



# CORTES GENERALES

## DIARIO DE SESIONES DEL

# CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Año 2009

IX Legislatura

Núm. 411

## SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL Y CONSUMO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. GASPAR LLAMAZARES TRIGO

Sesión núm. 24

celebrada el martes 17 de noviembre de 2009

Página

### ORDEN DEL DÍA:

#### Preguntas

- De la diputada doña Olaia Fernández Davila, del Grupo Parlamentario Mixto, sobre la demostración de la eficacia del antiviral Tamiflu para el tratamiento de la denominada Gripe A. (Número de expediente 181/001919.) ..... 3
- Del diputado don Antonio Gutiérrez Molina, del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso, sobre:
- Número de consultas realizadas por el Servicio de Endocrinología del Hospital Materno-Infantil de Málaga, a niños derivados desde la Dirección Territorial del Ingesa en Melilla, durante los años 2006 a 2009. (Número de expediente 181/001767.) ..... 6

— Número de primeras consultas realizadas por el Servicio de Endocrinología del Hospital Materno-Infantil de Málaga, a niños derivados desde la Dirección Territorial del Ingesa en Melilla, durante los años 2006 a 2009. (Número de expediente 181/001768.) . . . . .	6
— Patología más frecuente que presentan los niños derivados desde la Dirección Territorial del Ingesa en Melilla, al Servicio de Endocrinología del Hospital Materno-Infantil de Málaga. (Número de expediente 181/001769.) . . . . .	6
— Gestiones para que pueda desplazarse a Melilla, con la periodicidad necesaria, un especialista en endocrinología con experiencia en el área pediátrica, del Sistema Nacional de Salud, prioritariamente del complejo hospitalario Carlos Haya de Málaga. (Número de expediente 181/001770.) . . . . .	6
— Previsiones acerca de que se pueda contar con un endocrinólogo con experiencia en pediatría que acudiría a la Ciudad de Melilla y evitar desplazar a niños a la Península. (Número de expediente 181/001771.) . . . . .	6
<b>Del diputado don Santiago Cervera Soto, del Grupo Parlamentario Mixto, sobre:</b>	
— Motivos por los que el Ministerio de Sanidad y Política Social no ha facilitado al Grupo Parlamentario Popular la documentación técnica solicitada que avalaba la decisión de permitir la dispensación de la píldora postcoital sin prescripción médica. (Número de expediente 181/002057.) . . . . .	10
— Razones que llevaron al Gobierno a autorizar la píldora postcoital como «medicamento ético». (Número de expediente 181/002058.) . . . . .	10
— Motivos por los que se le ha dado a la píldora postcoital un status especial dentro del catálogo de medicamentos. (Número de expediente 181/002075.) . . . . .	10
— Valoración de las circunstancias en las que se está dispensando en farmacia la píldora postcoital sin receta médica. (Número de expediente 181/002076.) . . . . .	10
— De la diputada doña María Concepció Tarruella Tomàs, del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), sobre médicos especialistas y farmacéuticos especialistas en farmacia hospitalaria sin título oficial existentes en el Sistema Nacional de Salud (procedente de la pregunta al Gobierno con respuesta escrita número de expediente 184/061027). (Número de expediente 181/002147.) . . . . .	15
— Ratificación de la ponencia designada para informar el proyecto de ley por la que se modifica el régimen legal de la competencia desleal y de la publicidad para la mejora de la protección de los consumidores y usuarios. (Número de expediente 121/000026.) . . . . .	18
— Aprobación con competencia legislativa plena, a la vista del informe elaborado por la ponencia sobre el proyecto de ley por la que se modifica el régimen legal de la competencia desleal y de la publicidad para la mejora de la protección de los consumidores y usuarios. (Número de expediente 121/000026.) . . . . .	18

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

**CONTESTACIÓN A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:**

— **DE LA DIPUTADA DOÑA MARÍA OLAIA FERNÁNDEZ DAVILA, DEL GRUPO PARLAMENTARIO MIXTO, SOBRE LA DEMOSTRACIÓN DE LA EFICACIA DEL ANTIVIRAL TAMIFLU PARA EL TRATAMIENTO DE LA DENOMINADA GRIPE A. (Número de expediente 181/001919.)**

El señor **PRESIDENTE:** Quiero agradecer la presencia del secretario general de Sanidad, señor Martínez Olmos, que viene a esta Comisión para responder a una serie de preguntas de diversos diputados, y quiero comunicarles que la votación de la segunda parte de esta Comisión, relativa al informe de la ponencia sobre el proyecto de ley por la que se modifica el régimen legal de la competencia desleal y de la publicidad para la mejora de la protección de los consumidores y usuarios, no tendrá lugar antes de la una. Calculando que podamos dedicar al turno de preguntas una hora u hora y media, probablemente la votación estará más cerca de la una y media, pero en todo caso no será antes de la una.

Pasamos al primer punto, que es el relativo a las preguntas, y alteramos el orden del día para que la señora Fernández Davila pueda formular en primer lugar la suya, debido a que su presencia es necesaria en otra Comisión. Su pregunta es la relativa al Tamiflu. Luego continuaremos con el orden del día preestablecido, pero daremos la posibilidad, tanto al señor Gutiérrez Molina como al señor Cervera Soto, de hacer las preguntas de manera conjunta y, en este sentido, al facilitar las cosas a la Comisión, también haremos una valoración de tiempo flexible para que no vaya en detrimento de la especificidad de sus preguntas, de tal manera que para la primera intervención de las preguntas de carácter colectivo daré en torno a diez minutos, serán también diez minutos para la contestación del compareciente, cinco minutos para la segunda intervención y otros cinco minutos para la réplica por parte del secretario general de Sanidad. Este sería más o menos el decurso de este primer bloque de preguntas, con flexibilidad por supuesto. Sin más, paso la palabra a la señora Fernández Davila, que pregunta en relación con la eficacia del antiviral Tamiflu.

La señora **FERNÁNDEZ DAVILA:** Muchas gracias al señor presidente y al resto de los grupos por permitir este cambio en el orden del día que facilita mi trabajo en la Comisión de Igualdad.

Señor secretario general, presentamos esta pregunta en el mes de agosto, en un momento en que era noticia que el Gobierno iba a gastar 40 millones de euros en comprar nuevas dosis de Tamiflu. Era importante y teníamos curio-

sidad por conocer lo que el Gobierno nos podría decir en relación con la demostración de la eficacia del antiviral Tamiflu, dado que existe una gran controversia por parte de muchas comunidades científicas que desde luego no avalan esa eficacia, e incluso hay otras opiniones que manifiestan que los estudios que en estos momentos dicen que este antiviral es eficaz son estudios pagados por la multinacional Roche, que es la que tiene en definitiva la patente del antiviral. Estamos muy interesados, pues, en conocer, más que la posición, la opinión del Gobierno en relación con la eficacia de este fármaco, sobre todo por la gran inversión que se ha hecho en el mismo y si, efectivamente, además de su eficacia, está siendo utilizado en estos momentos en el tratamiento de la enfermedad en aquellas personas que, por alguna razón, tienen la gripe, sea la gripe A o la gripe B.

El señor **PRESIDENTE:** Para responder tiene la palabra el señor Martínez Olmos.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Martínez Olmos): España ha sido uno de los países que ha establecido un procedimiento de utilización de los antivirales para la actuación frente a la gripe A más restrictivo. De hecho, usted recordará como, en la época del verano, países como Reino Unido establecieron un procedimiento de acceso a los antivirales según el cual prácticamente, con ponerse en contacto vía Internet con el Sistema Nacional de Salud, los ciudadanos podían obtener el antiviral. En nuestro caso, el Sistema Nacional de Salud, a través de las decisiones de la Comisión de Salud Pública, estableció un protocolo de uso del antiviral muy estricto, que es eficaz siguiendo las directrices que planteaban órganos internacionales como el Centro Europeo de Control de Enfermedades Infecciosas, que sistemáticamente revisa la información disponible sobre la sensibilidad que tiene el virus de la gripe A respecto del antiviral. Todavía sigue siendo un virus sensible a los antivirales. Se han reportado poquísimos casos de alguna resistencia y por tanto la eficacia sigue siendo útil, pero también era necesario establecer que la utilización no fuera una utilización innecesaria sino atendiendo a criterios protocolizados. Los protocolos los hemos aprobado en el seno de la Comisión de Salud Pública y en su realización han participado sociedades científicas, de tal manera que la estimación de utilización que tenemos ha sido muy racional, hasta el punto de que en el Sistema Nacional de Salud no más de 6.000 personas han recibido estos tratamientos con la aplicación de los protocolos, cuando la incidencia de gripe A estimada, según el sistema de médico centinela que pusimos en marcha en el conjunto del Sistema Nacional de Salud a partir del verano pasado, puede estar en torno a 600.000 personas, es decir, la utilización es muy racional, muy adecuada y según la ficha técnica del producto, eficaz si se utiliza con los requerimientos acordados en el marco de esos protocolos de uso común en el Sistema Nacional de Salud.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra la señora Fernández Davila.

La señora **FERNÁNDEZ DAVILA**: Muchas gracias, señor secretario general, por la información que nos acaba de dar. Desde nuestro punto de vista, el Gobierno está utilizando este fármaco con prudencia, en el sentido de que usted nos informa de que aproximadamente 100.000 personas fueron tratadas con este antiviral y en el mes de agosto anunciaban la compra de 3 millones de dosis. Este es un tema recurrente, porque cuando se hizo la famosa campaña de la gripe aviaria se compraron muchos fármacos y no sabemos el uso que se les dio —no sé si usted podrá informarnos—, pero es cierto que el Estado hizo un gasto importante. Creemos que es necesario prevenir. El problema es si la prevención que tenemos que hacer es sobre algo real o no.

Hay algunos estudios que no valoran como eficaz el Tamiflu, en contraposición a estudios pagados, que sí lo dicen, por lo que toda esa información a lo mejor es cuestionable. Nosotros tenemos conocimiento de un escrito dirigido al Gobierno en su momento por don Juan Gervás, donde hacía una serie de consideraciones que no solo por la categoría profesional y científica de esta persona sino por las cosas que se dicen nos parece que sí son razonables. No es un problema de controversias interesadas entre si es eficaz o no, sino de la necesidad de darle el tratamiento adecuado a un problema, ya que el momento más álgido de la enfermedad no tuvo nada que ver con toda la parafernalia que surgió al respecto, pero sobre todo se creó una gran preocupación en la sociedad por la fuerte alarma que se planteó. Afortunadamente, los ciudadanos estamos bastante tranquilos, somos precavidos y prudentes. Esto es fundamental para la sanidad pública, porque si no sería terrible tener que atender a cualquier persona con los mínimos síntomas. En el escrito del profesor Gervás —doctor en Medicina por la Universidad de Valladolid y profesor en la Universidad Autónoma de Madrid—, se decía que habría menos afectados por la gripe A que por la gripe B y, sobre todo, habría menos muertos por la gripe A que por la gripe B, con una diferencia de 500 fallecidos por la gripe A y 1.500 por la gripe estacional. En sus reflexiones recomendaba que no se promovieran excesivamente ni los antivirales ni la vacuna, porque evidentemente hay dudas razonables sobre sus ventajas, al mismo tiempo que es sabido que todos los medicamentos tienen efectos adversos innegables, y concretamente los antivirales de los que estamos hablando. Por otro lado, este científico entiende que no conviene hacer grandes inversiones ni cambios, sino reforzar los dispositivos existentes con lógica y sentido común.

A nosotros nos parece que todas estas cuestiones planteadas eran las adecuadas. Incluso, desde los organismos de Gobierno, tanto central como autonómicos, se llegó a entender esto como una necesidad de bajar el listón de la alarma que existió en su momento para tranquilizar a la ciudadanía. Aprovechando esta pregunta y

amparándonos en el informe al que he hecho referencia, se decía que era necesario tener en cuenta que la gripe A tendría más impacto en las clases sociales más desfavorecidas: pobres, marginados, toxicómanos, mal alimentados, mal abrigados y habitantes de viviendas insalubres, y que por lo tanto era necesario crear los dispositivos necesarios para atender también a este sector de la sociedad. Nos gustaría que nos dijera —aunque no está relacionado exactamente con la pregunta, pero sí con las razones de la existencia del Tamiflu— si el Gobierno ha tenido en cuenta este sector y ha tomado las medidas necesarias para atenderlo en las debidas condiciones. Por otro lado, también en relación con la pregunta, nos gustaría que nos dijera si esas 100.000 personas que han sido tratadas con el Tamiflu demuestran que este antiviral es eficaz y que, por lo tanto, es necesario seguir utilizándolo.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el secretario general.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Martínez Olmos): Señoría, probablemente no me he expresado bien. Creo haber dicho que no más de 6.000 personas han recibido el tratamiento antiviral a lo largo de este periodo, de alrededor de 600.000 que estimamos que han podido pasar esta enfermedad desde finales del mes de abril, en que la Organización Mundial de la Salud declaró esta alerta, a día de hoy. **(La señora Fernández Davila: Perdón, lo entendí mal.)** No hay ningún problema; probablemente no me expresé bien, por lo que aprovecho para aclararlo. Por lo tanto, es una prueba muy racional de este medicamento, porque siguiendo las directrices que marcaba el Centro Europeo de Control de Enfermedades Infecciosas, y de acuerdo con el comité científico que colabora con el plan de respuesta frente a la gripe aviar en el marco de la Comisión de Salud Pública, los protocolos establecen una utilización muy restringida, precisamente para poder obtener el mayor beneficio que puede dar este antiviral, ya que básicamente en casos de personas con cuadros clínicos graves o con patologías que puedan provocar la mayor gravedad de esta enfermedad en las primeras cuarenta y ocho horas es eficaz para reducir un par de días de media la duración de la enfermedad e incluso algunos estudios disponibles apuntan que el 40 por ciento de la gravedad de la enfermedad.

En cualquier caso, la utilización tan restringida de este medicamento nos diferencia de otros países, como el que citaba antes, Reino Unido, pero siempre es una utilización de unos productos que están autorizados por la Agencia Europea del Medicamento, detrás de cuya autorización tienen ensayos clínicos que se presentan y se analizan. En este sentido, hay autoridades regulatorias que asumen la responsabilidad cuando un medicamento como este se pone a disposición de los ciudadanos, para que los médicos lo utilicen con los criterios clínicos adecuados, y se tengan todas las garantías para saber

cuáles son sus beneficios y cuáles sus posibles riesgos. No se han encontrado reacciones adversas en la utilización de los antivirales, pero le insisto en que la utilización es muy ajustada a la necesidad, muy restrictiva. De hecho, alguna polémica hemos tenido a nivel nacional e internacional sobre cuál era la mejor manera de hacer accesible este medicamento a los ciudadanos.

