



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2009

IX Legislatura

Núm. 314

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. GASPAR LLAMAZARES TRIGO

Sesión núm. 16

celebrada el jueves 18 de junio de 2009

ORDEN DEL DÍA:

Proposiciones no de ley:

	<u>Página</u>
— Sobre el hospital universitario Marqués de Valdecilla de Santander. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/000717.)	2
— Relativa a la cofinanciación del hospital de Son Espases. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/000469.)	4
— Relativa a la reapertura de la sede del Centro Europeo del Consumidor de Barcelona. Presentada por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió). (Número de expediente 161/000820.)	5

	Página
— Sobre la adopción de medidas de apoyo a las víctimas de la talidomida. Presentada por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa Per Catalunya Verds. (Número de expediente 161/000900.)	7
— Relativa al diagnóstico precoz del cáncer de colon. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/000953.)	9
— Sobre la mejora de la seguridad de los juguetes. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/000956.)	11
— Sobre prevención del tabaquismo. Presentada por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa Per Catalunya Verds. (Número de expediente 161/001068.)	13
— Para la inclusión de los sistemas de autoinyección de adrenalina en el catálogo de prestaciones del sistema nacional de salud. Presentada por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa Per Catalunya Verds. (Número de expediente 161/001108.) ...	16
— Sobre la anticoncepción hormonal de emergencia en España. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/001081.)	17

Se abre la sesión a las doce y treinta y cinco minutos del mediodía.

PROPOSICIONES NO DE LEY:

— **SOBRE EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA DE SANTANDER. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/000717.)**

El señor **PRESIDENTE:** Señoras y señores diputados, comenzamos la Comisión de Sanidad y Política Social dedicada a proposiciones no de ley. Quiero comunicarles, en primer lugar, que el punto 7.º ha sido pospuesto a iniciativa del grupo parlamentario proponente. ¿Hay algún inconveniente por parte de algún otro grupo parlamentario? (**Pausa.**) Si no hay inconveniente, queda pospuesta para una siguiente sesión de proposiciones no de ley. También se me ha propuesto alterar el orden del día, de tal manera que el punto 2.º pase a ser el 1.º y viceversa. Por tanto, si no tienen inconveniente, comenzaríamos por el punto 2.º, relativo al Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Antes de comenzar con este punto les informo que para lograr el objetivo común de conseguir en torno a las tres y media haber terminado esta Comisión, vamos a acotar los tiempos de la manera siguiente: el proponente tiene cinco minutos, ni uno más; el enmendante tiene cuatro minutos, ni uno más; y la fijación de posiciones, en torno a dos minutos. Intentaré ser estricto para que podamos cumplir con los tiempos. No se votará, en todo caso, antes de las dos y media.

Pasamos al punto 2.º del orden del día, que pasa a ser el 1.º, sobre el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, de Santander. Tiene la palabra el señor Martínez Sieso.

El señor **MARTÍNEZ SIESO:** El debate y votación del contenido de este punto del orden del día no es una novedad porque ya en la pasada legislatura se tramitó, debatió y votó una iniciativa del Grupo Parlamentario Popular prácticamente igual, que fue rechazada por los votos en contra del Grupo Parlamentario Socialista el 22 de febrero del año 2007, por lo tanto siendo ministra de Sanidad —paradojas de la vida política— la actual vicepresidenta segunda del Gobierno, que es responsable del área de Economía y Hacienda y diputada por Cantabria.

No es cuestión de reproducir aquí el debate mantenido pero sí voy a tratar de recordar, digamos, la esencia del mismo, los argumentos básicos que expuso en aquella ocasión la señora Esteve, en aquella ocasión, portavoz del Grupo Socialista. En primer lugar, se rechazaba la propuesta por considerarla improcedente. En segundo lugar, se consideraba improcedente porque, en cumplimiento del Estatuto de Autonomía de Cantabria, ya se había firmado un convenio y se estaban terminando de pagar los 206 millones de euros comprometidos en el mismo, habiéndose hecho un seguimiento de las obras, incluso una comprobación por parte de la propia ministra visitando el Hospital de Valdecilla, sin declarar —y esto fue en el año 2004— en aquel momento que hubiese ningún tipo de problema ni de desviación presupuestaria ni de insuficiencia financiera. En tercer lugar, se indicaba

expresamente en la intervención de la señora Esteve que una financiación adicional a los 206 millones de euros debería ser sufragada por la Comunidad Autónoma de Cantabria, por tanto, claridad contundente en la argumentación que, sin duda, coincidía con el planteamiento que en aquel momento manifestaba la señora ministra de Sanidad, la señora Salgado, como no podía ser de otra forma. Por cierto, planteamiento que ya en 2007 defraudó las expectativas y provocó la inquietud y el rechazo prácticamente de todas las formaciones políticas, sindicales, profesionales y de la ciudadanía en general en Cantabria.

La señora Salgado dejó de ser ministra de Sanidad el 6 de julio de 2007 y pronto se empezó a cambiar el discurso. Primero fue el consejero de Sanidad del Gobierno cántabro quien afirmó textualmente: Tenemos el compromiso para la financiación íntegra del Hospital de Valdecilla. Esto lo aseguró sin ningún tipo de condicionantes. Después, el 27 de diciembre de 2007, el consejero de Hacienda afirmó que el Gobierno de Cantabria y el Estado firmarían en 2008 un convenio que recogería el compromiso político expresado por el Ministerio de Economía al Ejecutivo regional de financiar íntegramente el desfase y las obras que restan para la remodelación del Hospital Marqués de Valdecilla. Pero es que la misma señora Salgado —eso sí, una vez que fue candidata al Congreso por el Partido Socialista por Cantabria— da un giro de 180 grados y así el día 28 de enero dice textualmente que por parte del Gobierno de España, por supuesto, hay un compromiso de firmar un convenio con el Gobierno de Cantabria para hacer frente al sobrecoste que suponga la construcción de ese hospital. Ha insistido el cabeza de lista del PSC-PSOE al Congreso, quien cree que no va a haber ningún problema. Pero es que al día siguiente de las elecciones, el día 10 de marzo, se dice textualmente que la parlamentaria del PSC-PSOE se ha comprometido a cumplir las propuestas que realizaron en la campaña electoral de trabajar por la mejora de las infraestructuras y por garantizar la financiación íntegra —una vez más— del desfase en las obras de rehabilitación del Hospital Marqués de Valdecilla.

El compromiso era tan firme tan firme que el Gobierno, al presentar el proyecto de ley de Presupuestos Generales del Estado para 2009 a finales de septiembre de 2008, consigna cero euros para el Hospital de Valdecilla, lo cual obliga a una representación teatral, pero esta ya al máximo nivel. En el Palacio de la Moncloa el presidente del Gobierno de España, en octubre de 2008, en su reunión con el presidente del Gobierno de Cantabria, garantiza la financiación íntegra y total del Hospital de Valdecilla, pero ya estamos a mitad de 2009 y ni se ha firmado un nuevo convenio ni Cantabria ha recibido un euro adicional a los consignados en el convenio firmado en agosto de 2002, a pesar de los reiterados compromisos que he ido relatando.

Toda esta secuencia de hechos se puede comprobar en el Boletín Oficial del Congreso, en el Boletín Oficial

del Parlamento de Cantabria o en la hemerotecas y dicha secuencias de hechos sería patética si no fuese dramática, porque dramáticas son las consecuencias que está teniendo este asunto para la calidad de la asistencia sanitaria en Cantabria, en definitiva, para la salud de los ciudadanos y para la motivación y mejora de las condiciones de trabajo de los profesionales del Hospital de Valdecilla. Es por eso y para evitar esta situación por lo que pido el apoyo de SS.SS. a esta proposición no de ley presentada por el Grupo Parlamentario Popular.

El señor **PRESIDENTE:** Tiene la palabra la señora Gómez Santamaría, por el Grupo Parlamentario Socialista.

La señora **GÓMEZ SANTAMARÍA:** Ciertamente, señorías, el Gobierno de la nación destinó a través de un convenio suscrito con la Comunidad Autónoma de Cantabria la cantidad aproximada de 206 millones de euros para la financiación de un plan director que comprendía la construcción de un hospital y su equipamiento. El compromiso del Estado se limitaba a la financiación incluida en el convenio suscrito en el año 2002 y ese compromiso por parte del Estado se ha cumplido. Ahora bien, es cierto que las obras se han prolongado en el tiempo y que hay un sobrecoste. Señorías, el plan inicial estaba incompleto, hubo una mala planificación de las obras y eso ha dificultado la realización de las mismas. Solo estaba definida correctamente la fase 1; la financiación de las fases 2 y 3 se estableció sin tener un detalle de las obras a realizar, lo cual ha exigido un esfuerzo presupuestario superior y ha alargado las obras en el tiempo. El proyecto inicial se ha tenido que modificar paulatinamente, bien por falta de previsión de las necesidades que el Partido Popular no contempló en su momento, bien por la inclusión de mejoras o simplemente porque en algunos casos no existía ni proyecto. Se planeó mal, no se trataba de construir en un solar vacío, pero ustedes calcularon el coste y los plazos de ejecución como si actuaran en un solar vacío, y así firmaron el convenio en el año 2002 con una cantidad claramente insuficiente. Les voy a poner un ejemplo para que SS.SS. puedan entenderlo con claridad. Se iban a construir edificios nuevos en el mismo lugar que los que ya existían. Pues bien, no estaba contemplado derribar los edificios viejos, ni tan siquiera estaban los proyectos de derribo ni su coste, no estaba contemplado y por tanto, todo esto se hizo mal cuando se negoció este convenio con el Estado.

Señor Martínez Sieso, el plan director era poco más que un plano y una maqueta, absolutamente irreal, y ha sido necesario ir modificándolo a medida que avanzaban las obras. Ahora bien, ustedes crearon ese problema en su momento y nosotros estamos dispuestos a solucionarlo. Lo que le propongo es que lo hagamos juntos, que seamos capaces de decir a las administraciones y a los ciudadanos de Cantabria que tenemos un interés compartido para que las obras del Hospital de Valdecilla

finalicen y que lo hagan en las mejores condiciones. Por ello le pido que acepte la enmienda al primer punto de la proposición no de ley. El convenio no está cerrado, pero el deseo de colaborar con la Comunidad Autónoma de Cantabria se ha manifestado ya con la inclusión en los presupuestos de 2008 y de 2009 de partidas a tal efecto. Respecto al segundo punto de la proposición no de ley, existe el Real Decreto 1302, de 10 de noviembre de 2006, que es el que establece las bases del procedimiento para la designación y acreditación de los centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud. El 28 de noviembre de 2006 se constituyó el comité de designación, dependiente del consejo interterritorial, que está formado por representantes de todas las comunidades autónomas. Este consejo interterritorial ha nombrado a su vez un comité que está formado por grupos de expertos que realizan propuestas justificadas de cuáles son las especialidades en las que es necesario designar centros de referencia y también son quienes elaboran las propuestas de cuáles son los criterios que deben cumplirse para ser designados...

El señor **PRESIDENTE**: Señora Gómez, le queda un minuto.

La señora **GÓMEZ SANTAMARÍA**: ...como centros de referencia. Señorías, este es el procedimiento y no otro; no se dan a dedo ni por sorteo y estamos seguros de que el Hospital de Valdecilla se lo va a ganar con el trabajo diario de sus buenos profesionales y con el impulso a la asistencia, a la docencia y a la investigación. En esta línea está también la enmienda presentada al punto número 2, para la que nuevamente pido su apoyo. Lo que le pido, señoría, es que mostremos en esta Comisión que realmente compartimos el interés por el Hospital de Valdecilla, que no lo convirtamos en un estribillo recurrente para atacar al Gobierno de Cantabria y al Gobierno de España. Piensen por un momento que probablemente algo hicieron ustedes mal, aunque fuera simplemente que se equivocaron en la financiación y en los plazos del plan director.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Algún grupo quiere fijar su posición? (**Pausa.**) ¿El grupo proponente tiene ya una respuesta a la enmienda o van a seguir hablando?

El señor **MARTÍNEZ SIESO**: Creo que hay una cuestión fundamental y es que hay un compromiso explícito de los máximos responsables, tanto del Gobierno central como del Gobierno de Cantabria, de una financiación íntegra del sobrecoste de las obras de Valdecilla, que no aparece para nada en la enmienda presentada por el Grupo Socialista. Por tanto, es imposible que podamos admitir esa enmienda.

