CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2007 **VIII Legislatura** **Núm. 753**

SANIDAD Y CONSUMO

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

Sesión núm. 38

celebrada el jueves, 22 de febrero de 2007

Página

ORDEN DEL DÍA:

Proposiciones no de ley:

— **Relativa a la evaluación de la fibrotomía gradual como tratamiento para los enfermos con parálisis cerebral infantil. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/002006.)** **2**

— **Sobre programas de información y educación sexual dirigidos a jóvenes inmigrantes. Presentada por el Grupo Socialista del Congreso. (Número de expediente 161/002039.)** **4**

— **Para promover un estudio para la posible aplicación del factor recombinante como alternativa terapéutica en la hemofilia. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista del Congreso. (Número de expediente 161/001981.)** **7**

Página

— Relativa a la promoción del control del colesterol en la prevención de la morbi-mortalidad cardiovascular. Presentada por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió). (Número de expediente 161/001816.) 9

— Relativa a la protección de datos en las recetas médicas y demás actuaciones relativas al medicamento y la sanidad. Presentada por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió). (Número de expediente 161/002004.). 11

— Relativa al Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/002014.) 14

— Sobre la situación del «Centre Europeu del Consumidor» de la Agencia Catalana del Consumo, a partir de enero de 2005, a partir de las últimas instrucciones de la Comisión Europea sobre la creación y desarrollo de redes. Presentada por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana (ERC). (Número de expediente 161/002020.). 16

— Sobre ampliación de las medidas adoptadas en relación con las líneas telefónicas de tarificación adicional. Presentada por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana (ERC). (Número de expediente 161/000985) 19

— Relativa a la incorporación de la vacuna del virus de papiloma humano (VPH) en el Sistema Nacional de Salud. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/002038.) 21

— Sobre medidas para la detección precoz e investigación del autismo. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista del Congreso. (Número de expediente 161/002040.) 25

— Relativa a la creación de la comisión consultiva profesional del Sistema Nacional de Salud. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/002045.) 27

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

La señora **PRESIDENTA:** Señoras y señores diputados, damos comienzo a la sesión número 38 de esta Comisión de Sanidad y Consumo, cuyo orden del día ustedes conocen pero que, por acuerdo de los portavoces de los grupos, va a sufrir algunas alteraciones que pongo ya en conocimiento de sus señorías. La proposición no de ley que en el orden del día figura con el número 5 será tramitada en primer lugar. A continuación, si no me equivoco, debatiremos la número 9. La portavoz de Esquerra Republicana de Catalunya me ha pedido que la que figura como número 1, que es iniciativa de su grupo, la pasemos a último lugar y será, por tanto, la número 11. Además, hay otra alteración y es que la número 4, que pertenece al Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), por estar su portavoz en otra Comisión, la aplazáramos lo más posible. Veremos si llega para el momento en el que se debata este asunto, que sería entonces en sexto lugar. No obstante, iré enumerando antes de comenzar cada una de las iniciativas cuál es la que debatimos para que SS.SS. no se llamen a confusión. Quiero repetir lo que fue objeto de acuerdo en la reunión de Mesa y portavoces referida a la sesión de hoy. Acordamos que se iba a ser absolutamente estricto en la utilización de los tiempos. Para exponer la iniciativa el portavoz correspondiente tendrá diez minutos estrictos, para la presentación de las enmiendas correspondientes cinco minutos, igual que para la fijación de posición. Insisto, se va a ser —como no es habitual en esta Comisión— absolutamente estricto en la utilización de los tiempos.

PROPOSICIONES NO DE LEY:

— RELATIVA A LA EVALUACIÓN DE LA FIBROTOMÍA GRADUAL COMO TRATAMIENTO PARA LOS ENFERMOS CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/002006.)

La señora **PRESIDENTA:** Sin más, damos comienzo al debate de las iniciativas y, en primer lugar, tal y como he manifestado, está la proposición no de ley que figura como punto 5 en el orden del día, relativa a la evaluación de la fibrotomía gradual como tratamiento para los

enfermos con parálisis cerebral infantil. Es autor de la iniciativa el Grupo Parlamentario Popular y en su nombre va a intervenir el diputado señor Vañó.

El señor **VAÑÓ FERRE:** En esta proposición no de ley hemos recogido las sugerencias y propuestas de los representantes de personas con parálisis cerebral, sobre todo familiares, que nos plantean que lleváramos la iniciativa por si pudiera tener eficacia de cara al tratamiento y las intervenciones.

La parálisis cerebral infantil, como saben, es una enfermedad no progresiva que afecta al cerebro, por supuesto, y a aquellas partes del cuerpo que dan movimiento y estabilidad. De este modo, los niños que padecen parálisis cerebral manifiestan patología en el sistema muscular y desarrollan contracturas locales cicatrizadas, lo que les impide libertad de movimientos y se acompaña con un fuerte dolor en los músculos, que a su vez incrementa la restricción de los mismos. En España se calcula que dos de cada mil niños nacidos pueden sufrir parálisis cerebral, con lo cual alrededor de 1.500 al año pueden ser nuevos paralíticos cerebrales. Existen varias técnicas para abordar este problema desde las tenotomías a operaciones reconstructivas muy complicadas en el aparato osteomuscular, pero los resultados de estas operaciones no siempre son lo eficientes que se espera de ellas por ser en ocasiones bastante invasivas o porque no se operan todas las contracturas que existen, o bien las inmovilizaciones que se efectúan después de estas operaciones debilitan más la musculatura y otras estructuras del aparato motor que de por sí ya sufren debilidad; incluso algunas veces después de las operaciones abiertas quedan cicatrices importantes que no tienen la capacidad de adaptación al crecimiento posterior de la zona operada del niño y también dificultan la repetición del método quirúrgico utilizado en el caso de recaídas.

Según la información que nos ha llegado del Instituto de Rehabilitación Clínica del doctor Ulzibat, ubicado en la ciudad soviética de Tula, este facultativo ha desarrollado una técnica conocida como fibrotomía gradual. La técnica empleada por el doctor Ulzibat se basa en la localización de las principales zonas de contracción y dolor, de forma que con un escalpelo especial se efectúan pequeñas incisiones casi superficiales cortando las cicatrices en los puntos de fijación de los huesos sin afectar los tendones ni las fibras musculares. Una vez se eliminan estas cicatrices que impiden el movimiento, los pacientes experimentan una importante mejoría y una rápida recuperación, según nos cuentan. La operación se lleva a cabo con anestesia general, de forma que se pueden detectar fácilmente las zonas de contracciones y dolor y en apenas quince o veinte minutos esta técnica puede aplicarse en piernas, brazos, manos, abdomen, espalda, etcétera. Esta técnica fue aceptada por el Ministerio de Sanidad de la Unión Soviética en el año 1990, pero todavía no está integrada en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. Ante esta situación, los familiares de los afectados han solicitado al Ministerio de Sanidad y Consumo que permita al doctor Ulzibat realizar sus intervenciones en España. En total, según la información de los familiares, se han realizado ya 500 operaciones de este tipo, para lo que se han desplazado a Rusia más de 300 familias, con los enormes costes que ello conlleva y que se cifran en torno a los 6.000 euros, debido a gastos de traslado, estancia, etcétera.

Por otro lado, entendemos que en patologías como la descrita y en otro tipo de patologías hay una tendencia a comerciar con la esperanza, porque uno tiene la natural vocación de cogerse a un clavo ardiendo cuando la situación aparece como irreversible. Aunque hoy en día las técnicas médicas se comunican en congresos entre los propios profesionales y por consiguiente no debe haber grandes secretos, entendemos que en situaciones como la que estamos describiendo de niños con parálisis cerebral, los familiares tengan la tendencia a cogerse a un clavo ardiendo. Por tanto, consideramos imprescindible que por lo menos el Instituto Carlos III valore la técnica y por ello presentamos la proposición no de ley siguiente: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a que el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III, evalúe las indicaciones y los resultados de la técnica de la fibrotomía gradual desarrollada por el doctor Ulzibat para el tratamiento de los enfermos con parálisis cerebral, y en su caso la posible incorporación de esta técnica a la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. Esa sería nuestra propuesta.

La señora **PRESIDENTA:** Tal como ustedes conocen, a esta iniciativa se ha presentado una enmienda por parte del Grupo Parlamentario Socialista que va a ser defendida por la diputada señora Coello.

La señora **COELLO FERNÁNDEZ-TRUJILLO:** Como ya comentó el señor Vañó, la parálisis cerebral constituye una de las enfermedades no progresivas del cerebro que, tanto por su presencia estadística en nuestra sociedad como por su impacto social y familiar, representan un elemento sumamente importante en el sistema sanitario público. Dicha enfermedad, a medida que crecen quienes la padecen, trae consigo una serie de complicaciones derivadas de la propia inmovilidad que se manifiestan en distintas patologías del sistema muscular en forma de contracturas musculares cicatrizadas, las cuales producen a quienes las padecen imposibilidad para la movilidad, lo cual se suele acompañar de dolores musculares que se suelen incrementar con la misma restricción de la movilidad. El sistema sanitario ha intentado abordar este problema mediante intervenciones quirúrgicas, las cuales no siempre han dado buenos resultados.

Si nos referimos al objeto de esta proposición no de ley, esto es, al método utilizado en exclusiva por el doctor Ulzibat y colaboradores en el Instituto de Rehabilitación Clínica de Tula (Rusia) para el tratamiento de pacientes

afectados de parálisis cerebral infantil y otras patologías musculares que cursan con contracción muscular y dolor, dicho doctor patentó un instrumento quirúrgico, una especie de escalpelo especial, y promueve la realización de un procedimiento quirúrgico denominado fibrotomía gradual, la cual precisa de anestesia general o local dependiendo de la extensión de las lesiones. El método se basa en producir incisiones mínimas en distintos grupos musculares afectados con el objeto de disminuir la espasticidad, la limitación del movimiento y el dolor, con la consiguiente mejora potencial de la función.

La Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III ha realizado en el último año revisiones en los repertorios bibliográficos de literatura biomédica sobre eficacia, efectividad y seguridad del procedimiento de fibrotomía gradual patrocinado por el doctor Ulzibat, recientemente fallecido, y sus discípulos. La revisión de la documentación disponible en repertorios bibliográficos, y otras facilitadas directamente por los propios promotores de la técnica y asociaciones de padres de niños afectados, ha resultado ser muy limitada y con escasa calidad científica, de forma que resulta difícil valorar su utilidad clínica, así como las condiciones de adecuada indicación, los criterios de la buena práctica clínica y sus posibles efectos adversos.

La comunidad científica especializada en esta patología neuromuscular no ha avalado, ni mostrado interés por este procedimiento cuya efectividad hasta este momento no ha podido ser contrastada. También la propia Confederación española de federaciones y asociaciones de atención a las personas con parálisis cerebral y afines (Aspace) ha mostrado su escepticismo y preocupación por las falsas expectativas de los pacientes por este tipo de intervenciones. Las limitaciones para poder disponer de información fiable sobre la eficacia y seguridad de este procedimiento es patente, dadas las condiciones especiales de aplicación hasta ahora: un único proveedor, fuera del sistema sanitario público con desplazamiento a Rusia, protocolos y técnicas desconocidos.

En julio de 2003, la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias participó en una reunión celebrada en el Instituto de Salud Carlos III con padres de niños intervenidos con fibrotomía gradual y especialistas en fisioterapia. En dicha reunión se aportó documentación del procedimiento y se expresó el deseo de los padres por avanzar en el reconocimiento de esta técnica y la facilitación del acceso a la misma en España, para lo que contaban con una manifestación de interés de un grupo de profesionales sanitarios españoles. En dicha reunión se mostró la disposición y apoyo del Instituto de Salud Carlos III para la valoración de la documentación presentada y para las experiencias registradas y atender la iniciativa de los profesionales sanitarios españoles interesados en la valoración de esta técnica.

Con posterioridad, se creó un grupo de trabajo de expertos para el seguimiento de los resultados de la fibrotomía gradual del que formaban parte profesionales sanitarios de distintas especialidades (cirugía ortopédica, traumatología, neuropediatría, rehabilitación infantil) interesados en la valoración de los resultados de este procedimiento. El grupo trabajó en la elaboración del diseño de un estudio y en los protocolos de valoración de los pacientes que habían utilizado la técnica. Los investigadores presentaron el proyecto de estudio de valoración de resultados en el tratamiento de la parálisis cerebral infantil a la convocatoria de ayudas para la realización de estudios de investigación sobre evaluación de tecnología sanitaria durante el año 2005. El proyecto fue evaluado positivamente y obtuvo financiación. Los resultados de dicho estudio deben de ser presentados ante el Instituto de Salud Carlos III durante el año 2007. Por tanto, no se dispone por el momento de resultados de dicha iniciativa de investigación.

Por otra parte, la posible inclusión de esta técnica en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud requiere la presentación de una iniciativa ante el consejo interterritorial por parte de las administraciones autonómicas o del Ministerio de Sanidad y Consumo, según está previsto en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su utilización.

Por el momento, la información disponible sobre la eficacia, efectividad, seguridad y efectos adversos…

El señor **PRESIDENTE:** Señora Coello, le ruego que concluya.

La señora **COELLO FERNÁNDEZ-TRUJILLO:** Ya estoy acabando.

Por todo lo expuesto, a la vista de que se realice el estudio propiamente dicho realizado por el grupo de expertos y se presente ante el Instituto de Salud Carlos III, es por lo que presentamos la siguiente enmienda de sustitución: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a que el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Agencia de Tecnología Sanitaria y el Instituto de Salud Carlos III, evalúe las indicaciones y los resultados de la técnica de la fibrotomía gradual para el tratamiento de los enfermos con parálisis cerebral infantil.

La señora **PRESIDENTA:** No está presente ninguna otra formación con lo cual doy por supuesto que no habrá más intervenciones sobre esta cuestión.

— SOBRE PROGRAMAS DE INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN SEXUAL DIRIGIDOS A JÓVENES INMIGRANTES. PRESENTADA POR EL GRUPO SOCIALISTA DEL CONGRESO. (Número de expediente 161/002039.)

La señora **PRESIDENTA:** Pasamos a la proposición no de ley que hemos indicado que vamos a debatir en

segundo lugar, que es la novena del orden del día que ustedes tienen, sobre programas de información y educación sexual dirigidos a jóvenes inmigrantes. Es autor de la iniciativa el Grupo Parlamentario Socialista y, en su nombre, va a intervenir también la diputada señora Coello.

La señora **COELLO FERNÁNDEZ-TRUJILLO:** Si tenemos en cuenta lo que dicen todas las encuestas de nuestro país, y lo que está ocurriendo en todos los países civilizados, la edad media del inicio de las relaciones sexuales plenas —esto es, con coito—, es de aproximadamente 16,5 años. Ante el análisis de la situación y la necesidad de intervenir en estos colectivos, lo cual ha sido detectado por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo, la Comisión permanente del Consejo Interterritorial de Salud, en su reunión de febrero de 2005, acordó la creación de un grupo de trabajo de inmigración y salud para el estudio de la estrategia de promoción de la salud y de accesibilidad cultural de los colectivos de inmigrantes. El grupo de trabajo siguiendo este mandato se constituyó en marzo de 2005, planteándose como objetivo general conocer el enfoque migratorio desde el punto de vista sanitario, abordar aspectos organizativos, culturales y sociales que, desde un enfoque integral de salud, permitan establecer estrategias que modulen el impacto que este fenómeno social en el Sistema Nacional de Salud y evitar las desigualdades en la misma. La promoción de la salud constituye un pilar básico de actuación dentro del colectivo de población inmigrante. Las estrategias de promoción de la salud deben dirigirse, tanto en el sentido de actuaciones específicas para el colectivo, como en la integración de actividades sobre inmigrantes en los proyectos ya en marcha en distintos escenarios (escuelas, medio sanitario, ámbito comunitario), aun sabiendo que desde el año 1990 la educación para la salud ha constituido un tema transversal obligatorio en las enseñanzas no universitarias, en donde la educación sexual ha tenido realmente un papel importante, siendo tratado dentro del ámbito educativo bajo distintas fórmulas. Por ejemplo los profesores tutores lo abordan dentro del plan de acción tutorial, o bien se trabaja por expertos en dichas materias como, por ejemplo, mediante actos, conferencias o jornadas informativas, en colaboración con entidades sanitarias, a través de los programas de prevención de enfermedades de transmisión sexual y de riesgo de embarazos no deseados, en donde los equipos de trabajo suelen estar formados exclusivamente por profesionales sanitarios en el sentido estricto: medicina, enfermería y sexología. Parece a todas luces que la sexualidad, si somos realistas y no vivimos de espaldas a la realidad, ha dejado de ser un tema de adultos para estar presente en la vida de nuestras hijas e hijos, mucho antes de lo que a veces nosotros mismos hubiéramos deseado. Si es así, tenemos la obligación como padres y la Administración como responsable de la educación plena de estas chicas y chicos de articular recursos que garanticen el uso y disfrute responsable y saludable de la misma, evitando en todo caso los embarazos no deseados y las llamadas enfermedades de transmisión sexual, que tan alto coste socio sanitario dejan en nuestra sociedad.

Teniendo en cuenta todo esto que les digo, la Ley orgánica 2/2006, establece como uno de los objetivos de la educación secundaria obligatoria lo siguiente: Afianzar los hábitos de cuidado y salud corporales y conocer y valorar la dimensión humana de la sexualidad en toda su diversidad. En cualquier caso, parece imprescindible la colaboración íntima entre el Ministerio de Educación y Ciencia y el de Sanidad y Consumo en el tratamiento de este tema en el contexto de la educación para la salud. Recientemente se ha presentado un estudio realizado por la Agencia de Calidad y el Observatorio de salud de la mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre interrupción voluntaria del embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes. En dicho estudio se han analizado los datos del registro que el Ministerio de Sanidad y Consumo lleva sobre interrupción voluntaria del embarazo en España y de las investigaciones y encuestas existentes sobre dicho tema. De todos estos estudios se desprende que un 45 por ciento de las interrupciones voluntarias del embarazo habían sido realizadas en mujeres no españolas, con una proporción importante de menores de 25 años, siendo por tanto la tasa de interrupción voluntaria del embarazo en las mujeres inmigrantes mucho más alta que entre las mujeres españolas. De esto se podría deducir que entre los jóvenes inmigrantes existe una escasa formación en lo que se refiere a la sexualidad segura. Se sabe que empiezan primero a tener relaciones a una edad más temprana que las españolas y además que utilizan más anticonceptivos orales y menos el preservativo. Por lo tanto, no es de extrañar que en las encuestas sobre la interrupción voluntaria del embarazo haya una mayor parte de personas inmigrantes. Aun sabiendo, como no podría ser de otra manera, que los alumnos inmigrantes tienen en la escuela los mismos derechos y deberes que el resto de los alumnos y que participan de igual forma que todos los demás en los programas formativos de estas materias, en julio del año 2005 los ministerios de Educación y de Sanidad y Consumo han diseñado un plan estratégico para promocionar la salud en las escuelas, con el objetivo de impulsar y promover acciones de educación y promoción de la salud en las mismas que mejoren tanto los conocimientos como los hábitos y actitudes de niños y jóvenes respecto a la salud. Dicho convenio también potenciará la innovación educativa, la investigación y el desarrollo sobre promoción de la salud en las escuelas. Por lo tanto, la colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el de Educación es estrecha y se ha elaborado el plan estratégico de ciudadanía e inmigración 2006-2009, en el cual, bajo el liderazgo de la Organización Mundial de la Salud y conjuntamente con las comunidades autónomas y locales, han consensuado las mejores estrategias procedentes de la experiencia europea, destinadas a llevar a cabo el proceso de integración concretamente en

los aspectos sanitarios de la población inmigrante. También se ha iniciado un proyecto de difusión de la Red europea de escuelas promotoras de salud, en las que también se incluyen estos temas. El convenio también tratará de cubrir las necesidades de información y formación sobre salud para padres y madres, organizará encuentros periódicos entre el profesorado, agentes sanitarios y otras personas o entidades implicadas en la educación y promoción de la salud, con el fin de intercambiar conocimientos y experiencias y evaluar las actuaciones llevadas a cabo en los centros educativos. En el ámbito de sus respectivas competencias, los dos ministerios podrán suscribir acuerdos en las materias relacionadas con el presente convenio marco con las comunidades autónomas, con entidades locales y con otras personas o entidades públicas o privadas.

