



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 1997

VI Legislatura

Núm. 342

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. FELICIANO BLÁZQUEZ SÁNCHEZ

Sesión núm. 16

celebrada el miércoles, 26 de noviembre de 1997

Página

ORDEN DEL DÍA:

- Comparecencia del señor Ministro de Sanidad y Consumo (Romay Beccaría) para informar sobre las razones sanitarias que justifican la decisión de vacunación masiva contra la meningitis C en todas las Comunidades Autónomas que han adoptado tal decisión. A solicitud del Grupo Socialista del Congreso (Número de expediente 213/000366) 10120
- Proposiciones no de ley:
- Sobre medidas urgentes para asegurar el restablecimiento y el mantenimiento de las plazas suprimidas en el servicio de ginecología del hospital de Barbastro (Huesca). Presentada por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida (Número de expediente 161/000521) 10127
 - Sobre estudio de la aplicación del Real Decreto 9/1996, de 15 de enero, de manera progresiva y a través de los centros sanitarios propios o concertados con el Instituto Nacional de la Salud (Insalud). Presentada por el Grupo Socialista del Congreso (Número de expediente 161/000587) 10129
 - Relativa a la generalización de la terapéutica vigilada como forma de tratamiento de la tuberculosis. Presentada por el Grupo Socialista del Congreso (Número de expediente 161/000530) 10131

	Página
— Relativa a la adopción de medidas para garantizar la posibilidad de presencia de acompañante de confianza de la mujer durante el parto y de salvaguarda de su intimidad en los centros del Instituto Nacional de la Salud (Insalud). Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso (Número de expediente 161/000615)	10134
— Sobre la especialidad médica de «genética clínica». Presentada por el Grupo anterior (Número de expediente 161/000668)	10136
— Relativa a la comercialización de la RU-486. Presentada por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida (Número de expediente 161/000605)	10138

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

— **COMPARECENCIA DEL SEÑOR MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO (ROMAY BECCARÍA) PARA INFORMAR SOBRE LAS RAZONES SANITARIAS QUE JUSTIFICAN LA DECISIÓN DE VACUNACIÓN MASIVA CONTRA LA MENINGITIS C EN TODAS LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS QUE HAN ADOPTADO TAL DECISIÓN. A SOLICITUD DEL GRUPO SOCIALISTA DEL CONGRESO (Número de expediente 213/000366).**

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, damos comienzo a la reunión de la Comisión de Sanidad y Consumo con el orden del día que SS. SS. conocen.

En primer lugar, comparece el ministro de Sanidad y Consumo, don José Manuel Romay Beccaría, ante la Comisión de Sanidad y Consumo para informar sobre las razones sanitarias que justifican la decisión de vacunación masiva contra la meningitis C en todas las comunidades autónomas que han adoptado tal decisión. Es una comparecencia a petición del Grupo Parlamentario Socialista.

Damos la bienvenida al señor ministro, que tiene la palabra.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Romay Beccaría): Comparezco muy honrado ante esta Comisión para exponer las razones sanitarias que justifican la decisión final de vacunación masiva contra la meningitis C en las comunidades autónomas que han adoptado tal decisión. Como sin duda conocen SS. SS., han sido varias las ocasiones en las que he comparecido ante esta Cámara, así como varias también las preguntas parlamentarias contestadas sobre esta materia.

Tras la situación acaecida en varias comunidades autónomas durante los meses de febrero y marzo en relación con la meningitis meningocócica tipo C, el Ministerio de Sanidad y Consumo se planteó como objetivo fundamental, con vistas a afrontar la siguiente temporada epidemiológica, el de conseguir la articulación de un sistema de

toma de decisiones por parte de las comunidades autónomas que estuviese caracterizado, en la mayor medida de lo posible, por los siguientes elementos; en primer lugar, que estuviese inspirado en la doctrina científica más generalmente aceptada; en segundo lugar, que las decisiones se adoptasen una vez oído el parecer de los profesionales sanitarios más directamente relacionados con el problema; en tercer lugar, que las decisiones se produjesen coordinadamente, es decir, que cada autoridad que tuviese que tomar una decisión lo hiciese sabiendo cuáles eran las decisiones adoptadas por los demás; también, y si las anteriores circunstancias lo permitían, que la decisión fuese, en la medida de lo posible, uniforme; y finalmente, que las decisiones se adoptasen con la suficiente antelación como para que fuese posible planificar el desarrollo de las mismas en las mejores condiciones.

Con la intención de alcanzar estos objetivos, el Ministerio de Sanidad y Consumo organizó una conferencia sobre la enfermedad meningocócica que se desarrolló en Oviedo los días 16 y 17 de junio, y se convocó para el día siguiente, 18, una reunión extraordinaria de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. A la conferencia asistieron los más relevantes especialistas de la enfermedad meningocócica tanto de nuestro país como del extranjero (Estados Unidos, Canadá, Inglaterra), así como representantes de la Organización Mundial de la Salud. Asistieron igualmente representantes de las siete sociedades científicas médicas más directamente involucradas con el problema.

En la conferencia nacional de la enfermedad meningocócica se examinaron los elementos que caracterizan la actual situación de la citada enfermedad en España. El primero de ellos es el moderado incremento, especialmente generalizado, de la incidencia observada en algunas comunidades autónomas; el segundo, muy significativo, el cambio que se ha producido en el serogrupo dominante, que ha pasado a ser el C, y más concretamente la aparición de un subserogrupo que es el responsable del incremento general de la incidencia, especialmente en grupos adolescentes, y de la letalidad detectada.

Estas dos características la diferencian de las ondas epidémicas ya sufridas en España, y concretamente de la larga onda de 1971-1986, que estuvo producida por el serogrupo

B y que produjo las tasas más elevadas de la historia de la enfermedad en nuestro país. En efecto, la situación de los años setenta y ochenta se caracterizó, desde el punto de vista epidemiológico, por la elevada incidencia de la enfermedad, por su larga duración respecto a las ondas precedentes, con una larga curva descendente indicativa de un proceso de difusión espacial prolongado. Las situaciones precedentes, ondas de los años sesenta, cuarenta y treinta, se caracterizaron por su más corta duración, entre ocho y seis años.

Las opiniones vertidas en Oviedo no fueron ni de lejos unánimes y pusieron de manifiesto la existencia de criterios notablemente diferentes. No obstante, sí fueron generalmente aceptados los siguientes hechos: uno, que las decisiones adoptadas durante los meses de febrero y marzo habían sido las correctas. Dos, que los criterios que habían sido aplicados hasta ese momento, especialmente en lo relativo a las tasas indicativas de vacunación, tenían que ser los que principalmente deberían seguir inspirando las decisiones que se adoptasen en el futuro. Tres, que, no obstante lo anterior, el criterio de la tasa de incidencia podría ser matizado por factores como los siguientes: incidencia en grupos de edad en los que la vacunación es más eficaz, mortalidad registrada, distribución geográfica que dificultase las acciones estratificadas sobre la población, e incremento, en relación con períodos anteriores, de la circulación de una nueva cepa. Quiero llamar la atención de SS. SS. sobre el hecho de que fue precisamente el representante de la Organización Mundial de la Salud quien hizo más hincapié en la importancia de los matices con los que deberían contemplarse los simples criterios de tasas de ataque.

Finalizada la conferencia, la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud analizó la situación a la luz de las conclusiones alcanzadas. Como resultado de este análisis, las comunidades autónomas del País Vasco, Madrid y Extremadura decidieron anunciar, con el visto bueno de todas las comunidades autónomas, que procederían a una vacunación generalizada de la población comprendida entre 18 meses y 19 años. Las demás comunidades autónomas, y también con el acuerdo del resto, consideraron que no se producían las circunstancias que aconsejaban la vacunación. No obstante, unas y otras estuvieron de acuerdo, y así figura en el documento final, en mantener un meticuloso sistema de análisis de la evolución de la situación, extremándose la vigilancia epidemiológica, a fin de poder actuar en consecuencia en cada momento. Además, todas ellas manifestaron la necesidad de proceder a un atento seguimiento de la percepción social del problema que permitiera aventurar una prospección respecto a la reacción esperable por parte de la población durante la siguiente temporada epidemiológica.

El texto literal del acuerdo de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de salud, tomado en esa reunión del 18 de junio de 1997, es el siguiente:

La conferencia científica, celebrada los días 16 y 17 de junio, ha permitido que especialistas de diversas áreas de

conocimiento procedieran a analizar la situación epidemiológica de España en su conjunto, así como la de sus comunidades autónomas, provincias o territorios significativos. Que la citada conferencia ha permitido analizar la situación de aquellas comunidades autónomas que por su situación epidemiológica se han visto obligadas a tomar la decisión de realizar vacunaciones sistemáticas, Galicia, Cantabria, La Rioja. Que han podido analizarse las pautas de intervención en países de nuestro entorno geográfico y socioeconómico. Que se han oído las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. Que las sociedades científicas médicas más relacionadas con el problema han dado su opinión y criterios sobre la situación analizada, constatando que, a juicio mayoritario de los expertos, España no está en la actualidad cerca de una situación que aconseje una vacunación masiva en todo el territorio. Que los expertos y científicos consideran que nuestro país no se encuentra en una situación epidémica. Se observa una tendencia geográficamente desigual de incremento de la tasa de incidencia de enfermedad meningocócica, que se ha puesto de manifiesto en la circulación, con distinta intensidad en función del ámbito territorial, de una nueva cepa del serogrupo C 2B T1 2 5. Que existen en este momento diferencias significativas, tanto en la incidencia como en la distribución de la nueva cepa, diferencias constatables no sólo entre comunidades autónomas sino incluso dentro de ellas entre provincias y aun entre comarcas o zonas limitadas. Que en función de los informes y testimonios más relevantes, la vacunación presenta determinadas características que aconsejan limitar su uso a ciertas situaciones. Que el efecto frontera o vecino es un factor que genera especial preocupación a los ciudadanos, al que las autoridades sanitarias son sensibles.