— **RELATIVA A LA COFINANCIACIÓN DEL HOSPITAL DE SON ESPASES. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/000469.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la siguiente proposición no de ley, que es la que figuraba como punto 1.º ¿Estamos en condiciones de abordar dicha disposición? (**Pausa.**) Es la relativa a la cofinanciación del hospital Son Espases. Por el Grupo Parlamentario Popular tiene la palabra la señora Salom.

La señora **SALOM COLL**: señoras y señores diputados, lo que pretendemos desde el Grupo Popular con nuestra proposición no de ley es que el Gobierno de la nación se comprometa a cofinanciar una obra tan importante para las Islas Baleares como es el nuevo hospital de referencia de Son Espases, que sustituye al Hospital de Son Dureta, actual hospital de referencia, que lleva cincuenta años en funcionamiento, con lo cual está obsoleto, por lo que era preciso abordar cuanto antes esas obras. Quiero decir que a día de hoy el compromiso del Gobierno de la nación para cofinanciar y para participar es cero. Los ciudadanos de Baleares estamos un peldaño por detrás de los de Cantabria. En Cantabria por lo menos hay un compromiso político del presidente del Gobierno de la nación, que dice que quiere colaborar, pero que al final no llega el dinero, y en Baleares ni siquiera hay esa voluntad política del Gobierno socialista actual de querer implicarse en la financiación de una obra tan importante como es la del hospital de referencia de Son Espases.

La sanidad es uno de los pilares básicos del Estado del bienestar y la equidad en el servicio sanitario tiene que ser igual en todas partes. La particularidad de la insularidad de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares hace que seamos mucho más vulnerables. Este hecho obliga a la Administración sanitaria a internalizar en mayor o menor grado el coste social al que se ven sometidos los ciudadanos de las Islas Baleares. Este coste de insularidad en el ámbito de la sanidad se identifica en el nivel de dotación de infraestructuras del sistema sanitario público. Los desplazamientos por motivos de salud, la limitación de los recursos humanos, todo esto propició que las Islas Baleares —Canarias ya lo tenía— fueran designadas como zona estratégica sanitaria. Con esta designación pensábamos que al final el Gobierno de la nación se iba a implicar en la financiación de esa obra tan importante, pero a día de hoy no se ha cumplido. Hoy por hoy el actual modelo de financiación sanitaria no ha tenido en cuenta que en los últimos años la población de Baleares se ha incrementado cerca de un 25 por ciento. Ya somos más de un millón de habitantes, con el consiguiente incremento de las cartillas sanitarias y con el consiguiente incremento de coste o gasto sanitario. Por eso se hace preciso que el Gobierno de la nación se comprometa con nuestra región, con la

Comunidad Autónoma de las Islas Baleares. La Comunidad Autónoma de Baleares es la peor financiada del Estado español, somos los últimos de la fila, somos los que menos dinero recibimos del Gobierno de la nación, mucho menos que la media, y creemos que es de justicia con los hombres y mujeres que viven en la tierra de las Islas Baleares que haya un compromiso firme y decidido del Gobierno de la nación en financiar estas obras. Nos consta que el Gobierno de la nación está participando, colaborando y cofinanciando otros hospitales, como es el de Asturias, y Baleares no quiere ser menos, no quiere quedarse atrás. No queremos ser los últimos de la fila en materia de financiación y cooperación en obras tan importantes como son las del Hospital de Son Espases. Me llama la atención que hoy aquí en esta Comisión no haya ningún diputado del Grupo Socialista para apoyar esta iniciativa que creemos que es de justicia con la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares. Es una necesidad, Baleares no tiene recursos y tiene un sobre coste brutal por el hecho de ser islas. Creemos que tendría que haber un compromiso firme de esta Comisión de Sanidad con las Islas Baleares para cofinanciar el Hospital de Son Espases.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Algún grupo parlamentario quiere fijar posición? (**Pausa.**) Por el Grupo Socialista tiene la palabra la señora Medina.

La señora **MEDINA TEVA**: Señorías, intervengo para fijar la posición del Grupo Parlamentario Socialista en un debate que no es la primera vez que se trae a esta Cámara, al igual que también ha sido debatido en el propio Parlamento de las Islas Baleares. Leída la exposición de motivos de esta proposición no de ley y sobre todo oída la representante del Grupo Popular, creo que es importante aclarar algunos temas y recordar otros, porque a veces tenemos una memoria bastante frágil, sobre todo para aquello que no nos gusta o no nos conviene.

El señor **PRESIDENTE**: Le recuerdo que tiene dos minutos. Lo digo por aclarar algunos temas y recordar otros.

La señora **MEDINA TEVA**: Es importante esta primera intervención para situarnos y hacerlo correctamente y con todos los datos sobre la mesa en aras de la transparencia y el respeto que merecen los ciudadanos y ciudadanas de las Islas Baleares. Hay que hacer algunas consideraciones a la exposición de motivos y al único punto de la iniciativa del Grupo Popular a este respecto. En primer lugar —y seguro que la representante del Grupo Popular lo conoce—, a partir del 1 de enero de 2002 y como consecuencia de lo dispuesto en el Real Decreto de 2001, sobre el traspaso a la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares de las funciones y servicios del Instituto Nacional de Salud, dicha comunidad asumió de pleno derecho la elaboración y la ejecución

de los planes de inversión que se aprueben en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social en la comunidad autónoma, así como la gestión de las inversiones en curso en el contexto de la planificación asistencial general de esta comunidad y de conformidad con la legislación básica del Estado sobre esta materia. Por tanto, creo que queda claro que es la comunidad autónoma la que debe organizar y atender a sus ciudadanos y ciudadanas. Ustedes tuvieron su oportunidad con el Gobierno del señor Matas y podríamos entrar si tuviéramos tiempo a decidir y a ver qué es lo que pasó exactamente con los hospitales de referencia de Son Espases y Son Dureta. (**El señor Fajarnés Ribas: ¿Dónde están los diputados de Baleares?**)

La disposición adicional octava de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud establece que en relación con los criterios para el establecimiento de los servicios de referencia se considerará a las comunidades autónomas de Canarias y Baleares —usted lo ha mencionado— como estratégicas dentro del Sistema Nacional de Salud, y la atención en los centros de referencia que en ellas se ubiquen será también financiada con cargo al Fondo de Cohesión Sanitaria. Por último, el Ministerio de Sanidad —ustedes seguro que lo saben, otra cosa es que lo quieran decir—, no teniendo competencia en materia de gestión económica y presupuestaria de las comunidades autónomas ni en sus planes de inversión, no asume la financiación de las inversiones de estas...

El señor **PRESIDENTE**: Vaya terminando señora Medina.

La señora **MEDINA TEVA**: ...aunque existen proyectos puntuales que derivan de planes elaborados o convenios firmados con anterioridad a la transferencia de la gestión de la asistencia sanitaria mediante los correspondientes reales decretos que se expresaban en términos similares al citado caso de las Islas Baleares. Por todo lo expuesto, aunque me gustaría disponer de más tiempo, no vamos a apoyar esta iniciativa del Grupo Popular.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Algún otro grupo quiere fijar posición en esta cuestión? (**Pausa.**)

— **RELATIVA A LA REAPERTURA DE LA SEDE DEL CENTRO EUROPEO DEL CONSUMIDOR DE BARCELONA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO CATALÁN (CONVERGÈNCIA I UNIÓ). (Número de expediente 161/000820.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al 3.º punto del orden del día, relativo a la reapertura de la sede del Centro Europeo del Consumidor de Barcelona. Tiene la palabra la señora Tarruella.

La señora **TARRUELLA TOMÀS**: En nombre de mi grupo parlamentario paso a defender la proposición no de ley relativa a la permanencia o restitución en Barcelona del Centro Europeo del Consumidor. La página web del Centro Europeo del Consumidor ya dice que es una oficina pública de atención al consumidor de cualquier Estado miembro de la Unión Europea que precise información o asistencia en relación con la adquisición de un bien o la utilización de un servicio en un país diferente al propio. En el año 1991 se puso en marcha en Barcelona el primer Centro Europeo del Consumidor. Fue fruto de un impulso coordinado entre el Gobierno del Estado y el Gobierno autonómico. A este centro le siguió cinco años más tarde otro centro impulsado también por el Gobierno español y el Gobierno vasco con sede en Vitoria. En el año 2005 se creó un tercer centro en Madrid. Dos años después de que se creara este centro en Madrid, se cerraron los otros dos centros, el de Barcelona y el de Vitoria. A pesar de que nuestro grupo parlamentario ha ido reclamando insistentemente que se volviera a abrir ese centro de Barcelona, ya que en la comparecencia que la ministra de Sanidad hizo aquí en el Congreso de los Diputados cuando se cerró el centro de Barcelona, dijo que se trataba de un cierre provisional y que se estaban efectuando negociaciones, la realidad es que esos centros continúan cerrados. Por tanto, lo que nuestro grupo parlamentario pide es que se efectúen las gestiones necesarias con el fin de que se restituya la sede del Centro Europeo del Consumidor en Barcelona. Si es posible, que se mantengan los tres centros, pero si solo pudiera haber uno, ya que fue el pionero, más de quince años de funcionamiento hasta que se cerró, pedimos que se restituya ese centro en Barcelona.

El señor **PRESIDENTE**: Grupo Parlamentario Popular. Don Antonio Gallego tiene la palabra.

El señor **GALLEGO BURGOS**: Como bien dice el texto de la proposición no de ley que presenta *Convergència i Unió*, el Centro Europeo del Consumidor permite asesorar, atender y gestionar reclamaciones de todos los ciudadanos de la Unión Europea en sus compras y en la utilización de servicios. Es verdad que en 1991 se puso en marcha el primer centro español en Barcelona, dos años más tarde uno en Vitoria y, finalmente, en 2005, España contaba con tres centros al incorporarse el de Madrid, pero también es verdad que la Comisión Europea, en 2004, obligó a los países miembros a establecer un único centro por Estado. Pretendía, con buen criterio, que hubiera un único interlocutor por Estado. Hoy, en la Unión Europea, todos, absolutamente todos los países han cumplido con este requisito indispensable. En cada país solo hay una oficina coordinadora y, por tanto, no tiene sentido que haya dos y mucho menos que haya tres, como acaba de puntualizar la señora Tarruella. Lo que entiendo que solicita *Convergència i Unió* es cerrar el centro de Madrid para que ese centro vaya a Barcelona, porque de lo contrario no haríamos caso a las

exigencias y obligaciones que nos marca la Unión Europea en este sentido. Supongo que *Convergència i Unió* no propone que haya dos centros, porque sería saltarse a la Unión Europea.

Los servicios que presta esta oficina a los ciudadanos tienen una clara vocación de funcionalidad telemática. Bien sabemos que a lo largo de buena parte de la geografía española hay extendida una red de oficinas telemáticas para poder hacer las gestiones oportunas con el CEC y el buen servicio se garantiza a través de estos terminales, pero, dicho sea de paso, en muchas provincias españolas no se dispone de este servicio. En Andalucía hay seis provincias en las que no se dispone de él y tampoco existen centros telemáticos en el País Vasco ni en la Rioja ni en dos provincias catalanas, como Lleida y Tarragona. Por tanto, aprovechamos la ocasión para anunciar que nuestro grupo presentará una proposición no de ley en este sentido para que en todas las provincias de España existan estos centros. Me sorprende que *Convergència i Unió* haya perdido la oportunidad de solicitar que en Lleida y en Tarragona, que también son Cataluña, haya centros telemáticos para que los ciudadanos y los consumidores puedan acceder a los servicios que ofrecen estos terminales. Además, tengo la sensación de que el grupo de *Convergència i Unió* omite la ventaja económica y de coordinación que supone que el CEC comparta sede actualmente con el Instituto Nacional de Consumo. El CEC no es un organismo independiente sino un centro con competencia en todo el Estado, que debe coordinarse, como parece lógico, con todas las oficinas y con la actual red existente. Por tanto, es lógico que el CEC esté situado donde está la Administración que ejerce las competencias en todo el Estado y no sé si tiene mucho sentido cerrar el actual centro en Madrid. Por estos motivos, votaremos en contra y reiteramos nuestra intención de presentar una iniciativa que garantice y que mejore el servicio del Centro Europeo del Consumidor en todas las provincias de España, incluidas Tarragona y Lleida, que también son Cataluña. Creo que no es muy razonable sustituir ese denominado —entre comillas— centralismo español por ese centralismo catalán que tanto caracteriza en muchas ocasiones a determinados grupos nacionalistas.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra don Luis Fernández, del Grupo Socialista.