Por todo lo expuesto, está claro que es necesaria la colaboración mutua entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Ministerio de Educación y Ciencia así como el de Trabajo y Servicios Sociales, y formulo la siguiente proposición no de ley. El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a que, de manera coordinada con las comunidades autónomas, elabore y ponga en marcha programas de información y educación de salud sexual y reproductiva y sobre enfermedades de transmisión sexual dirigidos especialmente a inmigrantes e hijos de inmigrantes.

La señora **PRESIDENTA:** El Grupo Parlamentario Popular ha presentado una enmienda a esta iniciativa. Para su defensa tiene la palabra la señora Pan.

La señora **PAN VÁZQUEZ:** Señorías, la diputada del Partido Socialista nos ha expuesto de forma muy pormenorizada una serie de problemas, una serie de datos que se han encontrado, que ella ha controlado perfectamente, entre ellos el registro que se ha hecho en el ministerio. Estoy de acuerdo con una gran parte de la exposición de motivos que ha presentado, pero encuentro que hay una discrepancia entre el discurso de la diputada para defender su proposición no de ley y lo que vamos a votar hoy aquí. Es cierto que el número de interrupciones voluntarias de embarazo se ha incrementado en nuestro país, pero entendemos que se hace una interpretación sesgada de estos datos, porque lo que dicen las conclusiones de estos estudios es que estas interrupciones de embarazo se hacen en mujeres no españolas. No sé si es por un problema de mala conciencia o porque les traiciona el subconsciente por el efecto llamada y la avalancha de inmigrantes que ha venido a nuestro país, que inmediatamente identifiquen como mujeres no españolas al importante número de inmigrantes que ha venido. Pero esto no tiene por qué ser así. En estos días hemos visto cómo nuestro país vecino sometía a referéndum una ampliación de los supuestos del aborto. Esto viene al caso en esta proposición no de ley porque nuestros vecinos portugueses convocaban este referéndum porque muchas mujeres portuguesas se trasladaban a nuestro país para abortar, porque nuestras leyes son más permisivas.

¿Qué quiero decir con esto? Que en esos datos, en los resultados de estas encuestas no todas las mujeres no españolas, que es entre las que ha aumentado la proporción de interrupciones de embarazo, son mujeres inmigrantes, a pesar de la traición del subconsciente de la que yo les hablaba. Es cierto que nuestros adolescentes y nuestros jóvenes están sometidos a numerosos factores de riesgo, que muchas veces están ligados a factores ambientales, culturales, a modos de vida y que están perfectamente estudiados y descritos. Nosotros sí creemos de verdad en la prevención, en la promoción de la salud, como lo demuestra nuestro programa cuando nos presentamos a las elecciones en el año 2004 —lo tengo aquí en la mano, son tres o cuatro páginas completas dedicadas a la promoción de la salud—, y no como el Partido Socialista, cuyo programa —lo tengo aquí también— no dice una sola palabra de programas de prevención. Solo hablan de la píldora poscoital, de forma que esté disponible en hospitales, centros de salud, de urgencias y servicios de planificación familiar gratuitamente, pero esto no es promoción de la salud ni es prevención, que yo sepa, al menos no lo he visto en los libros que he estudiado ni los profesores que he tenido me lo han dicho nunca así.

En cualquier caso, como le decía, sí creemos en la prevención, sí creemos en la promoción de la salud; y la promoción y la prevención, como les decía, es tratar de evitar aquellos factores de riesgo que nos acechan. En la exposición de motivos que la señora diputada ha tenido a bien defender, en relación con la cual estoy de acuerdo con muchas de las afirmaciones que ha hecho, estos factores de riesgo son, por ejemplo, el tabaco, el alcohol —la ley punitiva que la ministra ha tenido que retirar, al menos de momento—, la ludopatía, cada vez más importante, las drogas y los accidentes. Señorías, cada año 55.000 jóvenes son víctimas de accidentes, en el año 2006 han muerto 1.400 jóvenes en nuestras carreteras. Estos son factores de riesgo, problemas que acechan a nuestros jóvenes: los trastornos alimentarios, el sedentarismo, la violencia, la sexualidad —por supuesto, la sexualidad también—, pero no en una sola vertiente, señorías, en sus dos vertientes, que tiene dos, la de enfermedades de transmisión sexual y la de los embarazos no deseados, y por supuesto el sida, que también es una enfermedad de transmisión sexual, aunque merece capítulo aparte por su importancia. Estos son algunos de los preocupantes ejemplos que nuestros jóvenes tienen en la calle, y por eso creemos que una mayor y mejor información, junto con una adecuada educación para la salud, se perfilan como la mejor intervención que podemos hacer. Estoy segura de que prohibir, acotar, estigmatizar y crear guetos no es la mejor forma de intervenir en sanidad y está abocado al fracaso, porque este tipo de intervenciones no tienen ningún resultado en la mejora de la salud colectiva, que es de lo que se trata cuando hablamos de salud pública y de prevención. Una vez

identificados estos factores de riesgo —acabo, señora presidenta—, cabe llevar a cabo actuaciones en la escuela, en la familia y en la comunidad, acciones formativas y divulgativas, con la finalidad, como decía, de conseguir hábitos más saludables, que los factores externos negativos no incidan en nuestros jóvenes, que nuestros jóvenes se responsabilicen de su propia salud y la entiendan como un valor fundamental y que se consiga un mejor acceso a la información.

Podría decirles cómo desarrollar esta enmienda de modificación que hemos presentado, pero el tiempo está tasado y la señora presidenta va a ser muy rigurosa hoy con el cumplimiento del mismo. En cualquier caso, puesto que entendemos que mejora de forma importante la proposición del Grupo Socialista, pedimos que se inste al Gobierno a realizar un plan integral de educación para la salud de los adolescentes y los jóvenes y que este plan se presente para su aprobación en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

La señora **PRESIDENTA:** Hago la advertencia de que, aunque de sus intervenciones se puede deducir si va a haber aceptación o no de las enmiendas y acercamiento de posturas, la pregunta con validez formal sobre cada una de las iniciativas la haremos en el momento inmediatamente anterior a la votación por si hubiera posibilidad de acercamiento de posturas, como ha ocurrido en otras ocasiones, durante el transcurso de la sesión de esta Comisión. Además, les indico que la votación nunca se producirá antes de las trece horas para que se lo puedan advertir a los representantes de sus grupos.

— PARA PROMOVER UN ESTUDIO PARA LA POSIBLE APLICACIÓN DEL FACTOR RECOMBINANTE COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EN LA HEMOFILIA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA DEL CONGRESO. (Número de expediente 161/001981.)

La señora **PRESIDENTA:** A continuación pasamos a debatir el punto 3.º del orden del día: Proposición no de ley para promover un estudio para la posible aplicación del factor recombinante como alternativa terapéutica en la hemofilia. Ha sido presentada por el Grupo Parlamentario Socialista del Congreso y la defenderá el diputado señor Fidalgo. **(Pausa.)**

El señor **FIDALGO FRANCISCO:** Perdón, señora presidenta, por mi pequeña demora, justificada en todo caso por la tarea.

En la sesión de hoy, que es muy intensa, cinco de las once proposiciones no de ley están relacionadas con patologías crónicas, lo cual denota la evidente preocupación de esta Comisión de Sanidad, pero tambien del conjunto de la ciudadanía española por un elemento sanitario como son las patologías crónicas y la preocupación, como he dicho, de los afectados por la prevención y tratamientos, que suelen prolongarse a lo largo de mucho tiempo, incluso a lo largo de toda la vida. Por tanto, estamos hablando de cuestiones serias. Los condicionantes que este tratamiento prolongado a lo largo de toda la vida supone para la calidad de vida de los afectados y sus familias son evidentes, pero también lo son las implicaciones en el sistema sanitario, lo cual también hay que tenerlo en cuenta.

Como alguno de los otros temas que tratamos hoy, el de la hemofilia y su tratamiento ha sido traído a esta Comisión con anterioridad en relación con la prevención de su transmisión ligada al sexo. El Grupo Socialista, haciéndose eco de las aspiraciones de los afectados por esta enfermedad, quiere dar un paso más en las posibilidades que pueden abrirse en la aplicación de tratamientos que puedan proporcionar más seguridad al paciente y tranquilidad a sus familias. Actualmente, el único tratamiento que se puede aplicar es la administración intravenosa del factor de coagulación deficitario. Es por tanto, una terapia no curativa, solo paliativa, pero necesaria. Hasta ahora el factor sustitutivo tiene mayoritariamente origen plasmático, procedente de donaciones de sangre, lo que en el pasado generó problemas secundarios, gravísimos para muchas personas, puesto que más de 2.000 familias españolas se vieron afectadas bien por la transmisión de agentes patógenos o bien por reacciones adversas. Esto ha ocurrido en el pasado, porque hoy en cuanto a seguridad tanto los preparados plasmáticos como los recombinantes objeto de esta proposición no de ley tienen elevados niveles de seguridad, como acredita la calidad de nuestro sistema sanitario. Sin embargo, los productos recombinantes se vienen utilizando para tratar la hemofilia desde comienzos de los años ochenta, si bien para indicaciones muy concretas, por ejemplo, las contraindicaciones a los factores plasmáticos por inhibidores, la profilaxis sin cirugía y procedimientos invasivos de algún déficit congénito, etcétera. Las posibilidades de estos tratamientos se están ampliando progresivamente y cada vez son más frecuentes, aumentando paralelamente los costes, dado que el factor recombinante, sobre todo los de tercera generación, en los que luego incidiremos, son cada vez más costosos. Por tanto, el uso racional que ello implica trae consigo dificultades crecientes también en la toma de decisiones terapéuticas. Dado que cada vez son más intensas las voces que promueven las alternativas terapéuticas, basándose en la seguridad que puedan aportar especialmente los de tercera generación, es por lo que presentamos esta proposición no de ley.

Hemos de recordar que estos productos requieren técnicas de ingeniería genética que incluyen cultivos en células en las que se ha introducido un gen determinado o incluso un gen modificado y, por tanto, subsidian de portar también virus, aunque, como he dicho, en los de tercera generación se han eliminado de los medios de cultivo los productos de origen humano y animal, y por tanto, son más seguros. De ahí las lógicas expectativas

de las personas con hemofilia. Pero aún persisten dudas en su uso como alternativa terapéutica; dudas sobre si la indicación debe ser a demanda o como profilaxis para prevenir artropatías en hemofilia A, sobre todo cuándo recomendar el paso de productos plasmáticos o recombinantes, en qué pacientes y si los costes compensan los beneficios. En el caso del factor VIII, los estudios sobre eficacia no parecen encontrar diferencias sustanciales entre los preparados recombinantes y los plasmáticos. Actualmente, aún se mantienen importantes incógnitas por resolver en cuanto al balance entre riesgos y beneficios, así como en las indicaciones específicas de cada uno de los preparados. Algunos autores abogan por la extensión del uso de factores recombinantes a nuevas indicaciones e incluso en hemorragias graves como alternativa a la transfusión o como profilaxis previa a la cirugía en pacientes que van a ser sometidos a intervenciones con alto riesgo de hemorragia: transplantes de hígado, algunos procedimientos quirúrgicos, etcétera, lo que podría ampliar su uso. Insisto en que todo esto demuestra que hay dudas y, por si fuese poco, tampoco hay unanimidad en los responsables clínicos, en nuestros hospitales, como tampoco la hay en los diferentes centros y servicios de salud de las comunidades autónomas. También hay una diferente extensión de este tipo de tratamientos para las personas con hemofilia, de su aplicación y de la financiación en las diferentes comunidades autónomas, porque la financiación corre a cargo de las comunidades autónomas. Para darnos una idea, el coste del tratamiento —que es altísimo— de un enfermo, de un niño hasta los dieciocho años, por el método tradicional se acerca al millón de euros, lo que supone una alta incidencia en el sistema sanitario. Dado que es una prestación que ya está introducida en las comunidades autónomas y que les atañe porque ya la están financiando ahora, es importante que en todas las decisiones que se tomen respecto a ello se cuente con las comunidades autónomas. De ahí la pertinencia de constituir un grupo de trabajo en el seno del Consejo interterritorial que realice un estudio que permita al pleno de dicho consejo pronunciarse sobre la alternativa terapéutica que pueden representar los recombinantes, y la regulación del tratamiento más adecuado para las personas con hemofilia al amparo de la normativa legal existente. Hay que analizar los riesgos y beneficios, porque también hay —como hemos dicho— altos costes adicionales que supondrían la introducción masiva en su caso de estos factores recombinantes, pero hay que tener en cuenta los beneficios para la salud, para la calidad de vida e incluso ver el impacto, seguramente positivo, que tendría en la rebaja de costes al haberlo introducido de una manera global en el sistema sanitario. Por las dudas que antes habíamos comentado, compatibilizadas con las aspiraciones lógicas de los pacientes y sus familias, merece la pena realizar un estudio riguroso antes de lanzarnos a ninguna aventura que, por supuesto, implica una prestación que ya están financiando en este momento las comunidades autónomas. No quiero finalizar esta intervención sin agradecer el esfuerzo y entusiasmo de las asociaciones de hemofilia y su federación, así como su colaboración, constancia y paciencia en la persecución de la mejor atención sanitaria y la mejor calidad de vida de las personas y familias con hemofilia en nuestro país.

La señora **PRESIDENTA:** El Grupo Parlamentario Popular ha presentado una enmienda que será defendida por el diputado señor Vadillo.

El señor **VADILLO ARNÁEZ:** El Grupo Parlamentario Popular ha presentado una enmienda a esta proposición no de ley basada en cuestiones de razón, de realidad científica y también por supuesto de ámbito competencial y sobre todo de protección a la salud. La proposición del Grupo Parlamentario Socialista pone de manifiesto de una manera clara, y creo que vergonzante, la inoperancia política y gestora del Ministerio de Sanidad en este momento por sus responsables, encabezados por la señora ministra, y por el resto del equipo. Si me permiten la frase, este ministerio se mete donde no le llaman y donde le llaman no se mete. Quisiera recordar aquí que todo lo que se refiere a hemodonación, productos hemoderivados, farmacia, productos farmacéuticos, etcétera, es competencia exclusiva del Ministerio de Sanidad y no de las comunidades autónomas. Después de estos años en los que ya se está utilizando masivamente en todos los países desarrollados, pero todavía no en España, ¿a qué viene querer hacer un grupo de trabajo sobre algo que está clarísimamente ya demostrado, sobre todo cuando estamos hablando de la protección a la salud de un grupo de afectados, en los años ochenta o noventa, por efectos adversos y contaminaciones biológicas que produjeron que más del 50 por ciento de los afectados acabaran infectados de VIH o hepatitis C? En estos momentos los riesgos de virus emergentes no detectables por las técnicas actuales y, sobre todo, algo que alarma mucho a las personas con hemofilia como los priones o la variante de Creutzfeldt-Jacob, indica clarísimamente, al igual que en otros países de nuestro entorno, que se ponga en marcha y desde el ministerio se diga claramente que hay que utilizar los productos recombinantes en los hemofílicos, dejando a salvo únicamente que por indicación médica se deba seguir poniendo los plasmáticos.

El portavoz del Grupo Socialista en esta proposición no ha hecho más que referirse a uno de los verdaderos problemas por los que quiere hacer un grupo de trabajo, que es el coste económico. Este ministerio no quiere entrar en la financiación sanitaria de las comunidades autónomas ni siquiera en este caso, y ni siquiera cuando estamos hablando de algo tan serio como la protección de la salud a un grupo de enfermos enormemente castigado por las contaminaciones biológicas. Es de vergüenza que cuando países con un ámbito competencial entre sus regiones o comunidades autónomas o Estados similares al nuestro, como Canadá, Suiza o Alemania, han decretado desde sus gobiernos de la nación que se

usen los productos recombinantes sobre los plasmáticos de manera preferente, salvo problemas con inhibidores, en España, después de años y años de estar utilizándose, se quiera hacer un grupo de trabajo para evitar la responsabilidad que el Ministerio de Sanidad tiene en este asunto y se quiera delegar a las comunidades autónomas con la intención de que sean ellas las que lo digan para no enemistarse el Gobierno de la nación con determinados laboratorios farmacéuticos, que son los que trabajan con los derivados de plasma y que el coste lo asuman las comunidades autónomas porque sean las que digan que hay que hacerlo. Me parece de una enorme desvergüenza.

Quisiera recordar aquí que España es el país de Europa, y posiblemente occidental porque quiero incluir también a Estados Unidos y a Canadá, donde menos se utilizan los factores recombinantes en este momento, y no es por razones científicas, es únicamente por razón de coste. Además contradictoriamente, España es el país donde más baratos se encuentran los factores recombinantes del resto de los países. Repito: ¿a qué viene querer hacer un grupo de trabajo y querer retrasar y dilatar la decisión sin querer tomar la responsabilidad de la decisión por motivos competenciales, como el Gobierno de la nación hace en este caso. Sobre todo teniendo en cuenta un tema que el Partido Popular no ha querido tratar por una cuestión de responsabilidad política desde hace mucho tiempo y que está encima de la mesa, como ustedes saben, lo saben las asociaciones de hemofilia y lo sabemos nosotros, y no se ha querido tratar por cuestiones de responsabilidad, como digo. Es el caso de una persona que sufrió variante de Creutzfeldt-Jacob en España y que era donante de sangre. No voy a hacer más que relatarlo porque no quiero profundizar en el asunto, pero productos de la sangre de esa persona han ido a hemoderivados que se han utilizado con estos pacientes, por lo que venir ahora con cuestiones de coste me parece de una enorme desvergüenza, sobre todo cuando no se quieren asumir por el Ministerio de Sanidad.

— RELATIVA A LA PROMOCIÓN DEL CONTROL DEL COLESTEROL EN LA PREVENCIÓN DE LA MORBI-MORTALIDAD CARDIOVASCULAR. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO CATALÁN (CONVERGÈNCIA I UNIÓ). (Número de expediente 161/001816.)

La señora **PRESIDENTA:** A continuación vamos a debatir la proposición que en el orden del día figura como segunda, que es la relativa a la promoción del control del colesterol en la prevención de morbi-mortalidad cardiovascular de la que es autor el Grupo Parlamentario Catalán. Para defenderla tiene la palabra el diputado señor Xuclà.

El señor **XUCLÀ I COSTA:** Señorías, paso a defender esta proposición no de ley a partir de la constatación de que las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte e ingreso hospitalario en estos momentos en España. En concreto, dichas enfermedades son la causa de más del 45 por ciento de las muertes en hombres y de más de la mitad en el caso de las mujeres. Los costes atribuibles a esta enfermedad cardiovascular en España ascienden a más de 6.900 millones de euros, de los cuales 2.900 millones son atribuibles a pérdidas de productividad por mortalidad y morbilidad y atención extrasanitaria, mientras que 4.000 millones constituyen los costes sanitarios derivados de estas enfermedades.

Señorías, además de estos datos, numerosos estudios han demostrado que el colesterol elevado constituye un factor fundamental en el desarrollo de enfermedad coronaria. Según el estudio Interhealth, más del 90 por ciento de los infartos pueden predecirse a partir de nuevos factores de riesgo cardiovascular: tabaco, hipertensión, diabetes, obesidad abdominal, hábitos dietéticos, actividad física, consumo de alcohol y factores psicosociales. Es decir, tabaco y colesterol se constituyen como factores de riesgo cardiovascular que tienen un impacto mayor en la enfermedad cardiovascular y, por tanto, en la mortalidad y morbilidad asociadas a la misma. Pero el control de los niveles de colesterol por debajo de los objetivos recomendados por las últimas guías internacionales es una de las acciones más beneficiosas para reducir el riesgo cardiovascular, especialmente en los pacientes de alto riesgo como los que presentan hipercolesterolemia familiar, diabetes y los pacientes coronarios que ya han sufrido un accidente cardiovascular. Sin embargo, en España el colesterol no se controla como establecen las últimas recomendaciones, y esto es especialmente patente en los recientes estudios de la comunidad científica internacional. Por ello, se concluye que las estrategias terapéuticas que se han venido utilizando contra el colesterol, tradicionalmente basadas en la monoterapia con estatinas, han demostrado ser insuficientes: menos de un 30 por ciento de los pacientes con riesgo elevado logran alcanzar los objetivos de colesterol. Estos datos sugieren que son necesarias nuevas estrategias terapéuticas más efectivas para alcanzar los objetivos terapéuticos, incluyendo al coadministración de fármacos para actuar simultáneamente sobre la absorción intestinal y la síntesis hepática del colesterol, siendo prioritario actuar en la atención al paciente con alto riesgo cardiovascular. No controlar adecuadamente el colesterol, especialmente en la población de alto riesgo cardiovascular, no solo tendrá un impacto sanitario, sino también un impacto económico importante. De hecho, señorías, en España tanto las iniciativas de los últimos gobiernos estatales como las impulsadas por los planes de salud autonómicos en cuanto a la enfermedad cardiovascular se han centrado en el tabaquismo o la obesidad. Sin embargo, el problema del colesterol elevado, que según las evidencias científicas tiene un impacto similar a la enfermedad cardiovascular y a la mortalidad por esta causa, apenas ha sido abordado por los poderes públicos

con la atención requerida. Es por todo esto por lo que este grupo ha presentado esta proposición no de ley, que tiene ocho puntos, pero dos objetivos muy claros: mandatar a los poderes públicos —por tanto al Ministerio de Sanidad y Consumo, desplegando esta actuación a través del Consejo Interterritorial a todas las comunidades autónomas— y reforzar la sensibilización de la sociedad y del colectivo médico sobre la importancia de los niveles elevados de colesterol en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular y en la mortalidad por esta causa.

