trascendencia y ensombrecen el pronóstico las complicaciones de la misma. Tres, porque diversas asociaciones, entre las que destaca la Federación de Diabéticos Españoles, han puesto de manifiesto que una de las más frecuentes complicaciones es el denominado pie diabético, que consiste en una alteración del flujo sanguíneo y de la sensibilidad nerviosa en dicho miembro y que aporta un mayor riesgo de sufrir heridas que son de lenta y difícil curación, por lo que concomitantemente existe el riesgo de infecciones que ocasionan con frecuencia la amputación parcial o total del pie. También conviene hacer notar que las estadísticas recientes ponen de manifiesto que entre el 15 y el 20 por ciento de las personas diabéticas acaban sufriendo amputaciones de sus pies. Como último motivo de justificación de la proposición no de ley que presentamos debo decir que la prevalencia en España del pie diabético se sitúa entre el 8 y el 10 por ciento, según los datos que recientemente ha facilitado el propio Ministerio de Sanidad y Consumo.

Pienso que está sobradamente justificada esta argumentación y está también sobradamente justificado el espíritu que nos ha llevado a llegar a un acuerdo con el Grupo Parlamentario Socialista con el fin de redactar un texto unitario transaccional que reflejara los matices y puntos de vista distintos pero concurrentes en una cristalización final de la petición al Gobierno. En aras de la brevedad, considerando que ya hicimos llegar a la Mesa el texto de la enmienda transaccional, una vez que la portavoz del Grupo Parlamentario Socialista y yo mismo llegamos a un acuerdo, finalizo mi intervención agradeciendo al Grupo Parlamentario Socialista la sensibilidad que ha tenido para llegar a un acuerdo donde se recogieran nuestros puntos de vista. Quiero asimismo poner de manifiesto la plena disposición del Grupo Parlamentario Popular para que la proposición no de ley llegara con el mayor consenso y acuerdo posible de los miembros de esta Cámara.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Grande Pesquero): Como se había presentado una enmienda a esta proposición no de ley, aunque efectivamente confirmo que ha llegado a la Mesa el texto de una transaccional, para defender su enmienda tiene la palabra en nombre del Grupo Parlamentario Socialista la señora López i Chamosa.

La señora **LÓPEZ I CHAMOSA**: Más que defender mi enmienda, voy a fijar posición, ya que, como decía el portavoz del PP, el señor Gutiérrez Molina, hemos alcanzado un consenso entre los dos grupos y tenemos una enmienda transaccional. Ha sido fácil ponernos de

acuerdo porque los dos grupos somos conocedores del problema de los diabéticos, una enfermedad crónica que realmente afecta, según la Organización Mundial de la Salud, al 10 por ciento de la población, aunque se diga en todas las estadísticas que el 50 por ciento de ese 10 por ciento no sabe que tiene diabetes y normalmente acaba sabiéndolo cuando sufre alguna otra enfermedad y se procede a hacerle algún tipo de análisis. Esto es motivo suficiente para que los dos grupos mayoritarios de la Cámara podamos encontrar y alcanzar puntos de acuerdo que mejoren las condiciones de vida y de salud de esta población. Lo decía el señor Gutiérrez Molina, en España todavía hoy se hacen unas 8.000 amputaciones a personas diabéticas al año, lo cual es lo suficientemente impactante para que afrontemos esta situación. Además, dentro de las enfermedades crónicas, a veces la percepción que tienen los ciudadanos o los propios enfermos de ciertas enfermedades es muy distinta. Por ejemplo, hay veces que, cuando uno tiene una enfermedad reumática o incluso algunas lumbalgias considera que tiene una enfermedad suficientemente grave y, cuando es diabético, es incapaz a veces de saber la trascendencia de la enfermedad y los cuidados que ella requiere.

Antes de terminar sí me gustaría decir que, durante los últimos meses, desde el ministerio ya se ha venido trabajando con las comunidades autónomas en la elaboración del proyecto de real decreto sobre cartera de servicios básicos y comunes del Sistema Nacional de Salud y, a través de diferentes grupos de trabajo, se ha consensuado el contenido de las diferentes carteras de servicios en la atención primaria. Dichas atenciones y dicha cartera de servicios recogerán la atención a adultos, grupos de riesgo y enfermos crónicos, de tal manera que las actividades dirigidas a los cuidados preventivos de las personas con diabetes mellitus se contemplan en el proyecto de cartera de servicios actualmente en tramitación. Mi grupo lo que ha hecho es reflejar en nuestra enmienda esa situación. Sólo me queda ya, señora presidenta, congratularnos de que haya sido fácil alcanzar un consenso.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Grande Pesquero): Quiero pedir a las señoras y señores diputados que estén pendientes de cuándo tienen que intervenir, para poder estar presentes en la sala.

— **PARA LA INCLUSIÓN DE LA VACUNA CONJUGADA HEPTAVALENTE EN EL CALENDARIO DE VACUNAS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO DE ESQUERRA REPUBLICANA (ERC). (Número de expediente 161/001497.)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Grande Pesquero): Continuamos con el orden del día y vamos a ver el punto número 8, la proposición no de ley para la inclusión de

la vacuna conjugada heptavalente en el calendario de vacunas, que propone el Grupo de Esquerra Republicana. La señora Bonàs tiene la palabra.

La señora **BONÀS PAHISA**: Estaba siguiendo el debate por la televisión, pero pasar de un edificio a otro es un poco más largo de lo habitual.