Nosotros entendimos —y estaban de acuerdo en ello las comunidades autónomas— que debía hacerse una utilización controlada con criterios clínicos, con un protocolo para todos los servicios de salud. También coincidimos en la importancia de tener una reserva estratégica a nivel nacional, porque hoy es más fácil hablar de la gripe A cuando sabemos que la inmensa mayoría de los casos son casos leves y era menos fácil hacerlo durante las primeras semanas, donde la evidencia que teníamos a nivel internacional era la aparición de un virus nuevo con capacidad y eficacia para la transmisión —de hecho, en pocas semanas se convirtió en pandemia porque apareció en la mayor parte de los países del mundo—, pero había dudas de cuál iba a ser el daño que en la salud de las personas podría provocar. Por ello, todos los gobiernos, siguiendo consejos y directrices a nivel internacional, hicimos acopio de una cuantía de antivirales, sobre todo sabiendo que el virus era sensible a la utilización de los antivirales con esos criterios de protocolo que antes le comentaba. Hicimos una estimación hace ya varios años, coincidiendo con el riesgo de pandemia de la gripe aviar, para comprar alrededor de una cuantía para atender al 20 por ciento de la población española. En aquel momento, años 2006-2007, se adquirieron en torno a 10 millones y pico de tratamientos, de los cuales alrededor de 9 fueron adquiridos por las comunidades autónomas y pagados por ellas, y esa cantidad está en su poder. El resto, millón y medio aproximadamente de tratamientos —me estoy situando en los años 2006-2007—, fueron adquiridos por el Gobierno para la reserva estratégica por si había que atender en un momento determinado necesidades imprevistas en cualquier comunidad autónoma. En este caso, poniéndonos en la hipótesis de que esta enfermedad afectara al 35 por ciento de la población española y suponiendo que fueran casos graves y, por lo tanto, susceptibles de utilizar este tratamiento, hicimos una compra adicional de alrededor de 5 millones y pico de tratamientos, que están ya en nuestro poder, como reserva estratégica para ayudar a aquellas comunidades autónomas que pudieran tener mayores necesidades. Esta es una reserva necesaria, independientemente de la gravedad de la gripe actual, porque no se sabe lo que puede pasar en el futuro. Estamos en un mundo globalizado. La Organización Mundial de la Salud nos dice que hay posibilidad de nuevas pandemias; no hablamos de gravedad, sino de que son virus que mutan y pueden producirse nuevas pandemias, y mientras que los datos no nos digan otra cosa, la mejor manera de estar preparados es organizar los servicios de salud, tener dispositivos de vigilancia epidemioló-

gica, cuando se producen mutaciones de los virus producir las vacunas y ponerlas a disposición de los ciudadanos que lo necesiten y tener antivirales mientras no se demuestre que los virus nuevos no son insensibles al antiviral. Por tanto, la inversión realizada ahora como la que se hizo en los años 2006 y 2007 ha sido y va a ser útil para el futuro porque son medicamentos que tienen efectividad durante varios años antes de su caducidad. Es un mecanismo de preparación necesario que creo que los ciudadanos agradecen, aunque finalmente la evidencia nos demuestre que la gripe ha sido menos grave de lo que podía haberse pensado —mejor para todos—, pero como no estamos libres de lo que pueda pasar en el futuro, tenemos esa reserva estratégica y además tenemos el aval de haberla utilizado con racionalidad.

Antes me he referido a la utilización de los antivirales en Reino Unido, donde había alarma social, y podemos comparar —porque esta es una pandemia retransmitida en directo— lo que hace un país y lo que hace otro y por qué no son iguales las medidas aquí que allí. En aquel momento se nos reclamaba que pusiéramos medidas parecidas a las de Reino Unido. Nosotros dijimos, siguiendo los consejos de los expertos y de las sociedades científicas, que se hiciera un uso restringido, porque solamente en estos casos es cuando se le puede sacar rendimiento a este medicamento, y además contribuimos a evitar la aparición de resistencia. Creo que es importante tener esto en cuenta porque a pesar de opiniones respetables como las que usted cita, las decisiones que se han tomado están enmarcadas en recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, del Centro Europeo de Control de Enfermedades Infecciosas y con un acuerdo y con una colaboración ejemplares de las comunidades autónomas y de las sociedades y organizaciones científicas, que han permitido, junto al hecho de que la expresión clínica de esta gripe no es especialmente preocupante, que los ciudadanos estén tranquilos sabiendo que el sistema está preparado y está actuando. Nosotros consideramos que la inversión realizada es una inversión rentable socialmente porque nos da tranquilidad, para esta pandemia y para sucesivas situaciones que puedan ocurrir en el futuro.

Finalmente, sobre la posibilidad de que esta enfermedad, como otras, pueda afectar de una manera diferente a sectores desfavorecidos del tipo que usted ha comentado, citando el planteamiento del doctor Gervás, debo decirle que afortunadamente una de las características del sistema sanitario español es su amplia accesibilidad y que no discrimina el acceso a los servicios de salud por motivos sociales, económicos, culturales o de otra naturaleza. De hecho, cuando se analice la respuesta a la pandemia de los diferentes países una de las cosas que se pondrá de manifiesto es que una de las características más positivas que tiene España, que es su red de atención primaria, junto con el buen sistema de vigilancia epidemiológica, nos ha permitido actuar de inme-

diato y con eficacia. Afortunadamente la enfermedad ha sido leve, pero una cosa que quiero destacar porque es enormemente importante es que la inmensa mayoría de las personas que han tenido cuadros clínicos más graves y que han requerido la atención sanitaria en la unidad de cuidados intensivos han salido adelante, con resultados comparables o incluso en algunos casos mejores que los de otros países. ¿Por qué? Porque hay un buen servicio sanitario, capta rápido a la persona que lo necesita y la introduce en la unidad de cuidados intensivos si el cuadro clínico lo necesita. Por tanto, debe haber toda la tranquilidad para la población de que la accesibilidad a nuestro sistema sanitario y la especial atención que los profesionales sanitarios han tenido y tienen en cuanto a la detección precoz de cuadros clínicos graves que se pueden derivar de esta gripe ha sido una de las variables que puede explicar la buena respuesta y también la tranquilidad que los ciudadanos están manifestando en estos momentos.

— **DEL DIPUTADO DON ANTONIO GUTIÉRREZ MOLINA, DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO, SOBRE:**

— **NÚMERO DE CONSULTAS REALIZADAS POR EL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA DEL HOSPITAL MATERNO-INFANTIL DE MÁLAGA A NIÑOS DERIVADOS DESDE LA DIRECCIÓN TERRITORIAL DEL INGESA EN MELILLA, DURANTE LOS AÑOS 2006 A 2009. (Número de expediente 181/001767.)**

— **NÚMERO DE PRIMERAS CONSULTAS REALIZADAS POR EL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA DEL HOSPITAL MATERNO-INFANTIL DE MÁLAGA A NIÑOS DERIVADOS DESDE LA DIRECCIÓN TERRITORIAL DEL INGESA EN MELILLA, DURANTE LOS AÑOS 2006 A 2009. (Número de expediente 181/001768.)**

— **PATOLOGÍA MÁS FRECUENTE QUE PRESENTAN LOS NIÑOS DERIVADOS DESDE LA DIRECCIÓN TERRITORIAL DEL INGESA EN MELILLA AL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA DEL HOSPITAL MATERNO-INFANTIL DE MÁLAGA. (Número de expediente 181/001769.)**

— **GESTIONES PARA QUE PUEDA DESPLAZARSE A MELILLA, CON LA PERIODICIDAD NECESARIA, UN ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA CON EXPERIENCIA EN EL ÁREA PEDIÁTRICA, DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, PRIORITARIAMENTE DEL COMPLEJO HOSPITALARIO CARLOS HAYA DE MÁLAGA. (Número de expediente 181/001770.)**

— **PREVISIONES ACERCA DE QUE SE PUEDA CONTAR CON UN ENDOCRINÓLOGO CON EXPERIENCIA EN PEDIATRÍA QUE ACUDIRÍA A LA CIUDAD DE MELILLA Y EVITAR DESPLAZAR A NIÑOS A LA PENÍNSULA. (Número de expediente 181/001771.)**

El señor **PRESIDENTE:** A continuación pasamos a la batería de preguntas del señor Gutiérrez Molina con relación al Ingesa. Tiene la palabra.

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA:** Quiero dar la bienvenida al secretario general de nuevo a esta Comisión y agradecerle la celeridad con la que va responder a las preguntas, en el sentido de que su formulación y respuesta están próximas en el tiempo. Si me permite el señor presidente y de acuerdo con lo que ha dicho, expondré de forma general el problema en cuestión, porque como el señor secretario general habrá visto, tiene correlación con el asunto en cuestión. El señor secretario general contestará de la forma que estime pertinente, y en la réplica veríamos las conclusiones finales, si le parece al señor presidente y al secretario general.

Señor secretario general, aparte de agradecerle la rapidez y la inmediatez en la respuesta, el tema que le formulo en nombre de mi grupo y sobre todo en nombre de los ciudadanos de Melilla responde no solamente al criterio de una asociación específica al cuidado de niños diabéticos, sino a una verdadera expectativa —no digo clamor social— que tiene la población melillense con vistas no solamente a este hospital sino al hospital universitario de nueva creación. La pregunta sobre qué medidas piensa adoptar Gobierno para que haya un pediatra especialista con experiencia en endocrinología o, viceversa, un endocrinólogo con experiencia en pediatría no obedece a ninguna razón provisional o aleatoria, sino que está basada en datos, en cifras y también en costos y en gastos, aunque el señor secretario general sabe mejor que yo que son conceptos de difícil manejo y que muchas veces no necesariamente tienen que primar a la hora del rendimiento de la calidad asistencial.

Desde la anterior legislatura 2004-2008, en concreto desde 2006, venimos insistiendo sobre la necesidad de que el Hospital de Melilla tenga este tipo de especialidad. Ya sabemos que no existe la endocrinología pediátrica, pero sí sabemos que existen posibilidades, teniendo voluntad política, de que exista fijamente en el Hospital de Melilla, habida cuenta de la población, habida cuenta de las circunstancias especiales de la ciudad, habida cuenta de la extrapeninsularidad de la misma, habida cuenta de la dificultad muchas veces de evacuación al hospital de referencia, teniendo en cuenta además, no me cabe la menor duda, el interés y la gestión de la Dirección Territorial del Ingesa en Melilla, habida cuenta también del acuerdo que hay, con independencia de optimizar los recursos y de racionalizar la gestión dentro de los hospitales, de dotar a las plantillas de un número

estudiado, con suficiente capacidad para evaluar qué plantillas son necesarias en determinados servicios, qué especialistas tienen que venir en función de la demanda, de la plétora o de la presión asistencial y, sobre todo, de la evacuación, sobre la que por fácil y por cómoda que sea, por bien dotada que esté, por buena que sea la atención, que nadie discute, la extrapeninsularidad es un factor en contra, sobre todo teniendo en cuenta la edad pediátrica de los que van a ser trasladados.

En el año 2006 ya le preguntaba sobre cuántas consultas había realizado el servicio de endocrinología del Hospital Materno-Infantil de Málaga derivados desde la Dirección Territorial del Ingesa en Melilla. El ministerio respondió que eran 126 consultas, pero en una respuesta posterior tengo que en 2006 fueron 185 consultas. Es igual que sean 126 que 185, no vamos a discutir sobre números, seguramente bailaron la fecha o tuvieron en cuenta otros parámetros para responder lo que respondieron en enero 2008, pero vamos a inclinarnos por la última, 185. Es un número considerable, señor secretario general. En 2006, 185; en 2007, 186; en 2008, 178; en el primer trimestre de 2009, 57 —son datos del ministerio, en el primer trimestre de 2009—, cifra también importante, referido todo ello exclusivamente a una patología endocrinológica como es la diabetes. No le voy a exponer ahora, por no ser pesado ni extenderme en el tiempo, qué tipo de diabetes es. Todas son de la misma diabetes; como no podía ser menos, diabetes tipo 1. En cualquier caso, son unas estadísticas bastante considerables, exclusivamente dedicadas, como insisto, señor secretario general, a una patología endocrina.

Nosotros hemos pedido reiteradamente la solución de este problema, siempre teniendo cuenta lo fundamental, que es mejorar la accesibilidad al sistema sanitario de estos pacientes y evitar el desplazamiento a la Península. Eso era lo que nosotros queríamos, y coincidimos con el ministerio. Ahí nos va a tener siempre el ministerio al Grupo Parlamentario Popular y a los parlamentarios de Melilla. Creo que este tema no consiste en poner banderillas ni en ver quién se pone la medalla para obtener un recurso que creemos fundamental para la población de Melilla. Precisamente porque coincidimos en la respuesta de mejorar la accesibilidad al sistema sanitario de los pacientes y evitar el desplazamiento a la Península, nos parece poco razonable —si se me permite la expresión—, o al menos corto de objetivos y poco ambicioso, el hecho de que de forma ocasional —quizá no es la palabra— o de forma periódica, con la periodicidad que se estime oportuna, vaya un especialista a Melilla a pasar determinadas consultas algunos días a la semana desde Málaga. Esto trae consigo —y en otras especialidades lo hemos visto, señor presidente, señor secretario general— que muchas veces no sea el mismo especialista quien vaya allí, y aun no siendo necesario ni suficiente el criterio de que determinados profesionales vayan de un mismo equipo o departamento —a todos les suponemos la misma capacitación, el mismo interés y el seguimiento—, es cierto que —no dejará el señor secre-

tario de reconocérmelo— sería mucho más coherente con una política sanitaria de optimización de los recursos y de racionalización de la propia gobernanza del hospital que, habida cuenta de que se va a abrir un nuevo hospital —la señora ministra va el lunes próximo, creo, a Melilla a poner la primera piedra— y de que se vaya a llamar hospital universitario, se racionalizaran las plantillas, porque hay tiempo suficiente. Las plantillas no tienen por qué ser algo necesariamente estático ni tenemos por qué ser supersticiosos en la evaluación específica del número que de los primeros estudios se vaya a dotar al hospital. Los que tenemos alguna experiencia en gestión de hospitales sabemos, señor secretario general, que las plantillas son susceptibles también, no de una manera aleatoria ni provisional ni de improvisación ni de impulso, de un estudio razonable, y lo que hay que rectificar se rectifica y no pasa absolutamente nada; al contrario, se optimiza, como decía antes, la gestión.