Señora presidenta, de los ocho puntos de esta proposición no de ley me gustaría subrayar la importancia del punto número 5, la importancia de asegurar el acceso a los tratamientos más eficaces para el control del colesterol de forma asequible a todos los pacientes que lo necesiten con carácter crónico, porque al final las políticas sanitarias se construyen con medidas concretas como las que proponemos en el apartado 5 del *petitum* de esta proposición no de ley.

La señora **PRESIDENTA:** Gracias, señor Xuclà.

El Grupo Parlamentario Popular ha presentado dos enmiendas a esta iniciativa, que supongo que van a ser defendidas de manera conjunta. Para ello tiene la palabra el diputado Gutiérrez Molina.

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA:** Efectivamente, el Grupo Parlamentario Popular ha presentado dos enmiendas de mejora técnica por dos razones fundamentales, una razón general y una razón concreta. Por una razón general, para ser coherentes con la proposición no de ley que presentamos ante esta Comisión de Sanidad y Consumo en octubre del pasado año 2006, y también porque hemos detectado que el plan nacional para la prevención y detección de esta enfermedad, la hipercolesterolemia familiar congénita, se puede llevar a cabo como se está haciendo actualmente, de una forma fragmentada en las distintas comunidades autónomas. Por esa razón general estimamos pertinente que figuren estas enmiendas de adición —si el Grupo Parlamentario de Convergència i Unió tiene a bien aceptarlas—, para mejorar el texto que ha presentado y también para recordar que nuestra enmienda es coherente con los principios que —como decía antes— nuestro grupo ha mantenido siempre, para que no se tenga la impresión de que nos estamos apartando del lado científico con los pacientes que presentan esta patología genética crónica, que necesita, como el ponente y portavoz de Convergència i Unió acaba de decir, un tratamiento farmacológico de por vida, un tratamiento que ciertamente es caro y no está al alcance de los miembros de la familia, pues hay quien se está gastando de 90 120 euros mensuales, cantidad elevada para muchas familias de nuestro país. Esta es la razón general.

La razón concreta de las dos enmiendas de adición que hemos presentado se refiere al punto 8 del *petitum* de la proposición no de ley de Convergència i Unió, en el que se pide que se desarrollen todas las iniciativas anteriormente dichas en colaboración con las comunidades autónomas con competencias en la materia. Nosotros queremos que también se tenga en cuenta a las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, que si bien no tienen la transferencia en materia de gestión sanitaria, sí tienen una dirección general específica para la gestión de la misma dentro del Instituto de Gestión Sanitaria que puede desarrollar esta y cualquier otra iniciativa que vaya en favor del aumento de salud de dicha población. Porque si no puede dar la impresión de que hay un agravio comparativo, que estoy seguro que no es el objeto de la proposición no de ley, pero que va flotando en el ambiente. Nos gustaría que quedara constancia y que se desarrollaran todas estas iniciativas en colaboración con las comunidades autónomas con competencia en la materia y en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla en el ámbito de gestión del Ingesa, que al fin y al cabo es el Sistema Nacional de Salud por el que nos regimos los ceutíes y los melillenses.

Nuestra propuesta tiene una razón muy concreta y propone una mejora técnica. El señor Xuclà acertadamente ya lo decía y está recogido en la exposición de motivos de la proposición no de ley que ha presentado, así como en la proposición no de ley de octubre de 2006 que el Grupo Parlamentario Popular presentó, que demostraba que hay tres asuntos fundamentales. La ezetimiba es que actualmente un fármaco de elección para el tratamiento de esta enfermedad, para ser usado concomitantemente con estatinas en aquellos casos en que estas no sean suficiente para controlar a estos pacientes. Puesto que las estatinas y la ezetimiba son los únicos fármacos indicados para el tratamiento de esta enfermedad y la finalidad de la aportación reducida va ligada a dicha indicación, parece también un agravio comparativo la no inclusión de la segunda en beneficio de la primera.

Por último, hay que tener en cuenta que los pacientes de esta enfermedad, como todos sabemos —y aquí se ha dicho y se ha dicho bien—, tienen un alto riesgo de padecer infarto entre unas determinadas edades de su vida, de 35 a 60 años, y en el caso de no seguir un tratamiento adecuado necesitará un costoso tratamiento hospitalario que antes he mencionado solapadamente, pero al que ahora me refiero con toda rotundidad. Nuestra enmienda de mejora técnica no es de ninguna manera un tratamiento caro, sino que por el contrario es un tratamiento barato, puesto que se van a evitar las complicaciones cardiovasculares de tratamientos largos, de ingresos hospitalarios, de recidivancia en la patología, de tratamientos de rehabilitación, etcétera, que encarecerían todavía más el coste, ya de por sí caro —entre comillas—, de los pacientes que padecen este tipo de patología.

Señora presidenta, señorías, estas son las dos razones, una de ámbito general, abstracto si se quiere, y una segunda razón concreta, consustancial y exacta, que nos han movido a presentar estas dos enmiendas de mejora

técnica, cuya justificación creemos está más que demostrada.

La señora **PRESIDENTA:** Señor Gutiérrez Molina, perfectamente medido su tiempo.

Ha presentado también enmienda el Grupo Parlamentario Socialista y esta va a ser defendida por la diputada señora Velasco.

La señora **VELASCO GARCÍA:** Nuestro grupo parlamentario comparte el objetivo de la proposición no de ley del grupo proponente. Sabemos que es muy importante la hipercolesterolemia como un factor desencadenante de la patología cardiovascular. Por eso, el control del colesterol nos parece fundamental para prevenir este tipo de patología. Por tanto —y reitero—, compartimos el objetivo de esta proposición no de ley. No obstante, como ya ha hablado esta diputada con el portavoz de Convergència i Unió, cuando se presentó esta proposición no de ley no estaban aprobadas dos estrategias que desde mi punto de vista son fundamentales: la prevención de la cardiopatía isquémica y la prevención de la diabetes, toda vez que ambas estrategias son aprobadas, como saben SS.SS., muchos de los aspectos a los que se hace referencia en esta proposición no de ley están contempladas ya y tienen definidos planes y actuaciones concretos que ya se están realizando. Entre los objetivos relacionados con la promoción y la protección de la salud cabe destacar el sistema de monitorización de la calidad asistencial en las comunidades autónomas, y en el ámbito de estas estrategias concretas a las que nos hemos referimos, de cardiopatía isquémica y diabética se han elaborado unos planes y una serie de actuaciones, medidas y evaluables por el Ministerio de Sanidad, con las comunidades autónomas para evitar los riesgos que supone el incremento del colesterol en la población. En la estrategia concreta se indica que los pacientes con enfermedad coronaria crónica deben recibir a largo plazo un tratamiento integral adecuado, tanto dietético como de ejercicio, actividad física, farmacológico, psicológico y de apoyo social. Entre las recomendaciones se incluye también el control de los niveles de colesterol-LDL, inferior a 100 miligramos/decilitro tras una dieta adecuada.

Respecto a la estrategia de diabetes también hay una serie de factores que afectan al control del colesterol. Es por ello que la enmienda que hemos planteado al grupo proponente cumple el objetivo de la propuesta y, a la vez, actualiza las actuaciones que ha realizado el Ministerio de Sanidad en esta materia. Por otra parte y en lo referido a los aspectos farmacológicos a los que se ha hecho referencia, creo que es claro que, determinadas las evidencias científicas en cada uno de los aspectos que influyen en el control del colesterol, tanto el Ministerio de Sanidad como las comunidades autónomas establecerán el seguimiento y control de cada una de las actuaciones que en ambas estrategias se van a poner en marcha. Por tanto, en los cuatro puntos de nuestra enmienda pedimos ese tipo de actuaciones e incentivamos a promover la sensibilidad de la sociedad y del colectivo médico para que se controle y se dé la importancia que merecen los niveles elevados de colesterol en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular y en la morbilidad por esa causa. Espero que por parte del grupo proponente se acepte la enmienda de nuestro grupo parlamentario.

La señora **PRESIDENTA:** Dejo a disposición de ustedes que acerquen sus posturas. Tal y como he indicado, la postura sobre la aceptación o no se producirá en el momento inmediatamente anterior a la votación.

— RELATIVA A LA PROTECCIÓN DE DATOS EN LAS RECETAS MÉDICAS Y DEMÁS ACTUACIONES RELATIVAS AL MEDICAMENTO Y LA SANIDAD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO CATALÁN (CONVERGÈNCIA I UNIÓ) (Número de expediente 161/002004.)

La señora **PRESIDENTA:** A continuación vamos a debatir el punto 4.º del orden del día, una iniciativa que también es del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), relativa a la protección de datos en las recetas médicas y demás actuaciones relativas al medicamento y la sanidad.

Nuevamente tiene la palabra el señor Xuclà.

El señor **XUCLÀ I COSTA:** Señorías, un muy honorable médico de esta Comisión de Sanidad me comentaba hace pocos días que este grupo parlamentario a través de esta proposición no de ley planteaba un texto de una dimensión notablemente barroca. Creo que la literalidad de esta proposición no de ley es extremadamente clara, pero quizás tiene un enfoque más propio de un debate en la Comisión Constitucional en tanto en cuanto hablamos de derechos fundamentales que no es la terminología que habitualmente utilizamos en la Comisión de Sanidad y Consumo.

Como muy bien saben SS.SS., la llamada —si me permiten simplificar— Ley del medicamento contempla en un artículo el mandato al Gobierno del desarrollo de la trazabilidad. Podríamos definir aquel artículo como un artículo de textura abierta desde el punto de vista jurídico, sin una definición muy clara y remitiendo al desarrollo reglamentario por parte del Gobierno la concreción de estas medidas de trazabilidad. Sobre estas medidas de trazabilidad el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) quiere trasladar a esta Comisión algunos criterios que creemos que son muy importantes desde un punto de vista quizás más de protección de datos, de un debate de derechos fundamentales, de un debate, como les he dicho, propio de la Comisión Constitucional. Hago referencia a la importancia del secreto de los datos en todo el proceso de la trazabilidad y hago referencia al cumplimiento estricto de la definición de

los criterios de trazabilidad de la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. En los criterios que vaya a desarrollar el Gobierno —porque el mandato es muy abierto— se debe tener en cuenta el respeto a esta ley, que es una ley básica estatal en materia de sanidad y las demás normativas aplicables para la protección de datos en aspectos tan importantes como los ficheros farmacéuticos, los distribuidores mayoristas; en definitiva, todo el proceso del medicamento desde la fabricación hasta que llega al paciente.

Otro punto que nosotros queremos subrayar de esta proposición no de ley es la vulnerabilidad de los mecanismos de radiofrecuencia para la transmisión de datos en los mecanismos de trazabilidad. Es más, en el punto 1 de esta proposición no de ley pedimos expresamente que se descarte la lectura por radiofrecuencia por el peligro de captación de datos personales que entrañe, así como por el peligro de uso indebido de esos datos, falsificaciones de documentos, etcétera. Señorías, estamos hablando de derechos fundamentales, estamos hablando de los expedientes y de los historiales clínicos de las personas. Estamos de acuerdo con que los criterios de trazabilidad pueden ayudar a contener el gasto sanitario y que pueden ayudar también al buen conocimiento de la historia clínica de los pacientes, pero, como en tantas materias, a la hora de legislar tenemos que sopesar distintos criterios: criterios de eficacia en la aplicación de la ley y criterios supremos como son los de respeto a los derechos humanos y a la protección e intimidad de los datos de los ciudadanos, en este caso de los pacientes.

La señora **PRESIDENTA:** Se han presentado dos enmiendas a esta iniciativa, una de ellas es del Grupo Parlamentario Popular y será defendida por la diputada señora Pan.

La señora **PAN VÁZQUEZ:** Señorías, comprendemos y compartimos la preocupación del grupo proponente, Convergència i Unió, por la utilización que se hace de los datos y de la información sanitaria. La comprendemos aunque, como ya ha dicho aquí su portavoz en la explicación y el desarrollo de esta proposición no de ley, entendemos que el texto queda —si me lo permiten— un poco espeso, es decir, no tan claro como lo que nosotros proponemos como enmienda de modificación.

Existe una base de preocupación porque hemos conocido y asistimos, como ha ocurrido no hace mucho tiempo, a la sanción de la Agencia Española de Protección de Datos a una empresa por comercializar —y creemos que esto es muy grave— entre laboratorios farmacéuticos con datos de la prescripción de médicos del Sistema Nacional de Salud. También hemos asistido a otras noticias en alguna comunidad autónoma de cómo se vulneraba la información recogida en las historias clínicas. Compartimos con el grupo proponente que estos hechos no deben ocurrir ni repetirse. Sobre todo, porque ya están garantizados y recogidos en las diversas leyes de nuestro ordenamiento jurídico. Las obligaciones de las administraciones y de los profesionales en relación con la protección de datos y con la información sanitaria de carácter personal están definidas en la Ley orgánica de protección de datos de carácter personal y en lo que se refiere a los datos sanitarios en la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, así como en la reciente Ley de garantías y uso racional del medicamento. Como saben SS.SS., los ficheros de información pertenecen a los servicios de salud de las comunidades autónomas y no al Gobierno, pero el Ministerio de Sanidad y Consumo tiene encomendada por la Ley de cohesión y calidad la coordinación de los mecanismos de intercambio electrónico de información clínica y de salud individual. La misma ley dice más adelante que el Ministerio de Sanidad y Consumo establecerá un procedimiento que permita el intercambio telemático y de la información que legalmente resulte exigible para el ejercicio de sus competencias por parte de las administraciones públicas y que este estará de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 y en la Ley 41/2002. No está de más hacer un recordatorio a las administraciones para que sean rigurosas en el cumplimiento de la normativa que ya está en vigor.

Por otra parte, SS.SS. conocen cuál es la postura del Grupo Popular en relación con la Ley de garantías y uso racional del medicamento, conocen nuestras discrepancias en diversos puntos y conocen que presentamos un texto alternativo, por lo que evitaré hacer cualquier tipo de reiteración. Pero sí conviene hacer alguna consideración para defender la modificación que nosotros proponemos. La modernización de las tecnologías para la lectura y transmisión de datos, la historia clínica informatizada, la tarjeta sanitaria con firma digital o la receta electrónica en función de criterios y/o sistemas que sean compatibles son una necesidad. Creemos que no necesitan defensa. Nosotros lo llevamos en nuestro programa pero estamos seguros de que todos los sistemas de salud de las comunidades autónomas están avanzando en este camino y que además pretenden continuar en él. El ministerio, tal y como acabo de leer en la Ley de cohesión, debe impulsar y hacer que esta modernización sea posible y que cada día sea mayor. Este avance, sin duda, va a redundar en una mejor gestión sanitaria, en un mejor y más racional uso de los medicamentos, en una mayor, mejor y más segura información de nuestros pacientes y en una mucho más rápida localización de aquellas partidas de un medicamento o aquel mal uso que en un determinado caso se pudiera dar. Las nuevas tecnologías hay que ponerlas al servicio de los ciudadanos y de la salud, y nosotros no estamos a priori en desacuerdo con ninguna. Tampoco queremos hacer una defensa a ultranza de la radiofrecuencia ni de ningún otro procedimiento o sistema, a pesar de que los técnicos nos dicen que hoy en día hay modos de que la radiofrecuencia sea segura. Como digo, no queremos defenderla pero tampoco queremos rechazarla, solo queremos que el sistema que se utilice sea el que mejor garantice la trazabilidad

de los medicamentos de una forma real y rápida y que además este sea un sistema aprobado y debatido en el seno del Consejo Interterritorial, ya que esto supondrá un hito en la calidad y garantía de la prescripción, así como que aquellos que tienen una dependencia, por su salud, de un tratamiento tengan muy mejorada y muy garantizada esta trazabilidad. Todo ello sin ser utópicos y sin pedir lo que no se puede hacer y no se puede dar; sin poner a nadie —ni a la industria ni a la distribución ni a los servicios de salud— frente a una norma o frente a un procedimiento que no se pueda cumplir, por eso pedimos que sea de acuerdo y debidamente presupuestado. Urge la compatibilidad de los sistemas ya iniciados; urge el impulso decidido y la ayuda a aquellas comunidades autónomas que llevan un retraso tecnológico frente a otras para garantizar la equidad, el equilibrio y la justa asistencia igualitaria a los ciudadanos independientemente del lugar en el que vivan.

La señora **PRESIDENTA:** Señoría, vaya finalizando.

La señora **PAN VÁZQUEZ:** Ya acabo, señora presidenta. Mi grupo propone esta modificación y solicita respecto de la misma el voto afirmativo de todos los grupos parlamentarios.

La señora **PRESIDENTA:** Existe también presentada una enmienda por parte del Grupo Socialista que va a ser defendida por la señora Martel.

La señora **MARTEL GÓMEZ:** Señorías, la proposición no de ley presentada por el Grupo Parlamentario Catalán, en la que se insta al Gobierno a regular la homologación de los medios tecnológicos que pueden usarse en la lectura y transmisión de los datos sanitarios, así como a adoptar determinadas medidas para garantizar los derechos regulados en la Ley Orgánica 15/1999 respecto de las actividades sanitarias, no deja de ser sorprendente porque se insta al Gobierno a cumplir la ley en vigor que está obligado a cumplir por imperativo legal. Señorías, la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, regula los principios generales en materia de protección de datos de carácter personal y de datos especialmente protegidos, entre los cuales se encuentran los relativos a la salud. Esta ley regula de igual forma y de manera particular los aspectos sobre cesión de datos y seguridad en materia de tratamiento, y establece la necesidad de adoptar las medidas de índole técnica y organizativa necesarias para garantizar la seguridad de los datos, evitando su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado. Todo ello conforme al estado de la tecnología, la naturaleza de los datos almacenados y los riesgos a los que están expuestos. La citada ley, en sus artículos 15 y 16, regula el derecho de acceso, rectificación y cancelación de datos. Igualmente recoge de forma amplia y precisa los aspectos relativos a la creación, modificación o supresión de los ficheros de titularidad pública en los artículos 20 y siguientes y de titularidad privada en los artículos 26 y siguientes. En materia de comunicación de datos entre diferentes administraciones públicas señala expresamente que los datos de carácter personal recogidos o elaborados por las administraciones públicas para el desempeño de sus atribuciones no pueden ser comunicados a otras administraciones públicas para el ejercicio de competencias diferentes o de competencias que versen sobre materias distintas, salvo que la comunicación estuviese prevista por la disposición de creación de ficheros o por disposición de rango superior. Otro de los aspectos que queda recogido en la Ley 15/1999 es que la comunicación de datos recogidos de fuentes accesibles al público no puede efectuarse a ficheros de titularidad privada si no es con el consentimiento del interesado o cuando lo prevea la ley.