La afección neumocócica es una causa importante de morbimortalidad y hospitalización en todo el mundo, representa una de las diez causas de muerte en los países desarrollados y el 40 por ciento de las muertes por neumonía en los niños menores de cinco años. Por otra parte, está creciendo la resistencia neumocócica a la penicilina betalactámicos; esta resistencia no parece asociarse a una mortalidad más alta, pero los antibióticos que resultan eficaces se van haciendo raros, porque se van aumentando los esfuerzos para disponer de una vacuna. Hasta ahora las vacunas de polisacáridos de que disponíamos no eran ni monogénicas en niños menores de dos años, pero las nuevas vacunas conjugadas han demostrado ser eficaces y bien toleradas por los niños. Dichas vacunas constituyen una solución para el control de las infecciones. La vacuna heptavalente fue aprobada por la Unión Europea en febrero de 2001 y se ha comercializado en España desde junio de 2001, el año de aprobación en Estados Unidos, el 2001, donde está incluida en el calendario vacunal. La vacunación tiene una indicación preferente en menores de 2 años; los comprendidos entre 2 y 5 años también se pueden beneficiar, pero tienen preferencia los grupos de riesgo. La Asociación Española de Pediatría, a través de su comité ejecutivo y como respuesta a las constantes solicitudes recibidas de los asociados, ha emitido un comunicado oficial con relación a este tema. Según este comunicado, la Asociación Española de Pediatría considera la vacuna antineumocócica conjugada heptavalente de alto interés sanitario, aconsejando su recomendación a nivel individual. El comité asesor de vacunas de la Asociación Española de Pediatría recomienda la vacuna neumocócica en las siguientes situaciones: 1, todos los niños sanos menores de 24 meses de edad; 2, niños sanos entre 24 y 36 meses en las siguientes situaciones: asistencia a guarderías, otitis media de repetición o cualquier otra situación de riesgo; 3, niños de cualquier edad con inmunidad comprometida. En función de la edad, se administrará la vacuna heptavalente o la vacuna 23-valente. Actualmente, a un 70 por cien de los niños en el Estado se les administra la vacuna heptavalente por recomendación de su pediatra, el 30 por ciento restante no la reciben porque los padres no pueden afrontar el coste. **(La señora presidenta ocupa la Presidencia.)**

Aunque el calendario vacunal es una competencia autonómica, existe un acuerdo de que los calendarios vacunales se modificarán según acuerdo tomado de forma consensuada en el seno del Consejo Interterritorial de Salud, con el fin de armonizar los distintos calendarios vacunales y evitar diferencias en el conjunto del Estado. El Consejo ya sometió a estudio la inclusión de

la vacuna heptavalente en el calendario y se desestimó, ya que se consideró que los serotipos existentes en el Estado son diferentes de los de la Unión Europea, ante la sorpresa de muchos pediatras, porque está en contradicción con otros estudios donde se clasificó la similitud de los serotipos en España a los de la Unión Europea en un 80 por ciento, que es lo habitual, a menos que el estudio se hubiera efectuado en una población pequeña y ya mayoritariamente vacunada.

Los pasados 26 y 27 de abril tuvo lugar un curso de vacunas en el Hospital del Valle d'Hebrón, de Barcelona. El doctor Fernando Moraga Llop habló de los efectos de la vacunación con la vacuna conjugada heptavalente en Estados Unidos en menores de dos años. Habló de 9.000 muertes menos entre los niños que la habían recibido en aquel país y de una reducción de 20.000 muertos en toda la población por el efecto barrera que ejerce en los niños vacunados. Hagan, señorías, la extrapolación de las muertes con la población de Estados Unidos y la de España. Recordó también el doctor Moraga que se ha introducido en los calendarios vacunales del Reino Unido, de Holanda, de Suiza y de Noruega, y recomendó su inclusión en el calendario vacunal en el conjunto del Estado. El Consejo interterritorial no se ha definido en este sentido a pesar de la recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría, lo que a nuestro entender está promoviendo dos tipos de sanidad según el poder adquisitivo de las familias. Por ello consideramos que corresponde a los representantes directos de los ciudadanos alertar al Consejo interterritorial que cabe reabrir los estudios y que la decisión que se tome tenga en cuenta las recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría, que los criterios para la decisión tengan en cuenta la salud o la vida, aunque sea de pocos niños, y no tanto criterios economicistas, para mantener así el carácter universal del Sistema Nacional de Salud.

Reconozco, señorías, que cuando preparé esta intervención estaba indignada por las muertes que las personas que me lo pidieron, un grupo de pediatras, me dijeron que se podrían ahorrar con esta vacunación. Mi posición fue muy tajante, y yo misma me he hecho a mí misma una transaccional en la que insto al Ministerio de Sanidad a reabrir, dentro del Consejo Interterritorial de Salud, el debate sobre la inclusión de la vacuna conjugada heptavalente teniendo en cuenta los datos más recientes.

Hay una enmienda de sustitución del Grupo Popular que va en ese sentido. Yo admitiría todos sus puntos, porque lo que refleja es la voluntad política de que este tema no está resuelto, que hay que seguir estudiándolo y seguir atendiendo a los datos más recientes que se van produciendo. El problema es, señorías, que, si acepto esa enmienda del Grupo Popular, va a decaer la propuesta, no va a ser aceptada. Entonces, he propuesto una transaccional con el Grupo Socialista en ese sentido, diciendo que hay una voluntad política de que ese tema no se puede cerrar, que se debe seguir estudiando, que se debe escuchar a la Asociación Española de Pediatría,

y que se vuelvan a considerar las decisiones que se tomaron en su momento. Esto será el contenido de esa transaccional, porque es a lo que yo puedo llegar como portavoz del Grupo de Esquerra Republicana.

La señora **PRESIDENTA**: Hay presentadas dos enmiendas a esta iniciativa; una del Grupo Parlamentario Popular y otra del Grupo Parlamentario Socialista. Para la defensa de la enmienda del Grupo Parlamentario Popular intervendrá el señor Vadillo.

El señor **VADILLO ARNÁEZ**: Señorías, no puedo por menos que estar de acuerdo con algunos de los argumentos de la portavoz del Esquerra Republicana, de la señora Bonàs, no con la totalidad, porque el tema de las vacunas sistémicas poblacionales es un tema muy complejo, en el que intervienen muchos factores, no el económico en sí, sino en términos de salud pública, que se llama de costo/beneficio, además de costo por unidad, etcétera.

Me van a permitir una pequeña introducción sobre las características generales de las vacunas, las que se consideran las cinco características fundamentales, dos de ellas principales, como son, primera, la seguridad de una vacuna y, después, su eficacia protectora, que deriva en la tercera característica, que es la capacidad de inumogenicidad. La seguridad en esta vacuna antineumocócica heptavalente está clara, asegurada, todos los estudios lo dicen. Su eficacia protectora frente a los serotipos circulantes para los que está indicada está clarísima, no hay dudas tampoco en ello, e incluso parecer ser que tiene algún efecto de protección de grupo y de disminución de portadores crónicos, que por cierto no he visto nada hablado ni en el informe del ministerio ni en otros comentarios, que tienen una importancia también muy grande respecto de la necesidad o no de aplicar una vacuna. Los otros factores que intervienen son la estabilidad frente a los factores ambientales, algo claro, su capacidad de permanecer en el tiempo, de moverse, de llevarse a los sitios donde se va a poner... y uno que es fundamental en salud pública, que es que tenga un coste de producción bajo relativo al número de caso que hay, que es lo que se llama eficiencia.