Este es principalmente el meollo de la cuestión expuesto en cinco preguntas que, como ve el señor secretario general, tienen su correlación y su lógica, principalmente porque habíamos formulado también una petición de información al Ministerio de Sanidad y Política Social precisamente para que ahondara no solamente en las respuestas que el señor secretario general pueda darme hoy, sino también en las previsiones que la señora ministra pueda anunciar en Melilla o usted mismo en sucesivas comparecencias en esta Cámara que piensa adoptar el Gobierno para, insisto, la dotación de un especialista en endocrinología especializado en asistencia pediátrica. Hay otras carencias hospitalarias de especialidades que han surgido estos días en la ciudad, aunque no es cuestión de plantearlas en este momento, pero que responden al hecho de la extrapeninsularidad de la ciudad y a la oportunidad que tiene el ministerio —y fíjese que se lo digo con toda la claridad, pero sobre todo con el ánimo de ayudar en lo que el Gobierno quiera dejarse ayudar por los parlamentarios de Melilla—, ahora que se va a crear el nuevo hospital, de disponer que haya de forma fija en Melilla un especialista experto en esta patología, que, como ve el señor secretario general, no es ociosa ni banal. Solamente hemos cogido una parte de la patología endocrinológica y creemos que sería una buena noticia que hubiera algún tipo de compromiso por parte del ministerio para resolver un problema sobre el que todo el mundo estamos de acuerdo. El problema —quizás administrativo o burocrático-administrativo— aquí no es el hecho de que lo mejor es enemigo de lo bueno, como muchas veces sucede en la gestión sanitaria. Ya lo sabemos, señor secretario general, señor presidente, pero en este caso lo mejor es lo mejor, y lo mejor no son políticas provisionales que al final se agostan por falta también de especialistas en el Hospital Materno-Infantil Carlos Haya, de Málaga, porque no existe tampoco ningún tipo de relación, ni siquiera una comisión de servicios, sino sencillamente una autorización, una gestión documental, como ha podido hacer la Dirección Territorial del Ingesa. Pero debemos avanzar,

ser más ambiciosos, y cuando digo debemos no es que pronuncie un plural mayestático, es que debemos los que estamos implicados en la gestión de la sanidad, cada uno viéndola desde una óptica distinta. Al final, creo que en este tema hay una concurrencia importante de criterios para que el Hospital de Melilla tenga esta dotación de plantilla que, sinceramente, es cuestión de vocación política de hacerlo, de estudio principalmente; no es un impulso, sino que hay que estudiarlo con serenidad y tranquilidad. Llevamos tiempo suficiente para que el ministerio haya tenido criterio para ver que la petición que se hace y que las preguntas que aquí se formulan no son caprichosas ni aleatorias ni carecen de fundamento. Al señor secretario general le reconocemos el interés que siempre ha tenido en los temas de salud derivados de Melilla, puesto que al fin y al cabo depende exclusivamente, con Ceuta, de la Dirección Territorial del Instituto de Gestión Sanitaria, en la que el señor secretario general tiene activa participación, y creo que sería una buena noticia para los melillenses el compromiso y el estudio por parte del ministerio de una realidad que ciertamente está ahí, en los papeles y en los estudios, y que el propio ministerio reconoce en las respuestas que sucesivamente ha ido dando a lo largo de estos años a las preguntas en las que he tenido la ocasión de trasladar a esta Cámara la preocupación de los ciudadanos melillenses.

Muchas gracias, señor secretario general por las respuestas que me pueda dar y por otras aportaciones que en el turno de réplica, si me permite el señor presidente, le pueda matizar.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor secretario general.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Martínez Olmos): Señor Gutiérrez, gracias por su interés, demostrado continuamente, por la mejora de los servicios sanitarios que el Ingesa tiene que prestar a los ciudadanos de Melilla. En sus intervenciones siempre encuentro planteamientos de crítica constructiva, lo cual me agrada, porque además compartimos la preocupación por ir mejorando en la medida de lo posible los servicios sanitarios y hacer posible que en la calidad asistencial no haya ninguna diferencia en ningún lugar del territorio español. Fruto de ello es que, como bien ha dicho, el próximo lunes podremos visitar la ciudad y realizar el acto institucional de inicio de la obra de un hospital demandado, necesario y que además nos abre enormes posibilidades, porque las ciudades que tienen la fortuna de tener nuevos hospitales, aunque lleguen más o menos tarde o sean fruto de aspiraciones reivindicadas de los ciudadanos, luego terminan teniendo las mejores instalaciones posibles, los mejores equipamientos, y ese es el compromiso que tenemos.

Es verdad que usted plantea una necesidad que se basa en datos. Es cierto que —usted lo apuntaba— las consultas realizadas a niños derivados desde la Dirección Territorial del Ingesa en Melilla al servicio de endocri-

nología del Hospital Materno-Infantil de Málaga son 185 en 2006, 186 en 2007, 178 en 2008 y van 57 en el primer trimestre de 2009, con lo cual probablemente terminemos en una cifra parecida. Es decir, hay una demanda, hay una necesidad, y estamos trabajando desde la Dirección Territorial del Ingesa en establecer con el Hospital Carlos Haya una consultoría en Melilla de un pediatra con formación y experiencia en endocrinología que provenga del Hospital Materno-Infantil del complejo hospitalario Carlos Haya, de Málaga. Hemos hecho un planteamiento que contiene un programa de actuación conjunto entre ambos hospitales, el de Melilla y el de Málaga, que se envió a la gerencia del Hospital de Málaga para que se revise y se apruebe conjuntamente entre Ingesa y el Servicio Andaluz de Salud, y en dicho planteamiento establecemos la creación de una unidad de atención integral a la diabetes melitus en pacientes pediátricos que estén bajo la supervisión de un pediatra del hospital de Málaga, con formación específica en endocrinología, que controle las diferentes actuaciones de dicha unidad, tanto las que tengan que ver con la asistencia sanitaria como las no menos importantes de prevención y promoción de la salud. Desde el año 2008 estamos realizando actividades que van buscando esta solución y una de las decisiones es que haya una unidad con un endocrino de esta naturaleza, con un pediatra local y con un enfermero o una enfermera local; y también se ha planteado cómo tienen que ser las respuestas que se den. Tiene que haber dos consultas, de médico y de enfermería, en la planta superior del centro de salud de la zona centro que en la actualidad ya están equipadas y preparadas para su uso. La localización y el equipamiento de esta unidad ha obedecido a los requerimientos del facultativo especialista del Hospital de Málaga que la va a supervisar cuando vaya a Melilla para cerrar esta operación. El equipamiento ha supuesto dotarla de mobiliario, equipamiento informático, con acceso a la intranet del área de salud correspondiente y, por tanto, a las pruebas complementarias, analíticas, de radiología y la historia clínica digital. La unidad también se dota en la consulta con un aparato para determinación de hemoglobina glicosilada capilar por un valor de 4.000 euros. Esta actuación pretende poder tener respuesta en la misma ciudad sin que se tengan que desplazar los niños. Pero es verdad que tenemos que ser más ambiciosos, y en ese sentido le puedo decir que nuestro planteamiento sería que a la mayor brevedad posible, pero con toda seguridad, en el nuevo Hospital de Melilla pudiéramos tener respuesta a esta demanda de la sociedad de Melilla, que creemos que está bien justificada.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Gutiérrez Molina.

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA**: Muchas gracias, señor secretario general, porque ciertamente en relación con todas las preguntas que tengo —me he traído un manojillo—, creo que ha habido —quizá porque también

el tempo político y de gestión es distinto— una respuesta más concreta que en otras ocasiones, y no me refiero a usted no, sino a los organismos del ministerio encargados de responder por escrito a las preguntas que hacía. Ciertamente, me ha gustado que dijera que hay que ser más ambicioso y que coincida conmigo en este problema. Con independencia de la unidad integral de asistencia al diabético en Melilla, podía recogerse también algo que pedimos hace ya varios años en una proposición no de ley aprobada por unanimidad en esta Comisión, como es una unidad específica de podología del pie diabético, y creo que, aunque ya está funcionando, sería interesante potenciarla y que no desaparezca en el magma del nuevo Hospital Universitario de Melilla. En este momento se va a crear la unidad integral en Melilla, puesto que hasta el momento no existía como tal sino que estaba en fase de equipamiento, de dotación de facultativos y de personal sanitario y de coordinación con el facultativo especialista del hospital materno-infantil, y le digo, señor secretario general, que esta no debe ser una coordinación *in partibus infidelium* sino específica y sentida. Me ha dicho que la gerencia de ambos hospitales está estudiando el protocolo de actuación. Sería interesante que se terminara cuanto antes, porque con una consultoría específica durante varios días a la semana, con independencia de lo que hicieran —que lo hacen bien— los facultativos especializados en Melilla, podríamos tener cubierta parte de la demanda de la sociedad melillense. Además, como bien ha dicho el señor secretario general, esto no es una meta sino que es un punto de partida para la consecución de la racionalización de esta especialidad —ya sé que lo denomino mal, pero que lo entrecomille el señor secretario general y comprenda el contexto en el que lo digo— para tenerlo de forma fehaciente y definitiva en la ciudad de Melilla.

Para terminar, señor presidente, quiero decir que creo que es bueno que la señora ministra vaya a Melilla, puesto que la visita de un ministro es siempre bien acogida, sobre todo en materia sanitaria, pero ruego —ya que está usted aquí y tuvimos ocasión de debatirlo— que no se olvide —quizá por parte de organismos subalternos— de los parlamentarios de Melilla para que podamos escuchar lo que diga la ministra. Repito que seguramente no por error del ministerio sino de otros organismos subalternos, que a lo mejor miran las cosas desde otro punto de vista, no queremos que se olviden de invitarnos al acto institucional, que, como usted ha dicho, es eso, institucional. Qué menos que los parlamentarios de Melilla, aunque tengamos otro color político, estemos allí para enterarnos de las declaraciones que seguramente hará la señora ministra, no solo sobre el hospital universitario sino también sobre otros temas, por ejemplo —permítame que abuse de esta especie de turno final—, cuestiones que le pueden preguntar los grupos no como trampa sino como ayuda, porque una de las cosas que nos preocupa es lo que va a pasar con el hospital actual cuando el otro se construya. No tengo noticias de ningún planteamiento sobre el mismo, y sería

interesante conocer la respuesta a esa pregunta. Ya sé que en política cuatro años son muchos y una semana una eternidad, pero sería bueno que se contestara a esto, sobre todo con el reciente debate, que no es entrar en polémica, por la falta de especialistas; por ejemplo, el servicio de oncología del hospital está ahora en sede vacante, y perdón por la derivación eclesiástica que pueda tener, pero conociéndome el señor secretario general no debe extrañarse; está sede vacante (**Risas.**) Debería darse una respuesta eficaz, porque también es otra demanda importante de la ciudadanía. También deberían revisarse —ya sé que no es el término adecuado— los contratos de facultativos que se hacen en países de origen para que respondan con la Comisión Nacional de Especialidades al rigor que cualquier especialista tiene que tener en un centro hospitalario, sobre todo cuando se denomina —porque ya está el nombre puesto— Hospital Universitario de Melilla, por lo que suponemos que tendrá docencia alguna de las áreas que ya conocemos —y no es cuestión de incidir en ello—, lo que significaría una subida en el listón de la calidad asistencial.

Con estos ruegos, con estas preguntas y con el deseo de encontrarnos en Melilla el próximo lunes termino mi actuación agradeciendo al señor presidente su benevolencia y al secretario general lo que me pueda contestar en este turno de réplica.

El señor **PRESIDENTE**: Cierra este turno el señor secretario general.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Martínez Olmos): Intervengo brevemente para ratificar la voluntad, que comparto con usted, de que los servicios sanitarios de Melilla sean de la mejor calidad posible y el objetivo de hacer que todas las especialidades necesarias puedan estar allí, en función de las necesidades de la población de Melilla, pero teniendo especial consideración con la circunstancia geográfica de la ciudad. Efectivamente, recibirá usted la invitación formal, aunque no le voy a decir que se dé por invitado, que también. Vamos a hacer una visita institucional y la ministra tiene especial interés en que acontecimientos de esta naturaleza, que son importantes para la historia de una ciudad, puedan ser compartidos institucionalmente, porque hoy nosotros en el Gobierno y ustedes en la oposición, y en otros momentos podrá ser diferente, es verdad que compartimos el objetivo común de mejorar la asistencia sanitaria y el hecho de iniciar las obras o la inauguración de un hospital, como sucedió recientemente en Ceuta, es un acontecimiento importante que queremos compartir. Efectivamente, usted nos da pistas de preguntas que vamos a tener que contestar. Agradezco su colaboración, pero también le tengo que decir que estamos trabajando en ello y evidentemente tendrá cumplida respuesta una vez que sean formuladas.

**DEL DIPUTADO DON SANTIAGO CERVERA SOTO, DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO, SOBRE:**

- **MOTIVOS POR LOS QUE EL MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL NO HA FACILITADO AL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR LA DOCUMENTACIÓN TÉCNICA SOLICITADA QUE AVALABA LA DECISIÓN DE PERMITIR LA DISPENSACIÓN DE LA PÍLDORA POSTCOITAL SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA. (Número de expediente 181/002057.)**
- **RAZONES QUE LLEVARON AL GOBIERNO A AUTORIZAR LA PÍLDORA POSTCOITAL COMO «MEDICAMENTO ÉTICO». (Número de expediente 181/002058.)**
- **MOTIVOS POR LOS QUE SE LE HA DADO A LA PÍLDORA POSTCOITAL UN ESTATUS ESPECIAL DENTRO DEL CATÁLOGO DE MEDICAMENTOS. (Número de expediente 181/002075.)**
- **VALORACIÓN DE LAS CIRCUNSTANCIAS EN LAS QUE SE ESTÁ DISPENSANDO EN FARMACIA LA PÍLDORA POSTCOITAL SIN RECETA MÉDICA. (Número de expediente 181/002076.)**

El señor **PRESIDENTE**: A continuación, pasamos a la batería de preguntas de don Santiago Cervera Soto, en relación con la píldora postcoital. Tiene la palabra. **(La señora vicepresidenta, Aburto Baselga, ocupa la Presidencia.)**

El señor **CERVERA SOTO**: Muchas gracias, señor Martínez Olmos, secretario general del ministerio, por su presencia en esta Comisión para contestar estas preguntas.