En lo referente a la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, tengo que manifestarles, señorías, que está claro que regula de forma expresa y amplia las siguientes cuestiones. Por lo que respecta a la trazabilidad de los medicamentos, el artículo 87 establece que la recogida y tratamiento de datos en materia de garantías de trazabilidad debe adecuarse a la normativa vigente en materia de seguridad y protección de datos de carácter personal, en cumplimiento de la mencionada Ley orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal. Esto supone que el correspondiente desarrollo reglamentario debe llevarse a cabo de conformidad con el texto legal que se pretende desarrollar y con la ley básica vigente en materia de seguridad y protección de datos de carácter personal. En lo referente a la receta médica y la prescripción hospitalaria de medicamentos, se regulan también en la Ley de garantías de forma concreta y amplia los diferentes aspectos a considerar en relación a estos documentos sanitarios y específicamente se estable que el Gobierno debe determinar con carácter básico los requisitos mínimos que han de cumplir las recetas médicas extendidas y/o editadas con soporte informático. En lo referente al tratamiento de los datos, si bien se establece que no se precisa consentimiento expreso del interesado, se remite en lo demás a la Ley orgánica 15/1999. La gestión de información de recetas queda claramente recogida en el artículo 97, que establece que la información agregada de las recetas del Sistema Nacional de Salud es de dominio público, si bien sometida a la necesaria salvaguarda de la confidencialidad de los datos de carácter personal y de los datos comerciales de empresas individualizadas. Por último, señorías, cabría señalar que la creación de ficheros con datos relativos a la salud y la utilización y la comunicación de los datos contenidos en los mismos deberá realizarse de acuerdo con lo establecido en la Ley orgánica de protección de datos de carácter personal y en la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios y en las diferentes leyes básicas sobre cada materia. La regula-

ción de los medios tecnológicos a utilizar para la lectura y transmisión de datos sanitarios deberá producirse conforme al desarrollo tecnológico de cada momento y en orden a garantizar la seguridad en esa materia. **(La señora vicepresidenta ocupa la Presidencia.)**

Finalmente, cabría resaltar que el desarrollo reglamentario que se pueda producir en cada una de las materias recogidas en la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios deberá llevarse a cabo de conformidad con la legislación referida, sin que sea necesario exigir al Gobierno que venga a garantizar lo que, como les decía al principio de mi intervención, específicamente viene obligado a cumplir por imperativo legal. Aun así, mi grupo, queriendo entender el sentido último y la preocupación planteada en la proposición no de ley del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), ha presentado un texto de sustitución, que es conocido por los grupos de esta Comisión y que pediría que fuera apoyado.

— RELATIVA AL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/002014.)

La señora **VICEPRESIDENTA:** Continuamos con el orden del día. Pasamos a debatir la proposición no de ley que viene recogida en el orden del día con el número 6, relativa al Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, de la que es autor el Grupo Parlamentario Popular. En su nombre, tiene la palabra el señor Martínez Sieso.

El señor **MARTÍNEZ SIESO:** Señorías, esta es mi primera comparecencia en la Comisión de Sanidad y quiero en primer lugar transmitir un cordial saludo a todos los integrantes de la misma y, al mismo tiempo, solicitar su atención hacia este punto del orden del día que, sin duda, es de gran importancia para todos nosotros. Se trata de que el Congreso de los Diputados inste al Gobierno para que aporte los recursos necesarios al objeto de garantizar la financiación íntegra del Plan director del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; se trata de mantener o no el compromiso político de cumplir lo establecido en el Estatuto de Autonomía para Cantabria que, en su disposición adicional segunda, incluye la obligación de garantizar la continuidad del Hospital Marqués de Valdecilla como centro de referencia nacional para que pueda mantener e incrementar en el futuro su alto nivel de funcionamiento en su aspecto asistencial, así como en el docente, en el científico y en el tecnológico. Como ven ustedes, la cuestión es de tal relevancia para Cantabria que está recogida en su propio Estatuto, y en estos tiempos de tanta —permítanme— sensibilidad para las cuestiones estatutarias, les solicito dar cumplimiento a una disposición contenida en el Estatuto de Autonomía cántabro desde que entró en vigor en el año 1982 y apoyar esta proposición no de ley. Por otra parte, no les pido algo que nosotros —el Partido Popular— no fuimos capaces de hacer porque es ese el ánimo y el compromiso político que inspiraron las negociaciones y el acuerdo de transferencias sanitarias a Cantabria que se produjo en diciembre del año 2001 y, sobre todo, porque ese es el ánimo y el compromiso político que inspiraron el convenio entre la Administración General del Estado y la comunidad autónoma para la financiación del Plan director del Hospital Marqués de Valdecilla, firmado el 27 de agosto de 2002 en Santander por quienes tenían la responsabilidad del Ministerio de Sanidad y del Gobierno de Cantabria entonces, Ana Pastor y yo mismo, y que ascendía a 206 millones de euros en su totalidad a cargo de la Administración General del Estado.

Hay que decir bien claro que este convenio, entre otras cuestiones, contenía, primero, un calendario de ejecución de obras que concluía en el año 2007; segundo, un plan de financiación acorde con el plan de ejecución de obras que concluía también en el año 2007 con anualidades diferentes. **(La señora presidenta ocupa la Presidencia.)** Así, en el año 2003 había consignados 64 millones de euros; en el año 2004, 53 millones de euros; en el año 2005, 46 millones de euros; en el año 2006, 28 millones de euros; y en el año 2007, 15 millones de euros. Permítanme llamar la atención sobre la anualidad del año 2007, que es prácticamente la mitad que la del año 2006 y esta, a su vez, es muy inferior a la del año 2005. Esto nos da una idea de que la previsión de conclusión de obra y pagos era la del primer semestre del año 2007, con posibilidades de adelantarlo a finales del año 2006, como públicamente se anunció en su momento. El convenio tenía y tiene además, como tercer aspecto relevante, una vocación de globalidad, es decir, de financiación íntegra de las obras del nuevo hospital. ¿Cuál es el problema entonces? Pues que la demora en el ritmo de las obras hace pensar que el hospital nuevo completo, en sus tres fases, no estará concluido, en el mejor de los casos, antes de finales del año 2010 y que la demora en las obras ha disparado los costes; cuatro años más de obras en el plan director que echan por tierra la necesaria motivación, confianza social y profesional en torno a un proyecto asistencial, docente y tecnológico de esta envergadura; cuatro años más de obras que afectan a la calidad de la asistencia que reciben los pacientes y a las condiciones diarias del trabajo de los profesionales; y cuatro años más de obras que van a provocar una gravísima desviación del gasto en la ejecución del proyecto. A la desastrosa gestión en la ejecución de la obra hay que añadir un desastroso control del gasto.

Señorías, señora presidenta, para muestra un botón. El pasado 31 de octubre tuvimos ocasión de visitar las obras —usted misma y algunos miembros de esta Comisión—, y en aquel momento se nos informó por parte de la consejera de Sanidad del Gobierno de Cantabria que el desfase era de 64 millones de euros, desfase que ha

ido engordando y que en la actualidad, solamente cuatro meses más tarde, asciende ya a 85 millones de euros en una demostración palpable de incapacidad en el control del gasto. ¿Y quién es responsable? En primer lugar, el Gobierno cántabro, que gestiona directamente el proyecto, pero también el Ministerio de Sanidad, puesto que en el convenio al que me he referido con anterioridad está prevista y se constituyó, el 30 de enero de 2003, una comisión mixta de seguimiento y control con representación de ambas administraciones y con funciones obvias de verificación y vigilancia de las condiciones, calendario, calidades y financiación del Plan director de Valdecilla. Por tanto, hay una corresponsabilidad por parte del Ministerio de Sanidad.

Ya concluyendo, voy a aclararles algo. En algún momento, en algún lugar, alguno o algunos han dicho y dicen, cómo no, que esto es responsabilidad del Partido Popular que hizo unas previsiones que no se ajustaban a la realidad y que presupuestó muy por debajo de las necesidades previsibles. Esto es radicalmente falso, y por si alguien sigue teniendo dudas citaré tres testimonios que considero de autoridad. En primer lugar, el de la señora Gorostiaga cuando era secretaria regional de los socialistas cántabros, que el día 13 de agosto de 2002, inmediatamente después de la aprobación del convenio por el Consejo de Ministros aseguró que su partido estaba encantado con el convenio para la financiación del Plan director de Valdecilla —palabras textuales—. En segundo lugar declaraciones, también de la señora Gorostiaga, el 30 de agosto de 2002, inmediatamente después de la firma del convenio, cuando dijo: califico el convenio como bueno así como una noticia importante y buena para Cantabria. En tercer lugar, el 21 de julio de 2004, fecha importante porque ya les he explicado con anterioridad el calendario de pagos y para esas fechas ya existía el compromiso de haber ejecutado y pagado más del 50 por ciento del plan director, la ministra de Sanidad, dijo textualmente: ni tengo datos ni me consta que exista un desfase presupuestario en el Plan director de Valdecilla. Y se supone que dijo esto en Santander haciendo una visita al hospital, con toda la información que le proporciona la comisión mixta de control y seguimiento del convenio. Esto es suficientemente ilustrativo.

Señorías, el texto que se va a someter a votación ha sido aprobado por unanimidad de todas las fuerzas políticas del Parlamento de Cantabria. Por coherencia y por compromiso político les pido su apoyo para que el Congreso de los Diputados también lo haga. Los pacientes del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, ya sean cántabros o de otras comunidades, sus familiares, los profesionales que allí prestan sus servicios y los ciudadanos en general, se lo agradecerán.

La señora **PRESIDENTA:** No existen enmiendas presentadas. ¿Grupos que desean fijar posición? **(Pausa.)** Por parte del Grupo Parlamentario Socialista tiene la palabra la diputada señora Esteve.

La señora **ESTEVE ORTEGA:** Inicio mi intervención, señora presidenta, con un saludo especial al diputado.

En relación con la proposición no de ley que estamos debatiendo quiero manifestar en nombre de mi grupo, y lo digo ya en este momento, que vamos a rechazarla. No porque creamos que el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla no merece disponer de los máximos recursos sino por considerarla improcedente, pero voy a fundamentar el porqué de nuestra posición.

En primer lugar, quiero dejar constancia de nuestra satisfacción y orgullo por el hecho de contar en España, y en concreto en la Comunidad de Cantabria, con uno de los hospitales de referencia nacional —en esto coincidimos plenamente— de más prestigio, que dispone de unas instalaciones de primer nivel y que sigue reformándose y cuenta con una alta cualificación asistencial y tecnológica y con una atención médica de alta calidad para atender con excelencia las necesidades de salud, de los ciudadanos de Cantabria, en primer lugar, y en un 5 por ciento de otras comunidades. Es además un hospital de gran valor histórico por su proceso al servicio de la salud durante 75 años. En segundo lugar, señalaré que esta consideración de este insigne hospital se hace evidente con el compromiso que los sucesivos gobiernos de España han mantenido. Como usted señalaba, el 27 de agosto de 2002, se suscribió el convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y la comunidad autónoma para la financiación del plan director, y con ello se ha venido a cumplir lo establecido en la disposición adicional segunda, apartado 4.º, del Estatuto de Autonomía de Cantabria, al que usted aludía, que incluye una referencia singular al compromiso de garantizar la continuidad del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, como centro de referencia nacional, para que pueda mantener e incrementar en el futuro su alto nivel de actualización asistencial, docente, científico y tecnológico. Para llevar a cabo este cometido, el Gobierno de entonces consideró oportuno colaborar con la comunidad autónoma en virtud de lo que decía el Estatuto en la financiación de la construcción y equipamiento del mencionado hospital. En función de ello, las partes firmaron el convenio para materializar este plan director y este convenio llevaba atribuida una cifra de casi 206 millones de euros distribuidos en diferentes años para su ejecución. En 2003 se cumplieron con los acuerdos de casi 64 millones de euros, y así progresivamente en 2004 —ya con el cambio de Gobierno— se cumplió rigurosamente con el pago previsto; lo mismo pasó en 2005, en 2006 y así se va a hacer en el año 2007. Hasta la fecha, el actual Gobierno ha cumplido, he dicho, rigurosamente con el compromiso adquirido, liberando a la comunidad autónoma las cantidades correspondientes. Por tanto, en dicho convenio no se contempla la ampliación de recursos ni por sobrecostes ni por otros conceptos para dicho plan director, por lo que no existe previsión de financiación para este fin por parte de la Administración General del Estado, y las reglas son

como son, un convenio firmado cumplido íntegra y rigurosamente. En consecuencia, el Estado y, en concreto, el Gobierno ha cumplido el compromiso que en su día se adquirió con la comunidad autónoma. Se ha hecho seguimiento del desarrollo de las obras y efectivamente la propia ministra de Sanidad realizó una visita al hospital para poderlo comprobar, y ahora, en lo que hace referencia a una financiación adicional tanto para el citado hospital como para otras infraestructuras sanitarias, deberá ser financiado, tal como le compete, por la propia comunidad autónoma, de acuerdo con los traspasos de competencias realizados en el año 2002. Insisto, para terminar, en que es a la comunidad autónoma, en función de sus competencias, a la que le corresponde ahora asumir cualquier otra financiación y no al Gobierno de España. Por este motivo y después de esta fundamentación, voy a insistir en que vamos a rechazar su proposición.

— SOBRE LA SITUACIÓN DEL «CENTRE EUROPEU DEL CONSUMIDOR» DE LA AGENCIA CATALANA DEL CONSUMO, A PARTIR DE ENERO DE 2005, A PARTIR DE LAS ÚLTIMAS INSTRUCCIONES DE LA COMISIÓN EUROPEA SOBRE LA CREACIÓN Y DESARROLLO DE REDES. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO DE ESQUERRA REPUBLICANA DE CATALUNYA, ERC. (Número de expediente 161/002020.)

La señora **PRESIDENTA:** Procedemos a examinar la que figura como punto 7 del orden del día, que es la proposición referida a la situación de la Agencia Catalana del Consumo, a partir de enero de 2005, a partir de las últimas instrucciones de la Comisión Europea sobre la creación y desarrollo de redes. Es iniciativa del Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana de Catalunya y va a ser defendida por su diputada la señora Bonás.

La señora **BONÁS PAHISA:** Señorías, como ustedes saben, en la comparecencia del pasado 28 de diciembre la señora ministra de Sanidad se refirió al Centro Europeo del Consumidor; por tanto, no voy a repetir ahora toda la historia del centro porque la tienen ustedes en el «Diario de Sesiones». Sus señorías recordarán que en abril de 2003 se planteó la fusión de las dos redes europeas: la Red de atención al consumidor y la Red paralela, la EEJ-Net —la extrajudicial network—, en una nueva European Consumer Centre Net a partir de 2005, teniendo en cuenta que la actividad del Centro Europeo del consumidor era mucho mas importante y general.

En España había tres puntos de contacto con la Red europea CEC: el Centro Europeo del Consumidor en Cataluña, con sede en la Agencia Catalana del Consumo; desde 1991, cofinanciado por la Comisión Europea y la Agencia Catalana de Consumo, el Centro Europeo del Consumidor en Vitoria y el Instituto Nacional del Consumo del Ministerio de Sanidad como miembro de la red EEJ-Net. La Comisión de la Unión Europea pidió a la autoridad de cada Estado miembro, en el caso de España al Ministerio de Sanidad y Consumo, que preparase un solo contrato y comunicase a la Comisión quién participaría de la nueva red, sin que se tuviera en cuenta en esa decisión la última evaluación de la Comisión Europea. De los resultados de esta evaluación encargada por la propia Comisión Europea se desprendía que el Centro Europeo del Consumidor de Barcelona era uno de los mejor situados y relacionados en el flujo de información y gestión de las reclamaciones transfronterizas de la red europea. El Centro Europeo del Consumidor en Barcelona, después de quince años de actividad, ha conseguido un alto nivel de eficacia y profesionalidad en la gestión de las reclamaciones transfronterizas y en el asesoramiento de los ciudadanos de la Unión Europea. Comprar productos o contratar servicios en otro Estado miembro y solucionar los problemas acontecidos cuando existen barreras idiomáticas y distintos ordenamientos jurídicos es una tarea difícil y muy especializada. A pesar de todo, como ustedes saben bien, la decisión que se tomó fue que el único interlocutor sería el Instituto Nacional del Consumo. Evidentemente fue un criterio político, porque podríamos decir que el criterio técnico fue dudoso.

Por otra parte, si bien se ha decidido que la nueva estructura impuesta por el Instituto Nacional del Consumo implica que el instituto gestiona el asesoramiento y las gestiones transfronterizas de los ciudadanos de todo el Estado y de otros Estados miembros, debemos tener en cuenta que la Agencia Catalana del Consumo tiene entre sus objetivos orientar, informar y asesorar a los consumidores y usuarios sobre sus derechos y la forma de ejercerlos, artículo 3 de la ley 9/2004, de 24 de diciembre. En ese sentido, la Agencia Catalana del Consumo tiene el mandato de hacerse cargo del asesoramiento y la gestión de las reclamaciones transfronterizas, tanto de los ciudadanos de Cataluña como de otros Estados miembros cuando el productor o proveedor de servicios tenga su sede social en Cataluña. Por tanto, estamos ante un problema de invasión competencial. Se había pactado que desde el 1 de enero de 2007 la Agencia Catalana del Consumo atendería este servicio, pero solo para los ciudadanos de Cataluña, porque hasta entonces lo venía haciendo para todos los ciudadanos del Estado. Este pacto verbal parece ser que se ha olvidado y ahora se pretende, desde Madrid, que desde la Agencia Catalana del Consumo se pasen todas las reclamaciones, como si la Agencia Catalana del Consumo se tratase de una oficina municipal de información al consumidor. No proponemos a estas alturas que el Centro Europeo de Atención al Consumidor tenga su sede en Barcelona —podría haber estado, pero no será así—, no obstante sí pedimos que no se despilfarre un capital de quince años y que la Agencia Catalana del Consumo siga ejerciendo sus competencias. Considerando que el Centro Europeo del Consumidor, hasta ahora en Barcelona, ofrece un servicio de alta calidad que ha sido objeto de

auditorías económicas y de funcionamiento durante quince años con resultados siempre satisfactorios, considerando que es un servicio muy bien valorado por los ciudadanos, que constatan cómo la situación de desamparo al consumidor se multiplica cuando existe un componente de transnacionalidad, creemos que convendría mantener este servicio y promocionarlo. Les recordamos el caso del pasado verano del aeropuerto de El Prat y el soporte realizado por el personal del Centro Europeo del Consumidor en Barcelona, especialmente en las reclamaciones contra compañías aéreas extranjeras. Creemos que el hecho de que la función de informar, mediar y solucionar los problemas a los consumidores catalanes se tenga que gestionar desde Madrid, supone una clara invasión de competencias.

La solución que se propone es que por un convenio se podría llegar a un acuerdo sobre colaboración económica, el Centro Europeo del Consumidor continuaría atendiendo los casos generados en Cataluña y, a cambio, los datos y las reclamaciones gestionadas pasarían a la base de datos del Instituto Nacional del Consumo, con el fin de que la Comisión Europea tuviera una visión exacta de la realidad del Estado español, respecto de la situación de las posibles barreras existentes en el mercado interior europeo. Además habría una puesta en común de los criterios de tratamiento de la información y asesoramiento al consumidor, con el fin de homogeneizar el servicio a todos los ciudadanos del Estado. El Centro Europeo del Consumidor, dependiente de la Agencia Catalana del Consumo, quiere seguir atendiendo a los ciudadanos de Cataluña, quiere seguir gestionando sin depender de otras administraciones y seguir ejerciendo lo que ha hecho hasta ahora, que es un servicio de calidad.

Se nos ha presentado una enmienda por el Grupo Socialista en la que se nos dice, el Congreso de los Diputados insta al Gobierno a establecer adecuadas líneas de colaboración entre el Centro Europeo del Consumidor y la oficina dependiente de la Agencia Catalana del Consumo para una mejor atención de los usuarios de estos servicios. La mejor atención a los usuarios de la Agencia Catalana del Consumo es que la gestión se realice desde Barcelona. Se podría desprender de esta enmienda que el ponente del Grupo Socialista está de acuerdo en que la gestión se siga haciendo desde Barcelona y siga adelante el convenio de que la base de datos se trasvase al Instituto Nacional del Consumo, pero que la gestión para la mejor atención de los usuarios se siga realizando desde Barcelona; esto se podría desprender, pero no es exactamente así. Por tanto, si su enmienda expresa esta voluntad, no habrá ningún inconveniente en que la aceptemos. Tenemos tiempo hasta el final de la sesión para que nos pongamos de acuerdo y usted me explique claramente, según el criterio del Grupo Socialista, quién puede ofrecer una mejor atención a los usuarios.

La señora **PRESIDENTA:** Existe una enmienda presentada por el Grupo Socialista que será defendida por la diputada señora Montón Giménez.