Esto no es economicismo ni solamente mirar lo económico; el dinero en sanidad es siempre el que es, es limitado, y hay que tener presente lo que se denomina costo por año de vida ganado, porque la aplicación de un determinado dinero a un proceso debe tener en cuenta que si se aplica ese proceso cuyo costo por año de vida es superior al de otros procesos, lo que se está evitando en una ganancia de años de vida la población por dedicarse el dinero a una cuestión de impacto menor. Pero en este caso, en el caso del neumococo, hay que estudiarlo todo muy bien.

En este momento creo que hay algo más de veinticinco vacunas sistémicas que podrían aplicar en el mundo a la población general. Hay diferencias entre países en su aplicación. Hay algunas que se consideran

individuales, como en España en este caso la vacuna heptavalente antineumocócica, otras, poblacionales, y depende de los países, de su estado de salud y desde luego, y muy claro, de sus presupuestos. Las vacunas conjugadas en España siempre han dado grandes problemas para su introducción y han sido objeto de enorme discusión y debate tanto en el seno de las comunidades autónomas, en los parlamentos autonómicos, en los nacionales y en la propia Comisión Nacional de Salud Pública, de la que me he honrado en pertenecer, y estos temas siempre han salido. Estoy recordando en este momento que este mismo debate con la vacuna antineumocócica se planteó con la vacuna del haemophilus. Sus cifras, indicadores, estado de prevalencia... es muy similar a la vacuna antineumocócica actual en lo que se supone. Se manejaban cifras de impacto en Estados Unidos, como en casi todo este tipo de vacunas conjugadas por su alto precio; primero se miran ese país porque se fabrican expresamente para ese país y después de se extiende al resto del mundo. Pero luego, por criterios muchas veces de apariencia política, se acabó poniendo con un resultado en salud enorme, hoy en día admitido, y a nadie se le ocurriría pedir la retirada de la vacuna del haemophilus.

Exactamente igual pasó con el caso del meningococo; su impacto posiblemente es menor que el de la infección invasiva neumocócica, que por motivos políticos que este momento todos recordamos de una presión social enorme, se acabó poniendo la vacuna del meningococo, y yo me honro de haber estado en La Rioja en ese momento en que fuimos los primeros, muy criticados, y hoy en día nadie lo discute, y cuyo coste también era muy elevado, y que también ha ocasionado, igual que en la vacuna del haemophilus, desplazamiento de serotipos y aparición de infección por nuevos serotipos. Este es un tema de debate científico grande, el desplazamiento de serotipos, no muy bien aclarado, donde hay muy diferentes estudio que luego pasaré a analizar. Todos con dudas, pero ninguno después de aplicarse. Esto es claro, lo reconocen todos los expertos en vacunas, entre ellos uno que fue compañero mío en la Comisión de Salud Pública, como el profesor Salleras, posiblemente uno de los mayores expertos en el mundo en tema de vacunas y que, por cierto, estaba a favor de la implantación de la vacuna antineumocócica heptavalente, pero reconocía que su consejero de Hacienda posiblemente lo ahorcara en el camino al salir de la Comisión de Salud Pública, igual que otros directores generales de Salud Pública, porque el tema presupuestario en esta vacuna es clave en la decisión de aplicarla o no, además de las situaciones de cierto desconocimiento que hay en España, y ahí va el sentido de nuestra enmienda porque creemos que hay que ampliar el conocimiento epidemiológico, y en ello creemos que sería fundamental incluirlo entre las enfermedades de declaración obligatoria en nuestro país y quizá incluso el dedicar cierto dinero de investigación a incentivar que dentro de los hospitales o incluso de toda la red sanitaria, se intentara averiguar lo que posi-

blemente sea infradeclaración o infradiagnóstico en el caso del neumococo.

Nuestra cifras difieren de Estados Unidos, también de otros países europeos, pero por ejemplo yo quisiera recordar que en Estados Unidos incluso en atención primaria se hace hemocultivo; quizá sea derivación de la medicina defensiva, pero se hace hemocultivo en todos los niños que presentan infecciones que puedan tener desde lejos sospecha de ser causadas por neumococo, tanto invasivas como no invasivas. En España, y en casi toda Europa no se le ocurre a nadie, también por el costo del medio, el hacer hemocultivo a todo niño que aparezca en atención primaria con cifras de fiebre de 39 grados. Esto posiblemente ocasione una diferencia entre la aparición de diagnósticos de neumococo con certeza o no entre Estados Unidos y España. No hay que pensar que las cifras tienen que ser muy diferentes entre Estados Unidos, Alemania, Finlandia, Noruega, Francia y España porque en el mundo desarrollado generalmente todos estos serotipos suelen circular por el mundo global y no suele haber muchas diferencias.

En España hemos tenido actualmente una posible diferencia con otros países, que es en la incorporación, bienvenida generalmente, aunque mal regulada por el Gobierno y mal provocada en lo que ha sido una gran afluencia masiva en los últimos tiempos, de personas de países subdesarrollados, de países subsaharianos, de países de Sudamérica donde los serotipos circulantes estaban ya analizados antes y se sabe que eran otros serotipos circulantes, que son los que están apareciendo en España como desplazando a los serotipos que estaban en los últimos estudios que se realizaron, por ejemplo, hace cuatro o cinco años, tanto en Cataluña como en Madrid o incluso en Andalucía, y están cambiando esos serotipos. ¿Esto se debe a la vacunación? No lo sabemos, porque tampoco sabemos el grado de vacunación, la cobertura vacunal que ha habido en España por la vacuna antineumocócica heptavalente que se está poniendo de manera libre indicada por los pediatras.

Hay otro factor que ha podido intervenir en el desplazamiento de los serotipos, como es el que varias comunidades autónomas, me honro de haber sido la primera cuando estaba de director general de La Rioja, están poniendo, por diversos motivos, entre ellos algunos de enorme severidad que luego comentaré, la vacuna antineumocócica de polisacáridos a personas de riesgo y mayores de 65 años, exactamente igual que la vacuna de la gripe. Todo esto ha podido interferir, no se ha tenido en cuenta o no se ha plasmado en el informe del ministerio sobre las enfermedades invasoras o invasivas, el término que prefieran, y creo que debiera ser cuestión de estudio.