El señor **FERNÁNDEZ IRUELA**: Intervengo en nombre del Grupo Socialista para fijar nuestra posición. Anuncio a la señora Tarruella que nuestro grupo no va a dar soporte a esta proposición no de ley. Podemos compartir la idea de que en un Estado descentralizado como el nuestro no es fundamental, más bien es recomendable, que existan diferentes centros territoriales, porque es evidente que la acumulación de todo en la capital no tiene por qué mejorar la gestión ni la toma de decisiones. Por tanto, la descentralización en según qué aspectos

puede llegar a ser positiva, pero no es este el caso que nos ocupa en esta proposición no de ley y les explicaré por qué. Es verdad que en 1991 se crea el Centro Europeo del Consumidor de Barcelona, en 1994, el de Vitoria, y en 2005, el de Madrid, pero también es verdad que hay una resolución de 25 de mayo de 2000 del propio Consejo que insta a la construcción de una red única en la zona comunitaria y obliga a los países a nombrar una única representación para colocar esta sede. Fruto de ello, el Gobierno intentó negociar, y hasta el 31 de diciembre de 2006 han estado operativas Madrid, Barcelona y Vitoria. Sin embargo, es evidente que el cumplimiento de la exigencia de la Comisión Europea exigía que en España tuviésemos una única sede al respecto. Nuestro grupo entiende que plantear en este momento la apertura nuevamente de las sedes de Vitoria y Barcelona no corresponde al Gobierno, en todo caso respondería a la Comisión. En este sentido, nuestro grupo no puede dar su apoyo a esta proposición no de ley, porque la reapertura de estos centros de Barcelona y Vitoria, ya cerrados, corresponde más bien a la Comisión Europea y no al Gobierno central.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Hay alguna otra petición de palabra? (**Pausa**.) A la velocidad que vamos, podemos votar antes de las dos y media. Ténganlo en cuenta. Tengan en cuenta que en torno a las dos podemos haber terminado ya. Vamos a diez minutos por proposición no de ley.

— **SOBRE LA ADOPCIÓN DE MEDIDAS DE APOYO A LAS VÍCTIMAS DE LA TALIDOMIDA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO DE ESQUERRA REPUBLICANA-IZQUIERDA UNIDA-INICIATIVA PER CATALUNYA VERDS. (Número de expediente 161/000900.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la punto 4.º, sobre adopción de medidas de apoyo a las víctimas de la talidomida. Tiene la palabra, por el grupo parlamentario proponente, el señor Canet.

El señor **CANET I COMA**: Siguiendo la misma velocidad a la que estamos trabajando, estoy completamente convencido de que todos los grupos estamos de acuerdo en que la España democrática debe muchas cosas a las víctimas de la talidomida, entre otras cosas seguramente reconocimiento y ayuda concreta. Por eso —y empiezo por el final de la proposición no de ley—, hemos dejado escrito que la presente proposición no de ley tiene por objeto resarcir a unas personas que no solo fueron objeto de uno de los mayores errores de la industria farmacéutica del momento, sino que han tenido que padecer hasta nuestros días el olvido de una administración que se fundamenta desde el año 1977 en un Estado social y democrático de derecho. Es evidente que entre el olvido, la poca ayuda y la desinformación

se han perdido oportunidades de recibir ayuda y, por tanto, consideramos que ha llegado la hora de que esto sea posible. Somos conscientes de que esta es una proposición no de ley de las que deben salir aprobadas por consenso y ya sabemos lo que eso significa. Por eso agradezco la actitud de todos los grupos, tanto de los que no han presentado enmiendas, como Convergència i Unió, pero han manifestado su apoyo a lo que pedimos en la proposición no de ley, como al Grupo Socialista, que ha presentado una enmienda, y al Grupo Popular, que ha presentado una enmienda muy completa. Estamos en condiciones de ofrecer a ambos grupos una transacción que recoja todo lo que cada uno ha aportado. Hemos facilitado un texto a los portavoces y espero conseguir consensuarlo. Para terminar, los seis puntos que plantearía esa transacción que recogería las aportaciones de todos serían: el reconocimiento expreso público del Congreso de los Diputados más que de la Comisión; la revisión del protocolo clínico; el establecimiento para los afectados de una excepción en el precio de los medicamentos —soy consciente de que los porcentajes pueden ser complicados y ya ofrezco que se pueda generalizar la premisa—; acordar con las víctimas de la talidomida un sistema de pensiones vinculado al grado de minusvalía de los afectados; evaluar las fórmulas de atención médica y psicológica individualizadas de estos pacientes y, finalmente, prestar especial apoyo a las asociaciones de víctimas de la talidomida. Esperamos que con esos puntos, acabados de redactar después de un poco más de diálogo, podamos consensuar la aprobación por todos de esta proposición no de ley.

El señor **PRESIDENTE**: Se han presentado enmiendas por parte de dos grupos parlamentarios. Por el Grupo Parlamentario Popular tiene la palabra el señor Murcia.

El señor **MURCIA BARCELÓ**: A la vista de la proposición no de ley presentada por Esquerra Republicana, quiero manifestar en primer lugar que estamos de acuerdo en casi todo. Tan es así que en su día solicitamos la comparecencia del presidente de la Asociación de víctimas de la talidomida, concretamente en febrero de 2007, con el fin de poder llevar adelante alguna iniciativa que permitiera terminar con una situación que era lamentable, por cuanto en el resto de los países ya se habían tomado medidas y solo quedaba España, que estaba en la obligación moral de tomar alguna decisión al respecto. Como consecuencia de esta toma de contacto con las dificultades que padecían los afectados, las víctimas de la talidomida, nosotros presentamos una proposición no de ley para llevarla al Pleno, pero previamente a la celebración de ese Pleno, llegó esta proposición no de ley de Esquerra Republicana que hoy debatimos.

No voy a hacer un seguimiento de la génesis de los motivos que nos llevan a estar muy de acuerdo, prácti-

camente en todo, con Esquerra Republicana, porque es evidente que se produjo, como ya se ha dicho, una carencia de posibilidades de acudir a los tribunales de Justicia en vía civil o en vía penal, dada la desinformación y la falta de agilidad e inactividad de la Administración que en aquellos momentos existía, pero que desde luego después, con el paso del tiempo, hemos venido comprobando que tampoco otras administraciones han hecho nada al respecto, quizá por dificultades —y voy a mencionar la primera y más importante— para plantear una respuesta a las demandas de este colectivo determinando el número de afectados, ya que en España no existe un censo oficial, y si bien se solicitó por el Ministerio de Sanidad y Consumo a la Asociación española para el registro y estudio de las malformaciones congénitas y al Instituto de Salud Carlos III un estudio sobre estos asuntos, ha sido bastante complicado, dado el transcurso del tiempo, determinar qué personas eran afectadas realmente por la talidomida. Por lo tanto, ese es un primer escollo.

Efectivamente, en otros países se han venido tomando medidas al respecto con el fin de paliar o de poder reponer algunos derechos que fueron conculcados por la Administración en una época que no debemos recordar, y entendemos que en España debemos terminar con este asunto y cerrar ya la puerta pero con alguna medida importante tomada al respecto y que compense y repare la justa y legítima reivindicación de esta asociación de víctimas, aunque haya pasado mucho tiempo. Es más —diría yo y lo ha dicho quien me ha precedido en el uso de la palabra—, la sociedad española está en deuda con las víctimas de la talidomida de alguna manera, por cuanto la legislación en materia de ordenación y seguridad de los medicamentos hace referencia expresa a esta tragedia para determinar un antes y un después en materia de seguridad y eficacia mediante ensayos clínicos controlados. Su terrible experiencia ha servido para que los países pongan el foco de la garantía pública en las reacciones adversas que pueden presentarse y que ejemplifica la tragedia de la talidomida, como expresamente se señala en la exposición de motivos de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre.

Por todo ello y resumiendo, nuestra enmienda simplemente quiere coadyuvar a que de aquí podamos salir con alguna solución que dé respuesta al problema que existe y nos gustaría que fuera consensuada por todos los grupos. En cualquier caso yo, como quien me ha precedido en el uso de la palabra, insisto en que estamos pendientes de poder llegar a un acuerdo que permita que se haga la voluntad de mi grupo y creo que la voluntad de todos, que de aquí salga una proposición no de ley consensuada por todos.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra por parte del Grupo Parlamentario Socialista la señora Sánchez Rubio.

La señora **SÁNCHEZ RUBIO**: Señorías, la iniciativa del Grupo Parlamentario Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds, como bien ha comentado antes el proponente representante del grupo, tiene como objetivo la adopción de medidas de apoyo a las víctimas de la talidomida. He de decirles que en el Grupo Socialista compartimos el objetivo último de esta iniciativa, ya que somos conscientes del sufrimiento de estas malformaciones congénitas tanto de las personas afectadas como de sus familias. La voluntad del Gobierno socialista se ha ido poniendo de manifiesto en estos años de gobierno no sin dificultades por lo que han comentado anteriormente los ponentes, y así lo reconoció el presidente de la Asociación de víctimas de la talidomida, Avite, don Riquelme López, en su comparecencia en la Comisión de Políticas Integrales de la Discapacidad. Tras diversas reuniones con dicho colectivo y con dichas asociaciones se procedió a poner en marcha un protocolo clínico para evaluar individualmente a los afectados con el fin de establecer las causas de las deformaciones, ya que la ingesta de talidomida durante el embarazo se asoció a focomelia, es decir malformación fetal de las cuatro extremidades. Tras valorar el tema el Ministerio de Sanidad y Consumo en su día, en 2006, decidió la adjudicación precisamente a una consultoría de asistencia para la realización del estudio de estos pacientes, la Asociación española para el registro y estudio de las malformaciones congénitas, que trabaja en el Centro de investigaciones de anomalías congénitas del Instituto de Salud Carlos III. Este grupo tiene mucha experiencia en nuestro país en el análisis de malformaciones congénitas y en la evaluación de riesgos y cuenta con gran prestigio entre las organizaciones e investigadores internacionales en esta área de conocimiento. No obstante, efectivamente hay en la aplicación del protocolo clínico dificultades importantes y una de nuestras enmiendas va en la línea de revisar y ver la posibilidad de mejorar ese protocolo para recoger las expectativas y las reivindicaciones del sector.

Por otra parte, respecto de las propuestas que se hacen en la proposición no de ley, los afectados por talidomida tienen cubiertas todas las prestaciones reguladas por el Real Decreto 1030/2006, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización con las mismas garantías que tienen el resto de los ciudadanos y ciudadanas. Lógicamente lo que se pretende en esta proposición no de ley es adaptarnos a las características de esta discapacidad y de las malformaciones congénitas de estos colectivos. Por otra parte, las comunidades autónomas también contemplan en sus carteras de servicios incluir como mínimo estas prestaciones en el catálogo de servicios. Asimismo muchos de los afectados pueden acoger sus reivindicaciones en el ámbito de la Ley de autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, no en todos los casos pero sí en algunos de ellos quedarán recogidas sus reivindicaciones. Igualmente, la mayoría de las personas que tienen

estas secuelas y requieren de ortesis y ortoprótesis especiales no tienen aportaciones de los usuarios. No obstante, me parece muy bien que se analice y se estudie hasta qué punto se puede mejorar también esta cuestión.