La señora **MONTÓN GIMÉNEZ:** Señorías, me gustaría comentar alguna de las cuestiones presentadas en esta proposición no de ley. El Centro de la Agencia Catalana de Consumo se creó a instancias de la Comisión Europea como centro de información a los consumidores, las euroquichet, con la misión de informar a los consumidores europeos acerca de sus derechos dentro de la Unión Europea, del mismo modo que el centro de información en Vitoria y varios otros en distintos países de la Unión Europea, pero no llegaron a formar parte de una red estructurada como la que ahora se pretende. Ahora se produce un cambio que responde a una nueva iniciativa de la Comisión Europea. El Centro Europeo del Consumidor establecido en el Instituto Nacional del Consumo se integra en la Red de centros europeos del consumidor ECC-Net, que va mucho más allá de su misión de protección de los consumidores europeos al unir a los centros de informaciones existentes las competencias de intermediación y asistencia a los consumidores en las reclamaciones ante los proveedores de otro Estado de la Unión Europea, que correspondían hasta ese momento a oficinas de intermediación extrajudiciales creadas en cada Estado bajo la tutela del Gobierno central correspondiente y constituidas en la Red EEJ desde el año 2002. La creación de esta nueva red es, en general, sin lugar a dudas, positiva para los consumidores y consumidoras.

La Comisión Europea requirió que los gobiernos centrales asignaran la representación de esta nueva ECC-Net a una institución de ámbito estatal que ostentara las competencias de protección a los consumidores. Por este motivo, el Instituto Nacional del Consumo fue el organismo designado por parte del Gobierno español. Esto no significa un proceso de centralización de servicios, sino la creación de un nuevo instrumento interlocutor necesariamente único, según la exigencia de la Comisión Europea.

Si bien hay que recordar que para facilitar la fusión de las dos iniciativas anteriores y su integración en un único organismo, la Comisión Europea estableció, previa negociación por parte del Gobierno, un periodo de dos años de transición durante el cual el Centro Europeo del Consumidor español estuvo constituido por tres oficinas: Madrid, Barcelona y Vitoria, plazo que finalizó el 31 de diciembre de 2006. Cabe también destacar que el carácter de oficina única de apoyo a los consumidores europeos en sus reclamaciones y consultas transfronterizas, dentro de la ECC-Net que el Centro Europeo del Consumidor tiene en los 27 Estados de la Unión Europea, es contrario a la fragmentación. En este sentido, el Instituto Nacional de Consumo ha puesto en marcha una red que permite obtener información homogénea en varios idiomas, formular consultas y efectuar reclamaciones *on line* a través de pantalla táctil. Esta red de

oficinas se extenderá a lo largo de este año y del 2008 a nuevos puntos, de modo que todos los consumidores españoles y europeos de otros Estados que nos visiten tengan acceso a la asistencia que la ECC-Net les proporciona. Con esta situación se alcanza el objetivo de garantizar que la atención a los consumidores europeos quede suficientemente asegurada en términos de igualdad y calidad para todos los ciudadanos y ciudadanas del Estado.

Por estos motivos, mi grupo propone una enmienda que esperamos sea considerada para poder votar a favor esta proposición no de ley. Lo que pretendemos con ella es que el Centro Europeo del Consumidor y la oficina dependiente de la Agencia Catalana del Consumo pudieran dialogar y llegar a un acuerdo para establecer las líneas adecuadas de colaboración para así llegar, como no podía ser de otro modo, al objetivo común de una mejor atención a los usuarios y usuarias de estos servicios. Esperamos sinceramente poder llegar a un consenso; no obstante, tomo el guante de lo planteado por la diputada, podemos llegar a conversaciones pero, en principio, la enmienda que presentamos es la que planteamos, a falta de que ahora podamos hablar con cariño y con respeto acerca de este tema.

La señora **PRESIDENTA:** Ha manifestado su voluntad de intervenir el portavoz del Grupo Catalán de Convergència i Unió. Por tanto, tiene la palabra el diputado señor Xuclà.

El señor **XUCLÀ I COSTA:** Voy a intervenir brevemente, quizá incluso con cariño, pero sobre todo con la voluntad de fijar la posición de mi grupo parlamentario a partir de la iniciativa del Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana, sobre la cual quiero manifestar nuestro apoyo ya en la literalidad, tal como ha sido planteada, previas consultas de la creación de un clima favorable para el consenso.

El día 28 de diciembre del año pasado, curiosamente el día de los Inocentes, la señora ministra de Sanidad y Consumo informó, en lo que podríamos decir en tiempo de descuento, que en cuestión de muy pocos días se finiquitaba un modelo que había funcionado durante más de 15 años en España de tres centros europeos del consumo. Concretamente, uno en Barcelona, con más de 15 años de existencia, creado en 1991; otro, creado en Vitoria el año 1996 y finalmente otro muy respetable Centro Europeo del Consumo creado en Madrid el año 2003, cuando ya se conocía este mandato de la Unión Europea de unificar en un solo centro por Estado miembro, situación a la cual debía hacer frente España pero también Alemania.

El debate que se nos plantea hoy aquí a través de esta propuesta del Grupo de Esquerra Republicana, que recoge el espíritu de la petición de comparecencia de la ministra del Grupo de Convergència i Unió, no es otra que la de discutir si es viable, y este grupo parlamentario cree que sí, que el centro de un organismo esté en una ciudad distinta de la capital del Reino de España. Creo que durante esta legislatura el Gobierno español ha demostrado una cierta sensibilidad hacia un órgano regulador y, con esta misma sensibilidad, creemos que entre algo creado recientemente para unificar y algo que tiene quince años de existencia y una trayectoria probada de solvencia, se debería respetar y recoger todo el acervo y la experiencia del Centro Europeo del Consumo en Barcelona. En este sentido, vamos a apoyar la iniciativa, tal como la ha planteado Esquerra Republicana, y deseamos que si se llega a un consenso no desnaturalice la voluntad y el ánimo inicial de la propuesta que coincide perfectamente con aquello planteado por mi grupo el día 28 de diciembre.

Finalmente, quiero decir que este grupo parlamentario ha trasladado al Parlamento de Cataluña iniciativas para que aquello que los grupos parlamentarios plantean en las Cortes Generales, con la misma coherencia también se discuta y se vote en el Parlamento de Cataluña.

La señora **PRESIDENTA:** Procedemos ahora a debatir lo que figura en el próximo punto del orden del día.

Sí, señora Font

La señora **FONT BONMATI:** Señora presidenta, el Grupo Popular tendrá que fijar su posición.

La señora **PRESIDENTA:** Perdóneme. No había reparado en ello. Ha sido un despiste absoluto porque tengo debidamente anotado quién iba a intervenir en este punto.

En nombre del Grupo Parlamentario Popular fijará la posición la diputada señora Font.

La señora **FONT BONMATÍ:** Con toda brevedad porque ya se explicó bastante en la comparecencia que la ministra tuvo el pasado 28 de diciembre en el Congreso de los Diputados con respecto a este tema, y no voy a volver a repetir la historia de la creación de los centros europeos de consumo que se han creado en España y que existen. Me voy a centrar más en la proposición no de ley que presentó Esquerra Republicana de Cataluña y sobre la cual quiero hacer una serie de reflexiones. La primera de ellas, y ahí está la proposición no de ley, es que la Comisión Europea decidió que hubiera un solo Centro Europeo del Consumidor por Estado miembro, ya que ha fusionado en dicho centro la red extrajudicial europea y las euroventanillas, por lo que dos de los tres existentes en España hasta el día 1 de enero dejarán de funcionar como tales a pesar, y como ya lo han dicho otros diputados que me han precedido en el uso de la palabra, del buen funcionamiento que hasta este momento han estado desarrollando. Pero no podemos lamentarnos ya de cuestiones pasadas. Tenemos que ir al presente y a lo que nos exige la Comisión. Por tanto, a raíz de ello las consideraciones o las cuestiones que se planteaban eran bastante obvias, cuál de los tres

centros que hay, el de Madrid, el de Barcelona o el de Vitoria se quedan, y consecuentemente con ello, cuáles desaparecen. A estas preguntas respondió y resolvió el enigma la propia ministra al decir textualmente que el Centro Europeo del Consumo debe ser tutelado por el Instituto Nacional de Consumo y que, en cualquier caso, la directora del Instituto Nacional de Consumo había estimado que era más conveniente que se situara en Madrid. Esa propuesta fue la que aceptó el ministerio, a lo que desde el Partido Popular no tenemos nada que objetar, ya que si el centro necesariamente tiene que estar tutelado por una institución cuyo ámbito de actuación sea todo el territorio español, lo lógico es que lo sea por el Instituto Nacional de Consumo y no por la Agencia Catalana de Consumo cuyas competencias se circunscriben solamente a Cataluña. La segunda reflexión que nos planteamos a tenor de la proposición no de ley, no de las palabras que hoy ha dicho la señora Bonàs sino de lo que consta en el diario de este Congreso, es saber lo que le preocupa a Esquerra Republicana de Catalunya, si es proteger los intereses de los consumidores y sus transacciones económicas, cosa que no dudo, con terceros países, y, esos intereses estarán garantizados, esté el centro en Madrid, en Barcelona, en Vitoria o en cualquier otro punto de España, o que el problema esté en que el CEC se ubique en Madrid, quitando a la Agencia Catalana de Consumo su representatividad ante las instituciones de la Unión Europea y, consecuentemente, la financiación que se venía percibiendo por la realización de este trabajo. La tercera reflexión que hacemos es que si la Comisión Europea ha decidido que haya un solo centro por país, no parecería lógica la petición de Esquerra Republicana de que exista un CEC en Barcelona que diera servicio solo a los ciudadanos de Cataluña en sus conflictos de consumo con otras empresas de los Estados miembros. El Grupo Socialista también ha presentado una enmienda. Si esta enmienda fuera aceptada por Esquerra Republicana en los términos en que la conocemos, votaríamos a favor de la misma, y, si no, en contra.

— SOBRE AMPLIACIÓN DE LAS MEDIDAS ADOPTADAS EN RELACIÓN CON LAS LÍNEAS TELEFÓNICAS DE TARIFACIÓN ADICIONAL. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO DE ESQUERRA REPUBLICANA (ERC). (Número de expediente 161/000985)

La señora **PRESIDENTA:** Procedo a anunciar que el siguiente punto del orden del día será el que figuraba como número 1.º, que habíamos anunciado inicialmente que se debatiría en último lugar. Sin embargo, estando presente ya la diputada de Esquerra Republicana, parece lógico que se debata conjuntamente con la otra iniciativa que tenía presentada. Se trata de la proposición no de ley sobre ampliación de las medidas adoptadas en relación con las líneas telefónicas de tarificación adicional. Tiene la palabra para exponer su contenido la señora Bonàs.

La señora **BONÀS PAHISA:** Gracias, presidenta, por su amabilidad y al resto de sus señorías. Esta proposición no de ley que fue presentada hace cierto tiempo se refiere, como han podido leer en la exposición de motivos, a los teléfonos de tarifa adicional, que en un momento eran la línea 906 y que luego pasaron a ser 803, 806 y 807 para servicios. Las líneas 803 y 806 tienen un mayor control legal para permitir suspender y perseguir aquellas situaciones que reproducen prácticas abusivas y fraudulentas para el bolsillo de los usuarios, pero a pesar de este amparo legal, siguen existiendo muchos casos de abusos en la publicitación y siguen aumentando las quejas de los usuarios. Desde mediados de 2004, los consumidores no pueden acceder libremente a los servicios de tarificación adicional 907, 803, 806 y 807, o sea que en esto se ha avanzado. Por tanto, será preciso que los abonados que lo deseen lo soliciten expresamente a su operador mediante solicitud escrita con indicación de la fecha y firma del abonado. Hasta aquí la legislación. Sin embargo, las quejas de los usuarios de telefonía aumentan cada vez más. La mayoría están relacionadas con los servicios de atención al cliente, pero se ha detectado en los últimos meses un significativo aumento de preguntas y estafas telefónicas relacionadas con los números de tarificación adicional 803, 806 y 807. La estafa suele ser casi siempre similar. Se recibe una llamada en nombre de una empresa de paquetería u oficina de Correos por la que comunican a la víctima que hay un paquete que le ha enviado un familiar a su nombre para que vaya a recogerlo. Cuando solicita la identidad del remitente, le dicen que para ello debe informarse llamando a un número con un prefijo 80 (equis) cuyo coste puede oscilar entre 0,35 y 3,45 euros por minuto en el que pueden mantener al usuario en la línea hasta treinta minutos. Si ustedes entran en una buena página web podrán observar la gran oferta de números de líneas eróticas. Por tanto, aunque la legislación actual obligue a la solicitud por escrito, entendemos que no debe ser así, ya que vía web se pueden cursar solicitudes para líneas eróticas. Creemos que hay un vacío, que esta proposición no de ley sigue vigente, que deben tomarse medidas para controlar si se aplican y en algún caso establecer sanciones. Mantenemos todos los puntos. En el primero solicitamos realizar las modificaciones legales oportunas para ampliar las competencias y recursos de la Comisión de Supervisión de los Servicios de Tarificación Adicional con el objeto de coordinar con las autoridades competentes y las organizaciones interesadas una más rápida y efectiva persecución y suspensión de aquellos servicios de tarificación adicional que no cumplen estrictamente con el código de conducta de los servicios de tarificación adicional, tanto en su funcionamiento como en su publicación. El punto 2 dice: Establecer un diálogo con las asociaciones de consumidores y usuarios para incorporar expresamente en el código de conducta de servicios de tarificación adicional prácticas vigentes relacionadas con el funcionamiento o publicitación de las líneas de tarificación adicional que

se consideran fraudulentas. El punto 3 dice: Distinguir las líneas de tarificación adicional de servicios profesionales. Este punto posiblemente no esté ya vigente, porque de hecho ya existe. Por tanto, la enmienda que nos presenta el Grupo Parlamentario Socialista, que de hecho elimina este punto, es parecida a la nuestra y la podíamos admitir. Como siempre, en lugar de a realizar las modificaciones legales se insta a estudiar la posibilidad de realizar modificaciones legales. El Grupo Parlamentario Socialista siempre deja mucho margen al Gobierno para darle más tiempo. Nosotros querríamos que se realizaran estas modificaciones, aunque primero habrá que estudiarlas. En lugar de establecer un diálogo, ellos piden favorecer el diálogo. Es semántica, pero en principio estamos de acuerdo con la enmienda. En cuanto la del Grupo Parlamentario Popular, en el fondo todos queremos lo mismo, que se revisen los códigos de conducta. Si el Grupo Parlamentario Popular está de acuerdo, podemos admitir su enmienda. Si quieren incorporar algún punto específico, podemos transaccionar y llegar a un acuerdo porque el espíritu es el mismo.

La señora **PRESIDENTA:** Existen presentadas enmiendas por parte de los grupos Popular y Socialista. Para defender la enmienda del Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Calpe.

El señor **CALPE SAERA:** Hemos presentado una enmienda que sustancialmente venía a ratificar lo que se pide en la iniciativa, aunque entendíamos que con alguna mejora técnica. Nosotros, como en el caso del grupo proponente, entendemos que podemos dar por resuelto el punto 3 y que sería innecesario mantenerlo. Por lo tanto, dejaríamos la enmienda referida a los otros dos. Nuestro grupo comparte la preocupación que ha llevado al grupo proponente a presentar esta proposición no de ley, y aunque tenemos la satisfacción de que en la proposición no de ley se reconozca el esfuerzo de todos los gobiernos por mejorar la situación de los consumidores de estos servicios de tarificación adicional y en ese sentido nos sentimos orgullosos de la labor que se hizo en los años de Gobierno del Partido Popular, en que se aprobó en 1998 el reglamento de telecomunicaciones, en el año 2003 una ley y diversas normas reglamentarias que han ido incidiendo en este campo, somos conscientes también de que, como ha dicho la autora de la iniciativa, los problemas siguen ahí, que hay conflictos, que sigue habiendo muchas quejas y que hay que abordar nuevas regulaciones. En ese sentido apoyamos que se inste al Gobierno en los términos en los que lo hacemos en nuestra enmienda o en que se hace en la iniciativa.

Por concretar un poco, aunque no se diga en la proposición, creemos que es fundamental lograr, por una parte, la agilidad en la resolución de los conflictos. En el código de conducta se prevé la solución arbitral de los conflictos. En cambio, vemos que esta solución no se está utilizando. Quizás este momento en que se insta al Gobierno a buscar nuevas medidas sería el oportuno para potenciar esta solución arbitral, máxime cuando existe un mandato al Gobierno para que regule el arbitraje de consumo, como consecuencia de la Ley de modificación de defensa de los consumidores y usuarios que se aprobó el pasado mes de diciembre en esta Cámara. Sería un buen momento para aplicar ese mandato e incidir en este punto, como lo sería en la agilidad de la resolución de los procedimientos. Es cierto que las garantías hay que mantenerlas, máxime estando ante procedimientos sancionadores, pero también es cierto que en relación con el sistema actual, en que la comisión de supervisión instruye un expediente que luego se traslada al secretario de Estado, con lo cual hay dos instancias en su tramitación, convendría buscar una manera de abreviar los trámites, incluso habría que estudiar —sé que puede ser muy delicado estando ante un procedimiento sancionador— la posibilidad de adoptar medidas cautelares sin esperar a la resolución del expediente. En cualquier caso, la iniciativa es oportuna y, sea cual sea la postura final del grupo proponente, mantener su iniciativa en sus términos o aceptar enmiendas de los otros grupos, la vamos a apoyar.

La señora **PRESIDENTA:** El Grupo Parlamentario Socialista ha presentado una enmienda, que será defendida por la señora Farrera.

La señora **FARRERA GRANJA:** El Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana ha presentado una iniciativa en la que insta al Gobierno a adoptar una serie de medidas para el control de las líneas telefónicas de tarificación adicional. En primer lugar, debe señalarse que en el tiempo transcurrido entre la presentación de la iniciativa y su discusión en sede parlamentaria la normativa aprobada sobre los servicios de tarificación adicional y las actuaciones de control llevadas a cabo por la comisión de supervisión de estos servicios han supuesto una disminución de las reclamaciones de los usuarios hasta su práctica desaparición. Así, podríamos decir que en el año 2004 dichas reclamaciones constituían el 46 por ciento del total de las reclamaciones presentadas por los usuarios suponiendo el problema más grave en el ámbito de los servicios de comunicaciones electrónicas al que hubo que hacer frente. En el año 2005 este tipo de reclamaciones se redujo, pasando a ser el 8,3 por ciento del total presentadas en el ámbito de la telefonía fija. Esto significa que en este último año, del total de 15.210 reclamaciones recibidas, solo 61 se referían a los servicios de tarificación adicional. La comisión de estos servicios tenía y tiene, por tanto, dos importantes funciones en relación con los servicios de tarificación adicional. Por una parte, la elaboración y aprobación del instrumento de regulación del sector, el código de conducta, y, por otra, llevar a cabo el control del cumplimiento de este código. En este sentido, tal y como detalla la Orden PRE/361/2002, modificada por la Orden PRE/2410/2004, de 20 de julio, cuando la

comisión detecta que se puede estar produciendo un incumplimiento del código, realiza actuaciones para su comprobación y emite un informe que con posterioridad da lugar a una resolución de la Secretaría de Estado de Telecomunicaciones y para la Sociedad de la Información, que ordena la retirada del número telefónico que está incumpliendo las prescripciones del código. En este sentido, cabe señalar que el Ministerio de Sanidad y Consumo apoya la adopción de normas que, con el necesario equilibrio y neutralidad, favorezcan la transparencia y la leal competencia eliminando prácticas del mercado que no solo perjudican a los consumidores, sino que lesiona a los competidores. Sin lugar a dudas, la participación de los interlocutores sociales y de las administraciones competentes en materia de consumo en el proceso de elaboración de dichas normas contribuye a una correcta identificación de estas prácticas y en su caso a su eliminación, por lo que considera de gran importancia que en la tramitación de las normas que inciden de una forma tan directa en la protección de los usuarios participe el Consejo de Consumidores y Usuarios, máximo órgano de representación institucional de estos, a través de sus organizaciones, así como los órganos de cooperación institucional con las comunidades autónomas a través de la Conferencia Sectorial del Consumo. No obstante, conviene precisar que el citado código de conducta es aprobado en el seno de la Comisión de Supervisión de los Servicios de Tarificación Adicional, órgano en el que se encuentran representados entre otros la Administración de Telecomunicaciones, representantes del Consejo de Consumidores y Usuarios, operadores de telecomunicaciones y prestadores de los servicios y un miembro de una comunidad autónoma con carácter rotativo anual constituyendo por ello un foro privilegiado para la discusión en su seno de cuantas modificaciones del código pudieran estimarse necesarias. En la actualidad, el código de conducta contiene un muy variado repertorio de obligaciones para los prestadores de servicios de tarificación adicional, que va desde las relativas a la publicidad que se lleve a cabo en medios de comunicación, pasando por las obligaciones en materia de información al realizar las llamadas, máxima duración de estas y previsiones especiales en materia de protección de colectivos especialmente protegidos, infancia y juventud. Pero no todos los servicios de tarificación adicional resultan ser en la actualidad de libre acceso a los usuarios del servicio telefónico. En este sentido, conviene tener en cuenta que el Código 907, para datos, solo es de acceso para aquellos usuarios que lo hayan solicitado. Por su parte, los códigos de más alta tarificación, 806, 807, 808 y 809, dadas las elevadas tarifas que derivan de su prestación, aún no se encuentran abiertos a ser utilizados por los prestadores de servicios.