Otros países, tanto europeos, como en Estados Unidos, están viendo que ha habido un pequeño desplazamiento de serotipos, exactamente igual que ha ocurrido con el haemophilus, exactamente igual que ha ocurrido con el meningococo. Este desplazamiento de serotipos, de aparición de enfermedades invasivas por los serotipos

desplazados, parece ser que es inferior al número de enfermedades invasivas evitadas por la implantación de la vacuna. Todo esto debe ser sujeto de estudio y no se puede dar con tanta alegría, yo creo, una opinión en este momento sobre si se debe o no se debe. Creo que hay que estudiar y profundizar, que el informe se debe mejorar y, para ello, en nuestra enmienda hemos presentado diversos puntos que yo creo que pueden servir para aclarar esta situación y tomar una decisión correcta porque, como bien decía la señora Bonàs, estamos jugando con vidas de niños. Esto es algo grave de manera individual y de también de manera colectiva.

Saber si una meningitis es neumocócica o es meningocócica es muy importante. Todos los que hemos sido profesionales de la sanidad, de la medicina, y hemos ejercido, nos hemos encontrado muchas veces con ausencia de identificación del tipo de bacteria que ha ocasionado una meningitis, muchas veces porque por desgracia no hay microbiólogos de urgencia, de guardia, en los hospitales, algo que conocemos varios de los que estamos aquí, entre ellos algunos por delante y algunos por detrás, es una situación peculiar, pero, a veces inevitable, pero que la muestra que se coge de suero para el día siguiente o dos días ya no es válida para su identificación y simplemente aparece que es un coco gram positivo. Ese coco gram positivo casi siempre en España, por la fama tipo mito, pues se dice: habrá sido meningococo. Hay que recordar que el neumococo es otro coco gram positivo que tienen también una alta prevalencia entre las meningitis, una gravedad similar o parecida y que pertenece al mismo grupo de bacterias que pertenece el meningococo. Posiblemente estemos ante casos de infradiagnóstico o incluso de infradeclaración, porque todo el mundo tampoco se dedica a mirar una neumonía que caracterización bacteriológica tiene.

Para no extenderme mucho, en este momento diversos estudios conceden a los serotipos que están incluidos en la vacuna heptavalente antineumocócica, una presencia en España del 83 por ciento de serotipos circulantes. Estos estudios, un estudio del año 2001-2002, que se realizó en Cataluña, hay otro en la Comunidad de Madrid, y hay otro en la Comunidad de Andalucía. Y esto más o menos es así, depende de edades, desciende hasta el 73 en las edades de hasta 24 y 36 meses, pero es el 83, en los estudios que se han realizado amplios y con amplia cobertura de población, hasta el 83 en niños entre 6 y 24 meses. La cifra de serotipos que se da en el informe pertenece a los que ya estaban con enfermedades invasivas, no a población general, con lo cual puede haber dudas también sobre diagnóstico dentro de los propios hospitales.

Quiero recordar también aquí que la OMS, la Organización Mundial de la Salud, la incluye dentro del calendario sistémico poblacional recomendado para países industrializados. Lo hace por una diferencia clara de costo y de capacidad presupuestaria, pero la incluye dentro de una vacuna recomendada para el calendario sistémico poblacional. Aquí debo recordar que el precio,

perdonad, me extiendo pero termino enseguida, el precio influye mucho. Si la vacuna costara en este momento menos de 43 dólares por dosis...

La señora **PRESIDENTA**: Señorías, le recuerdo que es usted enmendante y está consumiendo demasiado tiempo.

El señor **VADILLO ARNÁEZ**: Es para explicar la enmienda; y enseguida termino ya.

La señora **PRESIDENTA**: Conocemos su erudición.

El señor **VADILLO ARNÁEZ**: A veces no puedo evitar el conocer el tema en profundidad. Terminó. Si la vacuna tuviera un coste por debajo de 43 dólares dosis nadie dudaría en ponerlo por impacto social beneficioso. Si fuera de 18 dólares, por ejemplo, se mide en dólares no en euros el coste de las vacunas, estaría caro incluso como provisor puro de servicios sanitarios por evitación de coste de morbimortalidad. En este momento en España el coste es superior y es algo que sí que tienen en cuenta las administraciones.

Yo quisiera que se tuviera en cuenta una cuestión que parece que al Gobierno no lo preocupa, que no se ha tenido en cuenta, pero sí a otros gobiernos del mundo, a la propia OMS, y que se ha pedido en todos los planes de mundiales de la OMS, o nacionales de muchos países, que se valore seriamente la vacunación antineumocócica heptavalente en función de una nueva situación, que es la de una posible pandemia de gripe. Esto está en todos los documentos de la mayor parte de los países, menos en el español. Por una cuestión muy sencilla, el coste eficiencia, el coste eficacia y el coste oportunidad de la vacuna neumocócica heptavalente cambiaría enormemente a favor de poner la vacuna en caso de declararse una pandemia de gripe, algo que es de posibilidad, algunos dicen de certeza, pero que esa posibilidad es cierta y va venir, o por lo menos tener un stock suficiente, porque en caso de declararse habría insuficiencia de vacunas en el mundo.

La señora **PRESIDENTA**: La enmienda presentada por el Grupo Parlamentario Socialista será defendida por la diputada señora Carcerdo.

La señora **CARCEDO ROCES**: Antes de presentar y defender la enmienda, quería hacer una breve valoración de la iniciativa por el propio contenido de la proposición no de ley.

En primer lugar, me gustaría comentar que me parece muy interesante la preocupación sobre esta enfermedad y, sobre todo, la incidencia en la población infantil, pero tengo que poner de manifiesto que el enfoque de la iniciativa se hace desde una perspectiva exclusivamente asistencial y de tratamiento individual. En cambio, la propuesta es una medida de carácter poblacional dirigida

a la comunidad y, por tanto, es una medida de salud pública. Lo que pretendemos con la enmienda que presentamos es trasladar esta decisión al ámbito que corresponde, es decir, al ámbito de la salud pública. Es muy encomiable la preocupación de los médicos y de los pediatras asistenciales y las recomendaciones que ellos proponen, pero una medida de esta envergadura debe de tener en cuenta el impacto epidemiológico de una decisión de la incorporación de una vacuna masiva y también los efectos de la eficacia en los criterios de la decisión de una vacuna, como apuntaba en señor Vadillo, de la eficacia inmunológica en la prevención de una enfermedad, y también de los efectos, los posibles cambios que puede provocar sobre el padrón epidemiológico.