Las personas afectadas de talidomida que tienen ya reconocido el grado de discapacidad exigido igualmente podrán acogerse a las prestaciones y beneficios de todas las políticas establecidas en materia de pensiones y, en caso de no tener ingresos, de pensiones no contributivas por invalidez. No obstante nosotros, igual que el resto de los portavoces que me han precedido, estamos en la idea de llegar a un consenso y creo que es reconocer este sufrimiento de las personas afectadas por la talidomida. Aunaremos nuestros esfuerzos con los del resto de los grupos parlamentarios para que, en la medida de nuestras posibilidades, podamos resarcir a las víctimas de dicho sufrimiento.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Algún grupo quiere hacer uso del turno de fijación de posición? **(Pausa.)**

— **RELATIVA AL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER DE COLON. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/000953.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al punto 5.º, relativo al diagnóstico precoz del cáncer de colon, a iniciativa del Grupo Parlamentario Popular del Congreso. Tiene la palabra el señor Martínez Soriano. **(La señora vicepresidenta, Aburto Baselga, ocupa la Presidencia.)**

El señor **MARTÍNEZ SORIANO**: Señoría, el cáncer de colon, como ustedes saben, es el tumor maligno de mayor incidencia en España. Cada año se diagnostican más de 25.000 nuevos casos, lo que supone el 15 por ciento de incidencia de todos los tumores. Afecta tanto a hombres como a mujeres, con 14.400 casos en hombres y más de 10.300 en mujeres. Se trata de la segunda causa de muerte por cáncer en nuestro país, después del cáncer de pulmón, con más de 13.000 fallecimientos anuales. Esta cifra está, desgraciadamente, muy por encima de los datos de fallecimientos por accidentes de tráfico que, como ustedes saben, son 4.000 al año aproximadamente o de los datos de fallecimiento por SIDA que en España son alrededor de 1.300 al año. Pues bien, en España en ambos casos —tanto en el de los accidentes de tráfico como en el SIDA— para su prevención se dedican muchísimos más fondos que para la prevención del cáncer de colon. La supervivencia media de pacientes con cáncer de colon en España es alrededor del 50 por ciento a los cinco años del diagnóstico. Estos datos son muy preocupantes, son resultado de un diagnóstico tardío en muchos de los casos, de hecho si el cáncer de colon se detectara precozmente se podría curar en el 90

por ciento de los casos, prácticamente en el cien por cien.

Señorías, la prevención es clave en la lucha contra cualquier tipo de cáncer; en el caso del cáncer de colon es fundamental. La prevención primaria del cáncer de colon se consigue con un estilo de vida saludable y esto se hace lógicamente siguiendo una dieta equilibrada y practicando un ejercicio moderado, que hace que disminuya el riesgo de padecer este tipo de cáncer. La prevención secundaria del cáncer de colon se consigue con una detección precoz y esto se hace mediante una estrategia de cribado. Teniendo en cuenta que el grupo de población de riesgo medio son los hombres y mujeres mayores de 50 años, se recomienda que cumplida esta edad se realicen pruebas periódicas para detectar un posible cáncer, aunque las personas no presenten síntomas de ningún tipo o se encuentren aparentemente sanas. Algunas de estas pruebas diagnósticas para detectar de forma precoz el cáncer de colon son la prueba de detección de sangre oculta en heces que se debe realizar cada año o cada dos años, la sigmoidoscopia cada cinco años y la colonoscopia cada diez años. Las personas con familiares en primer grado: padres, hermanos, hijos, que han padecido el cáncer de colon se encuentran dentro de la población de riesgo elevado, y para ellos se debería de llevar a cabo un adecuado asesoramiento genético, entre otras cosas.

Señorías, algunas comunidades autónomas como Valencia, Cataluña o Murcia, iniciaron proyectos piloto de cribado de población entre 50 y 69 años hace ya más de dos años. Actualmente, están en fase de extensión de estos programas a toda su población. Otras comunidades autónomas como Madrid o Andalucía han comenzado a realizar estos programas piloto; hay varias comunidades autónomas que ya están siguiendo los programas piloto. Sin embargo, el método de *screening* o cribado que se está adoptando en nuestro país es similar al que se lleva a cabo en la mayoría de los países europeos y consiste en la realización de un test de sangre oculta en heces cada dos años a toda la población entre 50 y 69 años. Solo en el caso de resultado positivo el paciente pasa a ser sometido a una colonoscopia. En Alemania, en Austria y en Polonia se opta directamente por la colonoscopia cada diez años. España debería incorporarse cuanto antes a la lista de países que han puesto en marcha un programa nacional de cribado de cáncer de colon, de forma que ponga orden y método en las distintas prácticas que se están haciendo y llevando a cabo en algunas comunidades autónomas, extendiéndola al resto de comunidades autónomas, puesto que no es admisible que un elemento esencial de cara a determinar las posibilidades de supervivencia del paciente sea objeto de desigualdades territoriales. Es por tanto necesario abordar, en el seno de la estrategia nacional del cáncer, una línea específica de trabajo para la prevención del cáncer de colon que contemple campañas de prevención y de detección precoz de ámbito nacional, siendo el Ministerio de Sanidad y Política Social, garante de la cohesión

del Sistema Nacional de Salud, el que lo lidere en el seno del Consejo Interterritorial y le dote con recursos suficientes para su eficacia y puesta en marcha. Esto es lo que solicitamos de forma explícita en nuestra proposición no de ley y, por lo que hemos hablado los diferentes grupos parlamentarios, parece que vamos a llegar al acuerdo de una transaccional.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Hay una enmienda del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió). Tiene la palabra la señora Tarruella.

La señora **TARRUELLA TOMÀS**: Nuestro grupo parlamentario está totalmente de acuerdo y apoya en su totalidad todo lo que ha explicado en su exposición de motivos de esta proposición no de ley el proponente del Grupo Parlamentario Popular.

En cuanto a su parte dispositiva, nos planteamos por qué hay que hacer en todas las comunidades autónomas cribajes, creemos que es bueno e importante que se desarrollen todos estos programas en toda España, en todas las comunidades autónomas, pero nuestra enmienda va dirigida en el sentido de por qué ha de ser un único protocolo homogéneo y común en todas, exactamente igual. Si alguna puede ir más allá, puede ayudar a investigar, a prosperar, a tirar del carro, como se ha hecho hasta ahora, si unas comunidades autónomas, por los motivos que sea, por sus posibilidades, da lo mismo qué comunidad sea, puede ir más allá, iniciando un tipo de cribajes, de test o algún tipo de protocolos que puedan ayudar a que las demás después vayan desarrollando, por qué tenemos que conformarnos con un único programa común. Nuestra enmienda va dirigida a instar al Gobierno a estimular todo lo que sea adopción de protocolos de prevención y de cribado del cáncer de colon y además para que para estos programas y estos proyectos pueda acordarse en el Consejo Interterritorial de Salud su financiación a cargo de los presupuestos, de los programas de cohesión y calidad del Ministerio de Sanidad y Política Social. En este sentido, creemos que es bueno y deben implantarse todos esos cribajes en todas las comunidades autónomas, pero no tiene por qué ser exactamente el mismo, mientras su finalidad, que es detectar cuanto más pronto y más precozmente este cáncer de colon para salvar cuantas más vidas mejor, es lo que debe guiarnos y debe hacerse extensivo a todos los ciudadanos.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Para fijar la posición de su grupo tiene la palabra la señora Martín.

La señora **MARTÍN GONZÁLEZ**: Señorías, el Ministerio de Sanidad y Política Social, dentro de su plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud, ha trabajado desde el año 2004 de forma coordinada con las comunidades autónomas, las sociedades científicas y asociaciones de pacientes en la elaboración y posterior

desarrollo de la estrategia en cáncer del Sistema Nacional de Salud. La estrategia nacional de cáncer fue aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 29 de marzo de 2006. El documento está estructurado en siete líneas estratégicas, como todos saben, y en ellas se establecen los objetivos, recomendaciones e indicadores para su evaluación. **(El señor presidente ocupa la Presidencia.)**

En relación al cáncer colorrectal, la estrategia establecía como objetivos y recomendaciones fomentar la realización de estudios piloto de cribado poblacional, utilizando sangre oculta en heces, que permitan concluir, en el plazo más breve posible, la mejor estrategia de implantación de un programa poblacional, garantizar el seguimiento correcto de las personas que presenten pólipos adenomatosos considerados de riesgo o enfermedad inflamatoria del intestino, favorecer el acceso a las unidades especializadas de carácter multidisciplinario en las que se evalúe el riesgo individual y familiar e incluir en la recomendación de la realización del estudio genético a las personas con riesgo de cáncer hereditario. Para el apoyo a la implantación de esta estrategia en cáncer del Sistema Nacional de Salud, el ministerio ha financiado actuaciones y proyectos a través de los fondos para la financiación de las estrategias en salud a las propias comunidades autónomas. Así, en 2006, se han transferido fondos por un importe total que supera los 6.700.000 euros; en 2007 se han transferido 5 millones de euros y en 2008 se han destinado 6 millones de euros. Las actuaciones financiadas están relacionadas con la implantación de los objetivos y las acciones o recomendaciones establecidos en las estrategias para actividades de formación básica del personal sanitario y no sanitario de atención primaria y atención hospitalaria y la difusión, desarrollo y evaluación de las estrategias. Los proyectos relacionados con la estrategia de cáncer han sido 23 en 2006; 21 en 2007 y 21 en 2008. De ellos, tres en 2007 y dos en 2008 han sido concretamente sobre el cribado de cáncer colorrectal.

En junio de 2008 se ha aprobado el primer informe de evaluación de la estrategia de cáncer, cumpliendo con el acuerdo alcanzado en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que estableció hacer una primera evaluación de sus objetivos a los dos años de ser aprobada, y así ha sido. El comité de seguimiento de evaluación está actualizando, en base a las conclusiones de la evaluación de la estrategia y revisión de la evidencia científica, los objetivos y recomendaciones de la misma. Entre los resultados y conclusiones del informe de evaluación de la estrategia referentes a la organización de la detección precoz de cáncer de colon cabe destacar, en primer lugar, que las personas en las que se detecta un riesgo elevado por favores individuales o familiares generalmente están incluidas en protocolos de seguimiento. En segundo lugar, el cribado poblacional de cáncer de colon y recto es una actividad que se está iniciando ya en comunidades autónomas. En este momento, como bien se ha dicho, tres comunidades están desarrollando programas en fase piloto, con la intención

de mantener estos proyectos y ampliarlos. Han sido ya nombradas Cataluña, la Comunidad Valenciana y la Región de Murcia.

Los programas iniciados tienen características similares y sistemas de información que permiten comparar los indicadores de proceso y resultados. La participación en los programas piloto desarrollados en España está por debajo de lo deseable. La información a la población sobre la importancia de este problema de salud y sobre las posibilidades de prevención y diagnóstico precoz es clave para mejorar la efectividad de estas acciones. Una conclusión del informe de evaluación es que existe clara evidencia para la inclusión del cribado poblacional de cáncer de colon por técnica de sangre oculta en heces como un nuevo objetivo de la actualización de la estrategia de cáncer. Como bien ha expuesto el señor Martínez Soriano, el cáncer de colon representa el segundo cáncer más frecuente en incidencia y mortalidad en la mayoría de los países desarrollados, así como la segunda causa de muerte por cáncer. Utilizando el método de sangre oculta en heces como prueba de cribado, seguido de la colonoscopia en los individuos con un resultado positivo, los resultados sugieren una alta eficacia para la detección precoz del cáncer colorrectal. Todo ello coincide con la recomendación de distintos organismos internacionales para la puesta en marcha de programas de cribado poblacional en el cáncer de colon y recto. La prueba que recomiendan estos últimos es el test de detección de sangre oculta en heces en hombres y mujeres de 50 a 74 años con carácter bienal.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Martín, vaya terminando.

La señora **MARTÍN GONZÁLEZ**: Terminó.

Teniendo en cuenta todo lo expuesto, no se preocupen, señorías, porque actualmente el Comité de seguimiento de evaluación de la estrategia en el cáncer del Sistema Nacional de Salud está ya trabajando en la inclusión del cribado del cáncer colorrectal como nuevo objetivo de detección precoz de la estrategia. La actualización de la estrategia va a ser presentada para su aprobación en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud antes de finalizar 2009. Y, a pesar de todo, lógicamente, dada la importancia del tema, hemos llegado a una enmienda transaccional los tres grupos que, sin duda, va a beneficiar a muchos ciudadanos.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Algún grupo quiere fijar posición? (**Pausa.**)

— **SOBRE LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LOS JUGUETES. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/000956.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al siguiente punto del orden del día, PNL sobre la mejora de la seguridad

de los juguetes, que ha sido propuesta por el Grupo Parlamentario Popular. Tiene la palabra la señora Nadal.

La señora **NADAL I AYMERICH**: Señoras y señores diputados.