Por todo lo expuesto, dado el modo en que se han desarrollado las condiciones de prestación de dichos servicios de tarificación adicional a lo largo de los años 2005 y 2006, fundamentalmente debido a las modificaciones normativas operadas en su regulación y a la actividad desarrollada por la Comisión de Supervisión de los Servicios de Tarificación Adicional en ejecución de dicho régimen jurídico, presentamos una enmienda de modificación teniendo en cuenta que sin perjuicio de las competencias del Ministerio de Sanidad y Consumo en materia de protección de los consumidores y usuarios, corresponde al Ministerio de Industria, Turismo y Comercio la competencia en materia de telecomunicaciones.

— RELATIVA A LA INCORPORACIÓN DE LA VACUNA DEL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO (VPH) EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/002038.)

La señora **PRESIDENTA:** No estando ningún otro grupo presente damos por concluido el debate de este punto del orden del día y a continuación procedemos a debatir el 8.º, proposición no de ley relativa a la incorporación de la vacuna del virus de papiloma humano en el Sistema Nacional de Salud. Su autor es el Grupo Parlamentario Popular y para su defensa tiene la palabra la señora Roldós.

La señora **ROLDÓS CABALLERO:** Señorías, el Grupo Parlamentario Popular trae una iniciativa, una proposición no de ley para que se incorpore de manera urgente a la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud en el calendario vacunal del virus del papiloma humano. Señorías, en España cada año se producen 2.100 casos de carcinoma de cuello uterino. Es la segunda causa de mortalidad por cáncer en mujeres jóvenes. Cada día se desarrolla un cáncer de útero en más de cinco mujeres españolas y cada día mueren más de dos mujeres españolas por esta causa. Se ha encontrado evidencia científica de virus del papiloma humano en el 99,7 por ciento de los carcinomas de cuello de útero. Señorías, quisiera destacar aquí que no todas las infecciones por virus del papiloma producen cáncer, que la mayoría de ellas, afortunadamente, se curan sin dejar secuelas, pero no es menos cierto que esa infección por el virus del papiloma ocasiona lesiones precancerosas que son asintomáticas y que por lo tanto la mayoría de las veces pasan inadvertidas para las pacientes. Esas lesiones precancerosas ocasionadas por el virus del papiloma humano son las responsables del 99,7 por ciento de los carcinomas de cervix y de un número importante de carcinomas anorrectales, de vulva, de vagina, de pene, incluso de un número no desdeñable de carcinomas de orofaringe.

Señorías, la infección por virus del papiloma humano es una enfermedad de transmisión sexual, y por lo tanto el principal factor de riesgo para contraer esta infección es la conducta sexual. Saben ustedes, señorías, que, afortunadamente, en los países del Primer Mundo,

incluido España, la incidencia y la prevalencia de infecciones por virus del papiloma y por lo tanto del carcinoma de cérvix va en descenso. Sin embargo, en los países en vías de desarrollo esta incidencia y esta prevalencia cada día es mayor, y no podemos olvidar que en los últimos años a nuestro país se han incorporado 2 millones de mujeres provenientes de países que tienen una tasa de prevalencia y de incidencia muy alta. Me estoy refiriendo a mujeres de los países del Este, a mujeres del África subsahariana, a mujeres del Magreb, a mujeres de la zona del Caribe y de Latinoamérica en general, que tienen una importante incidencia y prevalencia de esta infección y, por tanto, puede cambiar muy fácilmente nuestro mapa epidemiológico con respecto a esta infección.

Señorías, afortunadamente a día de hoy hay solución. El pasado 8 de junio del año 2006 en Estados Unidos la FDA aprobó la vacuna del virus del papiloma y el 20 de septiembre la Agencia Europea del Medicamento, la Comisión Europea, aprueba también para Europa esta vacuna. Señorías, hay unanimidad a favor de esta vacuna en toda la comunidad científica, tanto ginecólogos como oncólogos como pediatras como epidemiólogos, todos, sin excepción, recomiendan encarecidamente su implantación. Es una vacuna bien tolerada. Es una vacuna con una enorme eficacia, del 96 por ciento respecto a la infección persistente por virus del papiloma humano, que se traduce en una eficacia del cien por cien para prevenir el carcinoma de cérvix. A día de hoy, dada la importancia de esta medida a favor de la salud de las mujeres, todos los países europeos, menos España, han dado luz verde a su comercialización. Todos los países europeos han implantado esta vacunación. La propia Organización Mundial de la Salud ha elaborado un documento con las pautas principales para introducir esta vacuna y las recomendaciones para instaurar políticas y programas de formación, de educación y de seguimiento para prevenir y erradicar el carcinoma de cérvix. Señorías, en esta Comisión de Sanidad, en noviembre del año 2005, se debatió y se aprobó por unanimidad una proposición no de ley relativa a la prevención del carcinoma de cérvix. Por desgracia, el Grupo Parlamentario Socialista, que era el impulsor de esta iniciativa, no tuvo a bien incorporar una enmienda del Grupo Parlamentario Popular en la que proponíamos agilizar los trámites para incorporar en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, en el menor tiempo posible, la vacuna del virus del papiloma, que ya sabíamos que se estaba trabajando en esta vacuna y que era prácticamente inminente que tanto Estados Unidos como Europa la aprobaran. Pues bien, el Grupo Parlamentario Socialista no tuvo a bien que se pudiera incorporar, en cuanto estuviera disponible, en el calendario de vacunación para los españoles. No solamente eso sino que en línea con esta propuesta y teniendo en cuenta los avances científicos que se producían, el Grupo Parlamentario Popular, en los Presupuestos Generales del Estado para el año 2007, presentó una enmienda para la creación de un programa de vacunación en España frente al virus del papiloma humano y de nuevo el Grupo Parlamentario Socialista vota en contra de esta enmienda. Señorías, no podemos seguir olvidando que ya se dispone de una vacuna capaz de prevenir la aparición del cáncer de cuello de útero asociado a infecciones por el virus del papiloma. **(La señora vicepresidenta, Grande Pesquero, ocupa la Presidencia.)** Señorías, para nosotros, para el Grupo Parlamentario Popular esto es una auténtica urgencia, una urgencia política, porque un retraso en la incorporación a nuestro Sistema Nacional de Salud, por inoperancia o por falta de voluntad del Gobierno socialista, puede suponer que se estén afectando mujeres que en el futuro desarrollen un carcinoma de cuello de útero. Señorías, esperamos de todos los grupos presentes en esta Comisión de Sanidad el apoyo a esta iniciativa, porque redundará en la prevención y en la erradicación de un carcinoma que, como les decía al principio, es la segunda causa de mortalidad por cáncer en las mujeres españolas.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Grande Pesquero): Estamos en el punto 8.º **(La señora presidenta ocupa la Presidencia.)** Le dejo la palabra a la señora presidenta.

La señora **PRESIDENTA:** Hay presentada una enmienda por parte del Grupo Parlamentario Socialista y para su defensa tiene la palabra la diputada señora Salazar.

La señora **SALAZAR BELLO:** El Grupo Parlamentario Socialista ha presentado una enmienda de sustitución en la que proponemos que una vez que la ponencia del programa y registro de vacunaciones eleve a la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial de Salud las conclusiones sobre la vacuna del virus del papiloma humano, promueva en el seno de dicho consejo el consenso entre las comunidades autónomas sobre el procedimiento que debe seguir el Sistema Nacional de Salud respecto a dicha vacuna. Esta es nuestra enmienda. La diputada del Grupo Parlamentario Popular, una vez más, ha presentado una demagogia absoluta dentro de sus exposiciones, pero me voy a remitir a ellas muy claramente. **(La señora vicepresidenta, Grande Pesquero, ocupa la Presidencia.)** Le ha echado la culpa casi a las inmigrantes extranjeras, sobre todo a las latinoamericanas, porque nos traen nuevamente, como en aquella época fue la sífilis, el VPH. **(La señora Roldós Caballero: ¡Por favor!)** No es así. Exactamente la incidencia y mayor prevalencia de este virus está en las prostitutas del Este. Hay que dejar claro que las mujeres inmigrantes son tan sanas como las mujeres españolas, que pueden contagiarse unas a otras, sobre todo por ellos, pueden contagiarse tanto los hombres como las mujeres.

Quisiera referirme sobre todo a la exposición de motivos, porque se ha hecho tanta demagogia que es

tremendo. Las cifras no concuerdan con la parte científica. Son 300 millones de mujeres las que padecen las infecciones del VPH en el mundo y 499.000 son las que padecen cáncer de cérvix uterino. Por eso hay que dejar muy claro que la infección del VPH es una infección que, posteriormente, en el 80 por ciento de los casos va a desaparecer en el trayecto de curación de esa enfermedad espontáneamente, un 20 por ciento de los casos va a estar prevaleciendo y, de este porcentaje, un 7 por ciento va a convertirse en un cáncer de cérvix uterino, lo que quiere decir que los datos que daba la señora portavoz del Grupo Parlamentario Popular no son tan reales. Se dice que en España además hay comunidades autónomas en las que la prevalencia del virus es del 3,5 hasta el 45 por 100.000 mujeres, dato que varía según las poblaciones de riesgo, y que tenemos una población sin haber realizado el cribaje de un 30 por ciento, que es muy difícil conseguirlo. Se ha olvidado hablar de que no solamente la vacuna va a ser una cosa muy buena para la salud de la mujer, sino que además hay que compatibilizarlo a la vez con un cribaje distinto y un seguimiento diferente, pero eso lo vamos a dejar para otro momento, y que hay muchas más vacunas que están en trámites. También es mentira que lo que ha dicho la señora portavoz del Grupo Parlamentario Popular de que en Europa se haya autorizado la implantación de vacunas a la gente. No hay ningún país de Europa, ninguno, lo he estado revisando porque me había dicho alguno de ellos, donde se haya autorizado. Lo que se hizo fue dar autorización para comercializar la vacuna desde la Unión Europea. **(La señora presidenta ocupa la Presidencia.)** Esto fue en el verano del año 2006. A pesar de todo ello, algunos países europeos han hecho la formalización de esta comercialización y solamente hay dos países en el mundo que han implantado como recomendación la vacunación de las niñas, que son Australia y Estados Unidos, y estos dos países, por supuesto, no pertenecen a Europa. Los criterios que se han utilizado siempre han de ser científicos y las sociedades de obstetricia y ginecología, al igual que las sociedades preventivas como las de vacunología y citología, todas han elaborado un texto consensuado que han presentado al Ministerio de Sanidad, que tiene un consenso completo de todos.

Hay otra parte a la que quería referirme, porque la señora diputada del Grupo Parlamentario Popular dijo que esta vacuna protege contra todos los cánceres. Esto no es así. La vacuna del VPH 16 y 18 va a proteger a los cánceres de cérvix uterino y a algunos más, pero hay 130 y tantos virus que provocan la infección del VPH y según la población son distintos. Estamos hablando solamente del cáncer de cérvix uterino, porque por poner un ejemplo, el cáncer de ovario no tiene nada que ver con esa etiopatología, por lo que para nada tiene que ver el VPH. Llama la atención que para nada habla de que las mujeres jóvenes —esto es para calmar a las mujeres jóvenes— tienen una prevalencia del virus durante una edad, que baja posteriormente y llega a desaparecer radicalmente en el momento que coinciden las edades en las que aparece el cáncer de cérvix uterino, que es entre los 45 y los 65 años. Sobre todo me gustaría aclarar, porque el Grupo Socialista ha presentado una enmienda a esa proposición no de ley, que hay unos trámites. Al parecer el Partido Popular ha decidido ser insurrecto e ir contra todo lo establecido. Hay que cumplir las normas del Ministerio de Sanidad, de todos los ministerios de Sanidad que se han responsabilizado del Sistema Nacional de Salud, tanto del Partido Popular como del Partido Socialista. Me gustaría reseñar que las recomendaciones de inclusión de una nueva vacuna o de modificación del calendario de vacunación infantil deben ser consensuadas por las comunidades autónomas en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a propuesta de la Comisión de Salud Pública. En dicha comisión están representados los directores generales de salud pública de todas las comunidades autónomas; estas elevarán posteriormente el acuerdo de esa modificación o cambio al Sistema Nacional de Salud, dentro del consejo interterritorial, que será el que dará la autorización. A pesar de la demagogia españolista del Partido Popular, donde todos los derechos son iguales, hay un Ministerio, el de Sanidad, que en este momento está velando por unos derechos iguales para todos. A pesar de ello, el Partido Popular cree que en este momento hay que saltarse las normas, normas desarrolladas por todos. Pues no, la Constitución recoge la salud como un derecho, pero nos obliga sobre todo a proteger a los ciudadanos de los vaivenes políticos demagógicos. Por eso, creo que el Ministerio de Sanidad se ha comportado en este momento como lo debía hacer. Gracias a una proposición no de ley del Grupo Socialista del año 2005 se inició el estudio de la población diana y se llegó a unos acuerdos. La vacuna 16-18 ha sido autorizada en la Unión Europea en julio de 2006, no en septiembre. En diciembre de 2006 el Ministerio de Sanidad inicia el trámite de autorización para ver si se puede comercializar esa vacuna, y en ese momento, veinte días después, el Partido Popular presentó la proposición no de ley de la que estamos hablando hoy, para poder vender eso que el Ministerio de Sanidad y el Gobierno están haciendo, para poder vender algo que ellos no hacían. Pues bien, la ponencia sobre el programa y registro de vacunas, compuesta por todos los directores generales y los expertos en salud pública de las comunidades autónomas, el día 20 de febrero eleva por fin a la Comisión de Salud Pública la solicitud de que se vacunen las niñas entre 11 y 14 años. Anteayer se ha elevado la propuesta a la Comisión de Salud Pública para que se la pase al consejo interterritorial y se pueda autorizar esta vacuna. Creo que se le ha dado al máxima agilidad y por eso el Grupo Socialista ha propuesto esta enmienda de sustitución, para que todos los grupos estuviéramos de acuerdo en algo en lo que todas las opiniones científicas y todos los partidos políticos pienso personalmente que están de acuerdo. Se le ha dado la máxima agilidad y por eso no procede para nada la palabra urgente, porque nunca se ha tramitado una vacunación con tanta agilidad como en

este curso. Nos ha llevado exactamente dos meses llegar a…

La señora **PRESIDENTA:** Señora Salazar.

La señora **SALAZAR BELLO:** … llegar a presentar la proposición.

La señora **PRESIDENTA:** Muchas gracias. Hasta ahora habíamos sido muy rigurosos en el control del tiempo y se nos estaba usted escapando un poco. **(La señora Roldós Caballero pide la palabra.)**
Sí, señora Roldós.

La señora **ROLDÓS CABALLERO:** Como solo se ha presentado esta enmienda, no sé si este es el momento procesal de manifestarnos en contra o a favor de la enmienda presentada, dado que el autor de la iniciativa es el Grupo Popular.

La señora **PRESIDENTA:** He indicado al principio que lo haríamos, por si había posibilidades de acuerdo, en el momento inmediatamente anterior a proceder a las votaciones. No obstante, si su postura ya está clara, no hay inconveniente en que lo haga usted en este momento si lo desea, pero sin discursos, simplemente en términos de aceptación o rechazo.

La señora **ROLDÓS CABALLERO:** En términos de aceptación o rechazo, le decimos que no aceptamos esta enmienda. Pero, señora presidenta, le quiero pedir la palabra, por una cuestión de orden, porque quiero que conste en el «Diario de Sesiones» que la señora Salazar ha hecho unas afirmaciones acerca de algo que yo no he dicho y me parecen unas afirmaciones muy graves con respecto a las mujeres inmigrantes que viven en nuestro país.

La señora **PRESIDENTA:** Señora Roldós, en Mesa y portavoces quedamos en que el debate de las proposiciones no de ley iba a ser en los términos que antes he manifestado.

La señora **ROLDÓS CABALLERO:** Señora presidenta…

La señora **PRESIDENTA:** Creo que han sido los términos de la contestación habitual.

La señora **ROLDÓS CABALLERO:** Perdón, señora presidenta, igual usted no estaba atenta, pero la señora Salazar ha iniciado su exposición diciendo que esta diputada que le habla había responsabilizado del incremento a las mujeres inmigrantes, cosa que para nada ha sido así. Al contrario, lo que he hecho en mi exposición ha sido…

La señora **PRESIDENTA:** Señora Roldós.

La señora **ROLDÓS CABALLERO:** Lo que he hecho ha sido resaltar que debemos proteger a las mujeres de otros países que son actualmente mujeres españolas.

La señora **PRESIDENTA:** Señora Roldós, hemos dicho que no iba a haber réplica, y es práctica habitual en todas las formaciones políticas utilizar sus tiempos como mejor les parezca.

La señora **ROLDÓS CABALLERO:** Si, pero tergiversar y cambiar las palabras que no se han dicho.

La señora **PRESIDENTA:** Yo creo que la utilización ha sido en los estrictos términos de lo que es normal en un debate y en la confrontación política.

La señora **ROLDÓS CABALLERO:** Señora presidenta, para nada. Creo que usted no estaba atenta a lo que se decía y le rogaría que leyera el «Diario de Sesiones». Me parece gravísimo lo que se ha dicho por parte de la señora Salazar.

La señora **PRESIDENTA:** Ni siquiera estaba presente. Señora Roldós, utiliza usted sus intervenciones de una manera absolutamente inadecuada. Es lógico que cuando una formación de otro signo contesta a lo que se le dice, utilice argumentos que a la formación autora de la iniciativa pueden no gustarle.

La señora **ROLDÓS CABALLERO:** Señora presidenta, todos los argumentos del mundo. Lo que puede hacer es cambiar y tergiversar y decir lo que no he dicho diciendo que lo he dicho.

La señora **PRESIDENTA:** Señora Roldós, ha quedado muy clara su postura en este momento.
Señora Salazar, en justa reciprocidad debo dejarle a usted decir algo si lo considera conveniente, pero le ruego por favor que sea breve.

La señora **SALAZAR BELLO:** Yo he apuntado en mi hoja lo que decía la señora diputada y es lo siguiente: Es la segunda vez que veo atacar a las mujeres en esta Comisión. Los datos reales son: las prostitutas entre 17 y 45 de prevalencia.

La señora **PRESIDENTA:** Esperaremos, señorías, a que esté transcrito el contenido de sus intervenciones y en la siguiente sesión de la Comisión veremos en qué términos se ha producido el debate. En todo caso, doy por zanjado el asunto. Me gustaría que en el futuro, si se ha llegado a un acuerdo previo en Mesa y portavoces, este fuese respetado por los señores diputados, y en el momento en el que desde la Presidencia se dice una cosa, fuese acatado por SS.SS. en la medida de lo posible.

— SOBRE MEDIDAS PARA LA DETECCIÓN PRECOZ E INVESTIGACIÓN DEL AUTISMO. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA DEL CONGRESO. (Número de expediente 161/002040.)

La señora **PRESIDENTA:** A continuación, pasamos a debatir el punto décimo del orden del día, sobre medidas para la detección precoz e investigación del autismo. Es autor el Grupo Parlamentario Socialista y, en su nombre, va a intervenir la señora Arnaiz García.