De común acuerdo, colegiadamente y de forma consensuada, la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud ha decidido elevar al Pleno la siguiente propuesta de actuación: mantener el criterio de intervención que ha venido utilizándose, en el sentido de efectuar quimioprofilaxis y, eventualmente, vacunación a los contactos de los casos, así como realizar vacunación generalizada en los ámbitos territoriales concretos en los que se hayan alcanzado tasas de diez casos por 100.000 habitantes. En situaciones concretas, matizar el criterio anterior con los elementos aportados por la OMS, es decir, incidencia en grupos sectoriales en los que la vacuna es más eficaz, mortalidad registrada, distribuciones geográficas que impidan la actuación estratificada, incremento en relación con períodos anteriores de la circulación de una nueva cepa, establecer una línea de actuación que, en la medida de lo posible, facilite la consecución de amplios territorios en los que las estrategias sean uniformes a fin de minimizar los efectos frontera o vecino. En consecuencia, durante los meses de septiembre y octubre las comunidades autónomas del País Vasco, Madrid y Extremadura, consultados sus órganos asesores, procederán a una oferta de vacunación a los niños y jóvenes correspondientes entre 18 meses y 19 años, ambos inclusive. Por su parte, la Comunidad Autónoma de Murcia procederá a una evaluación de su situación a la luz de las aportaciones que

se han producido durante la conferencia científica. La Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud mantendrá una comisión de análisis permanente de la situación, con la participación de las sociedades científicas médicas que han intervenido en la conferencia recientemente celebrada. Se mantendrá asimismo un análisis de la evolución de la situación extremándose la vigilancia epidemiológica, a fin de poder actuar en consecuencia en cada momento. Las comunidades autónomas mantendrán un sistema de información dirigido tanto a los profesionales sanitarios como a la población en general. La Comisión de Salud Pública deja patente que la meningitis es un problema más complejo y amplio que el simplemente referido a la meningocócica y a la del tipo C, por lo que reitera que nada puede sustituir las ventajas derivadas de un diagnóstico y tratamiento precoz.

Frutos de todas estas circunstancias, y a lo largo de todo el mes de septiembre, las comunidades autónomas de Castilla y León, Castilla-La Mancha, Baleares, Comunidad Valenciana, Murcia y Cataluña, Aragón, Asturias y Cantabria se consideraron en una situación que aconsejaba proceder a una oferta generalizada de la vacunación. Andalucía, Navarra y Canarias consideraron que su situación epidemiológica no colmaba el tipo epidemiológico propio de la vacunación, aunque garantizaban la vacunación de todas aquellas personas que así lo decidieran individualmente o por consejo de su médico. Durante los meses de septiembre, octubre y noviembre se ha ido procediendo a la vacunación en las comunidades autónomas que así lo decidieron, con un elevado grado de aceptabilidad por parte de la población, lo que ha permitido alcanzar tasas de cobertura que, aun con variaciones territoriales y sobre todo en función de la edad, se aproxima al 85 por ciento de la población diana. En las comunidades autónomas en que no se ha procedido a la vacunación generalizada las autoridades sanitarias mantienen una estrecha vigilancia de la situación, para adoptar en cualquier momento la decisión que pudiera resultar más conveniente. La percepción social del problema nos revela una situación de calma y tranquilidad; las autoridades sanitarias tienen una estrecha vigilancia de la evolución de la situación; la coordinación está garantizada a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y se mantiene un fluido y constante contacto con las sociedades científicas más estrechamente relacionadas con el problema. En definitiva, una situación, señorías, que nos permite contemplar la llegada de la próxima temporada epidemiológica con tranquilidad y confianza.

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

La señora **AMADOR MILLÁN**: En nombre del Grupo Parlamentario Socialista, quiero agradecerle su presencia y las explicaciones que acaba de facilitarnos. Quiero decirle también que nuestra solicitud de comparecencia data del mes de septiembre, cuando se produjo la decisión por parte de algunas comunidades autónomas de vacunar masivamente, y seguramente ha perdido actuali-

dad la petición concreta que hacíamos, puesto que una de las consecuencias de esta decisión de vacunar masivamente en las comunidades autónomas ha sido la coincidencia de esta decisión con la desaparición de las informaciones en los periódicos, en los medios de comunicación, sobre la meningitis, acerca de cuyo fenómeno me gustaría, señor ministro, pedirle su opinión; a qué atribuye que hayan desaparecido las informaciones que venían facilitándose desde hace meses en prensa acerca de la evolución de la enfermedad, de los casos nuevos, de los casos que habían aparecido y que desde que se ha producido esta decisión de vacunación realmente no han vuelto a hacerse públicos ni a suscitar el interés de los medios de comunicación. Le decía, señor ministro, que la razón de nuestra petición estriba en la extrañeza que nos produjo conocer esa decisión por parte de un número muy significativo de comunidades autónomas porque, como S. S. ha recordado, las conclusiones de la conferencia de Oviedo, que fue el referente científico que el Ministerio de Sanidad y Consumo propició para tener información sobre este asunto — conclusiones que ha tenido la atención de leer a esta Comisión —, en ningún caso permitían concluir que la vacunación generalizada fuera una evidencia de la situación que entonces se conocía. Por otra parte, el informe elaborado por la Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitaria sobre la eficacia de la vacuna, informe que data del mes de marzo, concluye que no es recomendable la vacunación generalizada. Dice: no se recomienda el uso rutinario y masivo de la vacuna.

Señor ministro, ante esta situación, fue una sorpresa que a la vuelta del verano un número tan significativo de comunidades autónomas decidiera esta vacunación. Esto ha creado una cierta confusión y algunas preguntas que, en nombre de mi grupo parlamentario, me permito formularle, para saber si es posible arrojar alguna luz sobre esta cuestión.

En primer lugar, señor ministro, de los datos que el Ministerio de Sanidad y Consumo facilita a este grupo parlamentario sobre la evolución periódica de la enfermedad deducimos una progresiva y paulatina disminución a partir de la constatación del aumento extraordinario de casos de meningitis, y más concretamente de meningitis C. Lo cierto es que a lo largo del año 1997 se constata un descenso paulatino tanto de los casos totales como de los casos de meningitis C.

El incremento de estos últimos, que en los primeros meses del año era del 157 por ciento, parece haberse reducido ahora al 75 por ciento; en cuanto a los casos totales, a principios de año había un incremento del 89 por ciento en el número de casos declarados y parece que a estas fechas estamos en un 38 por ciento. Por tanto, la disminución progresiva es evidente y, sin embargo, no se constata una alteración significativa a partir de la decisión de vacunación masiva. Alrededor de la semana 36 ó 37 no parece desprenderse, por los datos de que disponemos, señor ministro, que la vacunación generalizada haya acelerado esa disminución en el número de casos. Por tanto, la pregunta es qué efectos ha tenido en el número de casos declarados la vacunación masiva allí donde se ha producido y, a conti-

nuación, cuál es la diferencia entre las comunidades autónomas donde se ha procedido a la vacunación masiva generalizada y las comunidades autónomas donde no se ha producido esta vacunación masiva y lo que se ha hecho —como S. S. acaba de explicar— es un seguimiento y una coordinación atenta de la evolución de la enfermedad. También nos gustaría conocer, señor ministro, cuál ha sido el coste económico de esta decisión.

Asimismo, nos gustaría poner de manifiesto que el estudio que se ha hecho simultáneamente a la vacunación, por ejemplo en la Comunidad de Madrid, avalado por el Insalud y por la propia Comunidad de Madrid, para conocer la eficacia de la vacuna ha generado inquietud en las familias a las que se ha solicitado la autorización para poder realizar el estudio al mismo tiempo que se procedía a la vacunación. También quería pedirle información respecto a la fase en que está este estudio y si puede adelantar algún resultado del mismo para conocer la eficacia de la vacuna, porque al solicitar la autorización, como sin duda S. S. sabe, entre otras cosas, se pedía a los padres o representantes legales el permiso para hacer este estudio, con objeto de conocer cuánto dura la protección de la vacuna, que todos sabemos que es algo que no está perfectamente claro. Por tanto, señor ministro, le agradecería que facilitara alguna información respecto a este estudio, acerca del grado de realización y la previsión de cuándo se van a conocer los resultados.

En definitiva, señor ministro, de lo que se trata es de cumplir con la obligación que corresponde a mi grupo parlamentario de hacer un seguimiento de lo que ha constituido un serio problema en nuestra sociedad a lo largo de este año, primero por la enfermedad y su gravedad allí donde se produce; segundo, por el desconcierto que produjo la forma en que se conoció la extensión de la enfermedad; tercero, por esta decisión sorprendente de vacunación masiva cuando no parecía que hubiera datos objetivos que la justificaran. Antes del verano no había razón para una vacunación masiva y lo cierto es que a la vuelta del verano, sin causa aparente objetiva, se produjo esta decisión que sin duda ha trasladado a las familias una enorme preocupación, en una situación en que no es fácil afrontarlo porque los datos y los conocimientos no han estado al alcance de las familias a quienes se ha trasladado la responsabilidad de decidir la vacunación. No se ha dado el paso de hacerla obligatoria, con lo cual hubiera sido la autoridad sanitaria la que hubiera asumido esa responsabilidad, que se ha trasladado, repito, a las familias. Además, se ha hecho con diferencias territoriales inexplicables, señor ministro, con los datos de que se dispone, porque no parece que las diferencias en el número de casos que se producen entre unas comunidades respecto a otras sean la razón de que unas hayan decidido vacunar y otras no. Quiero decir que donde se ha producido la vacunación masiva no parece que haya muchos más casos que avalen esa decisión y, en consecuencia, aquellas comunidades donde no se ha vacunado no es porque haya menos casos, sino que ha sido una decisión política de autoridad sanitaria en cada caso, que no parece corresponderse de una manera matemática con los datos de casos declarados.