Señor Martínez Olmos, como usted sabe, en esta Comisión los distintos grupos parlamentarios mantenemos nuestras posiciones políticas y, en mayor o menor medida, lo hacemos tomando como base los criterios que se deducen de los análisis técnicos de los propios asuntos. Creo que comparte con nosotros que la gestión sanitaria y la política sanitaria requieren por parte de todos que prestemos a las cosas el cuidado que exige el análisis técnico de las decisiones. Lo hacemos nosotros en nuestra actividad política y, por tanto, se lo exigimos de forma continuada al Gobierno. En este mismo sentido, usted se está expresando de manera recurrente a cuenta de la gripe A remitiéndose a las opiniones y los criterios de los expertos. Así debe hacerlo y así se lo agradecemos que lo haga. Pero en este asunto, el de la píldora postcoital, que a nuestro entender no es un tema menor, las cosas no parece que se hayan hecho guiadas por otro

criterio que no sea el de la ligereza y la trivialidad política.

Debemos recordar cómo se anunció la noticia de la dispensación sin receta de la píldora del día después. Se hizo pocas horas antes de que en esta misma casa tuviera lugar el debate sobre el estado de la Nación, algo que, sin duda, la mayor parte de los presentes interpretamos que era un intento de marcar la pauta informativa y de opinión pública de esa semana concreta en términos que, lógicamente, beneficiaran al propio Gobierno. Fueron protagonistas de este asunto al unísono la ministra de Sanidad y la ministra de Igualdad. Pues bien, para verificar que no estábamos ante una malsana ocurrencia nos pareció adecuado solicitar en aquel mismo momento los informes que obraran en el ministerio y que dieran la pauta y justificaran esa decisión. Concretamente, este grupo parlamentario solicitó, de acuerdo con lo que está legalmente establecido, los informes en los que se había sustentado esa decisión y, en concreto, el correspondiente a la Agencia Española del Medicamento a los servicios de salud pública que justificaran que, efectivamente, se intentaba atajar un problema de salud pública, tal y como se presentó la decisión, y los de la Abogacía del Estado, en la medida en que esa decisión pudiera ser compatible o no con el actual marco legislativo y concretamente con la Ley del Medicamento. Esos informes se solicitaron de acuerdo con lo reglamentado, de acuerdo con las capacidades legales que nos asisten a los diputados, pero esos informes nunca se remitieron a este Parlamento, como, reitero, resulta obligado por ley. ¿A qué se debe que esto no haya ocurrido? ¿Realmente existían esos informes? Si es así, ¿por qué no se han mandado como corresponde dentro del trámite legal al que nos quisimos acoger?

Al mismo tiempo, señor Martínez Olmos, señorías, se pretende que en este trámite de respuesta del secretario general se informe a la Comisión del resto de preguntas que figuran en el orden del día sobre esta misma materia y, específicamente, a dos que se refieren a las circunstancias actuales de dispensación de la llamada píldora del día después. Por una parte, específicamente sobre la categoría legal a la que se ha recurrido por parte del ministerio para tomar la decisión de su dispensación sin receta y, concretamente, si es cierto, como se ha publicado, que se ha acogido a una definición de llamémosle medicamento ético fuera de los rangos ortodoxos donde se inscriben este tipo de decisiones, y por otra parte, señor Martínez Olmos, sobre el plano de responsabilidad en el que han puesto a los profesionales farmacéuticos de nuestro país, a los que encomiendan o —diría yo— casi obligan a dispensar este compuesto.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Tiene la palabra el señor secretario general.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Martínez Olmos): Señor Cervera, creo que estamos abordando una cuestión que tiene importancia social y

sanitaria, porque cuando el Gobierno plantea tomar la decisión de que la píldora anticonceptiva de emergencia, conocida como píldora del día después, pueda estar a disposición de las ciudadanas españolas sin el requisito de una receta médica, lo hace sobre dos bases fundamentales. La primera es la constatación de un objetivo que necesariamente tenemos que cubrir, que es evitar la aparición de embarazos no deseados en la población y en particular en la población más joven. La segunda es asegurar que esta accesibilidad, necesaria para ese objetivo, se haga con todas las garantías de seguridad que la utilización de un medicamento requiere. En ese sentido, hay que tener en cuenta que es una decisión tomada en otros lugares de la Unión Europea y, por tanto, existen, cuando nos planteamos esa decisión, fundamentos de seguridad en la utilización del medicamento. Cuando su grupo planteó la solicitud de esa documentación que ha comentado, parte de ella innecesaria para la toma de decisión, entiéndase el supuesto informe de la Abogacía del Estado, que no es necesario para esta toma de decisión, por lo que no está solicitado, o el informe de salud pública para este planteamiento como informe escrito era el momento en que se estaba iniciando el proceso. La agencia inició en mayo de 2009 el procedimiento para el cambio de estatus de la píldora del día siguiente a medicamento sin receta. Eso incluye la elaboración del correspondiente informe de evaluación y la revisión de los prospectos de los medicamentos para que finalmente pudiera ser así. Estoy contando cuál es el procedimiento para explicar por qué no hay retraso en la entrega de esta documentación, porque cuando usted la solicita la única documentación que puede existir es la de la agencia necesaria para la toma de decisiones, y cuando se toman decisiones es efectiva y entonces puede pasar esa documentación a su poder, lo que vamos a hacer a partir del día de hoy. En julio de 2009 se informa del cambio previsto al Comité de evaluación de medicamentos de uso humano de la Agencia Española del Medicamento, concretamente al subcomité de medicamentos sin receta, del que forman parte varios expertos en terapéutica, así como un representante del Consejo General del Colegio de Farmacéuticos, un representante de la patronal de medicamentos publicitarios y un representante de las organizaciones de consumidores y usuarios, y se transmite a las compañías el dictamen favorable al cambio de las condiciones de dispensación. Ya en septiembre de 2009 se autorizan los nuevos prospectos y los nuevos cartonajes para los dos medicamentos autorizados en España. Para uno de ellos, Postinor, sometido a un procedimiento europeo de autorización, la revisión de las condiciones de dispensación en España coincidió con un procedimiento de actualización en toda la Unión Europea del prospecto, proceso que finalizó el 25 de septiembre. Finalmente, las decisiones de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios en este aspecto devienen firmes transcurrido un mes desde su notificación. Es en ese momento cuando podemos poner a su disposición la documentación de la decisión de la

Agencia del Medicamento, que se la vamos a hacer llegar en el día de hoy.

Usted plantea una pregunta en relación a si podría explicar qué razones llevaron al Gobierno a autorizar la píldora postcoital como medicamento ético. La terminología de medicamento ético a la que se refiere la pregunta es una denominación ajena a los procedimientos de autorización, aunque parece que es una manera utilizada por algunos para referirse a los medicamentos con receta. En marzo de 2001 la Agencia Española del Medicamento autorizó en España la comercialización de dos medicamentos que contienen levonorgestrel y están indicados para la anticoncepción de urgencia. Estos medicamentos fueron Postinor y Norlevo. El primero de ellos fue evaluado y autorizado por un procedimiento europeo de reconocimiento mutuo entre las agencias europeas del medicamento, y el segundo de ellos, previamente autorizado en la mayoría de países de la Unión Europea, se autorizó en España en un procedimiento exclusivamente nacional. En septiembre de 2009 la Agencia Española del Medicamento ha modificado la autorización de comercialización para cambiar su estatus a medicamento que no requiere prescripción médica, en línea con el estatus que el medicamento tiene en otros países europeos dependiendo de los informes y evaluaciones realizados por la propia Agencia Española del Medicamento. Desde su autorización original hasta la última modificación que acabo de señalarles, la Agencia europea ha autorizado otras modificaciones de las condiciones originales de la autorización de comercialización. Una de las más relevantes fue el cambio en la posología, que pasó a consistir en la administración de los dos comprimidos de 750 microgramos en una sola toma, en lugar de en un intervalo de doce horas, tal y como estaba inicialmente previsto. Tras esta modificación, las compañías desarrollaron un comprimido con una dosis de 1.500 microgramos que fue autorizado en España en 2006. Por lo tanto, el medicamento no está sometido a ningún estatus especial. Las condiciones de autorización que le he explicado pueden consultarse en el centro de información online de medicamentos autorizados por la agencia, que está públicamente accesible en la página web. Y en ese sentido, al no estar sujeto a prescripción médica el medicamento, se toma esa decisión por un procedimiento en el que cambia la situación, procedimiento que está previsto en la regulación europea y española, concretamente es un subtipo de las llamadas variaciones de tipo 2; un procedimiento habitual que han pasado en los últimos años otros medicamentos, como por ejemplo los antihistamínicos para la rinitis alérgica.

Quiero decirle que en esta línea la decisión adoptada por el Gobierno, que, como decía, pretende asegurar la accesibilidad a este medicamento para la prevención de embarazos no deseados como una anticoncepción de emergencia, una anticoncepción que debe tomarse de manera muy especial en determinadas circunstancias que están bien tasadas, la ponemos además a disposición de

las personas que la necesitan a través de las oficinas de farmacia, también con la elaboración de un protocolo que el Consejo General de Colegios Farmacéuticos establece para ayudar en la toma de decisiones a los profesionales de la farmacia. Hay que decir que este es un medicamento sobre el que con los datos disponibles no hay evidencias de que produzca efectos adversos por su utilización, incluso por su utilización no adecuada, en el sentido de ser exclusivamente una medicación de emergencia en una determinada situación. A pesar de eso, pero también con la idea de promover una educación sanitaria en la población posible usuaria de este medicamento, se elaboraron unos documentos informativos que se entregan en las oficinas de farmacia acordados con las organizaciones profesionales médicas de enfermería y farmacéuticos. En este documento, además de dar información sobre cuál es la forma adecuada de utilizar este medicamento y cuáles son sus indicaciones, también se da información sobre consejos para la planificación familiar de la maternidad y también consejos en relación con la prevención de infecciones de transmisión sexual. Todo eso se trabajó con anterioridad a la autorización definitiva, y por lo tanto la pretensión es asegurar una accesibilidad a un medicamento que es seguro y sobre el que los profesionales farmacéuticos tienen información suficiente para saber cuáles son las circunstancias en las que estaría contraindicado. Básicamente son dos: una, la existencia de una alergia al componente del medicamento y, dos, la existencia de historia previa de embarazos ectópicos. Son las dos únicas circunstancias que desaconsejan la utilización de este medicamento en cualquier persona. En el resto de situaciones los profesionales farmacéuticos no están desasistidos, tienen el respaldo legal de la Agencia Española de Medicamentos, que autoriza este medicamento para ser utilizado sin el requisito de la receta médica, y tienen en ese sentido todas las garantías para poder ejercer su práctica profesional, añadiendo a ello que el propio Consejo General de Colegios de Farmacéuticos elabora un protocolo de dispensación que ayuda a la toma de decisiones de los profesionales farmacéuticos de España.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Tiene la palabra el señor Cervera.

El señor **CERVERA SOTO**: Señor Martínez Olmos, me permitirá que le relate las razones por las que quedo insatisfecho con sus respuestas. Efectivamente, como usted decía, farmacológicamente este compuesto es una novedad relativa, no es tal novedad. Se trata de una dosis concentrada de un anticonceptivo común que provoca un choque hormonal que a su vez genera una menstruación e impide susceptiblemente la posible anidación de un óvulo fecundado. Por tanto, estamos ante un compuesto cuya acción en la fisiología de la mujer no es menor. De hecho, tras su administración y acción se puede tardar varios meses en recuperarse el ciclo ovula-

torio normal, y además, como está descrito en la propia ficha técnica del compuesto, puede provocar hemorragias y, al igual que otros anticonceptivos hormonales, está relacionado con el incremento de los riesgos en trastornos circulatorios. Tal es la cuestión que, como usted sabe, la Sociedad Española de Ginecología no solo no acepta que se pueda expender sin receta sino que además ha reclamado de forma insistente que su prescripción se haga por parte de un especialista. Hasta el momento todas las comunidades autónomas estaban facilitando este compuesto y también se estaba dispensando como tratamiento de urgencia en los hospitales y en los centros de salud con guardias de urgencia nocturna. De hecho, es habitual que este medicamento —como todos sabemos— se requiera durante los fines de semana, pero se seguía manteniendo —hasta que ustedes tomaron y anunciaron la decisión— que fuera prescrito por un médico como corresponde, efectivamente, a la responsabilidad profesional de un sanitario que asume las condiciones propias del paciente que en su caso puedan indicar la administración de este compuesto. Al mismo tiempo, ese profesional sanitario —como creo que se supone que se espera de él— también puede aportar a la paciente consejos de acuerdo con la demanda que le plantee en evitación de posibles nuevas necesidades de este compuesto.