El Grupo Popular trae a debate y votación esta proposición no de ley por un motivo de oportunidad. Ustedes saben que con el verano se inicia la segunda campaña más importante de venta de juguetes. Hemos pasado todo el periodo de celebración de primeras comuniones, termina el curso y empiezan las vacaciones de verano. Insisto, es la segunda campaña de venta de juguetes más importante en el año después de Navidad, y creemos que es necesario transmitir un mensaje de seguridad a los consumidores. Fíjense, señorías, la seguridad no es un lujo. Este es el criterio con el que ha trabajado siempre el Grupo Popular en defensa de los derechos de los consumidores y especialmente en la defensa de los derechos de aquellos consumidores que se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad, como se trata de los niños. Hemos trabajado en este sentido. No es la primera vez que tratamos esta cuestión; lo hicimos la pasada legislatura, en que presentamos más de un centenar de iniciativas en esta línea y hemos presentado también iniciativas en esta legislatura. (La señora vicepresidenta, Aburto Baselga, ocupa la Presidencia.) He de decir, por cierto, que no han merecido respuesta del Gobierno a pesar de que la información está solicitada desde el mes de enero. Por lo tanto, traemos esta proposición no de ley a debate por una cuestión de oportunidad temporal y también para sacudir un poco al Gobierno a fin de que, insisto, siga la senda del Grupo Popular, siga el criterio de que la seguridad no es un lujo.

En lo que es el *petitum* de la proposición no de ley que presentamos hoy hay dos primeros puntos que tratan de que se firme un pacto de seguridad del juguete con todo el sector en el que se refleje el compromiso de autorregulación de responsabilidad que el sector juguetero en España siempre ha demostrado, así como que se elabore una guía de buenas prácticas encaminada a reducir los posibles riesgos y a proporcionar información sobre las condiciones de utilización de los juguetes, haciéndose esto de forma suficiente, en un lenguaje claro, accesible y que permita, insisto, reducir posibles riesgos en la utilización. Se trata de reforzar un acuerdo que se firmó por parte del Gobierno en el año 2007 con la Asociación española de fabricantes de juguetes, en la que se contienen ya compromisos en materia de seguridad y de difusión de buenas prácticas. Quiero insistir en que la iniciativa que presentamos hoy en modo alguno puede ser entendida —porque no es esta nuestra intención— como un ejercicio de desconfianza hacia el sector, ni muchísimo menos. Todo lo contrario, creo que es de justicia reconocer que el sector español del juguete está haciendo las cosas bien, señorías, y lo está haciendo además con grandes dosis de responsabilidad en una

situación de crisis durante la que lo están pasando muy mal. Piensen ustedes que el 90 por ciento de los integrantes del sector son pymes, y lo están pasando muy mal porque además tienen que hacer frente no solo a esta gravísima crisis —la crisis más grave de la historia de España—, sino que tienen que hacer frente a la competencia desleal por una falta de control en frontera del Gobierno. Quiero decir también que el sector del juguete es uno de los más controlados. Es uno de los productos de consumo que entran en los hogares españoles que es objeto de una mayor regulación y de un mayor control, y no solo por parte de las autoridades europeas, sino también por parte de las comunidades autónomas y por parte del Gobierno de la nación. Me refería antes ya a la firma de un acuerdo con el sector por parte del Gobierno de la nación. Fíjense, si analizamos los datos, la prueba más evidente de lo que digo es que al ser uno de los sectores más controlados —también hemos de agradecer el papel que juegan ahí las comunidades autónomas—, son los que tienen un mayor porcentaje de alertas en el Rapex, pero, fíjense, son los que menos accidentes infantiles causan, según el estudio efectuado. Ustedes saben perfectamente que la legislación europea establece que los productores y distribuidores son los primeros responsables de la seguridad de los productos que ponen en el mercado y son ellos mismos los que tienen la responsabilidad de retirarlos en el caso de que se detecte alguna anomalía. El ejemplo de buena práctica, de buen funcionamiento es el de Mattel...

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): señora Nadal, ha terminado su tiempo.

La señora **NADAL I AYMERICH**: Termino inmediatamente. El caso Mattel lo pongo porque es un ejemplo conocido por todos ustedes. Fue precisamente la propia firma, a iniciativa propia, la que comunicó un fallo en el sistema de control de calidad y procedió a la retirada de los productos. He de decir que ojalá pudiéramos ver esta reacción en otros fabricantes de otros productos que llegan a los hogares españoles. Sin embargo, estas medidas no tendrían ninguna eficacia y ningún sentido si no se refuerzan los puntos de inspección fronteriza. Y aquí también hay que afinar el tiro. Hay que afinar el tiro en el sentido de que si uno hace un repaso de lo que son las alertas Rapex se podrían ver cuáles son aquellos depósitos de aduanas de los que sale el mayor número de alertas. Por ello, en España, refuerzo de los puntos de inspección fronteriza, negociación con las autoridades comunitarias y un seguimiento de aquellos puntos en que se produce un mayor número de alertas. Por tanto —ahora sí termino de verdad, señora presidenta—, nuestro objetivo pide un acuerdo que transmita confianza a los consumidores, un esfuerzo a las autoridades y administraciones competentes para extremar los controles en atención a la vulnerabilidad de los consumidores. Insisto, y termino como comencé, la seguridad no es un lujo, señoras y señores diputados.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Tiene ahora la palabra la señora Tarruella.

La señora **TARRUELLA TOMÀS**: Voy a intentar reducir el tiempo porque si no no vamos a cumplir con nuestro objetivo.

Voy a empezar con las palabras que acaba de decir la señora Nadal: la seguridad no es un lujo. Estamos completamente de acuerdo. Cuando hablamos de seguridad en temas de juguetes, es importantísimo que nos aseguremos de que las garantías que deben de dar las administraciones de supervisar este control se lleven a término.

Hemos presentado una enmienda con una redacción alternativa que viene a recoger simplemente que se inste al Gobierno a intensificar, juntamente con las comunidades autónomas, todo el control de los juguetes procedentes de países extracomunitarios garantizando el estricto cumplimiento de la normativa europea de seguridad en los juguetes y reforzando además los puntos de inspección fronteriza. Respecto a los otros puntos, estando totalmente de acuerdo con lo que en ellos se dice, hay un tema que es competencial. Por la tendencia que hay aquí de presentar enmiendas nos olvidamos a veces de que hay competencias exclusivas de las comunidades autónomas, y en materia de consumo la tienen. Por tanto, se va a hacer una transaccional con la que, si se garantiza que se cuenta con las comunidades autónomas, nosotros estaríamos de acuerdo. Por eso proponíamos esta redacción alternativa respecto a lo que es competencia del Estado, que es todo el tema de la inspección fronteriza. Por lo demás, si se llega a esa transacción salvaguardando las competencias de las comunidades autónomas, nosotros apoyaremos esta proposición no de ley.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Muchas gracias, señora Tarruella por su brevedad también.

Tiene la palabra la señora Cano.

La señora **CANO DÍAZ**: Señora presidenta, señoras y señores diputados, en nombre del Grupo Parlamentario Socialista quiero iniciar mi intervención manifestando que nuestro grupo comparte la preocupación por la protección de los niños y niñas ante los juguetes que puedan presentar algún tipo de peligro. Hoy en día los juguetes y los juegos ocupan un lugar importante en la vida de los niños y niñas. Los juguetes pueden divertirlos, pero no se nos debe escapar que a su vez pueden poner en situación de riesgo su seguridad. Debemos garantizar que los niños y niñas tengan la oportunidad de disfrutar de sus momentos de ocio jugando con juguetes que sean seguros, adecuados a la edad y al escenario donde los utilicen, teniendo siempre en cuenta los parámetros de calidad y la seguridad de los menores.

El marco legal de la comercialización de los juguetes, aparte de la normativa general que afecta a todos los

productos de consumo, se encuentra regulado en la Directiva del Consejo 88/378, modificada posteriormente en algunos aspectos por la Directiva del Consejo 93/68. Por lo que se refiere a nuestro país, el Real Decreto 880/1990, de 29 de junio, aprueba las normas de seguridad de los juguetes trasponiendo la primera directiva, mientras que el Real Decreto 204/1995 incorpora las modificaciones de la segunda. Con fecha 18 de diciembre de 2008 se ha aprobado una nueva directiva relativa a la seguridad de los juguetes que en estos instantes se encuentra en fase de revisión. Esta nueva directiva presenta una revisión en profundidad de la directiva actual y de los resultados de su aplicación reforzando la exigencia de seguridad.

Respecto a la primera propuesta de la iniciativa presentada por el Grupo Parlamentario Popular sobre la firma de un pacto de seguridad del juguete con todo el sector en el que se refleje el compromiso de autorregulación, quiero decir que con fecha 4 de diciembre de 2007 se firmó un convenio de colaboración entre el Instituto Nacional de Consumo y la Asociación española de fabricantes de juguetes con el objetivo de garantizar la información y la seguridad de los consumidores en la adquisición y el uso de los juguetes. Por su parte, el Instituto Nacional de Consumo se ha comprometido a promover la participación de la Asociación española de fabricantes de juguetes en la formación de los inspectores de las distintas administraciones en lo que al control de juguetes se refiere para dotar de la mayor eficiencia y eficacia el trabajo que llevan a cabo y realizar campañas informativas para que los consumidores puedan conocer los juguetes, elegirlos mejor y recuperar la confianza en los productos. En cuanto a la elaboración de una guía de buenas prácticas de fabricación, en el convenio anteriormente citado la Asociación española de fabricantes de juguetes se compromete a promover la adhesión de las empresas al código de buenas prácticas en materia de seguridad que se estaba desarrollando y que se sumará a los ya existentes. Por lo que se refiere al refuerzo de los puntos de inspección fronteriza, el Instituto Nacional de Consumo ha suscrito un convenio con la Agencia Tributaria, concretamente con el Servicio de Aduanas, por el que dicho servicio amplía sus controles de productos en lo referente a la seguridad recibiendo por parte del Instituto Nacional de Consumo apoyo técnico relativo a la legislación y a las normas aplicables. Los controles se están realizando de manera sistemática y se rechazan aquellas partidas cuya documentación no asegura que se han cumplido los requisitos de la directiva sobre la seguridad de los juguetes o que los juguetes no cumplen estos requisitos. Por último, en cuanto a incrementar las medidas de control de los juguetes comercializados en el mercado español, es competencia de las comunidades autónomas el control del mercado de los productos de consumo, entre ellos los juguetes, y son ellas las que realizan las inspecciones en los establecimientos de venta al público.

A la vista de todo lo expuesto con anterioridad, quería reflejar que para el Gobierno y para el Grupo Parlamentario Socialista es una prioridad garantizar la seguridad en los juguetes y proteger de cualquier riesgo a nuestros menores. Tanto el Ministerio de Sanidad y Política Social como las autoridades competentes en esta materia están adoptando las medidas necesarias para que los ciudadanos adquieran juguetes con las máximas medidas de seguridad. Hemos visto la enmienda presentada por CiU, que compartimos. Desde el Grupo Parlamentario Socialista proponemos una enmienda sobre la base de seguir trabajando por la mejora de la seguridad en los juguetes, en las actuaciones y en las medidas que tanto el ministerio como las autoridades competentes en la materia están llevando a cabo.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): ¿Algún grupo quiere fijar posición? (**Pausa.**) En ese caso, si les parece vamos a pasar a debatir la 8.^a y la 10.^a seguidas para que el señor Llamazares pueda defenderlas juntas.

— **SOBRE PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO DE ESQUERRA REPUBLICANA-IZQUIERDA UNIDA-INICIATIVA PER CATALUNYA VERDS. (Número de expediente 161/001068.)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Pasamos a la proposición no de ley sobre prevención del tabaquismo. Para ello tiene la palabra el señor Llamazares.