Por tanto, le ruego me haga las aclaraciones que acabo de solicitarle y también me gustaría que aclarara cuál ha sido el papel del Ministerio de Sanidad y Consumo, porque en un principio usted, como ministro y máximo responsable, compareció ante la opinión pública para pedir la tranquilidad que exigía la situación, diciéndonos que no estaba justificada la alarma social que se había creado respecto al número de casos. Usted llevó ese mensaje de tranquilidad y de no vacunar masivamente, un mensaje que nosotros, en la medida de nuestras posibilidades, contribuimos a difundir siguiendo exactamente sus indicaciones, y nos vimos realmente sorprendidos por un cambio de decisión adoptado por las comunidades autónomas pero en el que sin duda el Ministerio de Sanidad y Consumo habrá tenido algo que decir o que ver, por más que la competencia en sentido estricto sea de las comunidades autónomas. Lo que aquí nos interesa es conocer la posición del Ministerio y el papel de liderazgo que en este asunto ha podido jugar el Ministerio en la decisión de las comunidades autónomas.

Señor presidente, éstas son las preguntas de mi grupo para el señor ministro y, a la vista de las respuestas, quizá solicite alguna declaración.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor ministro.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Romay Beccaría): Señora Amador, la desaparición en los medios de comunicación de la información sobre este asunto sin duda hay que relacionarla con la normalidad de los fenómenos que se están produciendo, siendo el juicio de los propios medios el que determina la presencia o no de información sobre estas cuestiones, en la medida en que lo consideran de interés.

El descenso del número de casos declarados durante 1997 puede estar relacionado con las vacunaciones que se efectuaron ya en Galicia, en Cantabria y en La Rioja, además de las vacunaciones parciales efectuadas en Madrid, Andalucía, etcétera.

Es absolutamente prematuro conocer el efecto que está teniendo la vacunación. Se sabrá a partir de enero o febrero. Todavía no estamos en la temporada epidemiológica y, por tanto, debemos esperar un poco más para conocer el efecto que está teniendo la vacuna.

El coste económico total, incluido el coste de vacunación en Galicia, La Rioja y Cantabria, es de alrededor de unos 3.000 millones de pesetas, según las estimaciones de que disponemos.

El estudio efectuado en Madrid es el normal en estos casos para evaluar los resultados de la campaña. Ha sido bien aceptado por los padres, a quienes se ha pedido ese permiso, y sus resultados los podremos conocer en el primer semestre del año que viene.

Tengo que reiterar lo que dije en la primera parte de mi exposición. En primer lugar, recordar que las opiniones vertidas en Oviedo no fueron, ni de lejos, unánimes y pusieron de manifiesto la existencia de criterios totalmente diferentes en estas cuestiones, lo que nos obliga a ser más

respetuosos, si cabe, con las decisiones que se toman al respecto. Sí fueron generalmente aceptados los hechos de que se había actuado correctamente en febrero y marzo y que los criterios hasta entonces aplicados, especialmente en lo relativo a las tasas indicativas de vacunación, tenían que ser los que principalmente deberían seguir inspirando las decisiones que se adoptasen en el futuro. No obstante, el criterio de la tasa de incidencia podría ser matizado por factores como los siguientes: incidencia en grupos edad en los que la vacunación es más eficaz, mortalidad registrada, distribución geográfica que dificultase las acciones estratificadas sobre la población e incremento en relación con períodos anteriores de la circulación de la nueva cepa. Yo estoy seguro de que el manejo de todos estos criterios y elementos de juicio son los que estuvieron presentes en la decisión de las comunidades autónomas que progresivamente se fueron incorporando a la vacunación masiva como forma de resolver este problema. Les merecieron el respeto que resultaba del consenso alcanzado en este asunto, que incluía esta posibilidad y la oportunidad de hacer un seguimiento muy cercano en el tiempo a la evolución de los problemas, para adoptar en cada momento la decisión oportuna a las circunstancias concurrentes en cada caso.

Es una decisión política, pero de política sanitaria, que no necesariamente se puede corresponder con precisiones matemáticas, porque éstas tampoco son ciencias exactas. Las ciencias biológicas admiten estas evaluaciones, que pueden justificar algunas actuaciones distintas.

El papel del Ministerio fue el que también indiqué en la primera parte de mi intervención: en primer lugar, tratar de garantizar que las decisiones estuviesen inspiradas en la doctrina científica más generalmente aceptada, aunque luego hay que asumir la existencia de opiniones discrepantes en algunos casos sobre estas cuestiones; en segundo lugar, que las decisiones se adoptasen una vez oído el parecer de los profesionales sanitarios más directamente relacionados con el problema y que las decisiones se aplicasen coordinadamente, es decir, que cada autoridad que tuviera que tomar una decisión lo hiciese sabiendo cuáles eran las adoptadas por los demás. Y, finalmente, que las decisiones se adoptasen con la suficiente antelación como para que fuera posible planificar el desarrollo de las mismas en las mejores condiciones posibles. Creo que esos objetivos se consiguieron y afortunadamente las cosas están discutiéndose con normalidad en nuestro país, que supongo que es el deseo de todos.

El señor **PRESIDENTE**: La señora Amador tiene la palabra.

La señora **AMADOR MILLÁN**: Señor ministro, si le he entendido bien, no es posible todavía conocer cuál es la diferencia en la evolución de la enfermedad en los territorios donde se ha producido una vacunación masiva respecto de los que no la han llevado a cabo.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Romay Beccaría): Señora Amador, es prematuro saber el

efecto que está teniendo la vacunación. Se sabrá a partir de enero y febrero. Todavía no estamos en la temporada epidemiológica. Sí se puede atribuir, en parte, el descenso operado en el año 1997 al hecho de la vacunación en Galicia, Cantabria, La Rioja y a las vacunaciones que se hicieron, aunque no de forma tan generalizada, en Madrid, Andalucía y en algunas otras comunidades autónomas.

El señor **PRESIDENTE**: Pediría a la señora Amador que concrete sus preguntas.

La señora **AMADOR MILLÁN**: Termino, señor presidente, haciendo una petición al ministro. Con motivo de esta comparecencia, y en nombre de mi grupo, le ruego tenga por hecha la solicitud de remisión del informe que resultará de este estudio sobre la eficacia de la vacuna, realizado en la comunidad de Madrid, y que nos ha dicho que estará disponible en el primer semestre de 1998. Tan pronto como el Ministerio disponga de él, tenga a bien remitirlo a esta Cámara para poder conocer los resultados y, a la vista de la aclaración que acaba de hacer el señor ministro, esperaremos a que los datos sobre la evolución de la enfermedad nos permitan valorar la decisión de la vacunación en los meses que el señor ministro nos indica.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Romay Beccaría): Con mucho gusto, señora diputada, trasladaremos ese estudio en cuanto esté a nuestra disposición.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos que desean intervenir? (**Pausa.**)

Por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida, tiene la palabra la señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Muchas gracias, señor ministro, por su comparecencia para hablar de un tema que es paradigmático de las políticas sanitarias y de las intervenciones en salud pública.

En nuestro país hemos asistido a un cambio de perfil epidemiológico, en cuanto a la meningitis, muy intenso y en un período muy breve de tiempo. El cambio del serogrupo B por el serogrupo C se ha producido en poco más de tres años. No solamente es un cambio de serogrupo, sino que las características del serogrupo C, de la mutación de la cepa clásica, que es la mayoritaria en nuestro país, tiene características diferentes, involucra unas características especiales. No solamente es el cambio de cepa, insisto, sino que, vinculado a ella, se produce un aumento generalizado de la incidencia, fundamentalmente en los grupos de edad comprendidos entre los 14 a 19 años y de 1 a 4, así como el incremento de la letalidad y un patrón de difusión por casos esporádicos.

La opinión de mi grupo difiere en parte de lo que ha planteado la señora Amador, en representación del Grupo Socialista. Sin que haya panaceas absolutas, la vacunación existe, en primer lugar, frente a la meningitis C. Los datos con los que yo cuento sitúan la vacunación como más eficaz que la quimioprofilaxis, aunque, insisto, no es una so-

lución absoluta ni para siempre. Sobre todo porque, como es bien sabido, la duración de la inmunidad que genera la vacuna es más corta que en otros casos —se atribuye una duración media de tres años— y la dosis de recuerdo produce una inmunidad nueva; es decir, que no evoluciona como en otras vacunas, en que la inmunidad producida por la dosis de recuerdo induce una respuesta añadida.

Hay que señalar, no obstante, que el nivel de cobertura y la duración de la inmunidad, es decir, la eficacia de la vacuna, es notablemente superior a la que inducen otras vacunaciones, sobre las que no se discute su eficacia ni su oportunidad en determinados casos, como es la vacuna de la tuberculosis, la BCG, en situaciones epidemiológicas precisas. También es verdad que hay una serie de datos que la comunidad científica no está en condiciones de avalar de una manera determinante. Por ejemplo, la tasa umbral a partir de la cual se recomienda la vacunación masiva, los 10 casos por 100.000 habitantes, es más bien un acuerdo entre la comunidad científica que la seguridad absoluta de que a partir de esa tasa se produzcan situaciones diferentes. Existe también la evidencia de que en Canadá, con una situación epidemiológica semejante a la nuestra, la vacunación masiva tuvo un resultado calificado como excelente en prevención de casos y defunciones.