Como todos ustedes saben, hay una serie de medicamentos que en nuestro país desde hace tiempo se dan sin receta, son las llamadas especialidades farmacéuticas publicitarias, que tienen como características comunes que se refieran a sintomatologías menores, que cuenten con una amplia experiencia clínica y que además resulten seguras dentro de unos parámetros comúnmente aceptados. Pues bien, señor Martínez Olmos, ninguna de estas tres circunstancias se dan en la píldora del día después. Por ejemplo, creo que es paradójico recordar —y creo que en la opinión pública este razonamiento ha tenido un sitio— que, por ejemplo, no se pueden dar sin receta en las farmacias españolas antiácidos, antibióticos de primera generación, antialérgicos, analgésicos comunes, diuréticos, pomadas antifúngicas, jarabes para la tos o preparados otológicos. Esta cuestión, como todos ustedes saben y se percatan, tiene también una relación intrínseca con las políticas de educación sexual y reproductiva que queramos para nuestro país. En nuestra opinión, el uso generalizado de la píldora del día después es contrapreventivo, hace que se recurra a ella como método sistemático anticonceptivo, lo cual hace, de una parte, que se genere más daño fisiológico a la mujer que con cualquier otra técnica que afecte a la salud reproductiva, y en ese sentido es como se ha calificado a este compuesto de sobredosis hormonal, pero, además de esto, de otra parte, al habituarse su uso se eluden otros métodos contraceptivos de barrera, concretamente el preservativo, que además, como es conocido, previene también las enfermedades de transmisión sexual. De hecho, cuando hace años la Junta de Andalucía puso en marcha un programa para darla de forma gratuita los

fin de semana en los centros de planificación familiar sin mayor requerimiento, se llegó a detectar que esta píldora del día después llegaba incluso a ser trapeada en las discotecas, puesto que se accedía a ella sin restricciones —lo cual recuerdo que en aquel momento fue incluso objeto de un reportaje periodístico que todos pudimos leer—. En otros países esta píldora también se comercializa, como todos conocemos, en más de cien países está autorizada. De esos más de cien países, aproximadamente en treinta y tres, no hace falta que se presente una receta médica para poder acceder a ella, pero la razón que se aduce para que esto sea así en esos países es que su efectividad —como conocemos desde el punto de vista farmacológico— decae a partir de las veinticuatro horas de la relación sexual, por lo que se pretende eliminando la receta en esos países es eliminar un trámite restrictivo para el acceso cuando sea necesario. Como anécdota podemos decir que en otros países tampoco se exige receta para el Ipecap, que es una sustancia que se usa para prevenir el envenenamiento en niños a través de la provocación de un vómito. De esos más de treinta países en los que no se requiere receta para acceder a este compuesto, hay algunos —la mayor parte de ellos— que pertenecen al continente africano, pero también es cierto que este criterio rige para países de nuestro entorno, concretamente en Europa hay varios países, Francia, Dinamarca, Finlandia o Reino Unido, donde esto es así, y también ocurre así en algunos estados de Estados Unidos. Pero tenemos que saber interpretar este hecho. En la mayoría de estos países lo que ocurre es que no hay un acceso a recursos médicos, como hospitales o centros de salud de guardia, como sí existe en España. Es decir, se confían la dispensación y la prescripción a la par al farmacéutico precisamente porque los ciudadanos no tienen la capacidad que se supone sí tenemos en España de acceder a una puerta de urgencia de un hospital o a un punto de atención continuada en un centro de salud. Usted en su respuesta anterior decía que precisamente una de las características de nuestro sistema sanitario era textualmente la amplia accesibilidad. Precisamente esa amplia accesibilidad nos genera una diferencia de otros países, como Francia o Estados Unidos, por ejemplo, donde tomaron esa medida por las razones que expuse; medida que no parece muy correspondiente con la realidad sanitaria de nuestro país, donde no es difícil encontrar un médico de guardia durante el fin de semana que se pueda hacer cargo de la prescripción. Por tanto, ustedes han adoptado una medida propia de un país distinto al nuestro, en el que el acceso a los servicios de salud en situaciones de emergencia se supone que en nuestro caso es precisamente un logro de nuestros dispositivos sanitarios. Señor Martínez Olmos, difiero también de algo que usted ha dicho. Hay estudios empíricos —efectivamente, controvertidos como todos pueden serlo— que demuestran que no disminuyen los embarazos no deseados en estos países donde no se exige receta para acceder a este compuesto.

Quisiera terminar haciendo un planteamiento que, lógicamente, es más estrictamente político. En España creo que tenemos que distinguir sobre este tema dos cuestiones fundamentales: una es la gratuidad del acceso a este compuesto, que, como digo, es habitual en la mayoría de los servicios autonómicos de salud e incluso está presente en las acciones de salud pública que llevan a cabo algunos ayuntamientos, y otra muy distinta es que precisamente se elimine la restricción de tener que mediar a través de una dispensación por receta. Que yo recuerde, el Partido Socialista, hasta el momento en el que las ministras anuncian esta medida, había hecho bandera de la gratuidad y, además, ningún servicio autonómico de salud había planteado que se eliminara el requisito de la receta. No se cumple, en nuestra opinión, lo establecido con carácter general sobre el uso y dispensación de los medicamentos en este caso. Por tanto, seguimos insatisfechos por la respuesta que usted ha dado respecto de cómo se justifica esta grave excepción.

La medida anunciada, por las ministras conduce indefectiblemente a la generalización del uso de la píldora del día después, y no hay ningún medicamento que no tenga efectos secundarios. En este caso, además, esos efectos secundarios, a nuestro modo de ver, son relevantes para la propia salud de la mujer. Es preciso reconocer también que las autoridades deben reducir los riesgos de la salud de las personas y no aumentarlos. Para nosotros esta es una medida totalmente anómala, si se toma en consideración la ley que rige para todos los medicamentos. Y me parece añadidamente anómala cuando usted mismo reconoce que el ministerio no hizo un análisis jurídico del caso, puesto que la Abogacía del Estado no emitió un informe sobre si la medida anunciada por las dos ministras era o no compatible con la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos, que marca las condiciones que cualquier producto tiene que tener para que se dé sin receta, entre otras, que no tenga efectos secundarios de consideración. No consta, por tanto, señor Martínez Olmos, de acuerdo con su respuesta, que se haya seguido la pauta habitual que tiene que seguir el ministerio para adoptar la decisión.

Permítanme decirles que en mi humilde modo de ver las cosas, la progresía de este país en un momento determinado hizo del preservativo un icono de su supuesto amplitud de miras. Hoy ese tótem efectivamente ha desaparecido y se quiere sustituir por otro. Se quiere sustituir por la píldora del día después. Lo que ocurre es que en este caso, a diferencia del preservativo, su generalización puede ser potencialmente dañina y en nuestra opinión absolutamente contrapreventiva en términos de educación sexual y salud reproductiva. De nuevo, con la decisión que han tomado, se admite la posibilidad de que este compuesto se utilice en edad pediátrica, puesto que se permite su expedición sin restricciones de edad. Cabría, por tanto, señor Martínez Olmos, preguntarse cuál es el modelo de educación sexual que defiende el Gobierno y tengo la gran oportunidad de podérselo pre-

guntar a usted, puesto que ha tenido responsabilidades en el ministerio con los tres ministros que hemos tenido bajo gobiernos de Zapatero. Me pregunto, si el modelo de educación sexual es el del señor Soria, que por lo único que va a ser recordado como ministro es por aquel anuncio de ese rap, donde hablaba de la promoción del uso del preservativo. Recordemos la estrofa: «O con condón, o yo pongo spto.». O el modelo, en cambio, es este de ahora, de la píldora del día después, donde parece que el eslogan lo que quiere trasladar a las mujeres españolas es que no hace falta que controles, con una pastilla se arregla un embarazo no deseado.

Creemos que se ha minusvalorado el papel de los farmacéuticos en esta cuestión. Hay que señalar que de nuevo se ha actuado en contra de la participación que deben tener estos profesionales en una decisión que les concierne en muchos aspectos, no solamente los meramente farmacológicos, sino también otros relativos a la ética de su propio desempeño profesional, a la objeción de conciencia que nos parecen enormemente respetables. Les han endosado a los farmacéuticos una responsabilidad, creemos que de manera autoritaria, carente de diálogo y, además, se les ha negado la posibilidad de que objeten en conciencia a través de la adopción de una medida que les considera como meros distribuidores de una actitud política. Por último, tampoco es lo de menos el triste papel del Ministerio de Igualdad en esta cuestión. Cómo puede el Ministerio de Igualdad promover esta medida, cuando supone, de forma radical, un absoluto desequilibrio entre las responsabilidades atribuidas al hombre y a la mujer en el momento de enfrentarse a un embarazo no deseado y también en el rol preventivo que ambos deben asumir.

Por tanto, y finalizo, creemos que han actuado de espaldas a demasiadas cosas: al sentido común sanitario; a nuestra propia realidad normativa; a la obligación que tienen de promover la seguridad y responsabilidad en el uso de los medicamentos; a los dictámenes técnicos imprescindibles para dar soporte a las decisiones técnicas; a los propios profesionales; a las políticas sanitarias que aumentan la información y la responsabilidad de los jóvenes en la evitación de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual y, por último, a lo que debiera ser el funcionamiento de un ministerio de Sanidad acorde con sus importantes funciones.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Señor secretario general.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Martínez Olmos): Señor Cervera, en su exposición, tan interesante políticamente hablando, no he escuchado ni un solo argumento de los problemas de seguridad de este medicamento, porque no existen. Es importante decirlo. La decisión que ha tomado la Agencia Española de Medicamentos, precisamente por la amplia evidencia de utilización en los países que tiene autorizado este medicamento, con y sin receta y también donde sin receta se puede acceder a él, no ha demostrado que su utilización

genere problemas para la salud de las personas que lo utilizan, derivados de efectos adversos. Esto es muy importante a la hora de tomar la decisión porque lo primero es la seguridad. Es una decisión que está avalada por apreciaciones de carácter técnico. No hay evidencias publicadas de problemas de salud por un uso inadecuado de este producto, ni siquiera por el uso adecuado, más allá de las dos contraindicaciones que antes comenté, para las cuales los profesionales farmacéuticos están capacitados a la hora de decidir, si no se dan las circunstancias desde el punto de vista clínico, y para eso ese protocolo elaborado por el consejo del Colegio de Farmacéuticos aborda esa decisión. Podríamos tener una discrepancia técnica. Yo no la veo sinceramente porque no he escuchado que haga aportaciones. Ni usted, ni las personas que han estado en los comités técnicos han hecho aportaciones en ese sentido para valorar los riesgos sobre la seguridad. No existen riesgos para la seguridad de las personas que utilicen este medicamento. A partir de aquí, el debate es político. Nuestro modelo de educación sexual y reproductiva está en la ley a la que ustedes están diciendo que no. Porque hay un modelo que pretende introducir, desde el inicio, un trabajo preventivo, educativo para la salud sexual en el sentido amplio, y en lo que tiene que ver en la parte concreta de prevención de embarazo no deseado, la articulación de un conjunto de medidas que es donde hay que entender esta decisión del Gobierno. Si la analizamos de manera aislada, no ya por la cuestión técnica, que acabo de explicarle mi exposición, sino por la posición política, lo que hace es distorsionar la realidad. Este Gobierno está tomando medidas de prevención de embarazos no deseados a lo largo de toda nuestra trayectoria. S.S. ponía como ejemplo la iniciativa del ministro Soria sobre los condones —y puede hacer mucha gracia el anuncio que, por cierto, a mí me gustaba, pero no es ese el trasfondo—, con la que se consiguió que los preservativos fueran más económicos, más accesibles en España. Esa es una medida. Le puedo contar otras de prevención de infecciones de transmisión social, de trabajo en la prevención del sida; es decir, todas aquellas cuestiones que tienen que ver con prevención en materia de salud sexual y que ahora concretamos en una iniciativa legal. Yo comprendo que tengan discrepancias con la interrupción voluntaria del embarazo, lo que no comprendo es que las tengan en la prevención. Y tendremos que ver en el debate parlamentario si ustedes, en la parte que tiene que ver con educación sexual y reproductiva, están aquí o en otro sitio. Nuestro modelo está puesto en esa ley. Es entrar en el ámbito familiar, escolar, con planteamientos preventivos, educativos que es lo que le ha faltado a este país durante muchos años y, como consecuencia de eso, se derivan interrupciones voluntarias del embarazo o problemas de salud sexual como las infecciones. Por tanto, se puede analizar la medida de manera aislada, y merece la pena hacerlo porque usted hace una serie de preguntas, pero no es la única medida, ni forma parte exclusivamente del modelo que tiene el Gobierno para la prevención de embarazos no deseados. De verdad, sería equivocado

hacerlo. Probablemente lo que sucede es que ustedes no están de acuerdo con el modelo. Yo puedo entender las visiones diferentes cuando hay discrepancias técnicas; puede haberlas pero yo no las he escuchado. Lo que digo es que es una decisión oficialmente tomada con todos los requerimientos, y sobre la base de que no hay publicadas reacciones adversas por el uso inadecuado de la píldora del día después.

El modelo es el de hacer accesible, porque no lo es, un instrumento de prevención de embarazos no deseados que ponemos a disposición de las ciudadanas diciéndole a los profesionales y consensuando con ellos que, además de la dispensación, hay que aprovechar la ocasión —lo mismo que sucede en las consultas que todavía se siguen produciendo en algunos centros de salud, que no en todos— para la prevención y educación sanitaria que no es exclusiva del médico, como usted bien sabe. La pueden hacer perfectamente un farmacéutico, una enfermera y un médico. Eso es lo que hemos acordado en la documentación que se entrega a las mujeres que van a pedir esta píldora, cuando hablamos de prevención de infecciones de transmisión sexual, o de otras formas tan eficaces como esta de prevención de embarazos no deseados. Es una información de educación sanitaria y de promoción de la salud.

Me parece importante señalar que en mi percepción lo que nos diferencia es la concepción de estrategias de salud sexuales y reproductivas. Esperaré a ver las aportaciones que hacen ustedes a esa parte del proyecto de ley para ver dónde están las diferencias, porque probablemente haya diferencia en ese enfoque. No es un tema fácil, pues desde el punto de vista social podemos tener concepciones diferentes de cuándo es el momento para enseñar, para educar, para hacer accesible a las personas los distintos métodos anticonceptivos, la anticoncepción hormonal, la píldora del día después, el preservativo. Eso, probablemente, nos diferencia si tiene que ser a los 10 años, a los 12, a los 14 o a los 28. Ahí, posiblemente, tendremos discrepancias sobre cómo hacerlo. Lo importante es que el país tenga una estrategia de salud sexual y reproductiva global, completa, desde el punto de vista integral, que incorpore también la enseñanza en el ámbito escolar. A partir de ahí, las diferentes opciones deben estar accesibles. Esta es una medida que pretendía que fuese accesible una medida de control de la maternidad, con todas las garantías de seguridad, porque, como decía, no es verdad que todos los servicios de salud tengan esta medida a disposición de los ciudadanos y ciudadanas. Hay comunidades donde no se ha hecho; en el uso de sus competencias, no la han establecido y había desigualdades de acceso que se pretenden corregir con esta medida.

Sinceramente, mi opinión es que ustedes están en desacuerdo con este tipo de decisiones y no es solamente una cuestión de que haya o no un médico tomando la decisión. Mi impresión es esa. Si no es así, lo pueden argumentar y la ciudadanía tomará en cuenta o no sus criterios. Una de las medidas más importantes que se pueden adoptar para la prevención del embarazo es la

que hemos tomado y estoy seguro de que va a dar resultado, porque, cuando analizamos la cifra de venta, se ve que se incrementa, aunque empieza a haber ya una estabilización, porque había una demanda insatisfecha, precisamente porque no había accesibilidad. El tiempo dirá si, efectivamente, la medida que incrementa el consumo de este producto genera problemas de salud. Verán ustedes cómo no es así, pues los datos técnicos analizados no prueban que haya reacciones adversas por la utilización de esta píldora.