Teniendo presente todas estas circunstancias, y desde la base de la situación competencial de la salud pública en nuestro país, el Ministerio de Sanidad y Consumo promovió, en el seno del Consejo Interterritorial y desde la Comisión de Salud Pública, a partir de la ponencia específica de programas y de registro de vacunas, la realización de un estudio sobre la vacuna conjugada heptavalente del neumococo, la situación en España de la enfermedad y su evolución. Según la distribución de responsabilidades en un país basado en una democracia parlamentaria como la nuestra, parece lógico que sobre los asuntos que afectan al conocimiento científico, al saber, al quehacer y la responsabilidad profesional, en este caso, de la epidemiología, los poderes políticos traslademos la inquietud o la voluntad de resolver un problema, pero cómo se resuelve ese problema lo deben definir los profesionales conocedores de la materia, en este caso los epidemiólogos, y apliquen el conocimiento científico de que se dispone en cada momento. Por tanto, teniendo en cuenta todos estos antecedentes, parece lógico que desde esta institución nos fiemos de las conclusiones de los profesionales de esta materia, en este caso que forman parte de la ponencia de programas y registros de vacunas, no solamente los expertos del Ministerio de Sanidad y Consumo, sino de todas las comunidades autónomas, en coordinación con el Instituto Carlos III, teniendo como apoyo el laboratorio de referencia de salud pública, para que tengamos en cuenta las conclusiones de un estudio que se puso en marcha desde esta Comisión a fin de conocer con precisión cuál es la situación, tanto la situación de la enfermedad en España como de los efectos de la incorporación de la vacuna heptavalente, que de forma esporádica y de forma individual se está prescribiendo por parte de los pediatras.

Las conclusiones de este estudio que concluyó en julio de 2004 son: que a pesar de la introducción, como decía, en forma de prescripción individualizada de esta vacuna no ha habido una disminución de la incidencia de la enfermedad en España, que sí ocurrió en otros países, como en Estados Unidos que tiene un patrón de los serotipos de neumococo diferente al de España. La segunda conclusión es que la meningitis neumocócica está aumentando como consecuencia del cambio del

patrón serológico que está generando la incorporación de la vacuna y que en comunidades donde ha habido una mayor vacunación, no se ha demostrado una disminución de la incidencia de la enfermedad. Por tanto, la conclusión de esta Comisión (que yo ni quito ni pongo, es la Comisión que en nuestro Estado parece la lógica porque confluyen las distintas responsabilidades competenciales en la materia junto con el sector profesional específico de la materia, como es la salud pública) y de los epidemiólogos en este caso es que solamente la indicación está orientada a niños que padezcan enfermedades crónicas o tengan una afectación inmunológica. Los poderes públicos deben de seguir prestando especial atención a este asunto, ver la evolución epidemiológica de la enfermedad, analizar los cambios de los serotipos, es decir, del neumococo existen 90 serotipos diferentes y la vacuna no es eficaz frente a la totalidad y tampoco se producen inmunidades cruzadas, por tanto hay que tener presente esta circunstancia, cómo evoluciona en nuestro medio, en nuestro entorno, en nuestro país.

Concreto la enmienda que presentamos que es, a partir de la situación actual, del conocimiento que las administraciones tienen de la situación, qué es lo que hay que hacer y en qué hay que seguir trabajando. A eso orientamos nuestra iniciativa, recogiendo la sensibilidad especial que tanto el grupo autor de la iniciativa como lo que se desprende también de otros grupos que manifiestan su preocupación, prestando especial atención a este asunto, y que esa ponencia continúe su trabajo y adopte las conclusiones que, desde el punto de vista del conocimiento científico y de la responsabilidad de las administraciones públicas, se deriven.

La señora **PRESIDENTA**: Señora Bonàs, qué postura mantendrá en relación a las dos enmienda que han sido presentadas a su iniciativa.

La señora **BONÀS PAHISA**: Simplemente daremos una transaccional a la Mesa.

— **RELATIVA AL RECONOCIMIENTO DE LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA INFANTO JUVENIL. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/001578.)**

La señora **PRESIDENTA**: Pasamos a la proposición no de ley relativa al reconocimiento de la especialidad de psiquiatría infanto juvenil, y que lo es del Grupo Parlamentario Popular, para cuya defensa tiene la palabra el señor Martín Soledad.

El señor **MARTÍN SOLEDAD**: Para concluir con esta jornada que nos ha ocupado prácticamente el 40 por ciento de las iniciativas con relación a temas de salud mental, he de manifestarles mi agradecimiento, sobre todo, porque esta Comisión demuestra su sensibilidad

hacia esos temas, de tal manera que hemos llegado a textos transaccionales y en concreto con esa iniciativa. Tras negociar con la portavoz del Grupo Socialista, a la sazón pediatra y perfecta conocedora de la justificación de la proposición no de ley a la que voy a referirme, posiblemente lleguemos a un texto transaccional que pueda dejar abierta una puerta para que en un futuro inmediato se pueda regular la especialidad de psiquiatría infante juvenil

Como les decía, señorías, desde la Ley General de Sanidad de 1986, Ley 14/1986, de 25 de abril, marco integrador de la atención a la salud mental dentro del sistema sanitario, la evolución de dicha atención ha sido, como hemos podido ver a lo largo de la mañana, deficiente y precaria, además de desigual en las diferentes comunidades autónomas de nuestro país. Y si los problemas mentales o psíquicos han sufrido una cierta marginación del sistema sanitario durante mucho tiempo con relación a los temas de salud en general de los ciudadanos, la salud mental infante juvenil ha sido y sigue siendo, con respecto al sistema de atención a la salud mental del adulto, la gran marginada, pues sufre una doble marginación y discriminación.