Hasta ahí he señalado simplemente las dificultades, las ventajas y las novedades que la situación plantea. Las críticas que hemos hecho desde mi grupo parlamentario hacia la actuación del Ministerio vienen fundamentalmente justificadas por la falta de claridad, la indecisión y, en muchos casos, la generación directa de alarma social por un Ministerio de Sanidad que debería haber contribuido a plantear a la población, a través de los medios de comunicación, y mucho más importante que eso, a través de las estructuras sanitarias públicas, suficientes criterios para que la educación sobre la salud, impartida por los trabajadores sanitarios, cumpliera esa función básica que el sistema sanitario tiene que cumplir. En mi opinión ése es el resultado de que la salud pública sea evidentemente la cenicienta de la política sanitaria de su gobierno y también el resultado de la actuación de un Ministerio de Sanidad —eso no es responsabilidad del PP, es responsabilidad de gobiernos anteriores— que se ha apresurado a transferir la salud pública a las comunidades autónomas, lo que a nuestro juicio, ya lo he indicado otras veces, no debería haberse hecho nunca, porque la autoridad sanitaria en materia de salud pública debe ser centralizada, independientemente de que la gestión en lo concreto se realice de manera específica por las comunidades autónomas. Esto se ha traducido en una falta de autoridad absoluta por parte del Ministerio y en un sálvese quien pueda en cada comunidad autónoma según los criterios que cada cual ha estimado convenientes, y como ha señalado la señora Amador, más de acuerdo a criterios de oportunidad política o incluso de algún criterio económico, que de decisiones coordinadas, sensatas y con suficiente rigor que las respaldaran.

Por ejemplo, una de las cosas que nosotros hemos creído que ha sido un gran error de su Ministerio, y que espero que no se produzca por parte de las comunidades autónomas que aún no han procedido a la vacunación ma-

siva, es la confusión en torno a si estaba indicada o no oficialmente la vacunación, más allá del control de los casos contacto del brote detectado, y sin embargo indicar que la vacuna estaba disponible en las farmacias previo pago del cien por ciento de la vacuna por parte de las familias, con lo cual la alarma social creada ha tenido el efecto, que la sociedad valorará, de un incremento del gasto farmacéutico privado con el correspondiente ahorro del gasto farmacéutico público.

Espero también, como ha señalado la señora Amador, que por parte de su Ministerio haya una información lo más precoz posible del resultado de los estudios epidemiológicos, sobre todo la comparación de la evolución del perfil epidemiológico comparativo entre las comunidades autónomas que han vacunado y las que no lo han hecho, ya que es evidente que no existe una diferencia en número de casos que justifique claramente que en una comunidad autónoma se vacune masivamente y en otra no. Entiendo que, al menos, este tipo de decisiones con un alto grado de irracionalidad, según el criterio de mi grupo parlamentario, pueden servir para realizar estudios de casos control que permitan que para posteriores casos semejantes pueda haber de la manera más rápida posible criterios claros, eficaces, porque ése es el nivel de autoridad en la política sanitaria del cual el Ministerio de Sanidad no debía haber hecho jamás dejación.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor ministro.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Romay Beccaría): Comparto alguna de las valoraciones de la señora Maestro sobre la eficacia de la vacunación que ella indica. Le puedo decir también que los factores que ella ha apuntado, como este de la incidencia en mayores de 14 años, el nivel de letalidad, etcétera, son justamente factores que al matizar el criterio de la simple tasa de ataque determinaron que algunas comunidades autónomas adoptasen la decisión de la vacunación generalizada. Efectivamente, la tasa de 10 casos por cada 100.000 habitantes es un acuerdo entre la comunidad científica y sobre eso hay también opiniones discrepantes, pudo haberse elegido otra, pero ésta tenía el respaldo mayoritario. También puedo recordar que Canadá, cuando vacunó, tenía tasas más bajas que las que este año se están produciendo en las comunidades autónomas que han vacunado. En todo caso, tampoco debemos olvidar este consejo que resulta del acuerdo de la conferencia de Oviedo en el sentido de que nada puede sustituir, por muy eficaz que sea la vacunación, a las ventajas derivadas de un diagnóstico y tratamiento precoz que no conviene perder de vista en ninguna medida.

Creo que el Ministerio de Sanidad ha cumplido con su papel en esta ocasión. El invierno pasado se produce una situación de alarma en Madrid que afortunadamente no tiene lugar en otras comunidades autónomas de España, pero esa situación de alarma social fue afrontada por el Ministerio con toda diligencia y sin ninguna indecisión. Nos cuidamos mucho de cumplir con nuestras funciones, de

procurar la máxima coordinación en todo este campo, que se ha conseguido. Se ha actuado siempre contando con los órganos colegiados encargados de velar por esta coordinación, la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial, el propio consejo Interterritorial, y con vistas a la nueva temporada se propician todas estas medidas a las que me he referido en mi intervención, impulsando la celebración de esa conferencia de Oviedo y consiguiendo allí las conclusiones necesarias para que se pueda decir que todas las medidas adoptadas están encajadas en los acuerdos asumidos por todos y forman parte de su ejecución, matizada en los términos en que razonablemente se tiene que proceder en esta materia.

El hecho de que haya vacuna disponible en las farmacias me parece que es algo deseable, con independencia de que se proceda a vacunaciones generalizadas por los servicios de salud o no, porque la vacunación puede ser indicada en casos individuales y hay que aceptar esa posibilidad y ofrecer, consiguientemente, que se pueda obtener mediante su pago por el usuario o a través de los servicios sanitarios con las condiciones generales de la prestación farmacéutica.

El debate sobre si la salud pública debe estar o no transferida trasciende ciertamente al motivo de esta comparecencia. Ésa es otra cuestión. Tenemos que respetar la distribución de competencias que resulta de nuestra Constitución y de los estatutos de autonomía y nuestro papel consiste en este caso, supuesta esta situación de transferencia de estas competencias a las comunidades autónomas, en velar por el ejercicio coordinado de esas competencias, a lo cual nos estamos aplicando y de lo que me siento orgulloso. En salud pública se está trabajando desde el Ministerio de Sanidad satisfactoriamente, se ejercen esas competencias de coordinación, no siempre sencillas, con gran eficacia, y el hecho es que la actuación de las comunidades autónomas en todas estas materias tiene lugar coordinadamente gracias a este papel que desempeña el Ministerio y la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial en este campo. En ese sentido es muy de apreciar la labor que se está desarrollando, y nos ocupamos de cuestiones muy interesantes en temas de salud pública ya que, aparte de esas funciones de coordinación, está todo lo que estamos haciendo en materia de sida y de educación sanitaria, donde hemos adoptado iniciativas novedosas en los últimos tiempos, lo que nos permite presentar un balance, a mi juicio, muy positivo del trabajo que estamos haciendo en el campo de la salud pública.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Villalón.

El señor **VILLALÓN RICO**: Señor presidente, señor ministro, señoras y señores diputados, de la comparecencia del ministro ante la Comisión de Sanidad a solicitud del Grupo Socialista para informar sobre la vacunación de la meningitis, y de lo que hemos oído no solamente al señor ministro, sino incluso a los portavoces de los distintos grupos, se deducen dos debates totalmente diferentes a lo largo de la mañana de hoy: uno podría ser el discurso o de-

bate sanitario, en el que nosotros poco tenemos que añadir a lo que se ha dicho. La ilustre diputada de Izquierda Unida además es experta en salud pública y me parecería un atrevimiento por mi parte corregirla en algunos de los aspectos que ella ha planteado, y, por supuesto, está la opinión de las autoridades científicas sanitarias que son las que avalan las decisiones del Gobierno, del ministro en particular, por lo que está de más hacer ahora un discurso sobre estas cuestiones. Se ha dicho a lo largo de esta mañana lo que ha supuesto la meningitis C del serogrupo 2.B, se ha establecido el incremento de la incidencia por edades, el incremento de la letalidad, la presentación de un patrón de difusión de casos esporádicos y luego la tendencia de un patrón de difusión espacial a lo largo de lo que podría ser el territorio de nuestro país. Realmente, ahí no voy a entrar, porque me parecería, como he dicho anteriormente, un atrevimiento por mi parte.

Sin embargo, me parece muy importante resaltar lo que podríamos denominar la lectura o el discurso político, no solamente en lo que se ha establecido a lo largo de esta mañana, sino desde que el problema de la meningitis, cuando se plantea a finales del pasado año, crea cierto temor o cierta intranquilidad en los ciudadanos de nuestro país.

Quiero poner de manifiesto la oportunidad del Gobierno y, en este caso, del Ministro de Sanidad y Consumo, que en su comparecencia ante esta Comisión, el 20 de febrero, transmitió un mensaje de tranquilidad a los ciudadanos, al haberse creado, a través de los medios de comunicación, aquella especie de intranquilidad, temor o alarma social, con largas colas en Madrid, creo recordar que en la calle de O'Donnell. A raíz de la comparecencia del señor ministro, aquello se difuminó: la intranquilidad dio paso a la calma, a la tranquilidad, y yo creo que ésa es una de las grandes labores y responsabilidades de un gobierno o de un ministerio.