— **DE LA DIPUTADA DOÑA MARÍA CONCEPCIÓ TARRUELLA TOMÀS, DEL GRUPO PARLAMENTARIO CATALÁN (CONVERGÈNCIA I UNIÓ), SOBRE MÉDICOS ESPECIALISTAS Y FARMACEÚTICOS ESPECIALISTAS EN FARMACIA HOSPITALARIA SIN TÍTULO OFICIAL EXISTENTES EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (PROCEDENTE DE LA PREGUNTA AL GOBIERNO CON RESPUESTA ESCRITA NÚMERO DE EXPEDIENTE 184/061027). (Número de expediente 181/002147.)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Es ahora el turno de la pregunta de la señora Tarruella.

La señora **TARRUELLA TOMÀS**: Señor secretario general, no voy a volver a explicar una vez más en esta Comisión —todo el mundo conoce la historia— el origen de los médicos especialistas sin titulación oficial reconocida, los conocidos mestos. Desde el año 1980, en que empezó a regularse, esto va coleando, en unas legislaturas más que en otras y siempre sale en esta Comisión la regulación de estos médicos especialistas. Ahora hace un año esta Comisión aprobó por unanimidad una proposición no de ley de mi grupo parlamentario con unas transaccionales del Grupo Socialista para que se hiciera un estudio para, junto con las comunidades autónomas que también tienen competencias, ver el número de médicos especialistas que hay y los motivos por los que dichos médicos no tienen titulación oficial reconocida después de las dos convocatorias de los años noventa. El compromiso y el mandato de este Congreso era hacer ese estudio en seis meses, presentarlo aquí y, en vistas del mismo, escuchar las propuestas del ministerio para solucionar este problema. Transcurrido este tiempo, a pesar de que hemos reclamado con una pregunta escrita las explicaciones, la presentación de este estudio nos lleva hoy a formularle en esta Comisión esta pregunta de forma oral para saber qué se ha hecho de ese mandato de esta Comisión.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Señor secretario general.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Martínez Olmos): Señora Tarruella, el Ministerio de Sanidad y Política Social, con la finalidad de dar cumpli-

miento a la proposición no de ley del Grupo Parlamentario Catalán, con número de expediente 161/000557, dirigió con fecha 19 de febrero y reiteró el 8 de mayo de 2009 la solicitud de remisión de datos a las administraciones sanitarias autonómicas, trasladándole para ello el texto de dicha proposición no de ley. Hasta el 12 de noviembre de 2009 han contestado diez comunidades autónomas. De los 1.557 profesionales sin título de especialista comunicados por las comunidades autónomas hasta el momento, 934 corresponden a profesionales que no cabe calificar como mestos, ya que se refieren a colectivos tales como el integrado por médicos de urgencia, de cuidados paliativos o sin título de especialista en medicina familiar y comunitaria. La conclusión que cabe anticipar de dichos datos, aun cuando la información es insuficiente por existir un número todavía significativo de comunidades autónomas que no han contestado el requerimiento del Congreso de los Diputados, es que las dimensiones del problema relativo al número de profesionales que ejercen en el Sistema Nacional de Salud sin título de especialista es más bien limitado y que un número nada desdeñable de los mismos, 877, es decir, en torno al 57 por ciento, se refiere a médicos de medicina general. A este respecto, el colectivo de médicos generales que no posee el título de especialista en medicina familiar y comunitaria se encuentra, como he dicho antes, en una situación específica, por lo que la gran mayoría de este colectivo no tiene técnicamente la consideración de mesto, ya que los licenciados en medicina anteriores al 1 de enero de 1995 ostentan, de acuerdo con lo previsto en la normativa comunitaria y en el Real Decreto 853/1993, un derecho adquirido a ejercer la medicina de familia sin título de especialista. Por otra parte, la regularización de este colectivo se encuentra todavía pendiente de que concluya en el año 2011 el procedimiento excepcional de acceso a dicho título de especialista, por lo que carecería de sentido que existieran dos procedimientos paralelos para la obtención del mismo título.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Señora Tarruella.

La señora **TARRUELLA TOMÀS**: Señor secretario general, por fin nos da alguna respuesta, aunque nos parece insuficiente. El estudio y las propuestas eran para ver cómo se podía solucionar el número de especialistas que hay en diferentes comunidades autónomas, que están trabajando desde hace muchos años como tal y así lo reconocen las diferentes administraciones autonómicas. Ahora dice usted que una gran parte de ellas, aunque no todas, ya han contestado y se puede empezar a trabajar. Explica que un número importante, un 57 por ciento, son médicos de medicina general y que este proceso se irá regularizando. Veremos si es así. Pero ¿qué pasa con los otros médicos especialistas que no son de medicina general? Entre ellos figuran pediatras, anestelistas, diferentes especialidades, también farmacéuticos especialistas en farmacia hospitalaria. Con la necesidad de

médicos especialistas que hay hoy en día en nuestro Sistema Nacional de Salud, que a veces nos lleva a homologar títulos de otros especialistas extranjeros, a lo que no tenemos nada que decir, a estas personas que conocen la diversidad de nuestro Sistema Nacional de Salud, que están integrados y la Administración así lo reconoce desde hace muchos años con sus contratos manteniéndoles ese trabajo, se les tendría que facilitar esa posibilidad de obtener su título de médico especialista. Espero alcanzar un acuerdo para los de medicina general —es un número importante y nos parece bien—, pero para los demás también se tiene que arbitrar una solución. Si existe una verdadera voluntad política del ministerio eso es posible, aunque sea con una convocatoria extraordinaria como se hizo en otra ocasión. La Comunidad Europea dice que aquella convocatoria fue única. De acuerdo, fue única, pero ni mi grupo parlamentario ni otras asociaciones, como la Organización Médica Colegial, los sindicatos médicos o las organizaciones científicas y profesionales de médicos, hemos sabido encontrar una prohibición de la Comunidad Europea para que esto se regule. Lo que tiene que hacer el ministerio es comunicárselo a la Comunidad Europea y, a partir de ahí, hacer una nueva convocatoria extraordinaria. Si existe una auténtica voluntad política de solucionar este problema se puede hacer. Eso es lo que le pide nuestro grupo parlamentario, porque la verdad es que nos preocupa este grupo de médicos, y seguiremos insistiendo para saber qué propuestas hacen y cómo se puede arreglar esto. Hablando con la Organización Médica Colegial, con las entidades científicas, con los representantes de estos médicos especialistas, —estos mestos sin titulación oficial—, se puede alcanzar un acuerdo, sobre todo si —como usted me dice— no son tantos como pensamos. El número tampoco es importante. Esa proposición no de ley era para darnos una idea y para situarnos. Si sirve para esto ya está bien, sabremos el número el día que se ponga una propuesta encima de la mesa, se cumplan esas condiciones y sean reconocidos como médicos especialistas; entonces podremos ver la realidad. Aunque ahora hubiera 2.000 o 3.000 médicos, si luego no se presentan, no sería un problema. Debemos saber cuál es la situación. Tenemos ya un principio de mapa, pero esperamos, deseamos, y sobre todo estaremos muy satisfechos al ver aquí alguna propuesta para abordar el problema de todos estos especialistas. Si no nos la dan, ya les anuncio que seguiremos insistiendo, porque creemos que es de justicia para estos profesionales que llevan tantos años que todo esto se regule de una vez.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga) Por último, el señor secretario general.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Martínez Olmos): Señora Tarruella, efectivamente voluntad política tenemos. Voy a comentar es el marco en el que nos tenemos que mover. Es verdad que dada la

naturaleza de los datos que nos han enviado las comunidades autónomas —se los vamos a requerir de nuevo, pero no tienen obligación de dárnoslos, más allá de la de querer colaborar en la solución de un asunto, y yo estoy convencido de que finalmente tendremos esa información—, la valoración que podemos hacer es limitada, aunque ya tenemos alguna aproximación. El caso de los médicos generales tiene una solución establecida; hay un procedimiento, una prueba de ECOE que se va haciendo, que en el año 2011 termina; probablemente ahí se agote ese problema, ya que hay una vía de solución. Por lo tanto, estos profesionales no están enmarcados en esa preocupación que usted nos traslada pero hay otros que sí. Habría que ver, a la hora de la justicia o no de una nueva oferta, por qué están como están; habría que analizar esto, y sería opinable. Creemos que hay dificultades objetivas para un nuevo proceso de regularización, tanto desde el punto de vista de la legislación comunitaria como de la legislación nacional. Hay que tenerlo en cuenta, para luego, con voluntad política, buscar la solución.

Quiero comentarle que la Directiva 2005/36 de la Comunidad Europea, de 7 de septiembre, relativa al reconocimiento de las cualificaciones profesionales, que está traspuesta a nuestro ordenamiento jurídico por el Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, en su artículo 25 determina las notas comunes que definen la armonización a nivel europeo en cuanto a la formación médica especializada. Y dicha armonización se concreta fundamentalmente en que requiere que el interesado haya obtenido, con carácter previo a iniciar la formación especializada, el título de médico en los términos previstos por la directiva. En segundo lugar, la formación especializada debe llevarse a cabo en unidades acreditadas para tal fin por las autoridades competentes, lo que sin duda supone una garantía de calidad. En tercer lugar, implica la participación activa del médico especialista en formación en las responsabilidades y actividades de los servicios en los que se estén formando, incluidas las guardias. En cuarto lugar, debe tener una duración no inferior a la mínima que para cada especialidad fija la propia directiva. En quinto lugar, requiere una dedicación a tiempo completo por parte del personal en formación. Y en sexto lugar, que la formación, al implicar una prestación de servicios, tenga un carácter retribuido.

Las importantes características de esta formación armonizada están estrechamente ligadas al derecho de la libre circulación de personas y trabajadores, y pone de manifiesto la importancia que tiene para la Unión Europea la formación de médicos especialistas, al tiempo que permite que todos los Estados miembros tengan la garantía de que la formación cursada en otro país de la Unión Europea tiene los mismos niveles de calidad que la formación adquirida en el país de origen. De ahí que la propia directiva, en su artículo 2.2, requiera que el reconocimiento de títulos de terceros países por otro Estado miembro cumpla las condiciones mínimas de formación antes citadas. A partir de aquí, un procedimiento excepcional de acceso al título de especialista basado en el ejercicio profesional del

solicitante en el ámbito de la especialidad cuyo título se pretenda obtener incumpliría varios de los elementos antes citados, fundamentalmente el relativo a que la formación se lleve a cabo en unidades acreditadas para la formación de especialistas, por lo que con toda probabilidad la aprobación de una norma de este tipo implicaría la apertura por parte de la Comisión Europea de un procedimiento de infracción al Estado español. De ahí que con carácter previo a que se dictara el Real Decreto 1497/1999, de 24 de septiembre, por el que se regula un procedimiento excepcional de acceso al título de médico especialista, fuera necesario el laborioso proceso negociador que era pertinente para conseguir esa —entre comillas— autorización, y que ahora habría que volver a repetir. En una situación generalizada en Europa de necesidad de médicos especialistas creo que sería difícil que prosperara solo para nuestro país un nuevo intento por parte del Estado español para regularizar la situación de estos profesionales, cuando dicha posibilidad ya se prevé en el Real Decreto 1497/99, como excepcional y única en el Estado español. Esa fue la autorización que se consiguió por parte de la Comisión Europea, una situación excepcional y única.

Otro factor que puede condicionar y dificultar la posible regularización deriva del hecho cierto de que en las convocatorias MIR existe desde hace años un excedente de plazas en formación sanitaria especializada sin adjudicar que obviamente se habrían podido cubrir si los profesionales que ostentan el título de especialista hubieran participado en las mencionadas convocatorias. A los argumentos anteriores hay que añadir que en estos momentos el Gobierno no tiene competencias para regular en una norma con rango de real decreto un procedimiento excepcional de acceso al título especialista como el que se pretende. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, en su artículo 20.22 ha generalizado como único sistema formativo de especialistas en ciencias de la salud el denominado sistema de residencia, que reúne todas las características requeridas por la legislación comunitaria, a las que anteriormente he hecho referencia, por lo que, en todo caso, y previa negociación con la Unión Europea, se requeriría una norma con rango de ley. A este respecto hay que tener en cuenta que las competencias del Gobierno en materia de títulos de especialistas se extienden, según el artículo 16 de la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias, al establecimiento, supresión o cambio de denominación de los mismos, pero no a la posibilidad de alterar el sistema formativo previsto en el artículo 20.22, que como se ha dicho antes derivan de normas internacionales de obligado cumplimiento. **(El señor presidente ocupa la Presidencia.)**

Este es el contexto normativo en el que nos tenemos que mover a la hora de plantear posibles soluciones. Por eso yo entiendo —a diferencia de lo que usted dice— que el número de personas afectadas sí es importante. No es lo mismo que el tema afecte a cien que a 10.000 personas. Por eso es importante conseguir también la respuesta que nos queda pendiente de las comunidades

autónomas, para ver qué solución podemos encontrar, primero, viendo si es real el problema en términos cuantitativos y de funcionamiento y, a partir de ahí, toda nuestra voluntad política para hacer las gestiones correspondientes en el marco de la Unión Europea. Luego está la iniciativa política del Parlamento, que requeriría una norma de carácter legal con lo que eso supone a la hora de justificar una ley para un problema concreto que tiene que estar bien argumentado y bien justificado. Por lo tanto, es ahí donde nos estamos moviendo. Desgraciadamente no tenemos en este momento la respuesta en el tiempo que hubiésemos querido todos. Vamos a seguir insistiendo, pero lo importante es si seremos capaces de resolver —si existe— el problema. Vamos a seguir trabajando de la mano del Gobierno en la voluntad de seguir estas líneas, y para ello requeriremos a las comunidades que faltan por aportarnos esa información, porque es importante para precisar bien la dimensión del asunto.

El señor **PRESIDENTE**: Hemos terminado el turno de preguntas. Interrumpimos el funcionamiento de la Comisión durante cinco minutos para despedir al secretario general. **(Pausa.)**

Retomamos la sesión de la Comisión, señorías, para que podamos terminar durante la mañana, ya que por la tarde hay un Pleno importante sobre el Estatuto de Extremadura.

#### **RATIFICACIÓN DE LA PONENCIA DESIGNADA PARA INFORMAR LA SIGUIENTE INICIATIVA LEGISLATIVA:**

— **PROYECTO DE LEY POR EL QUE SE MODIFICA EL RÉGIMEN LEGAL DE LA COMPETENCIA DESLEAL Y DE LA PUBLICIDAD PARA LA MEJORA DE LA PROTECCIÓN DE LOS CONSUMIDORES Y USUARIOS. (Número de expediente 121/000026.)**

El señor **PRESIDENTE**: En primer lugar vamos a ratificar la ponencia designada. **(Asentimiento.)** Se ratifica.