La señora **ARNAIZ GARCÍA:** El autismo es un síndrome que afecta al desarrollo de la persona. Presenta una amplia variedad de expresiones clínicas, resultado de disfunciones multifactoriales del desarrollo del sistema nervioso central. Todos los casos presentan rasgos clínicos en tres campos. En primer lugar, alteraciones en el desarrollo de la integración social. Así, las personas con autismo muestran a menudo un gran aislamiento y una aparente falta de interés e iniciativa para relacionarse con los demás. En otros casos presentan serias dificultades para mantener relaciones sociales. Por otra parte, presentan discapacidad en la comunicación verbal y no verbal. Más del 50 por ciento no hablan y necesitan ayuda para comunicarse y el resto presenta graves alteraciones en la comunicación. Por último, poseen un repertorio restringido de intereses y conductas. Tienen grandes dificultades para comprender qué es lo que pasa a su alrededor. Son personas con unas reacciones imprevistas y desproporcionadas ante algo que les resulte nuevo y desconocido. También manifiestan graves problemas físicos, como alteraciones neurológicas, disfunciones gástricas, epilepsia, problemas óseos y musculares, trastornos del sueño, de la alimentación y de control de esfínteres. Toda esta problemática se ve agravada porque en un 70 por ciento de los casos lleva aparejado retraso mental. El retraso mental no es una característica propia del autismo, sino un rasgo asociado que agrava los déficits específicos que de por sí son extremadamente incapacitantes. El autismo es una condición física ligada a una biología y neuroquímica anómalas en el cerebro, cuyas causas exactas se desconocen, pero parece que los factores genéticos pueden tener importancia en su etiología.

Una de las aportaciones más relevantes de las numerosas investigaciones en torno a los TEA es que la frecuencia con la que se manifiestan es significativamente mayor que la que se consideraba inicialmente. Así, en España pueden padecer trastornos del espectro autista entre 10.000 y 22.000 niños y niñas, lo que hace que esta discapacidad tenga un gran impacto social. Las características del autismo hacen que se pueda considerar como una de las discapacidades más graves, puesto que condiciona absoluta y permanentemente la vida de las familias de personas con autismo. Los trastornos asociados a esta enfermedad obligan a una supervisión 24 horas al día y a crear alrededor de la persona con autismo un entorno protegido y controlado, marcado por las rutinas. Se trata de un trastorno de carácter crónico que genera una muy alta dependencia en el individuo, que va a requerir unos servicios especializados y una supervisión constante a lo largo de toda la vida. Así, la adecuada provisión de unos servicios especializados a la edad más temprana posible es lo que marcará su posterior desarrollo, su integridad en la comunidad y su calidad de vida, con el consiguiente ahorro de los elevados costes económicos y personales que generaría una falta de atención específica. Existe una gran variedad de grados y niveles entre las personas con autismo, pero la mayoría, independientemente de su nivel y capacidad, tienen posibilidades reales de desarrollo y avance si se proporcionan los apoyos adecuados. Uno de los problemas actuales se deriva de la falta del reconocimiento de su especificidad, lo que dificulta el diagnóstico. Es preciso, por tanto, favorecer la investigación en nuestro país con el objeto de promover unas mejores condiciones de tratamiento para las personas con autismo y sus familias.

Las personas con autismo son ciudadanos invisibles. Generalmente, la sintomatología que presentan pasa desapercibida para los profesionales sanitarios y difícilmente se realizan diagnósticos tempranos y fiables. Estudios recientes del grupo de autismo del Instituto de Salud Carlos III concluyen que la detección del autismo es muy tardía y que transcurre una media de casi dos años desde que la familia aprecia los primeros síntomas hasta que se produce el diagnóstico. Por ello, un punto clave en el tratamiento de las personas con trastorno del espectro autista es la detección a una edad lo más temprana posible que permita la intervención más adecuada en cada caso. La detección precoz y la participación en programas de atención temprana serán cruciales para que los niños con autismo desarrollen sus habilidades y consigan un grado aceptable de autonomía. Además, esta detección temprana redundará en la reducción considerable que en el futuro tendrán los costes de los tratamientos. El Ministerio de Sanidad y Consumo, a través del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud ha establecido entre sus prioridades la elaboración de guías de práctica clínica para aquellas patologías con elevado impacto sanitario y que presentan alta variabilidad en su manejo. Por tanto, hoy tiene pleno sentido esta iniciativa que solicita la elaboración de una guía de detección precoz sobre esta enfermedad que permita dotar a los profesionales sanitarios de una herramienta que recoja las indicaciones y la utilidad de las diferentes intervenciones y que cuente con suficiente evidencia científica. Esta iniciativa ayudará tanto a la prevención como al diagnóstico precoz y al tratamiento de las personas que padecen autismo y a sus familias. Por otra parte, parece óptimo propiciar una discusión sobre este grave problema en el consejo interterritorial y que se potencie la investigación en esta patología.

No aceptamos la enmienda del Grupo Popular porque se sale del objetivo de nuestra propuesta, en la que indi-

camos claramente que, ante la evidencia clara en el retraso en el diagnóstico de este tipo de trastornos y la importancia que tiene hacer un diagnóstico precoz para la evolución posterior de esta patología, pedimos que se estudien las fórmulas adecuadas para que los profesionales se impliquen, primero, en la investigación y, segundo, en el desarrollo de protocolos que permitan alcanzar este objetivo. No procede, por tanto, elaborar una estrategia nacional porque, como usted bien sabe, hay muchas incertidumbres, tanto en la etiología como en los métodos diagnósticos adecuados.

La señora **PRESIDENTA:** El Grupo Parlamentario Popular ha presentado una enmienda, que será defendida por el diputado Martín Soledad.

El señor **MARTÍN SOLEDAD:** Señorías, no voy a insistir demasiado en hacer una descripción de los trastornos del espectro autista porque inicialmente parece que la portavoz, señora Arnáiz, ya ha hecho una somera descripción de los mismos. Únicamente quiero complementar la información suministrada por la señora Arnaiz diciendo que los trastornos del espectro autista contemplan hasta cinco trastornos diferentes: el trastorno autista, el síndrome de Rett, el trastorno de Asperger, el síndrome desintegrativo infantil y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado. Señorías, quiero resaltar que muchas veces sobre el papel no se visualiza el dramatismo de una patología como esta —y más en una Comisión donde hay mayoría de mujeres— que afecta no solamente a los niños en su desarrollo en cuanto a comunicación e interacción social y conducta, sino que también tiene un impacto emocional dramático sobre las familias y dentro de estas, todavía aún más sobre las madres.

Señorías, anuncio el voto favorable de mi grupo a la iniciativa, pero la motivación de la enmienda de modificación que había planteado este grupo parlamentario venía condicionada sobre todo porque, aparte de los aspectos diagnósticos, en los que coincido con la portavoz socialista sobre que un diagnóstico temprano es muchas veces la primera medida necesaria para intentar corregir un problema de la gravedad y de la incidencia que tienen actualmente los trastornos del espectro autista, sí quiero resaltar que esta Comisión y este Congreso de los Diputados tiene que ser sensible a las necesidades especiales que plantea este tipo de problemas y abrir una puerta a la esperanza de esas diez mil o quince mil familias que en España tienen en su seno un niño con el trastorno del espectro autista. Queríamos complementar la iniciativa del Grupo Socialista —que, como les digo, es una buena iniciativa pero es únicamente un paso en la resolución de un problema— explicándoles, aunque sea someramente, la situación en la que se encuentran actualmente los equipos de atención temprana. Los equipos de atención temprana funcionan de manera limitada; no existe prácticamente un despliegue en áreas rurales, muchas veces los horarios no se adaptan a las necesidades de las familias y todo ello hace que gran parte de la responsabilidad sobre la atención temprana se esté derivando hacia el voluntarismo del tercer sector, que hace lo que puede y cómo puede.

Señorías, creo que es el momento de que nuestro sistema sanitario y el Ministerio de Sanidad ejerzan de verdad esas funciones de coordinación que tendrá que aceptar, más tarde o más temprano, en todo aquello que representen las políticas sociosanitarias. En este caso concreto me gustaría que el Ministerio de Sanidad y Consumo liderara todas aquellas iniciativas trasversales que tuvieran que ver tanto con el campo educativo como con el de los servicios sociales, para hacer realmente una política integral de atención a los trastornos del espectro autista, pero no solamente a ellos sino a todos los trastornos del desarrollo que muchas veces van a conducir a una situación inevitable de retraso mental, con la carga familiar y social que ello comporta.

Por otra parte, he intentado llegar a un acuerdo con la portavoz socialista sobre una enmienda transaccional que dejara abierto ese tercer punto, resaltando la posibilidad de que el Ministerio de Sanidad, junto con las comunidades autónomas, diera apoyo a las medidas de rehabilitación psicológica y psicopedagógica, pero no ha sido posible llegar a ese acuerdo, cuestión que lamento profundamente. En honor a la verdad, también yo dudaba de que esta fuera la Comisión más adecuada para debatir. Simplemente pretendía plantearlo como un acto de voluntarismo por parte de esta Comisión de Sanidad y Consumo y de sensibilización ante unos problemas que, por desgracia, tienen consecuencias muy graves y que afectan a las familias, a los chicos y chicas con un trastorno del espectro autista y, sobre todo, a las madres.

La señora **PRESIDENTA:** Señor Martín Soledad, le alabo y le agradezco sus buenas maneras en este debate. ¿La señora Bonàs desea fijar posición al respecto? **(Pausa.—La señora Arnáiz Garcia pide la palabra.)** Señora Arnaiz, muy brevemente por favor.

La señora **ARNAIZ GARCÍA:** Es muy interesante la exposición que ha hecho el portavoz del Grupo Popular pero, como él bien ha reconocido, esta Comisión no es el lugar adecuado para tratar estos asuntos y desde luego no era el objetivo que perseguía la proposición no de ley. Lo que ha planteado, como así ha reconocido, excede de las competencias del Ministerio de Sanidad. Hay que trabajar para acometer todos estas iniciativas que ha comentado y lo podremos hacer en otras comisiones. **(El señor Martín Soledad pide la palabra.)**

La señora **PRESIDENTA:** Señor Martín Soledad.

El señor **MARTÍN SOLEDAD:** Solamente intervengo para reafirmar la voluntad de este diputado que les habla de que esta Comisión de Sanidad tiene que ser

sensible ante temas de este tipo y que tanto impacto familiar y social tienen en nuestro país.

— RELATIVA A LA CREACIÓN DE LA COMISIÓN CONSULTIVA PROFESIONAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/002045.)

La señora **PRESIDENTA:** Pasamos al último punto del orden del día, que es el que figura en último lugar, es decir, por fin hemos retomado el orden que figuraba en la convocatoria. Se trata de la proposición no de ley relativa a la creación de la comisión consultiva profesional del Sistema Nacional de Salud. Es iniciativa del Grupo Parlamentario Popular y va a ser defendida por la señora Velasco.

La señora **VELASCO MORILLO:** El Grupo Parlamentario Popular trae hoy a esta Cámara una iniciativa tremendamente importante para los profesionales del Sistema Nacional de Salud que nunca pensamos que tendríamos que realizar, pero así ha sido. ¿Porqué? Una vez más vemos cuál es la implicación del Ministerio de Sanidad y Consumo en el desarrollo de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, ley que por otra parte generaba grandes expectativas en profesionales sanitarios, expectativas que nuevamente se están viendo frustradas porque a fecha de hoy los profesionales sanitarios carecen de un órgano de participación en el Ministerio de Sanidad y Consumo después de casi tres años de Gobierno socialista. Los profesionales sanitarios son el principal patrimonio del Sistema Nacional de Salud y constituyen un elemento esencial en la modernización y calidad de nuestro sistema sanitario. Su trabajo se estructura de forma uni o multiprofesional o interdisciplinar y dentro del mismo nos podemos encontrar muy diferentes profesionales, tales como médicos, farmacéuticos, dentistas, veterinarios, psicólogos, enfermeras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, podólogos, ópticos, logopedas, etcétera; en definitiva, una diversidad de profesionales que aparecen definidos en la LOPS. Dentro de este equipo de diferentes profesionales la atención sanitaria integral supone una coordinación multidisciplinaria, una integración de los procesos y una continuidad asistencial. Cuando una atención sanitaria se realiza por un equipo de profesionales se articula de una forma jerárquica o colegiada atendiendo a los criterios de conocimiento y competencia, siendo posible la delegación de actuaciones siempre y cuando estén previamente establecidas dentro del equipo las condiciones conforme a las cuales dicha delegación y distribución de actuaciones pueda producirse. Digo esto porque en España está perfectamente definida la formación de nuestros profesionales, que son muy demandados no solo en España, sino también en otros países de la Unión Europea, cuestión que aún debe desconocer la portavoz del Grupo Socialista, diputada Isabel Pozuelo —que lamento que hoy no esté en esta Comisión—, que, como pudimos ver en la última sesión de la Comisión de Sanidad y Consumo, no tenía nada claro cuál era la formación que tienen los enfermeros de este país y dudaba de si podían o no asumir determinadas competencias. Al igual que en el debate de aquella iniciativa en la pasada sesión de la Comisión, estamos hablando de relaciones interprofesionales y de trabajo en equipo, cuestiones que aparecen claramente definidas en el artículo 9.4 de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. La participación de los profesionales sanitarios en el desarrollo, planificación y ordenación de las profesiones sanitarias aparece definida en el título V de la LOPS, participación que se articula a través de la comisión consultiva profesional, en la que se encuentran representantes de todos los estamentos profesionales que de alguna forma aparecen incluidos en el articulado de la LOPS.

Señorías, para el Grupo Popular esta iniciativa es de gran importancia por varias razones. Primero, porque establece la participación de los profesionales sanitarios, recogida en el marco normativo existente en España en materia de sanidad y que este Gobierno aún no ha desarrollado a pesar de contar con dos leyes como son la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Sanitario y la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Esta participación está siendo permanentemente demandada por los profesionales a través de sus consejos profesionales, comisiones nacionales de especialidades u organizaciones científicas, y lo que estamos viendo hasta ahora es que el ministerio les está dando la espalda. Segundo, porque los profesionales no quieren conflictos, y son muchos los problemas que se están generando desde que está este Gobierno y que hemos visto en la tramitación de la Ley del Medicamento, donde no se ha tenido en cuenta la participación de los profesionales ni los posibles pactos interprofesionales que serían necesarios ante cualquier normativa reguladora para resolver ámbitos competenciales. Ante la falta de liderazgo del ministerio estamos viendo cómo son los propios profesionales los que están llegando a acuerdos, porque colectivos como el de médicos, odontólogos, enfermeros, podólogos, etcétera, no son partidarios de confrontaciones, sino de consenso y de diálogo. Asimismo, son necesarias propuestas de solución en los conflictos de competencias entre diferentes profesionales sanitarios, como enfermeras, auxiliares de enfermería, técnicos sanitarios, radiólogos, etcétera. Otras situaciones de conflicto son la creación de nuevas especialidades médicas o el intento de refundir algunas sin conocer qué es lo que tienen que decir las comisiones nacionales de la especialidad o las sociedades científicas correspondientes. Graves pueden ser también los conflictos profesionales que vienen determinados por el desarrollo de determinados estatutos de autonomía, como el catalán, de vulnerabilidad de forma clara del ámbito competencial de los fisioterapeutas al publicarse el Real Decreto 31/2007, de 30 de

enero, por el que se regulan las condiciones para el ejercicio…

La señora **PRESIDENTA:** Perdone, señora Velasco. Ruego a las señorías del ala socialista que guarden silencio mientras intervienen los demás grupos, porque no solo hacen imposible que se oiga a la oradora, sino que también dificultan la labor de las señoras taquígrafas, que deben tomar puntual nota.

La señora **VELASCO MORILLO:** Como decía, también se ven vulneradas determinadas competencias por la aplicación de ciertos estatutos de autonomía, como ocurre en el caso de los fisioterapeutas al regularse las condiciones para el ejercicio de determinadas terapias naturales, cuestión en la que el ministerio está ausente. Por otra parte, algo tendrán que decir los profesionales ante el déficit de profesionales y ante las condiciones de los que vienen a trabajar a España o de los que se van. Estas son algunas de las razones, pero podríamos enumerar infinidad de ellas, por las que desde mi grupo hemos presentado esta iniciativa, iniciativa que demandan todos los profesionales del Sistema Nacional de Salud y que, como muy bien conocen SS.SS., aparece recogida en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, leyes que definen cómo establecer las funciones de asesoramiento y de ordenación profesional. Concretamente, en el título V de la LOPS, dedicado a la participación de los profesionales, se establece la creación de la comisión consultiva profesional con una definición, composición y adscripción, régimen de funcionamiento y funciones claras, y que a esta diputada, ante una pregunta contestada por escrito por parte del Gobierno el 7 de septiembre de 2004, le anunciaban que se llevaría a cabo en noviembre. Pues bien, han pasado varios noviembres y la señora ministra aún no ha constituido la comisión de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud y los profesionales no pueden ejercer su derecho en aras a unas mejores relaciones interprofesionales y a un buen desarrollo profesional.

Por otro lado, el Grupo Parlamentario Socialista presenta una enmienda en la que nuevamente vemos cuál es la intención de dicho grupo respecto a la participación de los profesionales sanitarios, demostrándonos una vez más el interés del Gobierno por desarrollar la LOPS. Señores del Grupo Socialista, los profesionales quieren soluciones y ustedes llevan más de dos años y medio negándoles esa participación. Ni el Grupo Popular ni esta diputada en particular nos creemos nada. Teniendo en cuenta que ustedes tenían prevista la constitución de la comisión el mes de noviembre del año 2004, desde luego no admitimos una enmienda en la que no aparece claramente definida una fecha para dicha constitución y difícilmente podemos considerar la buena voluntad del Grupo Socialista a la hora de lograr esa participación. Les pido que ante la respuesta que ha recibido mi grupo parlamentario y en concreto esta diputada y las actuaciones del Gobierno, se pongan de acuerdo y respondan de forma coherente por el bien de la participación de esos profesionales, que no quieren ser los sufridores de la constante inoperancia del Ministerio de Sanidad y Consumo en política de recursos humanos, como se ha visto con los constantes cambios de responsables en dicha materia del ministerio y con el más absoluto desinterés de una ministra que en política de recursos humanos no ejerce ningún liderazgo. Nuestros profesionales no son partidarios de confrontaciones, sino del consenso y del diálogo, para lo que la ley les respalda.

La señora **PRESIDENTA:** La enmienda presentada lo ha sido por parte del Grupo Socialista, y para su defensa tiene la palabra el diputado señor Elola.

El señor **ELOLA RAMÓN:** En primer lugar me gustaría asumir la defensa de la compañera diputada Isabel Pozuelo y resaltar el gran conocimiento que tiene acerca de formación y de especialidades de enfermería. Me gustaría recalcarle al Partido Popular que, a mi parecer, las opiniones y las frases que dicen diputados, ministros, ex diputados o ex ministros de forma pública, y especialmente en Comisión, son obviamente frases y declaraciones públicas, y me parece perfectamente lícito que se recurra a ellas en una Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados. Me gustaría que se aplicaran el cuento cuando hay alusiones a frases o declaraciones públicas de otros diputados o ex diputados, ministros o ex ministros del Partido Popular.

Es una lástima que después de una sesión tan larga y tan densa, con tanto títulos, me toque el último y además con una respuesta que es muy técnica y que no puede ser de otra forma: tiene que ser muy técnica y muy poco política. Tan técnica es que ni siquiera voy a entrar en las descalificaciones a la ministra o al ministerio que se han vertido en la intervención de la diputada del Partido Popular. La comisión consultiva profesional nace de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, concretamente del artículo 35, que da lugar al nacimiento de cuatro órganos. En concreto, la comisión consultiva profesional queda pendiente de un real decreto de regulación, aunque finalmente la regulación de la comisión consultiva profesional se hace por medio de la LOPS. Siempre he pensado que la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias suponen un verdadero ovillo de órganos y organismos que forman una maraña complicada que por lo menos en lo que es la comisión consultiva profesional voy a intentar de desenmarañar. Me veo como Groucho Marx cuando explicaba aquello de la parte contratante de la primera parte, porque es verdaderamente enrevesado.