Asimismo, me parece oportuno resaltar —algún otro diputado lo ha dicho anteriormente— la información que todos los portavoces de esta Comisión hemos tenido sobre la evolución de los casos de meningitis declarados a lo largo de estos siete u ocho meses desde que compareció el ministro en la Comisión. Ayer mismo se recibió la última relación correspondiente a la semana número 47.

El ministro ha puesto de manifiesto lo que ha sido la coordinación entre el Ministerio y las comunidades autónomas con respecto a la política en salud pública. Creo que es fundamental referirse a la reunión celebrada en Oviedo, en el mes de junio, donde se establecieron las grandes pautas desde el punto de vista de lo que podría ser no solamente la profilaxis, sino la atención a esta enfermedad.

Por último, quiero indicar que el sistema de vigilancia epidemiológica ha funcionado correctamente en nuestro país; que se podrán tener dudas, aunque serán más técnicas desde el punto de vista sanitario, no políticas, con respecto a si ha estado indicada o no la vacunación. Los resultados, como solicitaba la portavoz del Grupo Socialista, de aquellas comunidades donde se ha vacunado masivamente, como, por ejemplo, en Madrid (recientemente he leído unas declaraciones de la consejera de sanidad de esta comunidad autónoma poniendo de manifiesto la satisfacción

por el proceso de vacunación), los veremos dentro de unos meses y sabremos entonces si estaba más o menos indicada la vacunación con respecto al resultado en aquellas otras comunidades donde no se vacunó.

Lo que hay que poner de relieve es la tranquilidad que se transmitió a los ciudadanos y la sensación de que las autoridades sanitarias están coordinadas y funcionan bien en beneficio de los ciudadanos.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor ministro.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Romay Beccaría): Muchas gracias a los diputados del Grupo Popular, por el apoyo que en este como en todos los demás temas están prestando al Gobierno y que es para nosotros un elemento fundamental para el cumplimiento de nuestras obligaciones.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor ministro, por su comparecencia. Le agradecemos su intervención. Agradecemos, tanto al señor ministro como a los portavoces, la brevedad y el ajustarse a los tiempos, lo que nos permitirá seguir con el orden del día.

Vamos a hacer un receso de dos minutos para despedir al señor ministro. (**Pausa.**)

PROPOSICIONES NO DE LEY:

— **SOBRE MEDIDAS URGENTES PARA ASEGURAR EL RESTABLECIMIENTO Y EL MANTENIMIENTO DE LAS PLAZAS SUPRIMIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO (HUESCA). PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO FEDERAL DE IZQUIERDA UNIDA (Número de expediente 161/000521).**

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, reanudamos la sesión.

Comienza el debate y votación, en su caso, de la proposición no de ley sobre medidas urgentes para asegurar el restablecimiento y el mantenimiento de las plazas suprimidas en el servicio de ginecología del Hospital de Barbastro (Huesca), presentada por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida.

Para su presentación, tiene la palabra la señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Disculpe, pero he creído entender que se va a proceder a la votación proposición a proposición, no todas al final. Querría aclarar eso.

El señor **PRESIDENTE**: Si no existe ningún inconveniente por parte de los portavoces de los distintos grupos, agruparíamos las votaciones que, en cualquier caso, no serían antes de la una, dependiendo de cómo vaya el debate de las proposiciones no de ley.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Gracias, señor presidente.

La proposición no de ley que viene hoy en el orden del día de la Comisión de Sanidad para su debate, tiene fecha de entrada en el Congreso de mayo de 1997.

Quiero aprovechar la ocasión para expresar mis votos en el sentido de que, una vez finalizados los trabajos de la tristemente célebre, por muchas razones, subcomisión parlamentaria, la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados retome su ritmo de trabajo y puedan debatirse las propuestas de los grupos parlamentarios en tiempo útil políticamente, ya que, evidentemente, desde el mes de mayo hasta hoy, en un tema tan concreto y puntual como éste, han sucedido muchas cosas. No obstante la situación, por desgracia, sigue pendiente y, por tanto, la pertinencia de la proposición no de ley a juicio de mi grupo parlamentario, se mantiene.

No voy a extenderme en la exposición. Todos los grupos tuvimos ocasión de escuchar y de expresarnos en la comparecencia del señor Núñez Feijoo, en relación con la supresión de dos plazas de ginecólogos en el hospital de Barbastro, que tenía multitud de connotaciones. No obstante, quería decir que una de las justificaciones objetivas que esgrimió con mayor fuerza el señor Núñez Feijoo era el bajo nivel de rentabilidad, de actividad, que se observaba por parte del servicio de ginecología. Recuerdo que esgrimía el dato de que en este servicio se realizaban 1,5 ó 1,6 intervenciones quirúrgicas diarias. Quiero aprovechar para descalificar ese argumento absolutamente. La especialidad de obstetricia y ginecología es una especialidad médico-quirúrgica, me atrevería a decir que en mucha mayor proporción médica que quirúrgica. Por tanto me parece que utilizar el dato del número de intervenciones realizadas no es relevante en ningún caso.

Lo que sí parece relevante, llamativo y objetivo, sobre todo para un partido, para un Gobierno, que se plantea de una forma tan poco matizada, en mi modesta opinión, el criterio de la satisfacción de la población como elemento rector de la política sanitaria, es la enorme alarma social, la movilización social sin ningún tipo de matiz, que se ha generado no solamente en la ciudad de Barbastro sino en el área sanitaria de este hospital. No voy a consumir tiempo de SS. SS. en repetir la multitud de asociaciones, instituciones y centrales sindicales que se han reunido en una Mesa de apoyo permanente en defensa de la calidad asistencial pública del hospital de Barbastro. Evidentemente, es un objetivo general, pero su desencadenante ha sido la decisión arbitraria, injustificada e incluso caciquil, que ha llevado a la supresión de dos plazas de ginecología. Insisto que del análisis de las instituciones y organizaciones sociales participantes en dicha Mesa de apoyo no puede deducirse, en ningún momento, que un tipo de filiación o tendencia política sea la única reflejada en todas estas asociaciones, sino un estado, que pocas veces se logra, de indignación popular por una medida que la población no entiende, no comparte y para la cual solicita reparación.

Me voy a remitir a las justificaciones técnicas que el señor Núñez Feijoo esgrimió para la supresión de las plazas de ginecólogo. Quiero insistir en que el número de partos,

uno de los parámetros fundamentales para definir las plantillas en un servicio de ginecología y obstetricia, se mantiene estable. He de decir, además, que para cualquiera que conozca el sistema sanitario, el número de actos médicos o de actos sanitarios realizados en un determinado servicio no indica el nivel de calidad, ni siquiera puede definirse la rentabilidad del sistema desde ese punto de vista. Ahora que está caliente el debate en torno al tema del medicamento, todos conocemos cómo el número de pacientes atendidos por hora podría indicar un nivel de rentabilidad alto que, desde luego, no se corresponde en absoluto con la eficacia de la intervención sobre problemas de salud en ese tiempo dedicado al paciente y, además, redundante en un incremento injustificado y desproporcionado del gasto farmacéutico. Es decir, que la calidad de la atención y la rentabilidad del sistema en sanidad no se mide, como puede medirse en una fábrica de coches, por el número de piezas fabricadas por minuto. La calidad de la atención es otra cosa muy diferente, que obedece a parámetros mucho más complejos.

Por otra parte, el envejecimiento de la población, que evidentemente tiene repercusiones en la tasa de natalidad, tiene también repercusiones en la aparición de necesidades de otro tipo de atención sanitaria en las mujeres mayores, y que, objetivamente, la lista de espera que existe en el servicio de ginecología del hospital de Barbastro es abultada tanto en número de pacientes como en tiempo de espera, y tanto para consultas como para intervenciones quirúrgicas no urgentes.

Por tanto, desde el punto de vista objetivo y desde el punto de vista subjetivo, entiendo la petición de la población manifestada esta vez, insisto, en niveles de organización y de expresión colectiva de la voluntad popular, si se me permite calificarla así, que ha alcanzado cotas en Barbastro que mi grupo parlamentario ya desearía para otros lugares del Estado español que, seguramente, tienen problemas de mayor gravedad que en Barbastro. En consecuencia, pido el voto positivo para la proposición no de ley que mi grupo parlamentario presenta y que serviría para restituir patrones de objetividad y de sensibilidad hacia las demandas sociales que han sido olvidadas y pisoteadas, me atrevo a decir, en este caso del hospital de Barbastro.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos que desean fijar posición? (**Pausa.**)

Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra el señor Corominas.

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: Desde el inicio de la situación que se ha planteado en el hospital de Barbastro, e independientemente de las condiciones subjetivas que se han dado en el propio hospital y en toda su zona de influencia, así como de las connotaciones personales con las que se ha revestido el tema, ha sido preocupación de este grupo parlamentario intentar eliminar estos factores y moverse en el terreno de la mayor objetividad posible para analizar esta situación. Por ello, tal como manifestamos en la última reunión de la Comisión de Sanidad, objetivo del Grupo Parlamentario Socialista ha sido

intentar contrastar las informaciones de que disponíamos para no quedarnos únicamente con la visión de una de las partes en que se daba el problema. Por eso desde marzo se han realizado distintas preguntas por escrito al Ministerio de Sanidad que al día de hoy no han obtenido respuesta, lo que lamentamos y pusimos de manifiesto en la última reunión de la Comisión y continuamos haciéndolo. Se pidió la comparecencia del señor Núñez Feijoo, que nos dio su versión y nos manifestó que se basaba en datos objetivos, que nosotros intentábamos aclarar, que se podían ver en las auditorías que había realizado el propio Insalud, una con el personal de la Dirección General del Insalud en Aragón y otra en la que habían intervenido expertos de fuera de la región. El señor Núñez Feijoo manifestó que nos haría entrega de estas auditorías, pero al día de hoy no disponemos de ellas. Es decir, los incumplimientos en relación con este tema son repetidos y, por ello, cuando existe este oscurantismo, esta falta de transparencia al dar una información sobre unos hechos que han acontecido y que, como manifestaba la señora Maestro, han tenido una amplia repercusión popular en la zona de influencia del hospital de Barbastro, cabe pensar razonablemente —y ésta es nuestra duda en estos momentos— que algo debe existir para no querer aclarar estas situaciones conflictivas.