El señor **LLAMAZARES TRIGO**: Se trata de avanzar en nuevas medidas relacionadas con la lucha contra el tabaquismo, tanto medidas preventivas como en relación a las terapias. La entrada en vigor en 2006 de la Ley 28/2005, de medidas sanitarias frente al tabaquismo, representó un hito en la salud pública moderna en España. La ley incluye tres aspectos regulatorios. Primero, elimina la publicidad directa e indirecta y el patrocinio del tabaco; segundo, reduce los puntos de venta y, tercero, prohíbe el consumo en lugares de trabajo y espacios públicos cerrados con algunas excepciones concentradas en establecimientos de restauración y hostelería. De manera concomitante con su entrada en vigor se han dado otros cambios con un gran valor preventivo. Se elevó la fiscalidad de los cigarrillos, aumentaron los recursos para la prevención y el tratamiento, además de desarrollarse de manera complementaria campañas informativas y un intenso debate social sobre el tabaco. Evaluar el efecto de la ley de forma aislada no es aún posible, pero a los tres años de su aplicación hay informes —que hemos visto en las jornadas recientes en el Congreso de los Diputados— que nos sugieren un impacto positivo de la ley en la prevalencia del tabaquismo, en particular en adolescentes, en el consumo general de

cigarrillos y en la morbilidad por infarto agudo de miocardio. Tan solo por estas cuestiones es relevante el carácter de la ley. Las políticas públicas son importantes para la prevención del tabaquismo y la mejora de la salud de la población al crear un contexto mucho más favorable para el abandono del tabaco por parte de los fumadores. Se trata hoy de dar un paso más y situar a España de nuevo entre los países más avanzados en la prohibición de fumar en todos los espacios públicos y de financiar las terapias para aquellos ciudadanos que deseen dejar de fumar. En nuestro país, según un estudio de la Sociedad Española de Neumología realizado un año después de la aprobación de la ley, en un tercio de los espacios dedicados al trabajo aún se fuma, siendo el sector de la hostelería y el ocio uno de los más afectados. Más de 800.000 trabajadores siguen expuestos al humo del tabaco en este sector y son fumadores involuntarios. La actual Ley Antitabaco española no recoge completamente el derecho a la salud laboral de los trabajadores expuestos en bares, restaurantes y locales de ocio. Por tanto, se trata de avanzar en los espacios sin humo. Sería una medida muy importante en todos los aspectos. Es una cuestión de salud pública profundizar en espacios sin humo y en la protección del fumador pasivo, ya sean trabajadores como clientes, ya sean trabajadores de estos espacios. Hay que recordar que el tabaquismo pasivo provoca 5.000 muertes anuales siendo la tercera causa de muerte evitable. También es particularmente grave que no se proteja a los niños de respirar humo del tabaco. Además, cuando alcanzan la adolescencia asocian los momentos de ocio con el tabaco. En España fuma un 20 por ciento de los alumnos de primaria y secundaria y la edad de inicio es cada vez más temprana, ya a los 13 años. En España todavía más del 26 por ciento de la población es adicta al tabaco; el tabaco es causa directa de enfermedades cardiovasculares, de enfermedades respiratorias tan prevalentes como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el cáncer de pulmón. Otra patología estrechamente relacionada con el humo del tabaco es el cáncer de pulmón que causa en España la muerte de 17.300 personas al año y se sitúa como la primera causa de muerte por carcinoma en los hombres. En las mujeres la mortalidad aumenta a un ritmo del 2,4 por ciento al año desde 1990 debido al creciente número de fumadoras. Por todo ello, proponemos por una parte ampliar la medida preventiva de prohibir fumar en los espacios públicos y, por otra, tener en cuenta las previsiones financieras con las comunidades autónomas para garantizar las terapias a los ciudadanos que quieren dejar de fumar.

Ese es el sentido de la iniciativa aunque sabemos que finalmente el producto de esta iniciativa, de acuerdo con el resto de los grupos parlamentarios y aceptando e integrando las distintas enmiendas, será probablemente más modesto. Sin embargo, creemos que es muy importante dar un nuevo paso en la lucha contra el tabaquismo.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Tiene ahora la palabra la señora Fernández Pardo, del Grupo Popular.

La señora **FERNÁNDEZ PARDO**: Es evidente que todos compartimos la importancia que tiene para nuestra sociedad la prevención del tabaquismo. Ya en la pasada legislatura fue aprobada la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo, y en la actual se ha aprobado una PNL del Grupo Socialista en la que se insta al Gobierno a que el Ministerio de Sanidad en coordinación con el de Igualdad impulse las actuaciones específicas que hagan disminuir el tabaquismo entre mujeres y prevenir el inicio temprano del consumo de tabaco. Quiero recordar también que mi grupo presentó una enmienda a los Presupuestos Generales del Estado de 2009 y pidió que se habilitara una partida de 4 millones de euros para la dinamización y funcionamiento de las unidades de deshabituación tabáquica. Sin embargo, la denominada Ley Antitabaco no ha funcionado al completo, el propio Ministerio de Sanidad y Consumo lo ha reconocido; las últimas encuestas nos hablan de que el porcentaje de adictos diarios al tabaco se ha estancado en torno al 24 por ciento y también tenemos un informe del Defensor del Pueblo del año 2008 donde da cuenta de numerosas reclamaciones de ciudadanos que denuncian el incumplimiento de la ley más allá de que se refuerce la prohibición o se haga más restrictiva.

El Grupo Parlamentario Popular defiende la financiación de los tratamientos de deshabituación tabáquica como el método más eficaz para dejar de fumar, cosa difícil pero que por ello necesita más ayuda. No basta con la voluntad, hace falta apoyo de profesionales sanitarios y no todas las personas se lo pueden pagar; cuesta menos el tratamiento de deshabituación que el tratamiento de todas las patologías asociadas al tabaquismo y es una inversión que en términos de salud pública todos debemos asumir, señorías. La ley, como decía, es más que evidente que no ha funcionado como se esperaba y el panorama que tenemos ante nosotros no invita al optimismo porque bien es cierto que la crisis económica que vive nuestro país también afecta y mucho. Dejar de fumar es incompatible con el estrés que provoca estar en paro o en peligro de estarlo; es incompatible con no llegar a fin de mes o no poder pagar la hipoteca; es incompatible también con la crisis obligar a los dueños de los establecimientos con menos de cien metros cuadrados prohibir a sus clientes fumar porque perderán clientes, o a los que invirtieron en reformas para la compartimentación de espacios libres de humo porque su inversión no habrá valido para nada. Somos conscientes de que la restricción es eficaz pero el momento que vivimos aconseja actuar con prudencia, imponerla de forma progresiva buscando compatibilizar los derechos y los intereses de todos. Necesitamos un cambio de cultura pero eso precisa tiempo y mientras este transcurre podemos mejorar en los tratamientos de deshabituación

tabáquica, en las estrategias de prevención y de sensibilización social.

El Grupo Popular se unirá a la enmienda transaccional en la línea en la que se ha acordado con el resto de los grupos parlamentarios, insistiendo en la necesidad de abordar determinadas medidas para que la denominada Ley Antitabaco sea una realidad.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Tiene la palabra el señor Hidalgo, del Grupo Socialista.

El señor **FIDALGO FRANCISCO**: A estas alturas ya nadie duda de que el tabaquismo y los efectos nocivos del consumo de tabaco son uno de los principales problemas de salud pública del mundo, tal como lo reconoce la OMS y como lo acredita la respuesta de las organizaciones sanitarias y la creciente sensibilidad de la sociedad en la mayoría de los países desarrollados. A lo largo de esta Comisión incluso se ha aludido en términos comparativos de mortalidad u otra serie de motivos y yo quiero hacer una llamada a esa alusión a la comparación de mortalidad, por ejemplo, de los accidentes de tráfico, sida, etcétera y su importancia social. Por lo tanto, creo que todo lo que podamos avanzar en esta Comisión en el sentido de la prevención del tabaquismo es muy importante. También es evidente la preocupación de este Parlamento a lo largo de varios años por esta cuestión. Son múltiples iniciativas que se han traído a esta Comisión para avanzar en la lucha antitabáquica en España. La última, como se ha recordado, es de marzo, y permitió aprobar una PNL del Grupo Parlamentario Socialista, que fue modificada, dirigida especialmente a la prevención del tabaquismo en las mujeres y sobre todo en las mujeres jóvenes.

Compartimos desde luego la exposición de motivos y también las razones que ha dado el portavoz del grupo proponente en esta Comisión aunque no podemos compartir algunos de los términos de la intervención del Grupo Parlamentario Popular, lo que es lógico por el diferente enfoque que podemos tener en determinadas cuestiones. No obstante, celebro mucho más el consenso que podamos suscitar.

Ya se ha recordado también la importancia de la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, y lo que supuso en el avance de la lucha contra el tabaquismo, todo lo que ha aportado en cuanto a la limitación, por ejemplo, de la accesibilidad a los menores de 18 años, las limitaciones al consumo en lugares públicos, la prohibición total de fumar en algunas situaciones, etcétera. Además la entrada en vigor de la ley el 1 de enero de 2006 ha supuesto la eliminación prácticamente total de la publicidad de los productos de tabaco en todos los medios y soportes, la disminución de manera muy notable de la exposición al humo ambiental del tabaco en el medio laboral, el incremento de los locales públicos cerrados en los que la población no está expuesta al humo ambiental, y aquí, en los espacios dedicados a la hostelería, podemos tener

y seguro que tenemos y mantenemos una discrepancia con la visión del Grupo Parlamentario Popular, pero podremos trabajar incluso en resolver esas diferencias.

Todas esas medidas se han visto reflejadas en la disminución de la prevalencia del consumo diario en la población de 16 y más años, según diferentes encuestas. En las encuestas estatales sobre el uso de drogas en la enseñanza secundaria de 2004 a 2006-2007 se constata que el consumo diario de tabaco en el grupo de 14 a 18 años ha descendido del 21,5 por ciento en 2004 al 14,8 por ciento en 2007. Ayer mismo se dio a conocer la encuesta escolar a la que se aludía antes sobre drogas 2008 y aunque efectivamente arroja resultados alentadores recoge el aumento de la percepción de riesgo por consumo de alcohol, cannabis y tabaco, lo cual es positivo, y aunque se mantiene el consumo diario de tabaco, fumando tres puntos más las mujeres que los hombres, que también es un dato a tener en cuenta, se mantiene la tendencia descendente del consumo de tabaco iniciada en 2006. Apunta también la encuesta —y yo creo que es muy importante— una connotación social cuando pone de manifiesto que en más de la mitad, casi el 53 por ciento de los hogares de los alumnos alguna persona fuma diariamente y que cuatro de cada diez chavales piensan que sus padres serían permisivos con ellos si los vieran fumar. Es precisamente la complejidad de los determinantes sociales lo que merece una intervención más allá del simple tratamiento farmacológico.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Señor Fidalgo, tiene que ir terminando.

El señor **FIDALGO FRANCISCO**: Acabo ahora. Algo indiscutible desde el punto de vista de la eficiencia como medida de salud pública —digo: de salud pública— y lo mismo podríamos decir desde el ámbito laboral, de los hábitos nutricionales y de consumo saludable o de los espacios de convivencia comunitaria tan arraigados en nuestro país como es el caso de la hostelería.

Por otra parte parece evidente la aplicación dispar de la ley según la comunidad autónoma e incluso el dispar enfoque en la prevención antitabáquica de los diferentes grupos parlamentarios. Al inicio de 2010 se cumplen cuatro años de vigencia de la ley y puede ser un momento adecuado para su evaluación seria y rigurosa, que permita afrontar un eventual proceso de actualización en aquellos aspectos que sean mejorables. En esa línea se sitúa nuestra enmienda, y la búsqueda de una transaccional que una las voluntades políticas de los grupos en una cuestión real y de primer orden que afecta directamente a la calidad de vida, a la salud y a la vida misma de los ciudadanos. Creo que si lo logramos, que parece que lo hemos logrado, habremos dado un paso importante hacia ese objetivo de salud de los ciudadanos.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): ¿Algún grupo quiere tomar la palabra? (**Pausa.**)

— **PARA LA INCLUSIÓN DE LOS SISTEMAS DE AUTOINYECCIÓN DE ADRENALINA EN EL CATÁLOGO DE PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO DE ESQUERRA REPUBLICANA-IZQUIERDA UNIDA-INICIATIVA PER CATALUNYA VERDS. (Número de expediente 161/001108.)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Como habíamos anunciado, pasamos a la proposición no de ley número 10, para la inclusión de los sistemas de autoinyección de adrenalina en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Para ello tiene la palabra don Gaspar Llamazares.

El señor **LLAMAZARES TRIGO**: Señora presidenta, ni un minuto.

La administración de adrenalina es la solución más idónea para el tratamiento agudo de anafilaxia cualquiera que sean sus causas: alergia, picaduras de animales, fármacos, alimentos, látex, parásitos... El tratamiento preventivo a estas reacciones consiste en evitar nuevos episodios para lo que sería fundamental identificar la causa. Sin embargo el tratamiento inicial es la adrenalina, el paciente debe autoadministrarse este fármaco si se inicia una reacción grave y no pudiera ser atendido por parte de un sanitario. La adrenalina no puede administrarse más que por vía parenteral y esto supone un handicap para el paciente, que habitualmente desconoce la técnica de inyección de fármacos. Sin embargo existe un sistema de autoinyección con adrenalina precargada de fácil administración por parte del paciente. Estos sistemas tienen un inconveniente, que es su coste elevado, con una vida media antes de caducar relativamente corta, lo que obliga a su reposición periódica. Por eso lo que proponemos es que, aun financiado por la Seguridad Social, el elevado coste para el paciente lleve a considerar este fármaco y esta forma de administración del mismo de aportación reducida. Este es el sentido de la iniciativa.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Le ruego que ocupe la Presidencia, señor Llamazares

El señor **PRESIDENTE**: La señora Tarruella tiene la palabra para defender su enmienda en nombre de Convergència i Unió.