En conclusión, existe una dotación precaria y deficiente de recursos económicos, profesionales y de dispositivos asistenciales, mucho más importante que en la atención a la salud mental de los adultos, que como hemos dicho anteriormente es precaria. Se reconoce la necesidad de una formación y acreditación específica de los profesionales que trabajan en el ámbito de la salud mental infante juvenil, sin embargo, curiosamente, y como he recalado en anteriores intervenciones, España es el único país de la Unión Europea y de los pocos de Europa en general, que no tiene reconocida ni acreditada oficialmente la especialidad médica de psiquiatría infante juvenil. La formación del psiquiatra en España está dirigida y orientada sobre todo hacia el adulto. Los médicos que se ocupan en España, dentro de los pocos y desiguales recursos que existen para la atención de la salud mental infante juvenil, proceden de la especialidad de psiquiatría de adultos y en un mínimo porcentaje de la de pediatría. Pero gracias a Dios existe un colectivo importante formado especialmente en el extranjero durante varios años. Desde hace muchos años, quizá demasiados, el reconocimiento y acreditación oficial de la especialidad médica de psiquiatría infante juvenil se halla paralizado en la Comisión Nacional de Especialidades Médicas, organismo dependiente del Ministerio de Sanidad, sin que este primer paso de reconocimiento y acreditación oficial permita dar los siguientes para lograr una adecuada atención en salud mental infante juvenil en nuestro país.

Recientemente se ha reconocido la psicología clínica como especialidad dentro del campo de la psicología y se ha elaborado un reglamento. Sin embargo, hasta ahora no existen noticias conocidas acerca de la regulación oficial, tanto de la psiquiatría infante juvenil como de la superespecialidad de psicología infante juvenil. Y es la

ausencia de formación y acreditación específica en salud mental infante juvenil la que conlleva la falta de centros debidamente preparados y acreditados para la formación específica de estos profesionales, círculo vicioso que puede traer graves consecuencias para nuestro país y más concretamente para la población infante juvenil. Sin recursos suficientes y con profesionales no debidamente formados ni acreditados ¿qué clase de atención les estamos prestando?

Si la prevención primaria de los trastornos psíquicos de los adultos se debe hacer en la infancia y en la adolescencia, estamos ante una grave responsabilidad, que es formar a los profesionales que puedan detectar de manera precoz este tipo de problemas. Así fue visto por el Defensor del Pueblo, que en repetidas comunicaciones al Ministerio de Sanidad le remitía siempre en unos plazos siempre incumplidos con relación a que la especialidad de psiquiatría infante juvenil se hallaba, permitían la expresión, empantanada dentro de la Comisión Nacional de Especialidades. La prevención, atención y rehabilitación de los trastornos graves de desarrollo del niño y del adolescente se han dejado prácticamente de lado. Carecemos de una adecuada atención ambulatoria, hay muy pocos recursos intermedios, así como hospitales de día y centros de día. Quiero relatarles que en el caso concreto de la conversación que he mantenido con la portavoz socialista, la provincia de León cuenta con un único especialista en psiquiatría infante juvenil para toda la provincia. Los programas mixtos terapéutico-educativos para estos niños y jóvenes son prácticamente inexistentes. Los adolescentes de más de 14 años cuando tienen una crisis psiquiátrica que hace necesaria su hospitalización, en la mayor parte de los casos son hospitalizados en las unidades de psiquiatría de adultos, dado que la normativa todavía existente del antiguo Instituto Nacional de la Salud contemplaba la barrera de los 14 años como el paso de la edad infantil a la edad adulta.

En resumen, señorías, si queremos que todo esto empiece a cambiar verdadera y profundamente, empecemos por el principal dispositivo asistencial de la red de salud mental, que es el profesional. No dejemos pasar más tiempo sin que los profesionales que se ocupan de la salud mental de nuestros niños y adolescentes tengan la formación y la acreditación específica necesaria. ¿Cómo es posible que España no tenga reconocida esta especialidad, cuando la misma Administración está exigiendo periodos formativos de cuatro años específicamente en psiquiatría infante juvenil a los profesionales de la Unión Europea que se están desplazando a España para desarrollar su actividad profesional?

Señorías, debemos ya adecuar de una vez por todas las titulaciones de la práctica normal de los otros países de la Unión Europea y, debemos de hacerlo de la manera más ágil posible, sin que se nos pueda acusar de ser los causantes de crear déficits asistenciales en unos momentos cruciales del desarrollo de la personalidad de los ciudadanos, de nuestros niños y de nuestros adoles-

centes. Al mismo tiempo hay que ser muy respetuosos con la labor de los profesionales, los cuales en estos momentos están sometidos a una situación de discriminación antes los profesionales de otros países que vienen a establecerse en España.

Señorías, como les decía, creo que el texto transaccional que vamos a estar en condiciones de votar favorablemente, va a abrir esa puerta para que se produzca de hecho ese reconocimiento y esa homologación de la titulación de especialista en psiquiatría infanto juvenil con la de los demás países de la Unión Europea.

La señora **PRESIDENTA**: Para defender la enmienda que el Grupo Socialista ha presentado a la proposición no de ley, tiene la palabra la señora Velasco.

La señora **VELASCO MORILLO**: Inicio, si me permite, haciendo una referencia: es competencia de las comunidades autónomas el desarrollo de la asistencia sanitaria también en el ámbito de salud mental. Efectivamente, en León solo hay un psiquiatra infantil y la responsabilidad de la asistencia sanitaria corresponde al partido que representa el portavoz del Partido Popular. No es cuestión de entrar en el debate de responsabilidades; hay una evidencia que es la situación de la atención en el ámbito de la salud mental a los niños y a los adolescentes y nuestro grupo comparte que requiere habilidades concretas, un enfoque multidisciplinar y mucho más dinámico y una capacitación acorde. Como decía el portavoz del Partido Popular, hemos negociado y vamos a presentar a la Mesa una transaccional que realmente cumpla el objetivo de esta proposición que plantea el Grupo Parlamentario Popular. Pero antes, si me permiten, voy a hacer una valoración respecto de cómo llegar a esa formación cualificada. Nuestro ordenamiento jurídico admite varias posibilidades de desarrollo de las especialidades, una de ellas son las áreas de capacitación específica; otra puede ser la creación de una especialidad nueva; y otra, que es la que realmente comparte nuestro grupo, y realmente también los comités de expertos, es a través de una especialidad con formación troncal. Eso es mucho más flexible y permite además una mayor reorganización de los profesionales sanitarios, de acuerdo con las necesidades del Sistema Nacional de Salud. Pero dicho esto, es necesario tener en cuenta una serie de cuestiones para abordar estas soluciones, tales como que las diversas comisiones nacionales de especialidades estén informadas, conozcan y definan cuál es el modelo más adecuado, que se definan también los curriculares, las formaciones y las capacidades que tienen que tener los profesionales que se van a dedicar al sistema y, por otra parte, conocer también la opinión de las comunidades autónomas.