En consecuencia, ante los reiterados incumplimientos que se han producido en este tema, nos vemos hoy obligados moralmente, dado que sólo disponemos de la información de uno de los sectores, a votar favorablemente la propuesta que ha presentado el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida para ver si de esta forma se logra aclarar objetivamente el tema y que el ministerio nos dé su versión definitiva.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Popular tiene la palabra el señor Villalón.

El señor **VILLALÓN RICO**: Señor presidente, intervengo para fijar la posición del Grupo Popular sobre esta proposición no de ley de Izquierda Unida. El debate de hoy podríamos denominarlo, en argot futbolístico, el segundo tiempo de un debate sanitario muy localizado en la provincia de Huesca, en un hospital del grupo 1, de los que se llaman comarcales. Me gustaría, en razón de los argumentos que han planteado aquí los portavoces de los grupos de Izquierda Unida y Socialista, contradecirles en alguna de las cuestiones.

En primer lugar, lógicamente he de referirme a la intervención del secretario general de Asistencia Sanitaria hace un mes aproximadamente. Nosotros quedamos ampliamente satisfechos con las explicaciones que nos dio. Creemos que fueron las correctas no sólo desde el punto de vista de los datos objetivos sino avaladas por los equipos territoriales de la inspección, uno de Aragón y otro de Baleares, como se ha dicho anteriormente, por lo que en este momento los diputados de la Comisión tienen la información de las dos partes. Yo tengo conocimiento de que las auditorías a que hace referencia el diputado señor Corominas han sido enviadas a los diferentes grupos parlamentarios o lo serán próximamente, pero, en todo caso, y te-

niendo usted razón cuando dice que no han sido contestadas algunas de las preguntas por escrito, yo quiero aclarar que en ningún momento ha habido oscurantismo, sino la intención de precisar las contestaciones, y éstas se dieron durante la comparecencia del secretario general de Asistencia Sanitaria ante esta Comisión.

Por otra parte, parece oportuno hacer una reflexión, que es como yo terminaba mi intervención en la anterior comparecencia, sobre quién protege, defiende, salvaguarda los intereses de la sanidad pública. En aquel momento dejaba la reflexión ante la Comisión preguntando si defienden la sanidad pública aquellos trabajadores de la sanidad, desde los facultativos a los no facultativos, desde los sanitarios a los no sanitarios, aquellos que se dedican a la labor para la que están contratados, aquellos que atienden a los enfermos a los que deben sus servicios, o aquellos otros que intentan boicotear no sólo a la administración del hospital, sino la atención del día a día a los ciudadanos. Yo lógicamente me voy a manifestar. Creo fervientemente que los servidores públicos, todo el personal que trabaja en la Administración pública, aquellos que dedican sus esfuerzos y sus conocimientos a los ciudadanos, son los que realmente están defendiendo la sanidad pública y no aquellos otros que están entorpeciendo todas las actividades que puedan realizarse en cualquier centro público, en este caso, en un hospital como el de Barbastro.

También quiero hacer unas manifestaciones respecto a algo que me llama la atención, la mesa para la defensa de la sanidad pública en el hospital de Barbastro. Tengo datos comparativos de este hospital con otro de la comunidad de Aragón. Los datos del hospital de Barbastro, en general, son manifiestamente mejores que los del otro (curiosamente no hay ningún movimiento ciudadano ni de ninguna asociación) y están a disposición de SS. SS. Por ejemplo, la lista de espera quirúrgica en todo el hospital es de 1.217, a septiembre de 1997, y en el otro es de 1.765. Son datos orientativos; por sí solos a lo mejor no dicen nada pero ponen de manifiesto un interrogante. Es curioso que en ese hospital donde hay dos personas de la plantilla que son conocidas en aquel ambiente se interponga ese recurso o haya ese movimiento ciudadano. Es curioso también que aquellos que propagan —y el señor Corominas lo transmitió ante esta Comisión— noticias falsas sobre la asistencia sanitaria en el hospital, como que un especialista de distinta especialidad había practicado una intervención quirúrgica —eso es falso, se corrigió aquí; hay constancia—, lo hagan para sembrar cierto temor o pánico entre la población. Ésos son los que atacan a la sanidad pública. Los que salvaguardan la sanidad pública son los que, como decía antes, trabajan y dedican su esfuerzo a los ciudadanos.

Respecto a que los criterios de calidad no pueden ser asimilados a la cantidad, estoy totalmente de acuerdo con la diputada. Por supuesto que cantidad no quiere decir calidad, pero no cabe la menor duda de que uno de los principios que debe regir el sistema, como cualquier otro sistema sanitario que lógicamente esté al servicio de los ciudadanos, es ver cuantas más personas mejor. El debate por excelencia, no solamente en esta legislatura sino en las pasadas, han sido las listas de espera. Le tengo que comuni-

car que a fecha actual, a 26 de noviembre de este año, no hay mujeres en lista de espera con más de nueve meses para ser intervenidas quirúrgicamente, que, como usted sabe, es el objetivo que se planteaba el Gobierno, el Insalud en concreto, para 31 de diciembre de este año. No hay tampoco ninguna mujer en lista de espera para ser atendida en la consulta de obstetricia, y la lista de espera para la consulta de ginecología, sin tener los datos actuales, está en torno a las 120 ó 130 personas. Creo que son datos bastante objetivos y satisfactorios de lo que puede ser la asistencia.

Los criterios de calidad son diversos, y es evidente que calidad no va relacionada con cantidad. La calidad se establece respecto al número de altas, al tiempo de hospitalización de los enfermos, y esos criterios están siendo bastante buenos y son mejores que los de hace un año. Para terminar, señor presidente, si a fecha de un año comparamos datos de noviembre de 1997 con los de noviembre de 1996 y vemos que la cantidad de pacientes que se atiende es superior, que los índices de calidad son manifiestamente mejores y que la satisfacción de los ciudadanos de esa comarca o de esa zona (permítame que le diga que es la realidad), que son cien mil aproximadamente, es muy buena, y lo que realmente sucede es un conflicto ficticio —como ya comenté en su momento— que sólo aparece en ciertos medios de comunicación, por todo ello nosotros creemos que la medida ha sido acertada, que ha sido tomada con criterios de gerencia hospitalaria, avalado por lo que podríamos denominar la cadena de mandos del Instituto Nacional de la Salud, por todo eso nosotros vamos a votar en contra de la proposición no de ley.

El señor **PRESIDENTE**: Quiero someter a la consideración de SS. SS., como están funcionando otras comisiones en la Cámara en este momento y el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) me ha pedido alterar el orden literal del día, pasar a la tercera proposición. Como están presentes el señor Blanco, ponente del Grupo Parlamentario Socialista; el señor Mingo, del Grupo Parlamentario Popular, y la señora Riera, del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), al estar todos los grupos representados, si no hay inconveniente, podríamos alterar el orden del debate de las proposiciones no de ley. (**Asentimiento.**)

— **SOBRE ESTUDIO DE LA APLICACIÓN DEL REAL DECRETO 9/1996, DE 15 DE ENERO, DE MANERA PROGRESIVA Y A TRAVÉS DE LOS CENTROS SANITARIOS PROPIOS O CONCERTADOS CON EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (INSALUD). PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA DEL CONGRESO (Número de expediente 161/000587).**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la proposición no de ley sobre estudio de la aplicación del Real Decreto 9/1996, de 15 de enero, de manera progresiva y a través de los centros sanitarios propios o concertados con el Instituto

Nacional de la Salud, formulada por el Grupo Parlamentario Socialista. Tiene la palabra el señor Blanco para su presentación.

El señor **BLANCO GARCÍA**: Señor presidente, esta proposición no de ley que se somete a la consideración de la Comisión pretende que el Gobierno continúe extendiendo la aplicación del Real Decreto 9/1996, de 15 de enero, de manera progresiva y a través de los centros sanitarios propios concertados con el Insalud. ¿Cuál es el objeto del Real Decreto 9/1996? En él se regulan, entre otras cosas, la financiación y el suministro de los efectos y accesorios sanitarios, dentro del territorio del Insalud, que sean prescritos para pacientes no hospitalizados. Entre estos efectos y accesorios, que son varios y se relatan en los anexos del decreto, se encuentran los llamados absorbentes para incontinencia urinaria, más conocidos como los pañales de incontinencia. El real decreto contempla para su financiación con cargo a fondos de la Seguridad Social, o a fondos estatales afectos a la sanidad, que el suministro se debe hacer a través de las oficinas de farmacia o mediante entrega directa por los centros o servicios propios o concertados de la red asistencial sanitaria o sociosanitaria. ¿Qué finalidad tiene este real decreto? Reducir el gasto sanitario en unos productos que, si bien son de índole sanitario, no requieren ningún tipo de especialización en su manejo. Hay que tener en cuenta que solamente en el año 1996 el gasto en estos efectos supuso unos 8.000 millones de pesetas para el Insalud. Pues bien, en esta materia que ha reducido el gasto público, yo creo que todos los grupos y todas las señorías aquí presentes estaremos de acuerdo en que es un objetivo a conseguir. En la proposición no de ley se insta al Gobierno a que se siga extendiendo con un criterio geográfico la aplicación de este real decreto, porque de manera prudente, iniciando una experiencia, el decreto se comenzó a aplicar en las comunidades de Baleares y Murcia y en algunos centros de salud de la Comunidad de Madrid. Lo cierto es que durante ese año 1996, en estos pequeños territorios donde se aplicaba el decreto se produjo una reducción de un 13 por ciento de ese gasto sanitario con respecto al año anterior.