La comisión consultiva profesional tiene su origen hasta en diez bloques distintos de organismos que nombran componentes. La mayoría de ellos es por parte de los consejos generales de colegios profesionales —hay siete u ocho—, pero el primero y el más importante es

el consejo nacional de especialidades en Ciencias de la Salud, que nombra cuatro representantes y que hay que constituir. ¿Sobre qué base se constituye el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud? Lo forman los presidentes de las comisiones nacionales de especialidades en ciencias de la salud, que hay que constituir. ¿Cómo se constituyen las comisiones nacionales de especialidades en ciencias de la salud? Por un lado están las comisiones nacionales de especialidades médicas, de las cuales 48 han sido constituidas ya sobre la base del decreto de formación médica especializada desde 1984 para acá. Pero en ese tramo de 1984 para acá han ido surgiendo nuevas especialidades médicas cuyas comisiones nacionales están todavía en proceso de constitución. Todas estas comisiones nacionales de especialidades médicas se agrupan en el Consejo Nacional de Especialidades Médicas, que es el que tiene que formar parte de la Comisión Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud. La otra parte de la comisión nacional de especialidades en Ciencias de la Salud son las especialidades de enfermería. Las especialidades de enfermería se crean por el Decreto 450/2005 —hay siete— y sus comisiones nacionales están todavía en proceso de constitución. En definitiva, la creación de la comisión consultiva profesional, especialmente en lo que se refiere a su composición, no puede ser sino el resultado de un proceso previo de actuaciones que son las que se están desarrollando hasta ahora por el Gobierno y que todavía se encuentra inmerso en fase de conclusión; es decir, mientras no se concluya la constitución de las comisiones nacionales de especialidades de enfermería y se ultimen aquellas que faltan de las comisiones nacionales de especialidades médicas, no se podrá constituir el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, y mientras este no se constituya, no se puede promover la constitución de la comisión consultiva profesional. Como he dicho, todo esto parece un poco enrevesado, pero en ese sentido iba nuestra enmienda de sustitución. Tan enrevesado es que incluso en la enmienda hay una pequeña errata, porque es el Consejo Nacional de Especialidades y no la Comisión Nacional de Especialidades. Se está intentando desde el Gobierno acelerar todos estos procesos, dar consistencia a las nuevas especialidades de enfermería y dar origen a las nuevas comisiones nacionales en las especialidades médicas que aún no la tienen constituida. Por ello hacíamos esta enmienda que no ha sido apoyada por el Grupo Popular.

La señora **PRESIDENTA:** Ruego a SS.SS. que antes de proceder a suspender la sesión para poder ordenar qué es lo que va a ser objeto de sometimiento a votación, se pueda efectuar un repaso de las enmiendas que han sido presentadas a cada iniciativa para que algunos de los señores diputados puedan manifestarse en términos de aceptación o rechazo, si bien de otras ha quedado claro con la exposición. **(La señora Bonàs Pahisa pide la palabra.)**

Solicita la palabra la señora Bonàs. ¿A qué efectos?

La señora **BONÀS PAHISA:** A expresar mi voto en la última proposición.

La señora **PRESIDENTA:** Perdóneme, señora Bonàs. Tiene toda la razón del mundo. ¿Algún otro grupo desear fijar posición? **(Pausa.—El seño Fidalgo Francisco pide la palabra.)** Señor Fidalgo, por su grupo ya han intervenido.

El señor **FIDALGO FRANCISCO:** Es que en mi intervención sobre hemofilia me reservé pronunciarme sobre la misma.

La señora **PRESIDENTA:** Lo haremos por su orden, pero la señora Bonàs solicitaba poder intervenir en el punto 11 del orden del día.

Señora Bonàs, tiene usted la palabra.

La señora **BONÀS PAHISA:** Quería intervenir para comunicar que comparto la preocupación de la ponente del Grupo Popular respecto a que hay un gran problema en las profesiones sanitarias. Por otra parte, escuchando la intervención del Grupo Socialista, la solución propuesta por el Grupo Popular no sé si avanzaría mucho. Hubiera sido interesante admitir la enmienda del Grupo Socialista porque en este tema hay que dialogar y avanzar de una vez por todas. Por esto no voy a votar a favor. Si usted hubiera aceptado la enmienda, yo la habría votado, porque es un problema que hay que resolver. El problema es técnico, es complicado y hay que avanzar, y cualquier paso hubiera sido interesante. No sé si el camino que usted propone es el mejor, porque, como se ha explicado, hay problemas técnicos, pero es interesante llegar a un acuerdo. En todo caso, este es el motivo.

La señora **PRESIDENTA:** Paso a efectuar el repaso de iniciativas y enmiendas que había anunciado. De los datos que le constan a la Mesa **(Rumores.)** —señorías, les ruego silencio—, respecto a la proposición de ley del punto 1.º se ha manifestado durante el debate que el Grupo de Esquerra Republicana aceptaba la enmienda del Grupo Socialista. ¿Es así? **(Asentimiento.)** Eso será lo sometido a votación. En el punto 2.º del orden del día, del Grupo Catalán (Convergència i Unió), no nos consta si aceptaba o rechazaba las enmiendas que habían presentado tanto el Grupo Popular como el Grupo Socialista.

Señora Pigem.

La señora **PIGEM I PALMÉS:** Se ha llegado a una enmienda transaccional consistente en incorporar el texto del Grupo Socialista y el del Grupo Popular.

La señora **PRESIDENTA:** Le rogaría, señora Pigem, que nos facilitara los textos para que podamos leerlos

antes de proceder a la correspondiente votación. **(La señora Velasco García pide la palabra**.)

Señora Velasco.

La señora **VELASCO GARCÍA:** Quería pedir la votación separada de los puntos 5 y 6, que se incorporarían en la propuesta de Convergència. ¿Le damos el texto?

La señora **PRESIDENTA:** He entendido, señora Velasco, que han hecho transacción con ustedes. Una vez que hay transacción, no cabe ya pedir votación separada.

La señora **VELASCO GARCÍA:** En la transaccional hemos llegado a un acuerdo, pero el Grupo Popular ha pedido incorporar dos nuevos puntos, y nuestro grupo pide, en caso de que se pueda, votación separada de los puntos 5 y 6. Si no se puede, entonces no llegamos a acuerdo.

La señora **PRESIDENTA:** Entiendo que no cabe la petición de votación separada, con lo cual nos ofrecen a la Mesa como transacción aquello a lo que han llegado ya a acuerdo. Rogaría al grupo autor de la iniciativa que nos dijera qué es lo que acepta antes de que procedamos a votar. **(El señor Mingo Zapatero pide la palabra**.)

Señor Mingo.

El señor **MINGO ZAPATERO:** Presidenta, insisto en sus palabras, en su concepto de que por parte de la portavoz de Convergència i Unió...

La señora **PRESIDENTA:** El afán conciliador del Grupo Catalán choca con el Reglamento. Que decida qué acepta a un grupo o a otro, puesto que es el autor de la iniciativa.

Respecto a la iniciativa que figura como punto 4.º en el orden del día, no nos consta que haya sido objeto... **(La señora Martel Gómez pide la palabra**.)

Señora Martel.

La señora **MARTEL GÓMEZ:** Agradezco el buen tono que hemos mantenido tanto con el grupo proponente como con el Grupo Popular para poder llegar a una transaccional. ¿Se la traslado a la Mesa?

La señora **PRESIDENTA:** Haga entrega de ella a la Mesa, por favor.

La señora **MARTEL GÓMEZ:** En ese caso, lo haré llegar a la Mesa.

La señora **PRESIDENTA:** En la iniciativa socialista que figura como punto 3.º existe una enmienda del Partido Popular. Ignoramos cuál ha sido su devenir. **(El señor Vadillo Arnáez pide la palabra**.)

Señor Vadillo.

El señor **VADILLO ARNÁEZ:** Nosotros mantenemos la enmienda en sus términos porque no ha sido posible llegar a un acuerdo en lo planteado por nuestro grupo.

La señora **PRESIDENTA:** Entonces no será objeto de votación puesto que el autor de la iniciativa es el Grupo Parlamentario Socialista.

Por el Grupo Parlamentario Socialista, señor Fidalgo.

El señor **FIDALGO FRANCISCO:** Incido en lo mismo, en que no hemos llegado a un acuerdo y no podemos aceptar su enmienda en su totalidad además porque ya es la segunda vez que el Grupo Socialista trae las cuestiones de hemofilia y ahora el Grupo Popular presenta una enmienda con dos puntos. Uno no aporta absolutamente...

La señora **PRESIDENTA:** Sin explicaciones, señor Fidalgo. No aceptan la transaccional.

El señor **FIDALGO FRANCISCO:** No la acepto porque implica un acto ejecutivo que no puede ser ejecutado en estos momentos. **(El señor Mingo Zapatero pide la palabra**.)

Señor Mingo.

El señor **MINGO ZAPATERO:** Para justificar el voto de nuestro grupo en relación con la no aceptación de la enmienda por parte del Grupo Parlamentario Socialista. Nosotros, que en principio pensábamos que podíamos llegar a un acuerdo, como es un paso adelante, no vamos a votar en contra sino que nos vamos a abstener, pero entendemos que es insuficiente y ya anunciamos la presentación de una proposición no de ley que sea más ambiciosa y que recoja las necesidades de estos enfermos.

La señora **PRESIDENTA:** En cuanto al punto 5.º, le consta a la Mesa la existencia de una transacción. Es la relativa a la evaluación de la fibrotomía gradual como tratamiento para los enfermos con parálisis cerebral infantil. Insisto, señorías, en que le consta a la Mesa que existe una transacción. **(El señor Vañó Ferre hace gestos afirmativos**.) El señor Vañó así me lo manifiesta.

La proposición del punto 6.º, sobre el Hospital de Valdecilla, se votará en su propios términos, puesto que no ha tenido ninguna enmienda. En cuanto a la del punto 7.º, que es la relativa a la existencia o no de centro catalán respecto a la Agencia de Consumo, hay un texto de transacción que ha sido entregado a la Mesa. **(La señora Montón Giménez pide la palabra**.)

La señora **MONTÓN GIMÉNEZ:** No cabe decir nada más por mi parte. La Mesa tiene la transacción.

La señora **PRESIDENTA:** En cuanto a la relativa a la incorporación de la vacuna del virus del papiloma humano en el Sistema Nacional de Salud, de las intervenciones se ha deducido que la señora Roldós no aceptaba la enmienda del Grupo Socialista. ¿Es así?

La señora **ROLDÓS CABALLERO:** Sí, señora presidenta, no aceptamos su enmienda.

La señora **PRESIDENTA:** Punto 9.º: Programas de información y educación sexual dirigidos a jóvenes inmigrantes. La iniciativa era socialista y existía una enmienda del Grupo Popular. El Grupo Socialista no aceptaba la enmienda, por lo menos así lo hemos deducido. ¿Me lo confirma, señora Salazar? (**El señor Mingo Zapatero pide la palabra**.)

La señora **SALAZAR BELLO:** No se acepta la enmienda del Grupo Popular.

La señora **PRESIDENTA:** Señor Mingo, ¿había solicitado la palabra?

El señor **MINGO ZAPATERO:** Sí, señora presidenta, por la misma causa del punto anterior en relación a la justificación de nuestro voto. Habíamos pretendido llegar a un acuerdo con el grupo que sostiene al Gobierno. No ha sido posible. La estrategia de educación de la salud tiene que ser mucho más ambiciosa. Este es un concepto muy restrictivo, y por eso nosotros vamos a abstenernos y ya anunciamos que presentaremos en esa línea más ambiciosa del Grupo Parlamentario Popular una proposición no de ley que recoja estrategias en educación de la salud.

La señora **PRESIDENTA:** En el punto 10.º, sobre medidas para la detección precoz e investigación del autismo, la señora Arnáiz había manifestado no aceptar la enmienda del Grupo Popular que, sin embargo, ha sido tratada en los términos que constan en su exposición por parte del diputado del Grupo Popular señor Martín Soledad. Por tanto, someteremos a votación la iniciativa en sus propios términos.

En cuanto al punto 11.º, que es la proposición relativa a la creación de la Comisión consultiva profesional del Sistema Nacional de Salud, el Grupo Popular tampoco consideraba satisfactoria la propuesta de la enmienda socialista, pero me lo explicará la señora Velasco.

La señora **VELASCO MORILLO:** No vamos a admitir la enmienda del Grupo Socialista porque, después de oír a su portavoz, nos reafirmamos en nuestros argumentos de la inmediata constitución de la comisión consultiva profesional y la paralización por parte de este Gobierno respecto a la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias.

La señora **PRESIDENTA:** Para proceder a ordenar y constatar que tenemos el material que debe ser votado, suspendemos la sesión por un tiempo de cinco minutos. **(Pausa.)**

Se reanuda la sesión y vamos a proceder a la votación, a ver si logramos hacerla con cierta soltura.

Punto 10.º del orden del día, proposición relativa a la ampliación de las medidas adoptadas en relación con las líneas telefónicas de tarificación adicional. El grupo proponente de la iniciativa ha aceptado la enmienda del Grupo Socialista, que no es necesario leer puesto que es literalmente la que todos ustedes conocen.

Efectuada la votación, dijo

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

Punto 2.º, proposición no de ley relativa a la promoción del control del colesterol y la prevención de la morbimortalidad cardiovascular, del Grupo Parlamentario Catalán, que sí necesita ser leída para que conozcan ustedes qué es lo que se vota. Está compuesta por iniciativas de distintos grupos. El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a: 1. Promover la sensibilización de la sociedad y del colectivo médico sobre la importancia de los niveles elevados de colesterol en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular y en la mortalidad por esta causa, así como sobre la aplicación de las evidencias disponibles y de las recomendaciones estatales e internacionales para el abordaje del colesterol. 2. Que en la próxima revisión que realice el Ministerio de Sanidad y Consumo de las estrategias sobre cardiopatía isquémica y diabetes se continúe mejorando la información al paciente sobre la importancia del control del colesterol para la prevención de la enfermedad cardiovascular y poner en marcha iniciativas para mejorar la comunicación médico-paciente en este sentido, con el objetivo de mejorar el cumplimiento y la adhesión a los tratamientos. 3. Impulsar el control de la hipercolesterolemia como prioridad en el nuevo portal europeo de la salud. 4. Promover en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud la colaboración con las comunidades autónomas y ciudades autónomas de Ceuta y Melilla sobre iniciativas en esta materia. 5. Que el Ministerio de Sanidad y Consumo incluya el subgrupo C10AX donde está incluido ezetimiba, en el listado de medicamentos de aportación reducida, en iguales condiciones que el subgrupo C10AA, comúnmente llamado estatinas. Creo que este es el texto que sometemos a votación, salvo que SS.SS. indiquen que en algo he errado.

El señor **FIDALGO FRANCISCO:** Mi grupo había solicitado la votación separada del punto 5.º

La señora **PRESIDENTA:** He indicado con anterioridad que no parecía excesivamente correcto, pero al no haber disconformidad por parte de ninguno de los grupos, tampoco veo inconveniente ni creo que en nada

daña a los términos del debate ni a lo que se insta al Gobierno el que podamos hacer esta pequeña incorrección de permitir una votación separada del punto número 5.º.

Votamos, en primer lugar, el punto 5.º

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 19; en contra, 18.

La señora **PRESIDENTA:** Queda aprobado.

Votamos los puntos 1 a 4, que han sido leídos.

Efectuada la votación, dijo

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

El punto 3.º, la proposición no de ley referida a promover el estudio para la posible aplicación del factor recombinante como alternativa terapéutica en la hemofilia, se vota en sus propios términos al no haber sido objeto de aceptación la enmienda presentada por el Grupo Popular.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 22; abstenciones, 15.

La señora **PRESIDENTA:** Queda aprobada la iniciativa en los términos en los que está presentada.

Punto 4.º, proposición relativa a la protección de datos en las recetas médicas y demás actuaciones relativas al medicamento y la sanidad. Esta sí necesita ser objeto de lectura puesto que ha sido, más que una transacción, un auténtico bricolaje del material constituido por la propia iniciativa y las enmiendas de los grupos Popular y Socialista.

Procedo a dar lectura, y si SS.SS. advierten algún error, me lo manifiestan: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a: 1. Que, tal y como se ha realizado en los reales decretos que desarrollan la Ley 29/2006, se mantenga en las normas sucesivas la inclusión de preceptos para garantizar la seguridad en la transmisión de los datos sanitarios para la receta electrónica, documentos de uso por los pacientes y profesionales, las tarjetas sanitarias o las recetas médicas y procedimientos de identificación unitaria de los envases de medicamentos, cupón, precinto y otros documentos. Impulsar la modernización —entiendo que va con punto y seguido— de la tecnología para la lectura y transmisión de los datos sanitarios, historia clínica informatizada, tarjeta sanitaria con firma digital y receta electrónica en función de criterios o sistemas compatibles. 2. A continuación, velar por el cumplimiento en la normativa sobre medicamentos y productos sanitarios de las garantías y los derechos regulados en la Ley Orgánica 15/1999, en la legislación básica estatal en materia de sanidad y demás normativa aplicable a los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación y secreto profesional, así como por el respeto por las administraciones y los agentes públicos y privados implicados en redes de información sobre uso de medicamentos, de sus obligaciones para garantizar esos derechos regulados en la ley. 3. Mantener una especial atención respecto al resto de normas que creen nuevos ficheros de titularidad pública o privada en el ámbito farmacéutico o modifiquen obligaciones en cuanto a tratamiento de datos referidos a pacientes, tratamientos médicos, comercialización y uso de medicamentos y productos sanitarios, que los ficheros no puedan ser cedidos sin el consentimiento de los afectados a otras administraciones públicas cuando la comunicación tenga cualquier otro objeto que el estrictamente sanitario o el estadístico sin identificación del usuario. Especialmente el Gobierno continuará con su escrupulosa observancia de no ceder esa información para fines comerciales, tributarios o de cualquier otro tipo no especificado que puedan afectar a los pacientes o al sector farmacéutico. 4. Asimismo, en el desarrollo reglamentario de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios en sus diferentes aspectos relativos a información y manejo de datos en los que estén implicadas las comunidades autónomas, muy especialmente en la trazabilidad y en el desarrollo de los medios telemáticos de trasvase de información entre administraciones y certificación electrónica, promoverá el establecimiento de unas bases mínimas de compatibilidad de sistemas en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, teniendo en cuenta a los sectores implicados en la protección de esos datos, especialmente colegios profesionales y las asociaciones de defensa de pacientes y consumidores. Ese proceso de modernización y desarrollo de nuevas tecnologías para alcanzar los fines antes señalados se trasladará al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Se somete a votación.

Efectuada la votación, dijo

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

Punto 5.º, que es la proposición no de ley relativa a la evaluación de la fibrotomía gradual como tratamiento para los enfermos con parálisis cerebral infantil. Existe un texto transaccional, que es el que también procedo a leer: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a que el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y el Instituto de Salud Carlos III evalúe las indicaciones y los resultados de la técnica de la fibrotomía gradual para el tratamiento de los enfermos con parálisis cerebral infantil e informar del resultado al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y a la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados.

Efectuada la votación, dijo

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

Iniciativa del punto 6.º, proposición relativa al Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, que no ha tenido ninguna enmienda. Por tanto, se vota la iniciativa del Grupo Popular en sus propios términos.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 15; en contra, 19; abstenciones, tres.

La señora **PRESIDENTA:** Queda rechazada.

Punto 7.º, proposición sobre la Agencia Catalana del Consumo. Tiene una transacción que resulta, comparando con las anteriores, de muy sencilla lectura. Se insta al Gobierno a establecer adecuadas líneas de colaboración entre el Centro Europeo del Consumidor y la oficina dependiente de la Agencia Catalana del Consumo, procurando una mayor agilidad y eficacia de los trámites para los usuarios de estos servicios en Cataluña.

Efectuada la votación, dijo

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

Punto 8.º, proposición relativa a la incorporación de la vacuna del virus del papiloma humano en el Sistema Nacional de Salud. Se vota la iniciativa Popular en sus propios términos porque no se ha aceptado la enmienda del Grupo Socialista.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 16; en contra, 19; abstenciones, dos.

La señora **PRESIDENTA:** Queda rechazada.

Punto 9.º, proposición sobre programas de información y educación sexual dirigidos a jóvenes inmigrantes. Se vota también en sus propios términos al no haber habido acercamiento entre grupos.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 20; abstenciones, 17.

La señora **PRESIDENTA:** Queda aprobada.

Punto 10.º, proposición sobre medidas para la detección precoz e investigación del autismo. Se vota la iniciativa socialista en sus propios términos.

Efectuada la votación, dijo

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

Finalmente, el punto 11.º, proposición relativa a la creación de la Comisión consultiva profesional del Sistema Nacional de Salud, que también se vota en los propios términos de la iniciativa presentada por el Grupo Parlamentario Popular.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 16; en contra, 20; abstenciones, una.

La señora **PRESIDENTA:** Queda rechazada.

Se levanta la sesión.

Era la una y cincuenta y cinco minutos de la tarde.

Edita: **Congreso de los Diputados**
Calle Floridablanca, s/n. 28071 Madrid
Teléf.: 91 390 60 00. Fax: 91 429 87 07. *http://www.congreso.es*

Imprime y distribuye: **Imprenta Nacional BOE**
Avenida de Manoteras, 54. 28050 Madrid
Teléf.: 91 384 15 00. Fax: 91 384 18 24

Depósito legal: **M. 12.580 - 1961**