La señora **TARRUELLA TOMÀS**: Nosotros solo hemos presentado una enmienda de tipo técnico, para sustituir la receta de punto negro por receta de bajo coste. Nosotros estamos completamente de acuerdo con la necesidad de que se les pueda facilitar a las personas alérgicas el acceso a la adrenalina autoinyectable, porque así se puede evitar el error de una sobredosis, llegado el caso, además de facilitarles su administración. Por eso daremos soporte a esta proposición no de ley, aunque se

apruebe alguna enmienda transaccional porque todo lo que sea avanzar nos parece positivo.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Socialista tiene la palabra la señora Aburto.

La señora **ABURTO BASELGA**: El Grupo Socialista está de acuerdo en que es necesario promocionar el uso autoinyectable de adrenalina, y agradezco la oportunidad de conocerlo porque no sabía que existía esta forma de presentación. En cualquier caso el uso de esta forma de medicación es bastante escaso porque las indicaciones son pequeñas, y tampoco es tan caro, porque cuesta 58 euros y dura aproximadamente unos 18 meses. Es importante no abusar de esta forma de medicación, ya que tiene sus contraindicaciones y sus riesgos. Por tanto es preciso tener unas indicaciones muy precisas porque puede haber, como ocurre en bastantes ocasiones en medicina, problemas por abuso del medicamento.

Presentamos una enmienda puramente procedimental, porque según el Real Decreto 148/2003, hay un anexo donde constan los grupos de aportación reducida y para modificarlo se necesita aplicar el Real Decreto 823/2008 en el que se indica que la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, mientras no se actualice el anexo 3 del real decreto, la que debe establecer motivadamente la aportación reducida de un determinado medicamento. No consta para nada que esta propuesta se pueda incluir en el Sistema Nacional de Salud, por tanto nos parece muy bien que se pase al consejo interterritorial y ahí se de la indicación adecuada.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra don Alejandro Ramírez por el Grupo Parlamentario Popular.

El señor **RAMÍREZ DEL MOLINO MORÁN**: Señorías, en la PNL que nos presenta el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya se insta al Gobierno a la inclusión y financiación de los sistemas de autoinyección de adrenalina en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud con aportación reducida, previa discusión y acuerdo en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

La anafilaxia es una urgencia que requiere atención inmediata. La vida del paciente depende de la velocidad con que se instaure el tratamiento. Somos conscientes de que los enfermos que presentan patologías alérgicas crónicas están expuestos al riesgo de una reacción aguda, que el tratamiento de la anafilaxia con adrenalina es el más adecuado, y que esta solo se puede administrar por vía parenteral. Igualmente entendemos que la situación de *shock* anafiláctico no es la más adecuada para realizar las tareas que conlleva poner una inyección, más aún cuando el paciente se encuentra solo y no puede ser auxiliado por un tercero. Esas dificultades nos llevan a valorar la necesidad de que sea el Gobierno quien, en colaboración con las comunidades autónomas y en el

seno del consejo interterritorial, plantee la cuestión de acuerdo a criterios técnicos de eficacia, y teniendo muy en cuenta las demandas que plantean las organizaciones de pacientes y los profesionales médicos. Por todo ello nuestro voto sería favorable. Veremos la transaccional que se nos presenta, y si es posible la apoyaremos.

De igual manera habría de dirigirse a la distribución farmacéutica para que estén debidamente surtidos de la mencionada especialidad, cosa que en la actualidad no ocurre, y que creo que es importantísima. Habría que hacer una serie de advertencias y dar unos consejos al paciente antes de la aplicación de este sistema, como por ejemplo instruir con detalle al paciente, o a cualquier persona que esté en disposición de administrar el medicamento, de las instrucciones de uso y el funcionamiento del autoinyector. Debe educarse al paciente para que observe periódicamente el contenido de la jeringa a través del visor, a fin de comprobar que la solución es transparente e incolora. El autoinyector debe desecharse si la solución está coloreada o contiene un precipitado. Los mencionados autoinyectores solo deben inyectarse en la cara externa del muslo; debe indicarse a los enfermos que no se inyecten en la nalga. Dosis elevadas o la inyección intravenosa accidental de adrenalina puede provocar una hemorragia cerebral, debido a la elevación brusca de la presión arterial. Para evitar la inyección intravenosa deben seguirse las instrucciones para el uso correcto de los autoinyectores. La adrenalina y sus sales se destruyen rápidamente en solución con agentes oxidantes. La luz es una de las causas que puede descomponer la mencionada sustancia. El periodo de validez una vez abierto el envase es muy corto, y el autoinyector, aunque no se aplique toda la dosis, debe desecharse inmediatamente después de su uso.

— **SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN HORMONAL DE EMERGENCIA EN ESPAÑA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/001081.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la última iniciativa, que es la novena sobre anticoncepción hormonal de emergencia en España. El autor es el Grupo Parlamentario Socialista. Tiene la palabra doña Pilar Grande.

La señora **GRANDE PESQUERO**: El Gobierno está preparando, como sabemos todos, una estrategia de salud sexual y reproductiva que entrará próximamente en esta Cámara —antes de que finalice el año—, en la que una de las medidas —que no la única que contemplará— será la decisión de que la píldora anticonceptiva de emergencia, la PAE, se pueda dispensar en las farmacias sin necesidad de prescripción previa.

Esa estrategia tiene como objetivos principales prevenir las enfermedades de transmisión sexual e incidir en la disminución de embarazos no deseados, especialmente entre los jóvenes y los adolescentes. La intención es promover el acceso y el uso de los métodos anticon-

ceptivos, y en esa línea se vienen efectuando ya campañas de uso del preservativo dirigidas a adolescentes, como la del pasado año y la del pasado mes de enero, así como el acuerdo con los fabricantes de preservativos para que se puedan adquirir varios por tan solo un euro, en el convencimiento de que no solamente es el método más barato, sino también el más seguro y eficaz en ambos objetivos: disminuir los embarazos no deseados y prevenir las enfermedades de transmisión sexual.

En estos momentos la PAE, autorizada en España desde el año 2001, es accesible de forma gratuita en los servicios sanitarios de más de diez comunidades autónomas, y en el año pasado se consumieron en nuestro país casi 500.000 unidades de este anticonceptivo de emergencia. Y es que es así como debemos llamarla para evitar inducir al error y al uso inadecuado de la misma, y porque obedece a su funcionamiento y a su evidencia científica. Estos son dos temas muy importantes en nuestra proposición.

Es un método anticonceptivo, porque está compuesto por una hormona, el levonorgestrel, cuya acción es evitar o retardar la ovulación; por tanto es un anovulatorio en dosis mínimas y con efectos secundarios, si se utiliza adecuadamente, también mínimos, y esto lo dicen las sociedades de ginecología y la OMS.

Además la anticoncepción de emergencia no es lo mismo que el aborto médico temprano, que es una opción para las mujeres que tienen un embarazo temprano ya establecido, y que requiere el uso de una píldora absolutamente diferente, que no es la PAE. Por otro lado, la PAE es más efectiva cuanto antes se tome tras el coito no seguro, y en caso de que exista un embarazo no tiene absolutamente ningún efecto abortivo ni produce daños en el embrión en desarrollo, en caso de que lo hubiere. Por tanto, A de anticonceptivo y no de abortivo, una vez más, señorías. Este último hecho es precisamente lo que explica por qué la PAE no es efectiva en el cien por cien de los casos para impedir el embarazo: porque es un anticonceptivo. Por tanto se debe mandar un mensaje claro y veraz de lo que es y para lo que debe usarse; sobre todo deberemos conseguir su accesibilidad para que, como se ha demostrado en los países donde se vende sin receta, disminuya el número de embarazos no deseados y por tanto sus interrupciones. Los datos, como el algodón, no engañan, y ya en cuarenta y dos países de todo el mundo, de los cuales quince son europeos, se puede adquirir la PAE sin receta previa, y según la OMS por ejemplo en los Estados Unidos se estima la reducción del número de abortos en un 43 por ciento entre los años 1994 y 2000, gracias a esta accesibilidad. Pero también en Francia, en el país de al lado, la reducción se estima entre el 20 y el 25 por ciento de los IVE sobre todo en menores.

Señorías, en nuestro país solo en el año 2007 se registraron 112.138 interrupciones voluntarias del embarazo, de las cuales 6.273 fueron en menores de dieciocho años; siendo más concretos, 500 niñas menores de quince años abortaron en el año 2007. Pero las cifras no son mucho

mejores en los años de los gobiernos del Partido Popular, porque quiero recordarles a SS.SS. que entre los años 1996 y 2003 se registraron en España 503.000 abortos, de los cuales 70.000 fueron en menores. ¿Cuántos de estos embarazos no deseados y cuántos abortos se podrían haber evitado si hubieran tenido acceso pronto y fácil a la PAE? No podremos saber lo que hubiéramos podido evitar, pero sí lo que evitaremos cuando comparemos los datos de los próximos años tras la aprobación y la aplicación de la medida que hoy proponemos.

Creo que tenemos la responsabilidad de evitar esto, poniendo todos los medios necesarios, y facilitar además que sean accesibles. Como reconoce el Defensor del Pueblo en su último informe, cuando habla de desigualdades en salud entre los españoles, el acceso a la PAE es desigual entre las comunidades autónomas, ya que en algunas existen dificultades reales para acceder a ella, en los plazos en los que como hemos explicado es efectiva, y esto también es causa de inequidad.

Para terminar, señor presidente, creemos que la medida anunciada por el Gobierno y que entrará en vigor pronto es adecuada, y que para su adecuada administración y distribución las posibles usuarias deberán disponer de la suficiente y apropiada información, sobre la base de la evidencia científica y lo más objetiva posible. Por ello mi grupo presenta esta proposición no de ley que insta al Gobierno a la elaboración de un protocolo que determine la información que necesariamente deberán recibir las mismas en el momento de acceder a la anticoncepción de emergencia, bien en oficinas de farmacia bien en centros de salud u otros servicios sanitarios, y como decimos en la proposición de acuerdo con las sociedades científicas, con el colegio de farmacéuticos, etcétera. Por ello solicito el apoyo de sus señorías.

El señor **PRESIDENTE**: Se han presentado dos enmiendas. Tiene la palabra por el Grupo Parlamentario Popular el señor Mingo.

El señor **MINGO ZAPATERO**: Mi grupo ha presentado una enmienda cuyo contenido es, como es natural, que el Congreso de los Diputados inste al Gobierno a garantizar la dispensación farmacéutica de la anticoncepción hormonal de emergencia bajo prescripción facultativa. No estamos aquí en un debate de si píldora del día después sí o píldora del día después no; ese debate lo tuvimos en el año 1991; por tanto está ampliamente superado, y es un método usado en España más que en el resto del mundo. Es asombroso: casi 500.000 dosis. El Grupo Parlamentario Socialista dice que hay dificultades en el acceso, pero somos el país que más consume esta píldora del día después. Desde el punto de vista sanitario la propuesta que hace el Grupo Parlamentario Socialista es un grave error para la salud de las mujeres, y es un grave error para la salud pública. Para la salud de las mujeres porque es un choque hormonal que altera el ciclo normal de las mujeres de estrógenos

y progesterona, y como otros métodos anticonceptivos farmacológicos, como dicen las asociaciones científicas y el Consejo de Colegios de Médicos, señora portavoz del Grupo Socialista, requiere prescripción médica. Esto no es un criterio ético ni ideológico; es un criterio profesional de defensa de la salud de la mujer. No se trata de poner dificultades en el acceso a la píldora del día después, sino de garantizar el asesoramiento médico a la mujer cuando se le prescribe, y garantizar que haya otros procedimientos anticonceptivos más seguros y más eficaces.

Señora Grande, este procedimiento anticonceptivo tiene entre un 5 y un 15 por ciento de fallos. Llevar este procedimiento como terapéutica fácil o como procedimiento anticonceptivo fácil y cómodo con el único criterio de comprarlo en la farmacia implicará que tengamos muchos más embarazos no deseados, y habrá muchas más enfermedades sexuales transmisibles, porque determinadas personas, mujeres o parejas olvidarán otros métodos anticonceptivos más útiles y más seguros. Esa laxitud en la prevención de las enfermedades condicionará un incremento de las viriasis, un incremento de las enfermedades contagiosas. Eso lo veremos dentro de unos años, y por desgracia habremos tomado una decisión que desde el punto de vista ideológico nosotros no compartimos, pero que desde el punto de vista sanitario es un inmenso error.