Ante algunas manifestaciones realizadas por las autoridades sanitarias y difundidas a través de los medios de comunicación en los meses de marzo y abril de este año, hice una pregunta al Gobierno en el Pleno, en el mes de abril, a la que el ministro de Sanidad me contestó de manera que no me dejó satisfecho —lo tengo que decir hoy aquí como lo dije entonces—, y me preocuparon algunas de las frases de su respuesta como, por ejemplo, decir que la ejecución de estas medidas contempladas en el real decreto que hoy traemos a colación tiene algunas dificultades y el suministro directo a través de los centros está dando lugar a un incremento en el consumo. Como quiera que ésta es una afirmación que no nos parece adecuada con la realidad, y sobre todo que deja la puerta abierta a un estudio que el propio ministro decía que se iba a hacer sobre los canales de distribución preferentes por parte de la autoridad sanitaria para estos efectos, éste es el origen de la proposición no de ley para instar al Gobierno a que se siga aplicando de ma-

nera progresiva en todo el territorio del Insalud este real decreto que hoy comentamos. Hay que tener en cuenta que el argumento de la reducción del gasto sanitario no ha sido desmentido en ningún momento por autoridades sanitarias, y en la respuesta que se me dio por parte del ministro tampoco fue rebatido. Tengo que decir que en el año 1996 esa reducción del 13 por ciento produjo un ahorro al Insalud del orden de mil millones de pesetas. Estamos hablando de unos efectos que, si bien son sanitarios y cuyo manejo cualquier persona lo puede hacer, tienen una incidencia en el gasto sanitario realmente importante.

Por tanto, señorías, por las razones que avalan la presentación de la proposición no de ley, tanto en la oportunidad como en el contenido de fondo, los razonamientos por los cuales se debe seguir aplicando este real decreto en todo el territorio del Insalud, a no ser que haya razones en contra muy poderosas, que creo que no va a ser así, por todo ello —y con esto termino— pido el voto favorable a todas sus señorías.

El señor **PRESIDENTE**: A esta proposición no de ley se ha presentado una enmienda por parte del Grupo Parlamentario Popular. Le daré la palabra al señor Mingo para que presente la enmienda, y a continuación al señor Blanco a los efectos de su aceptación o rechazo, con lo cual el resto de los grupos que deseen intervenir tendrán más claras las ideas en cuanto al debate de la proposición no de ley.

Para la presentación de la enmienda tiene la palabra el señor Mingo.

El señor **MINGO ZAPATERO**: Señor presidente, subyace en el contenido de la proposición no de ley que ha presentado el señor Blanco en representación del Grupo Socialista, desde mi punto de vista, una preocupación por parte del ponente en relación a que el Gobierno intentara primar la venta de estos pañales fundamentalmente a través de las oficinas de farmacia y en deterioro de las otras posibilidades que contempla el Real Decreto 9/1996. Sin embargo, como el mismo ponente ha manifestado en su intervención, la respuesta del ministro venía a definir claramente que estos pañales de incontinencia iban a seguir siendo administrados en las residencias de tercera edad y en los centros de salud. Es verdad que el Insalud ahorró un 13 por ciento de ese presupuesto, como ha manifestado el señor Blanco en su intervención, pero también es cierto que en 1996 y a lo largo de 1997 se han encontrado algunos inconvenientes que cifro fundamentalmente en dos tipos. En primer lugar, en aquellas zonas, preferentemente rurales, con dificultad de los usuarios para ir a los centros de salud les sería muchísimo más fácil acceder a la venta de este producto en farmacias. En segundo lugar, la minoración del ahorro de los costes de manera directa en relación con el almacenaje de estos productos que ocupan un gran espacio y que en algunas ocasiones han necesitado el alquiler de locales especiales, así como el deterioro en el manejo con roturas de los envases y pérdidas excesivas de los productos. Habría que considerar también el incremento del coste indirecto derivado del personal dedicado a

su expedición. Para minimizar estos problemas, la Administración y el Colegio de farmacéuticos llegó a un acuerdo, en mayo pasado, en el sentido de producir un ahorro de un porcentaje de la venta en farmacias del 11 por ciento y que va a representar para 1997 un ahorro del 21 por ciento de estos productos que son 1.800 millones de pesetas, sin inversión adicional alguna por parte de la Administración. Hoy en día continúa el trabajo de este grupo, en el que están presentes fabricantes, distribuidores, oficinas de farmacia e Insalud, para lograr acuerdos sobre especificaciones técnicas, pliegos de condiciones y medidas de racionalización del uso de estos absorbentes.

La enmienda que presenta el Grupo Parlamentario Popular garantiza, a nuestro juicio, tres hechos que están en la proposición no de ley y que son: la entrega directa en residencias de ancianos, la entrega directa en centros de salud y el facilitar el acceso a los usuarios en la venta en las farmacias siempre y cuando se logren los objetivos económicos de precios adecuados. Espero que en esta línea el señor Blanco y todos los grupos políticos acepten esta enmienda.

El señor **PRESIDENTE:** Tiene la palabra el señor Blanco a los efectos de aceptar o rechazar la enmienda propuesta por el Grupo Parlamentario Popular.

El señor **BLANCO GARCÍA:** Señor presidente, por supuesto que a los efectos únicos y exclusivos de comentar la enmienda que el señor diputado del Grupo Popular ha presentado. Tanto en su intervención como en el contenido de la enmienda hay puntos en los que estamos de acuerdo en cuanto a los efectos que queremos que se deriven de la aplicación del real decreto, por lo que creo que, con el permiso del señor presidente y mientras intervienen otros grupos o ya que las votaciones se van a aplazar hasta las trece horas, podríamos intentar alguna redacción que fuese conforme para ambos grupos y para el resto de los grupos de la Cámara, por supuesto, con el fin de transaccionar una enmienda y votar ese texto.

El señor **PRESIDENTE:** De acuerdo, señor Blanco. Aceptamos su proposición. Pido a los dos grupos que lleguen a un pronto acuerdo para que se lo transmiten al resto.

¿Grupos que desean intervenir? Por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida tiene la palabra la señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTÍN:** Señor presidente, con brevedad, ya que los contenidos del debate se posponen, independientemente del acuerdo al que se pueda llegar, quiero manifestar que la voluntad genérica de mi grupo parlamentario es apoyar con nuestro voto la proposición no de ley del Grupo Socialista, aunque entendemos que puede haber casos de dispersión geográfica de la población, etcétera, que pudieran justificar excepciones que, en cualquier caso, no harían más que apoyar la norma general del interés, desde todos los puntos de vista, incluido el económico, de realizar la distribución de efectos sanitarios, objeto de la proposición no de ley, en los propios centros sanitarios.

El señor **PRESIDENTE:** Por el Grupo Parlamentario de Convergència i Unió tiene la palabra la señora Riera.

La señora **RIERA I BEN:** Señor presidente, mi grupo parlamentario quiere anticipar que votará favorablemente el acuerdo al que seguro que van a llegar los grupos proponente y enmendante, porque pensamos que estamos ante una proposición no de ley en la que ante todo tiene que dominar el sentido común, aunque, como sabemos, el sentido común se llama así precisamente porque suele ser el menos común de los sentidos.

Se trata, por una parte, de procurar ahorrar en gasto farmacéutico, objetivo este que todos los grupos parlamentarios coincidimos en que es de vital importancia, y además estos días es un tema de flagrante actualidad, y, por otra parte, de garantizar que las personas que se ven necesitadas de utilizar estos llamados pañales de incontinencia tengan el suministro correcto, procurando salvar, dentro de lo posible, las dificultades que determinadas personas pueden tener por su lugar de residencia, etcétera. Nosotros pensamos que ante esta situación lo que hay que hacer es encontrar los equilibrios justos, que en cada sitio pueden ser distintos, de tal manera que se compaginen las dos circunstancias: dar servicio a los usuarios, a las personas que precisan de estos pañales de incontinencia, y al mismo tiempo ahorrar el máximo posible en gasto farmacéutico. En mi comunidad, Cataluña, se acordó que la mejor manera de conseguir estos efectos era seguir utilizando la red de oficinas de farmacia para el suministro de estos pañales de incontinencia, y se consiguió mediante un concurso establecer cuáles serían los precios de referencia por encima de los cuales no se atendería la subvención por parte de la Seguridad Social de este 40 por ciento. Al mismo tiempo, estamos a punto de formalizar un acuerdo entre las oficinas de farmacia y centros como las residencias de día o en los que hay mayor cantidad de personas con necesidad de usar estos pañales, para que donde sea posible existan depósitos de estos pañales, de manera que se facilite aún más el suministro de este producto.

Tal y como he anunciado al principio, confío en que la enmienda será aceptada por el grupo proponente y que se llegará a un texto de consenso. Al fin y al cabo todos pretendemos lo mismo: dar servicio al menor coste posible.