En este sentido, nosotros habíamos presentado enmiendas a la proposición no de ley del Grupo Popular, pero como decía el portavoz del Partido Popular, hemos llegado a un acuerdo en una transaccional que yo creo

que es mucho más operativa, porque lo que pedimos es que se promueva una cuestión que ya se está haciendo, el debate y la negociación en el seno de la comunidad científica, representada por el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y, dentro de éste, por la Comisión Nacional de Psiquiatría y Pediatría, con el fin de agilizar la trasposición de la Directiva europea relativa al reconocimiento de las cualificaciones profesionales y se defina el programa formativo, de acuerdo con el modelo biopsicosocial que establece la Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, y la Ley 14/1986, General de Sanidad.

Esta Directiva europea relativa al reconocimiento de las cualificaciones profesionales, hay que trasladarla a la legislación española a lo largo del año 2007. Lo que prevé es orientar la creación de especialidades troncales que favorezcan la libre circulación de profesionales en el ámbito de la Comunidad Europea. Por otra parte, deseo recordar que el propio subsecretario de Sanidad, en comparecencia reciente en el Congreso para abordar el desarrollo de algunas especialidades, también se hacía eco del interés del ministerio en avanzar en el desarrollo de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias atendiendo a los criterios de troncalidad y, en concreto, poder desarrollar con posterioridad la superespecialización a través de las áreas específicas de capacitación. Esto lo suscriben ya las comisiones nacionales de especialidades y, en concreto, el Consejo Nacional de Especialidades Médicas, como órgano asesor, por ahí se ha orientado igualmente. El subsecretario de Sanidad hacía referencia en particular a la especialidad de psiquiatría infanto juvenil.

Por tanto, y con este texto transaccional, damos cobertura al objetivo de la proposición no de ley y también a las enmiendas de nuestro grupo parlamentario. Si le parece bien a la Presidencia, trasladamos el texto de la transaccional y solicito previamente un minuto para que lo puedan ver el resto de los grupos parlamentarios que no han tenido posibilidad de leerla porque no han estado.

La señora **PRESIDENTA**: Hemos acertado con el cálculo del tiempo, según parece. Hago, por tanto, llamamiento a los señores portavoces de los grupos para que vayan avisando a los respectivos miembros y se pueda proceder a las votaciones, de la misma manera que indico que las transacciones que todavía no se han entregado a esta Mesa sean traídas cuanto antes. Además, me parece que por haberse debatido en el día de hoy la última iniciativa, la relativa al reconocimiento de la especialidad de psiquiatría infantil, y otras dos iniciativas más referidas a salud mental, quizá fuese bueno poner en conocimiento de SS.SS. que en este momento en la Cámara, dentro de la Comisión referida a problemas de la droga, existe un grupo de estudios que lo es para sacar las consecuencias que correspondan en relación con las alteraciones que el consumo de drogas causa en la infancia y en la juventud, con especial apartado referido

a la salud mental. Lo digo para que SS.SS. lo conozcan por si tuviesen interés, en participar a través de sus respectivos grupos. Está resultando realmente interesante, ya que tiene una vertiente sanitaria indudable, y referida a tres de las iniciativas que hemos visto en el día de hoy. Sin más señorías, votaremos en cuanto tengan todas las transacciones presentadas.

Suspendemos por tres minutos, todo lo más cinco, la sesión para que podamos proceder a continuación a realizar las votaciones. **(Pausa.)**

La señora **PRESIDENTA**: Reanudamos la sesión de la Comisión y procedemos a efectuar las votaciones. En primer lugar, va a ser votada la proposición no de ley relativa a la realización de un estudio en el que se reflejen los datos de la ludopatía en España. Tenía una enmienda que no ha sido aceptada por el grupo parlamentario proponente, que era el Grupo Socialista, por lo tanto se vota la proposición no de ley en sus propios términos.

Efectuada la votación, dijo

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

En segundo lugar, la relativa a la hemofilia y otras patologías de transmisión genética ligadas al sexo. Existía un enmienda presentada por el Grupo Parlamentario Popular y ha sido objeto de la correspondiente transacción que paso a leer a sus señorías: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a: 1) Promover los estudios epidemiológicos que posibiliten la detección temprana de portadoras y el desarrollo de medidas para prevenir la transmisión. 2) Adoptar las medidas para que desde el estricto cumplimiento del Convenio relativo a los derechos humanos y biomedicina (Convenio de Oviedo, 1997), y de acuerdo con las previsiones de la Ley de Técnicas de Reproducción Humana Asistida... (les añado yo que es imposible citar por su fecha y por su número, porque todavía está pendiente de la ratificación por el Jefe del Estado, con lo cual creo que queda suficientemente claro, aunque no sea la cita todo lo correcta que debiera o todo lo completa que debiera y continúo con el texto de lo que ha sido objeto de transacción) ...se haga efectiva la posibilidad de que la descendencia de los afectados por enfermedades genéticas ligadas al sexo, como la hemofilia, no padezca ni sea portadora de la enfermedad, mediante técnicas de diagnóstico preimplantacionales. 3) Que una vez aprobado el Real Decreto de cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, se impulse, en el seno de Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, la priorización de la valoración de las propuestas que se presenten para incluir en la misma prestaciones relativas a las medidas para prevenir la transmisión de la enfermedad. 4) Que en el seno del Consejo Interterritorial se estudien todos los aspectos que permitan la posi-

bilidad de hacer extensibles las medidas antes citadas a otras enfermedades genéticas graves. Este es el texto que sometemos a votación.

Efectuada la votación, dijo

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

A continuación votaremos las iniciativas 3 y 4, sobre política de salud mental y sobre la situación de la salud mental en el Servicio Nacional de Salud. Igualmente ha habido negociaciones entre las formaciones políticas, ya que existían enmiendas presentadas a las mismas. Lo que someteremos a votación será el siguiente contenido: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a que en un plazo de seis meses presente ante el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud la estrategia de salud mental que garantice la equidad entre los distintos territorios del Estado español, siguiendo los principios de establecidos por la Declaración Europea de Helsinki, a fin de contar con un marco y políticas públicas en materia de salud mental que permita el adecuado desarrollo del artículo 20 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, así como las previsiones establecidas en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad en el Sistema Nacional de Salud. En el punto 2) se dice que, en la estrategia de salud mental se fomenta una atención basada en un modelo comunitario que garantice una adecuada integración social de los enfermos mentales. Este texto será lo que, a continuación, pasaremos a votar.