#### **APROBACIÓN CON COMPETENCIA LEGISLATIVA PLENA, A LA VISTA DEL INFORME ELABORADO POR LA PONENCIA SOBRE:**

— **PROYECTO DE LEY POR EL QUE SE MODIFICA EL RÉGIMEN LEGAL DE LA COMPETENCIA DESLEAL Y DE LA PUBLICIDAD PARA LA MEJORA DE LA PROTECCIÓN DE LOS CONSUMIDORES Y USUARIOS. (Número de expediente 121/000026.)**

El señor **PRESIDENTE**: Vamos a debatir y a aprobar, con competencia legislativa plena, el proyecto de ley de mejora de la protección de consumidores y usuarios, que es un proyecto importante.

El Grupo Mixto tenía todavía pendiente una enmienda, pero como no puede estar aquí ahora la señora Fernández Davila, lo que haremos es darle la palabra en fijación de posiciones, en el caso de que se acercase a la Comisión. Pasamos al segundo grupo de menor a mayor en mantenimiento de enmiendas, que es el Grupo Parlamentario Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds, y tiene la palabra el señor Canet.

El señor **CANET I COMA**: Vamos a dar por defendidas una serie de enmiendas, todas las que tenemos presentadas y se mantienen vivas, pero con especial énfasis en tres grupos, aunque solamente pediremos la votación separada de uno de estos grupos.

En primer lugar argumentamos que dos de estos grupos corresponden a enmiendas de supresión, concretamente la 76 y la 77, porque consideramos que en el proyecto de ley se habla mucho de la protección de la competencia cuando en realidad, por la trasposición de la directiva, de lo que deberíamos estar hablando es de la protección de los consumidores, que nos parece algo sustancialmente distinto.

La enmienda 83 la hemos presentado porque pensamos que no es conveniente modificar el artículo 19 del real decreto-ley porque la modificación propuesta acota mucho las normas que se han de utilizar para valorar las prácticas comerciales como desleales. Concretamente se citan tres, y las tres son de competencia estatal, cuando la competencia de consumo —como se sabe— está transferida a las comunidades autónomas, que serán las encargadas de aplicar la normativa.

Con el tercer grupo de enmiendas, constituido por la 53 y la 80 que son de adición, lo que se pide es prohibir la publicidad de la prostitución y de los locales o negocios donde se ejerce. No obstante se permitirá la publicidad —hemos escrito— en los medios especializados en contenidos sexuales de aquella prostitución que se ejerce legalmente en negocios o locales habilitados al efecto, en los términos que se establezcan reglamentariamente. Y la justificación creemos que explica perfectamente lo que pretendemos. Consideramos que es absolutamente incongruente no regular la prostitución, y en cambio permitir su publicidad. Por lo tanto solicitamos la supresión de la publicidad de la prostitución y de los negocios o locales donde se ejerce, salvo aquella que se haga al amparo de la legalidad y en aquellos medios especializados en contenidos sexuales. La votación separada la pedimos precisamente para estas dos últimas enmiendas que he defendido conjuntamente, la 53 y la 80.

El señor **PRESIDENTE**: A continuación tiene la palabra la señora Tarruella en nombre del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió). El Grupo Parlamentario Vasco fijará posición, en su caso.

La señora **TARRUELLA TOMÀS**: Simplemente quiero manifestar la satisfacción de mi grupo, ya que

habíamos presentado quince enmiendas a este proyecto de ley —un proyecto de ley que es la trasposición de una directiva europea, que es muy técnico, y que además su espíritu y su idea era aumentar la garantía de los consumidores, tanto en el consumo como en la publicidad así como en la publicidad no deseada—, diez de ellas han sido aceptadas directamente y algunas transaccionadas. Por tanto nuestro grupo muestra su satisfacción al respecto y cree que se ha mejorado muchísimo el texto con la aprobación de nuestras enmiendas y las de otros grupos parlamentarios, que han sido todas bastante similares. Respecto de las enmiendas que quedaban vivas según el informe de la ponencia, debido a la transaccional que nos acaba de presentar ahora mismo el Grupo Socialista, las retiramos. Por tanto no nos quedará ya ninguna enmienda. Por si acaso voy a repetir los números. Se ha aceptado la enmienda 63 y se han transaccionado el resto de las enmiendas. Retiro la 71 y la 73, que creo que son las únicas que nos quedaban vivas.

El señor **PRESIDENTE:** La 66, la 67 y la 69 están afectadas por transacciones.

A continuación, ante la imposibilidad material de que intervenga el resto de grupos, tiene la palabra por el Grupo Parlamentario Popular la señora Nadal.

La señora **NADAL I AYMERICH:** Estamos ante la trasposición de una directiva importante que tiene como objetivo avanzar en las garantías de los derechos de los consumidores en los veintisiete Estados miembros. Para ello el proyecto de ley que nos plantea el Gobierno viene a dar una nueva regulación a la competencia desleal y a la publicidad, tanto para la defensa de los consumidores como para proteger el funcionamiento del mercado, señor Canet. Para esas dos funciones está la directiva; para las dos. Lo cierto es que la directiva viene a dar una vuelta completa a nuestra regulación, al tratamiento que hasta ahora se había dado a la competencia desleal, e introduce novedades importantes, como es el concepto de consumidor medio, un concepto ampliamente desarrollado ya por los tribunales europeos.

Paso a defender, señoras y señores diputados, las enmiendas que mi grupo parlamentario mantiene vivas. En nuestras enmiendas números 2 y 3 entendemos que la ley debería referirse a prácticas comerciales desleales, porque recoge mejor esa doble vertiente de protección de los consumidores y de los competidores en el mercado. También creemos necesario recoger las especificidades del ejercicio de las profesiones reguladas, porque estamos hablando de otro tipo de administración; estamos hablando de administración corporativa que establece unos pluses de protección. Entendemos que eso nada tiene que ver, no colisiona con la llamada ley ómnibus, con la Directiva de Servicios y por lo tanto sería importante introducirlo.

Señorías, una cuestión que ha centrado los debates en la ponencia es la modificación del precio inicialmente dado al consumidor por la prestación de un servicio.

Vemos con mucha frecuencia cómo en la reparación de un bien se entregan presupuestos que con posterioridad no son respetados, con la excusa de que han aparecido nuevos defectos, nuevas cuestiones que no habían sido previstas, pero que por su magnitud sin duda han hecho cambiar el comportamiento del consumidor. Creo que es importantísimo porque de esta manera se protege al consumidor y se hace recaer en el verdadero responsable del error las consecuencias del mismo. Pero he de decirles, señorías, que no todo es desleal cuando se produce una pequeña variación, por lo que entendíamos que debería ser considerado desleal a partir de un cierto porcentaje. En cualquier caso dado que tal como planteaba también el Grupo Popular, ha sido incorporado que siempre que hay un pacto posterior de las partes aceptando tal variación no habrá la consideración de deslealtad, nos sumamos al planteamiento que ha aceptado el Grupo Socialista, inicialmente planteado por otros grupos pero también por el Grupo Popular.

Lo que entendemos que no quedó bien resuelto en el proyecto de ley y que se ha intentado resolver, no como quería el Grupo Popular pero de una forma bastante satisfactoria, es el riesgo de asociación y confusión de producto. Desde mi grupo entendemos que el riesgo de asociación debe mantenerse por ser distinto y no estar incluido en el riesgo de confusión, tal como se planteaba en nuestras enmiendas números 6 y 10. Estamos hablando de un riesgo que es especialmente importante cuando se trata de marcas notorias o renombradas, ya que puede producirse una asociación por el elevado grado de conocimiento de estas marcas sin que sea necesaria la confusión. Por lo tanto, tal como planteaba el proyecto de ley, la desaparición de esta protección dejaba no solo a las marcas, sino también a los consumidores en una situación de indefensión, porque se atribuía erróneamente la cualidad del mismo origen a productos que no habían sido fabricados por la marca principal. Nosotros creemos que la mejor solución es la planteada por el Grupo Popular, la supresión no solo en la enmienda número 6 —que ha sido aceptada—, sino en la número 10, que incomprensiblemente no se acepta. Creemos que se ha arreglado en cierta medida con la aceptación de la enmienda número 63. De todas maneras, insisto, vamos a someter a votación nuestra enmienda número 10, señor presidente.

Respecto a nuestra enmienda número 8, el proyecto considera desleal por agresiva, toda práctica comercial en la que el contexto en el que se realice merme de forma significativa la capacidad del consumidor para tomar una decisión con el debido conocimiento de causa. ¿Por qué? Porque hay acoso, coacción, uso de fuerza, influencia indebida. Entendemos —y en ese sentido va dirigida nuestra enmienda— que la regulación debe contemplar que dicha conducta no sea constitutiva de infracción penal, porque cuando la coacción o el uso de la fuerza es de tal magnitud que podría ser constitutivo de un ilícito penal, la vis atractiva de la protección penal a los consumidores debe prevalecer. Por otra parte, esta

enmienda es coherente con lo dispuesto en los artículos 28 y 29 que regulan las prácticas agresivas por acoso y por coacción.

Quiero referirme especialmente a nuestra enmienda número 9 porque tiene una enorme importancia y una enorme actualidad, señoras y señores diputados. Viene fundamentada en que las prácticas agresivas pueden también adoptar la fórmula de cláusula contractual, cuando es abusiva y desproporcionada, como demuestra la existencia de casos en los que los consumidores, en la práctica, se ven obligados a aceptar contratos adicionales o condiciones objetivamente perjudiciales para sus propios intereses al contratar. Así ocurre frecuentemente en la contratación de determinados productos financieros en los que se da una información más que deficiente acerca de las consecuencias de la contratación. Concretaré. Tenemos un caso muy reciente, el de los denominados *swaps* o clips hipotecarios, mal llamados seguros contra las subidas de tipos de interés, puesto que no se trata de ningún producto asegurador. Estos *swaps* son incluidos por algunas entidades de forma abusiva entre sus condiciones contractuales, con el argumento de que garantiza al cliente una cierta tranquilidad ante la subida de tipos. He de decir que eso, lejos de ser cierto, supone una penalización para el cliente en un mercado con caídas de los tipos como es el actual. Por ello, señorías, sin perjuicio de las acciones que de forma individual o colectiva hayan entablado los colectivos perjudicados —además vimos ayer mismo que habían recaído nuevas sentencias al respecto—, entendemos que resulta conveniente dar entrada a esta nueva realidad en esta reforma legal de la competencia desleal. He de decir que en ningún caso sobrepasa o colisiona con la trasposición de la directiva, es decir que sería una voluntad política de protección a estos afectados para casos posteriores por parte del Gobierno la aceptación de la enmienda número 9, del Grupo Popular. Es muy relevante lo que estamos tratando, señorías, porque afecta a un colectivo importante y especialmente a los más vulnerables.

Señoras y señores diputados, también consideramos importante que se haya incluido la falsedad junto a la inexactitud en el proyecto, puesto que protege mejor al consumidor frente a prácticas deliberadamente engañosas, así como también se han introducido los planteamientos del Grupo Popular en una de las novedades de la directiva, que es la consideración de práctica desleal, por agresiva, el llamado *spam* telefónico; es decir, se considerará desleal realizar propuestas no deseadas a través de teléfono, Internet, etcétera, y se entenderá que esas propuestas son no deseadas cuando el consumidor haya manifestado —y hay una corrección muy importante en el proyecto de ley que ha mandado el Gobierno— su oposición a recibir las, y el empresario o profesional siga insistiendo en realizarlas. ¿A través de qué se expresará esa oposición? A través de un sistema de registro. Estamos de acuerdo, entre todos hemos llegado a una transacción, pero el Grupo Popular quiere insistir en que sería necesario establecer además un sistema de registro

de esa voluntad, que esté tutelado por la Agencia de Protección de Datos. Insisto, creo que debería contemplarse ese plus de protección de la Agencia de Protección de Datos, si no en este momento, sí en uno posterior de desarrollo reglamentario.

Nuestra enmienda número 16, señorías, elimina la exigencia de dolo y de culpa del agente en la acción de resarcimiento de daños y perjuicios porque se hace algo que es grave: se invierte la carga de la prueba en perjuicio de los consumidores y he de decir que dada la naturaleza de las prácticas comerciales que, por definición, implican voluntad de engaño, confusión o coacción, la intención dolosa o cuando menos culposa o negligente debe presumirse. Es que es la única manera de proteger a los consumidores, señoras y señores diputados.

Nuestra enmienda número 19 hace referencia a los códigos de conducta, y también va en el sentido de establecer un plus de protección a los consumidores para introducir no solo el respeto a la normativa de defensa de la competencia, sino también de mención a aquella legislación que hay en materia de protección de los derechos de los consumidores. Se trata de mejorar por lo tanto la protección incorporando las garantías contenidas en toda la legislación vigente. ¿Por qué se hace referencia solo a una parte de la legislación y no a toda, señorías del grupo de la mayoría?

En la enmienda número 21 de mi grupo hacemos una referencia específica a las asociaciones de consumidores porque creemos que deben tener un plus en esa defensa que realizan de los intereses difusos. Creo que no contradice para nada la directiva, sino que respondería a esa voluntad de potenciar las asociaciones de consumidores que aprovecho para decir que están realizando una gran labor en defensa de los derechos de los consumidores, en una situación de gravísima crisis que afecta especialmente a los más vulnerables. Es importante también la enmienda número 20 de mi grupo en relación con el concepto de producto. Se hace una ampliación acorde con la directiva en nuestra enmienda número 20 del concepto de producto, en el sentido de que también se incluyan en este concepto los bienes inmuebles. Se trata de ajustar mejor las disposiciones de la directiva y sin duda ampliar la defensa de los consumidores y usuarios introduciendo no solo los bienes muebles, sino también los bienes inmuebles y los servicios. En nuestra enmienda número 22 hacemos mención a la información necesaria que debe recoger una oferta comercial, en el sentido de mejorar la trasposición de la directiva eliminando la posible ambigüedad que surge del inciso que realice el artículo 20, en su primer párrafo, sobre la necesaria adecuación del contenido de la información comercial al medio de comunicación utilizado.