En una Comisión donde tenemos la intención de llegar a acuerdos claros, y hoy lo vamos a hacer en el cáncer de colon, en la prevención del tabaquismo, en la inyección de adrenalina, es decir criterios sanitarios lógicos y razonables, debido a un criterio ideológico equivocado y atrasado vamos a cometer un error sanitario de primera magnitud. Por lo tanto le pedimos al Gobierno que recapacite, que impulse cuantas medidas sean más eficaces para potenciar la buena salud sexual y reproductiva, que cambie el criterio y modifique la ausencia de prescripción médica en lo que entendemos que es algo de enorme trascendencia para la salud de las mujeres.

El señor **PRESIDENTE**: La otra enmienda era del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió). Tiene la palabra la señora Tarruella.

La señora **TARRUELLA TOMÀS**: Voy a seguir por la misma línea que el señor Mingo. No se trata de ningún criterio ideológico, quiero dejar constancia de ello para que quede muy claro, sino que se trata de criterios científicos. Nosotros hemos presentado una enmienda que consta de tres puntos. La proponente del Grupo Socialista dice que no habría ningún problema con dos de ellos, pero nosotros proponemos que en el primero —el punto de discusión— se mantenga la venta de la PAE bajo receta médica en farmacias o bajo administración en los centros asistenciales, como se está haciendo ya en muchas comunidades autónomas. Para nosotros es un criterio científico, como muy bien se acaba de decir porque lo que se está facilitando a la mujer que va en

busca de esta píldora anticonceptiva de emergencia —ya sabemos que es de emergencia— es una dosis hormonal. Cuando se autorizó se hizo bajo control y receta médica, y ahora, por un criterio político de oportunidad, se va a tener que modificar, lo que se autorizó por la Agencia Española del Medicamento bajo receta médica. Lo que nosotros pedimos es que si ya hay muchas comunidades autónomas en las que se facilita, que se haga a todas las mujeres. Nosotros no queremos impedir en absoluto que se facilite su administración, pero que se haga por personal facultativo que pueda explicar con tranquilidad a esa persona que se trata de un tratamiento de emergencia, y lo que significa para su organismo esa toma repetitiva y que haga un control exhaustivo de su administración. Si las píldoras anticonceptivas necesitan receta médica, nuestra opinión es que ésta, que es también un producto hormonal, debe igualmente necesitarla. No es un criterio ideológico de un grupo político —ya lo he dicho y lo repito—, es un criterio extendido entre muchísima más gente.

Voy a leer un párrafo de un escrito que hace una periodista, ex diputada de esta Cámara, doña Pilar Rahola —a la que nadie va a tachar precisamente de tener criterios ideológicos en sentido contrario—, que comparto totalmente. Hace pocos días, en un escrito donde hablaba de la píldora, aparte de otras consideraciones, decía que le parece una medida harto arriesgada, porque estamos hablando de una importante carga hormonal, nada inocua, sin receta ni control ninguno para un colectivo especialmente joven; si ahora tenemos una píldora controlada, gratuita y pública, de la otra manera tendremos una píldora descontrolada, costosa y privada. Nosotros compartimos esto. En muchos sitios se les está dando juntamente con una información y un control adecuados. Queremos facilitar ese acceso, pero que sea con base científica y con criterios de salud para la mujer y de salud pública. Se nos dirá que no hay criterios científicos que avalen que a las personas jóvenes les puede ir mal; pero es que no hay ensayos clínicos de menores de dieciséis años con este tipo de píldoras, por lo que tendríamos que evitarlo.

Termino, señor presidente. Simplemente queremos pedir que recapaciten; que se haga con el mismo control y transacciones que se ha hecho con todo lo demás; que se pudiera llegar al acuerdo de que esta píldora de emergencia fuera exclusivamente de emergencia. Hay estadísticas en Cataluña sobre jóvenes que han ido ya por segunda y tercera vez en busca de ella, y eso con control. ¿Qué pasará si pueden ir libremente a la farmacia a comprarla sin ningún otro tipo de control? Porque todos sabemos que en todos los medicamentos va un papelito, pero mucha gente no se lee las instrucciones, porque corresponde a los profesionales explicarlo. Nos gustaría que se pudieran aceptar estas enmiendas o hacer una transacción para que se contara con este control, pero si no es posible desde luego no daremos apoyo a esta proposición no de ley en los términos actuales.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Mixto, señora Fernández Davila, ¿quiere intervenir para fijar posición?

La señora **FERNÁNDEZ DAVILA**: Sí, muy brevemente, señor presidente.

Nuestro grupo, el BNG, desde hace tiempo ha hecho defensa del suministro de la denominada píldora del día después, concretamente en las diferentes instituciones de Galicia, desde la Xunta hasta diferentes administraciones locales, para que se incorporara esta medida en los centros de planificación que a tal fin están implantados. Hasta este momento la dispensación de este medicamento se está haciendo en estos centros de manera gratuita y con presencia de facultativos o personal sanitario. Ese es el primer paso que se dio para la incorporación de esta píldora en materia, no diría de métodos anticonceptivos, pero sí de algo novedoso que era conveniente aplicar en nuestra sociedad. El hecho de que el Gobierno en estos momentos haya decidido la liberalización de esta píldora y su venta en las farmacias sin receta médica a nosotros —y así lo manifestamos en la comparecencia de la ministra— no nos parece mal; nos parece oportuno en la medida en que, en lo que apreciamos de la controversia científica sobre esta cuestión, al final las conclusiones parece que indican que el producto es inocuo, y por lo tanto, igual que otros productos se venden sin receta en la farmacia, puede venderse este perfectamente. Cifrándonos a la propuesta concreta que hoy hace el Grupo Socialista, al igual que le manifestamos a la ministra en su momento, nosotros entendemos dos cosas. Por un lado, estamos de acuerdo con lo que plantea la proposición no de ley, que es necesario ese protocolo y esa información a las personas que vayan a utilizarla comprándola en las farmacias. Pero por otro lado —finalizo, señor presidente—, el hecho de que en las farmacias se venda esta píldora no tiene que significar que se elimine de aquellos centros que en este momento la están dispensando. Nuestro grupo va a defender que se mantenga y además se amplíe a otras administraciones locales, en otros pueblos o ciudades, donde no existe. Por tanto nos parece positiva la propuesta del Grupo Socialista porque ese tema se lo demandamos a la ministra en su comparecencia en esta Comisión.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el Grupo Parlamentario Socialista. Señora Grande.

La señora **GRANDE PESQUERO**: Solamente puedo decir si admito o no admito las enmiendas, aunque me encantaría poder replicar. Sinceramente siento no poder llegar a un acuerdo transaccional. Simplemente no puedo aceptarlo, porque nuestra propuesta plantea que sea sin receta y con el protocolo.

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a votar ya las iniciativas, porque nos hemos ajustado totalmente al tiempo previsto. Son las dos y media, a partir de ahora

no se dirá puntualidad británica. Se dirá puntualidad de la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados (**Risas.**)

Pasamos a votar las proposiciones no de ley. Leeremos las transaccionales rápidamente para no desajustarnos mucho. En primer lugar sometemos a votación el punto 1.º relativo a la cofinanciación del Hospital de Son Espases, del Grupo Parlamentario Popular. No tiene transaccional, y por tanto lo votamos en sus términos.

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

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada la proposición no de ley.

Pasamos a votar el punto 2.º sobre el hospital universitario Marqués de Valdecilla, de Santander, que también se vota en sus términos.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 16; en contra, 18; abstenciones, tres.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

También pasamos a votar en sus términos el punto 3.º relativo al Centro Europeo del Consumidor, de Barcelona.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, tres; en contra, 34.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

A continuación votamos el punto 4.º relativo a la talidomida, al que se ha presentado una transaccional en los siguientes términos: El Congreso de los Diputados reconoce expresamente el sufrimiento padecido durante años por las personas afectadas por talidomida, y les muestra toda su solidaridad. El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a, segundo, revisar en el plazo de un año el protocolo clínico para determinar el número de afectados por talidomida en España; tercero, establecer en colaboración con las asociaciones de personas afectadas, las posibles indemnizaciones y determinar, en su caso, los beneficios que procedan en materia de prestaciones; cuarto, evaluar en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud las fórmulas de atención médica y psicológica individualizada de los afectados por talidomida, así como la procedencia de crear una unidad especializada en esta materia, en el marco de un centro de referencia estatal; quinto, prestar especial apoyo a las asociaciones de personas afectadas por la talidomida.

Esos son los términos de la transacción al punto 4.º, relativo a apoyo a las víctimas de la talidomida.

Efectuada la votación, dijo

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

Transacción al punto 5.º relativo al diagnóstico precoz del cáncer de colon: el Congreso de los Diputados insta al Gobierno a proponer ante el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, antes de que finalice el año 2009 y dentro de la actualización de la estrategia de cáncer del Sistema Nacional de Salud, la elaboración de un protocolo de actuación específico de prevención del cáncer de colon, y un cribado a escala nacional, junto a medidas de prevención como estrategias informativas sobre la importancia de una alimentación adecuada y equilibrada que incorpore un sistema eficaz de detección precoz; dos, tras la elaboración del citado protocolo el consejo interterritorial propondrá la forma de financiación del mismo.

Pasamos a votarla.

Efectuada la votación, dijo

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

Transacción al punto 6.º, relativo a la seguridad de los juguetes: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a seguir impulsando de acuerdo con las comunidades autónomas las medidas contempladas en el convenio de colaboración entre el Instituto Nacional de Consumo y el sector del juguete, con el fin de fomentar los códigos de corregulación como sistema para reforzar la vigilancia y alerta ante posibles vulneraciones de la normativa vigente en materia de seguridad, dos, desarrollar de acuerdo con las comunidades autónomas y con el sector del juguete una guía de buenas prácticas encaminada a reducir riesgos potenciales y proporcionar información suficiente, en lenguaje accesible, para los consumidores sobre las condiciones de utilización segura de los juguetes, tres, impulsar en el ámbito de las instituciones comunitarias la adopción de más medidas para prevenir y evitar los riesgos que presentan para la salud y la integridad de los niños los juguetes procedentes de aquellos países que, reiteradamente, incumplen la normativa europea de seguridad, cuatro, fomentar de acuerdo con las comunidades autónomas el desarrollo de proyectos de investigación, desarrollo e innovación cuyo objeto sea mejorar el nivel de seguridad de los juguetes.

Pasamos a votar esta iniciativa.

Efectuada la votación, dijo

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

Pasamos al punto 8.º, sobre prevención del tabaquismo: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a elaborar un informe de evaluación del desarrollo, cumplimiento e impacto en la salud pública de la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al taba-

quismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. El informe será presentado en la Comisión de Sanidad y Política Social al finalizar el año 2009, como base que permita iniciar un proceso de actualización de aquellos aspectos de la ley que sean mejorables, dos, impulsar de acuerdo con las comunidades autónomas las medidas necesarias para garantizar el estricto cumplimiento de la Ley 28/2005, priorizando los objetivos de salud pública, tres, elaborar un informe sobre la eficacia y efectividad del tratamiento farmacológico de deshabituación tabáquica, en base a las evidencias científicas publicadas; cuatro, promover la elaboración de una guía clínica de intervención social y comunitaria para la prevención del tabaquismo y la deshabituación tabáquica; y, quinto, avanzar en la ampliación de los espacios libres de humo de manera progresiva, y previo acuerdo con los sectores afectados.

Pasamos a votar esta transacción.

Efectuada la votación, dijo

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

Antes del punto último, que es también una transacción, votamos el punto número 9.º, relativo a la anticon-

cepción hormonal de emergencia en España. No hay enmiendas. Se vota en sus propios términos.

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

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Pasamos a la última transaccional al punto 10.º, relativo a la autoinyección de adrenalina en el catálogo de prestaciones. Dice lo siguiente: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno para que la Dirección General de Farmacia elabore la motivación que supone la aportación reducida de los sistemas de autoinyección de adrenalina, para ser remitida al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en el plazo más breve posible.

Efectuada la votación, dijo

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

Se levanta la sesión.

Eran las dos y cuarenta 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.: 902 365 303. <http://www.boe.es>



Depósito legal: **M. 12.580 - 1961**