Efectuada la votación, dijo

La señora **PRESIDENTA**: Quedan aprobadas por unanimidad.

No existían enmiendas presentadas al punto 5 del orden del día, por lo tanto lo que se somete a votación es el tenor literal de la proposición no de ley que ha presentado el Grupo Parlamentario Popular, y era relativa a la atención primaria en el Sistema Nacional de Salud.

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

La señora **PRESIDENTA**: Está rechazada.

Proposición no de ley número 6, relativa a la adopción de medidas frente al sida. Existían enmiendas presentadas, la iniciativa pertenecía al Grupo Popular y ha sido enmendada por el Grupo Socialista. Han presentado a la Mesa transacción del siguiente tenor, que leo a ustedes. El Congreso de los Diputados insta al Gobierno: 1) A que una vez aprobado el Real Decreto de cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y, el

procedimiento para su actualización, el Ministerio de Sanidad y Consumo promoverá en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, la priorización de las propuestas que se presenten para la inclusión en la misma de la prestación de salud bucodental integral a los pacientes de sida. Como punto número 2): A que se realice un estudio sobre la evidencia disponible de los distintos tratamientos de la distrofia facial, priorizando en su caso y, de acuerdo con las conclusiones del citado estudio, las propuestas que se presenten sobre inclusión en la cartera de servicios del tratamiento de la distrofia facial. Punto 3): A seguir impulsando las políticas de prevención y detección precoz de la enfermedad en el marco del plan multisectorial del Plan Nacional sobre el sida, y para mejorar los resultados terapéuticos. Y el punto 4): Que el Ministerio de Sanidad y Consumo, en colaboración con las comunidades autónomas y ayuntamientos, intensifique las campañas tendentes a sensibilizar a la sociedad hacia los problemas que padecen las personas afectadas por el sida, para evitar y luchar contra cualquier forma de discriminación social y laboral.

Efectuada la votación, dijo

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

Proposición no de ley número 7, relativa a la inclusión en atención podológica preventiva a las personas con diabetes mellitus dentro del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud. También ha sido objeto de transacción presentada por el Grupo Popular y con una enmienda de acercamiento presentada por el Grupo Socialista. Lo que se somete a votación es que el Congreso de los Diputados insta al Gobierno: 1) Para que en el plazo más breve posible, de acuerdo con el Consejo Interterritorial, una vez aprobado en el Real Decreto de cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, se priorice la valoración de las propuestas que se presenten para la inclusión en la misma de prestaciones relativas a la atención podológica de los afectados por diabetes mellitus. 2) Que la estrategia para la diabetes que se presentará en breve ante el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, contemple los aspectos de prevención, diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus, estableciendo indicadores y objetivos que permitan la adecuada priorización de actuaciones.

Efectuada la votación, dijo

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

Proposición no de ley número 8, referida a la inclusión de la vacuna conjugada heptavalente en el calendario de vacunas, presentada por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana. Ha tenido enmiendas del Grupo

Parlamentario Popular y del Grupo Parlamentario Socialista y ha sido también objeto de un texto transaccional que leo a ustedes: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a que en el seno de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a través de la ponencia de programas y registros de vacunas, se preste especial atención a la vigilancia sobre la evolución de la enfermedad neumocócica y los serotipos responsables de la misma en nuestro medio.

Señor Mingo ¿qué desea?

El señor **MINGO ZAPATERO**: A la iniciativa del Grupo de Esquerra Republicana ha habido una enmienda del Grupo Socialista, no ha sido aceptada la enmienda del Grupo Parlamentario Popular, y pediríamos explicación de voto en medio minuto, señora presidenta.

La señora **PRESIDENTA**: Tiene la palabra, señor Mingo.

El señor **MINGO ZAPATERO**: Nuestro grupo, como ha defendido el diputado Vadillo, ha presentado una enmienda en la que se solicita al Gobierno y a las distintas comunidades autónomas que hagan todos los esfuerzos necesarios para incorporar la vacuna en determinadas circunstancias, como aconsejan los científicos y como aconsejan distintos países. No ha sido aceptada la enmienda del Grupo Parlamentario Popular, pero aún así nosotros votaríamos afirmativamente la propuesta del Grupo de Esquerra Republicana. La aceptación por parte de la señora Bonàs de la enmienda del Grupo Socialista desvirtúa la propuesta inicial y eso nos condiciona a votar que no.

La señora **PRESIDENTA**: ¿El grupo proponente de la iniciativa o el socialista desean alguna explicación posterior? (**Pausa.**) No siendo así, sometemos el texto a votación.

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

La señora **PRESIDENTA**: Queda aprobada.

Punto último del orden del día, la proposición no de ley, también del Grupo Parlamentario Popular, relativa al reconocimiento de la especialidad de psiquiatría infanto juvenil. En este caso, presenta una enmienda el Grupo Socialista, y también se ha presentado a esta Mesa un texto transaccional, como ha ya había sido anunciado por los dos portavoces de los grupos mayoritarios en sus receptivas intervenciones. Se insta al Gobierno a que promueva el debate y la negociación en el seno de la comisión científica representada por el Consejo de Especialidades en Ciencias de la Salud, y dentro de éste por las comisiones nacionales de psiquiatría y pediatría, con el fin de agilizar la trasposición de la Directiva europea relativa al reconocimiento de las cualificaciones profe-

sionales, y así se defina el programa formativo de acuerdo con el modelo biopsicosocial que establece la Ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias, y la Ley 14/1986, General de Sanidad.

Efectuada la votación, dijo

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

Recuerdo que una vez concluida la Comisión, cuya sesión levantaremos, se va a proceder a una reunión de la Mesa y portavoces. Señorías, como he dicho al comienzo de la sesión, les indico que tienen a su disposición la copia del diploma que se concedió a esta Comisión por haberse aprobado en su seno la Ley que llamamos todos «del Tabaco».

Se levanta la sesión.

Era la una y veinte 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**