Termino aquí la defensa de nuestras enmiendas y concluyo, señor presidente. Consideramos que la legislación en materia de defensa de los consumidores y usuarios, con las distintas trasposiciones de directivas europeas, se ha convertido en un auténtico galimatías. En un galimatías de tal magnitud que afecta muy grave-

mente a la seguridad jurídica, y no va a poder conseguir ese fin, ese objetivo que pretendemos de defensa de los consumidores y usuarios. Por tanto exigimos desde el Grupo Parlamentario Popular al Gobierno que de forma inmediata se ponga a realizar un texto refundido de todas estas modificaciones con el fin de terminar con este galimatías y poder garantizar la seguridad jurídica. Pero además no puedo dejar de hacer mención a que ya en la pasada legislatura la ministra Salgado nos decía que el Gobierno estaba empeñado en una amplia tarea de modificación legislativa en defensa de los consumidores; eso no es así, señorías, y he de decir que ustedes están en una política de perdigonada porque, fíjense, en la defensa de los consumidores y usuarios todavía se encuentra vigente la ley de 1984, que responde a un perfil de consumidor de los años setenta, es decir que no se ha producido esa renovación normativa. Sí que ha habido modificaciones del texto refundido posterior, pero creo que es el momento de que el Gobierno aborde el compromiso de esa ambiciosa adecuación normativa a la que se hacía referencia ya en la pasada legislatura y que no se ha realizado. Ese es un compromiso que ha incumplido —uno más— el Gobierno socialista.

No quiero terminar, señoras y señores diputados, sin agradecer al letrado de la Comisión, don Luis Peña, su trabajo, sus buenos oficios, sin los cuales una ley de esta complejidad no hubiera podido llegar a buen puerto.

El señor **PRESIDENTE**: Me gustaría que concretase si propone alguna votación particularizada de sus enmiendas o de las de otros grupos.

La señora **NADAL I AYMERICH**: Mis enmiendas, señor presidente, como las voy a votar todas, no tengo ningún interés en que se voten separadamente.

El señor **PRESIDENTE**: Bueno, podría tenerlo.

La señora **NADAL I AYMERICH**: Sí.

Respecto a las de los otros grupos he trasladado a la Mesa una solicitud de votación separada, que creo que ya tiene el letrado.

El señor **PRESIDENTE**: De acuerdo, señoría.

Tiene la palabra el señor Fidalgo en nombre del Grupo Parlamentario Socialista.

El señor **FIDALGO FRANCISCO**: La intervención de la portavoz del Grupo Parlamentario Popular creo que ha dibujado bastante bien la complejidad del trabajo a que hemos estado sometidos durante esta temporada en que hemos tramitado en el Congreso de los Diputados este proyecto de ley. Un proyecto de ley, como se ha dicho, muy importante para los consumidores. Es una trasposición de una directiva europea que afecta a cuatro leyes, y de la complejidad del mismo simplemente les ruego que lean la exposición de motivos, como mínimo los tres o cuatro primeros párrafos. Con lo cual, insisto

en que hemos hecho entre todos un trabajo concienzudo y por supuesto agradezco a todos los grupos ese trabajo y la paciencia que en conjunto hemos tenido. Me sumo también al agradecimiento al letrado y a los servicios jurídicos de los grupos, que han trabajado exhaustivamente en hacernos posible la traducción jurídica y legislativa de nuestras intenciones políticas, dado que nos movemos en campos muy técnicos, y por lo tanto para las diputadas y diputados de la Comisión de Sanidad, Política Social y Consumo a veces es difícil. Por ello reitero mi agradecimiento. También por supuesto a la señora Cano y al señor Lasarte, mis compañeros de ponencia, que han hecho todo lo posible y han ayudado en momentos en los que la dificultad era importante.

Dicho esto, vuelvo a indicar que estamos ante la trasposición de dos directivas europeas, quizá el camino en el que vamos a estar sometidos todos los europeos en este trabajo conjunto de la construcción de Europa. Se trata de directivas que intentan homogeneizar el tratamiento y la protección de los derechos de todos los ciudadanos de la Unión Europea, lo cual es complicado, dadas las divergencias y las diferencias entre los diferentes países, sus textos legislativos e incluso su peso en la protección de los derechos de los consumidores en este caso. Por eso es una directiva de máximos, y a partir de ahí hemos trabajado. Entiendo también que los grupos hayan intentado a veces aportar, a través de sus enmiendas, lo que creían mejoras de los textos originales de las cuatro leyes a las cuales se refieren las directivas, pero es muy complicado mantener el equilibrio entre trasponer una directiva con cierta literalidad, que nos garantice el visto bueno de la Unión Europea, y al mismo tiempo mantener ese equilibrio con la posible modificación, la mejora de las cuatro leyes a las que nos referimos. En todo caso lo hemos intentado, y creo que de ese intento proviene el fruto de haber consensuado, aceptado o transaccionado alrededor del 80 por ciento de las enmiendas, lo cual da idea del trabajo que hemos hecho, y por supuesto también del ánimo constructivo de los grupos y de la flexibilidad y buena disposición del Gobierno ante el cual hemos mediado.

Quiero referirme también precisamente a ese ámbito europeo en el que hemos desenvuelto el trabajo, y por eso hemos apelado a la celeridad que deberíamos propiciar en el trámite parlamentario en el Senado, dado que es objetivo del Gobierno, pero debería ser un objetivo compartido de país, que llegáramos a la Presidencia de la Unión Europea con los deberes hechos. Algún retraso hemos tenido entre todos; el Gobierno probablemente también, pero asimismo los grupos al pedir varias veces la prórroga del periodo de enmiendas, lógicamente para atender a colectivos y a personas afectadas, que nos han trasladado sus inquietudes y sus problemas. Recuperado el tiempo perdido estamos en situación, después de ver y analizar el texto, de trasladar al Senado un texto fácilmente digerible y que en poco tiempo pueda ser tramitado allí. Con esa intención agradezco una vez más a los

grupos la buena disposición que han mostrado en esta cuestión.

Debido a ese esfuerzo, como he dicho, se han transaccionado, aceptado o acordado cerca del 80 por ciento de las enmiendas, de unos grupos más que de otros, pero en conjunto muchas. Agradezco en particular a Convergència i Unió la buena disposición que ha mostrado hasta no dejar viva ninguna enmienda, dado también que ha sido clave por ejemplo la enmienda número 63, que hemos transaccionado a última hora con la 36 de Izquierda Unida, y que se ha ofrecido igualmente a la enmienda número 10 del Grupo Parlamentario Popular; entiendo perfectamente cuál es la posición del Grupo Parlamentario Popular; podía ser aceptada la número 10, pero no lo puede ser porque el texto del proyecto de ley introduce un matiz muy importante, que es el de los profesionales, y si aceptásemos la enmienda número 10 del Grupo Parlamentario Popular esa acepción no se recogería en el texto original de la referida ley. Por lo tanto no podemos aceptarla.

En cuanto a los demás grupos, en concreto el Grupo Parlamentario Popular es el ejemplo de por qué algunas enmiendas no han sido recogidas, porque sería una reiteración de textos que ya figuran en las leyes originales de nuestro ordenamiento jurídico, y de una u otra manera sobrecargarían este texto, que es la trasposición de dos directivas europeas. Lo hemos hecho con ese ánimo de sincretismo y ahorro de texto, porque el fondo de las cuestiones que presentaban está ya recogido en nuestros textos legales. Alguna discrepancia lógica mantenemos —es absolutamente normal—, pero no son sustanciales, y en todo caso, como he dicho, conforman un texto bastante acordado. Lo mismo nos ocurre con los demás grupos. En cualquier caso lo que me interesa resaltar es que en el trabajo que hemos desarrollado conjuntamente los grupos hemos introducido cuestiones a las que se han referido, tan importantes como por ejemplo definir las prácticas ilegales de asociación, definiendo además los temas de imitación ilegal. Se protege al consumidor en las ofertas comerciales reiteradas —eso lo entiende muy bien la ciudadanía—, que se refiere a las comunicaciones telefónicas, fax y otros medios, y ahora los ciudadanos pueden expresar que no quieren recibir más que la primera vez una llamada o una comunicación en su casa, y además queda registrado. Se arbitrarán los sistemas por los cuales quedan registradas y la propia empresa, que es la que llama a los domicilios o proporciona esa información comercial, tiene la obligación de hacer transparente su número y registrar que consta la oposición del usuario o consumidor a que se le siga llamando. Otras mejoras son que nunca podrán utilizarse las circunstancias personales conflictivas o problemáticas del empresario cuando hace una oferta comercial a efectos de presionar indebidamente para que se adquiera un producto o un bien. Por ejemplo no puede plantearse que eso motivaría la quiebra de la empresa si no se vende, o cuestiones por ejemplo de tipo familiar. También hemos introducido una especial tutela a los menores en la publi-

cidad, a las personas con discapacidad, en la línea que mantiene esta Comisión en otras leyes, así como a la no discriminación y publicidad por razón de sexo, condiciones sociales, etcétera. Esto ha quedado reforzado. Igualmente hemos prevenido que se proclame falsamente que un bien o servicio puede curar enfermedades, disfunciones o malformaciones; esto ha quedado muy claro a través de las enmiendas y de las transacciones. No puede ocultarse información, si esa información es importante y decisiva para que un ciudadano adopte una decisión económica cuando se le ofrece un bien o servicio. Estas son aportaciones que hemos hecho que han mejorado el texto original, manteniendo ese equilibrio entre el texto de la directiva a trasponer y la soberanía que nosotros simbolizamos a la hora de representar al pueblo. Por tanto, como país soberano podemos introducir modificaciones, pero respetando el ámbito europeo en el que estamos. Supone también un equilibrio al ser un texto de máximos y al mismo tiempo preservar nuestro nivel de protección, que ya lo tenemos, dado que es un texto de máximos para todos los países, pero hay países que tienen niveles de protección inferiores al nuestro. Con esta trasposición de las directivas mantenemos e incluso mejoramos nuestro nivel de protección a los consumidores. También se ha logrado un equilibrio entre las propuestas empresariales y las de los consumidores, y también un equilibrio entre la técnica jurídica y la flexibilidad parlamentaria necesaria. Por lo tanto, más allá de las enmiendas que luego someteremos a votación, les ruego que apoyen el dictamen de este texto, porque sería y es una muy buena señal para el conjunto del país cuando estamos a las puertas de la Presidencia de la Unión Europea, y por supuesto es una muy buena señal para la empresa, pero sobre todo para los consumidores por la clarificación que se ha hecho. **(La señora vicepresidenta, Aburto Baselga, ocupa la presidencia.)** Además de las propuestas que ha hecho y a las que se ha referido el Partido Popular, en el ánimo de trabajar para los consumidores y la clarificación de la normativa legal, estoy seguro de que el Gobierno estará atento a lo que ha planteado el Grupo Popular.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): No creo que haya ningún otro grupo que necesite tomar la palabra para fijar la posición, y hemos llegado a la hora en que habíamos acordado la votación. No obstante, vamos a suspender la sesión durante cinco minutos. **(Pausa.)**

Señorías, vamos a proceder a la votación del proyecto de ley que nos ocupa en esta Comisión. En primer lugar, las transaccionales que se han recibido, que son transaccionales a la enmienda número, 5 del Grupo Popular; 28, de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds; 60, de CiU; 41 y 58, de ERC-IU-CV; 67 y 75, de CiU. Dice así: Al artículo primero, apartado cinco, artículo 5, letra f) de la Ley de Competencia Desleal: «f) La necesidad de un servicio o de una pieza, sustitución o reparación, y la modificación del

precio inicialmente informado, salvo que exista un pacto posterior entre las partes aceptando tal modificación.» ¿Están de acuerdo los grupos? **(Asentimiento.)** Queda aprobada.

Enmienda transaccional número 2 al artículo primero, apartado siete, artículo 7.1 de la Ley de Competencia Desleal, transaccional con la enmienda número 7, del Grupo Popular. «Artículo 7. Omisiones engañosas. 1. Se considera desleal la omisión u ocultación de la información necesaria para que el destinatario adopte o pueda adoptar una decisión relativa a su comportamiento económico con el debido conocimiento de causa. Es también desleal si la información que se ofrece es poco clara, ininteligible, ambigua, no se ofrece en el momento adecuado o no se da a conocer el propósito comercial de esa práctica cuando no resulte evidente por el contexto.» ¿Están de acuerdo los grupos? **(Asentimiento.)** Queda aprobada.

Por último, una enmienda de subsanación, que es una corrección técnica según el artículo del Reglamento 114, en los siguientes términos. Al artículo tercero, apartado seis. Se modifica el artículo 49.1, dando una nueva redacción a su apartado l) y adicionándole dos apartados, m) y n), quedando redactados en los siguientes términos: «l) El uso de prácticas comerciales desleales con los consumidores o usuarios. m) Las conductas discriminatorias en el acceso a los bienes y la prestación de los servicios y en especial las previstas como tales en la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. n) El incumplimiento de los requisitos, obligaciones o previsiones establecidas en esta norma o disposiciones que la desarrollen en los términos previstos en la legislación autonómica que resulte de aplicación.» ¿Están de acuerdo los grupos? **(Asentimiento.)** Queda aprobada.

Pasamos a la votación de las enmiendas. **(La señora Tarruella Tomàs pide la palabra.)**

Sí, señora Tarruella.

La señora **TARRUELLA TOMÀS**: Perdón, señora presidenta. Simplemente quiero que quede claro que el grupo proponente, el Grupo Socialista, ha anunciado que aceptaba la enmienda 63, por lo que entiendo que queda incorporada al proyecto de ley y que no hace falta votarla.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Sí, lo entiende bien, señora Tarruella.

La señora **TARRUELLA TOMÀS**: De acuerdo.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): De las enmiendas que han quedado vivas, decae la del Grupo Mixto porque no ha podido defenderla la señora Fernández Davila.

Pasamos a votar los bloques de enmiendas. El primer bloque corresponde a las enmiendas del Grupo de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds números 53 y 80.

**Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, uno; en contra, 35; abstenciones, dos.**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Quedan rechazadas.

Segundo bloque, del mismo grupo parlamentario, enmiendas números 76 a 84 y 86.

**Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, uno; en contra, 37.**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Quedan rechazadas.

Tercer bloque, enmienda número 54.

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

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Queda rechazada.

Último bloque de este grupo, enmiendas números 41, 42 y 53.

**Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, uno; en contra, 37.**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Quedan rechazadas.

Pasamos a la votación de las enmiendas que han quedado vivas del Grupo Popular, que son las números 2, 3, 8, 9, 10, 16, 19, 20, 21 y 22.

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

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Quedan rechazadas.

Pasamos a la votación del texto de la ponencia en bloque.

**Efectuada la votación, dijo**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Queda aprobado por unanimidad. **(Aplausos.)** Queda aprobado con competencia legislativa plena el proyecto de ley que nos ocupa y se trasladará al Senado a los efectos de lo dispuesto en el artículo 90 de la Constitución española.

Se levanta la sesión.

**Era la una y veinte 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**