— **RELATIVA A LA GENERALIZACIÓN DE LA TERAPÉUTICA VIGILADA COMO FORMA DE TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS. PRESENTADA POR EL GRUPO SOCIALISTA DEL CONGRESO (Número de expediente 161/000530).**

El señor **PRESIDENTE:** Pasamos a debatir la segunda proposición no de ley, relativa a la generalización de la terapéutica vigilada como forma de tratamiento de la tuberculosis, presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. Para su presentación tiene la palabra la señora Novoa.

La señora **NOVOA CARCACIA:** Señorías, definiendo hoy una proposición no de ley por la que se insta al Go-

bierno a que generalice en el ámbito de gestión del Insalud la terapéutica vigilada como forma de tratamiento de la tuberculosis y, a través del consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud, impulsar dicha generalización terapéutica en todo el sistema sanitario público.

La tuberculosis es un problema de salud importante en España y en todo el mundo, a tales extremos que la Organización Mundial de la Salud hizo una declaración, en el año 1993, de situación de emergencia sobre esta enfermedad. Se calcula que la tuberculosis se cobrará en la próxima década unos 30 millones de víctimas en todo el mundo. La tuberculosis es una enfermedad emergente en toda Europa, donde ha seguido un proceso de crecimiento en los últimos años. Este proceso de crecimiento se debe en gran medida al avance del virus del sida, que destruye las células humanas que mantienen las bacterias de la tuberculosis en estado letárgico. He de decir, de forma ilustrativa, que la Organización Mundial de la Salud cifra en un tercio la población mundial que es portadora de los bacilos de esta enfermedad. No cabe duda de que existen otros factores que contribuyen a este rebrote que se está produciendo, factores que la aparición de nuevas cepas de bacilos resistentes a los fármacos, el aumento de viajes y los movimientos de población. En España, en la década de los ochenta, se produjo un aumento paulatino de esta enfermedad, siendo la tendencia en estos momentos a la estabilización, según se refleja de los datos oficiales, si bien hay que tener en cuenta y decir que los datos oficiales son los que se derivan de las notificaciones médicas que se producen al ser esta enfermedad de las denominadas de declaración obligatoria. Estos datos nos sitúan en 1996 en tasas de 21,21 casos por cada 100.000 habitantes; me estoy refiriendo a las cifras oficiales. No obstante, hay un amplio consenso en relación a que un buen número de casos se escapa al registro oficial. De hecho, estudios no oficiales sitúan la incidencia en tasas por encima de los 36 casos por cada 100.000 habitantes, y la propia Sociedad Española de Neumología refiere una incidencia de la tuberculosis pulmonar de 40 casos por cada 100.000 habitantes. Quiero destacar también, señorías, que esta situación no es homogénea en todo el territorio español. Existen territorios en los cuales la tasa está muy por encima de la tasa media nacional. Y permítame que haga una referencia a mi comunidad autónoma, la Comunidad Autónoma de Galicia, en donde existen áreas de salud en las cuales las cifras alcanzan los 70 y los 90 casos por cada 100.000 habitantes.

Por otra parte, hay que reseñar que la tuberculosis bien tratada se estima que su curación alcanza el 95 por ciento de los casos. El problema está en que una cuarta parte de los pacientes abandonan antes de tiempo el tratamiento, lo cual, además de impedir su curación, favorece la aparición de bacilos resistentes a los fármacos, circunstancia especialmente grave si tenemos en cuenta que se trata de una enfermedad infectocontagiosa, de ahí que la Organización Mundial de la Salud recomiende la aplicación de tratamientos intensivos bajo vigilancia directa de los médicos. En España, esta estrategia en el tratamiento que sugiere la Organización Mundial de la Salud se está efectuando de forma experimental en algunos centros sanitarios y efecti-

vamente se demuestra, a través de su aplicación, el grado de eficacia. Es por ello que mi grupo parlamentario presenta la proposición no de ley a la que nos venimos refiriendo y tanto mi grupo parlamentario como esta portavoz esperan que los grupos presentes en esta Comisión la tomen en consideración y procedan a su votación afirmativa.

El señor **PRESIDENTE**: A esta proposición no de ley se ha presentado una enmienda por parte del Grupo Parlamentario Popular, para cuya defensa tiene la palabra el señor Alcalde.

El señor **ALCALDE SÁNCHEZ**: Señorías, la tuberculosis, como afirma el grupo proponente en su exposición de motivos, es un problema prioritario en materia de salud pública y así lo contemplan los planes de salud de las distintas comunidades autónomas que, por otra parte, ostentan amplias competencias en la materia, introduciendo programas específicos frente a esta enfermedad y declarándola como un área de interés preferente. Asimismo, el propio ministro de Sanidad, en su comparecencia ante esta Comisión el 21 de junio del año pasado, contemplaba la tuberculosis como una de las cinco áreas clave junto a las enfermedades cardiovasculares, las neoplásicas, infección de VIH y sida y salud mental, en las que el Ministerio iba a centrar su atención en materia de salud pública.

Antes de entrar de lleno objetivamente en el núcleo de la proposición no de ley hay que hacer, creo yo, una serie de consideraciones. Es necesario, como decía la señora Novoa, precisar que como consecuencia fundamentalmente del sida la tuberculosis ha sufrido un aumento considerable en nuestro país, aunque bien es cierto que en estos últimos años se viene estabilizando e incluso bajando. En el año 1996 se declararon 8.331 casos frente a los 8.764 de 1995. También es cierto, y hay que reconocerlo, que hay un sesgo y una poca fiabilidad en las declaraciones por el sistema de EDO, como decía la señora Novoa, pero estando de acuerdo en las tasas, que posiblemente serán muy superiores a las que dice ella, lo cierto es que esas enfermedades de declaración obligatoria nos marcan una tendencia que afortunadamente va disminuyendo.

Entre los factores relacionados con la persistencia de evolución de estas enfermedades se encuentran la pobreza, las migraciones internas, la marginalidad, los síndromes de inmunodeficiencia, especialmente el sida, y la aparición de multirresistencias, estas últimas ligadas en muchos casos al abandono de tratamiento o al seguimiento de tratamientos inadecuados. La mejor medida para lograr el control de la tuberculosis es el diagnóstico temprano de los enfermos y su adecuado tratamiento, ya que de esta forma se anula la capacidad de contagio de los pacientes. Por esta razón y considerando que existe tratamiento antituberculoso eficaz, desde el programa global de la tuberculosis, la Organización Mundial de la Salud se ha propuesto como objetivo para el año 2000 la curación como mínimo del 85 por ciento de los casos nuevos notificados. Aunque la existencia de un tratamiento eficaz puede hacer pensar que se plantea un objetivo fácil, la realidad demuestra todo lo contrario, ya que esto no siempre es así por distintas razo-

nes entre las que se encuentra el incumplimiento del tratamiento, como comentaba el grupo proponente. Para resolver este problema, la Organización Mundial de la Salud recomienda, como medida fundamental, la instauración de pautas cortas de tratamiento que se tomen bajo supervisión directa del personal sanitario, tratamientos observados directamente, TOD, que es en definitiva el planteamiento que hace el Grupo Socialista en su iniciativa. Pero a pesar de ello la aplicación de estos tratamientos observados directamente presenta distintos aspectos que creemos que debemos considerar. Es necesario, por una parte, disponer del personal sanitario encargado de desarrollar estos tratamientos. Otro aspecto sería la identificación del grupo a quien se aplica la medida. Se trata de decidir si se debe aplicar a todos los pacientes con tuberculosis o sólo a aquellos grupos en los que se prevea la mala cumplimentación del tratamiento. En este mismo sentido debe analizarse si se aplicará sólo a pacientes en fase contagiosa o si por el contrario debe extenderse a todos los pacientes, estén en la fase que estén. También hay que considerar la pauta de administración del tratamiento, pues habitualmente se recomienda una pauta de administración intermitente en lugar de diaria con el objeto de optimizar los recursos. Aunque se ha demostrado que este tipo de pautas son eficaces, su utilización en España es testimonial y su implantación supondría una modificación de la práctica habitual de los médicos que tratan a estos pacientes. También es importante la forma en que se va a llevar a cabo la intervención: si será el enfermo el que acuda a los centros sanitarios o si por el contrario serán los sanitarios los que irán a casa del paciente o al sitio más conveniente para éste. Hay que determinar también si se va a aplicar la medida de forma aislada o en el marco de otros programas sanitarios ya existentes, como se está aplicando, por ejemplo, en centros penitenciarios o en otro tipo de centros en relación con los tratamientos con metadona. Otro aspecto sería la existencia o no de incentivos para los pacientes, que ya se está experimentando en otros lugares, concretamente en Nueva York y en Barcelona, que pueden ser monetarios o de otro tipo, incluso como bonos de comida, que han tenido cierto éxito. Por último, no podemos olvidar la actuación a seguir con los pacientes que se niegan a realizar el tratamiento. Éste es un punto que requiere una consideración especial puesto que de él se derivan cuestiones de tipo ético y de tipo legal que se deben tener en cuenta. Tenemos una legislación, la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, pero que está sin desarrollar y que no prevé cómo actuar en estas circunstancias.

En resumen, señorías, el TOD es una medida importante para el control de la tuberculosis, que ha sido recomendada por la OMS y que se considera efectiva, pero su puesta en marcha requiere resolver las cuestiones anteriormente citadas. En España, como decía la señora Novoa, se han llevado a cabo distintas experiencias en este sentido (en el área 4 de Madrid, en la cárcel modelo de Barcelona, en Alicante, en el Hospital Nuestra Señora del Pino de Las Palmas), todas han estado dirigidas, salvo la de Barcelona y la de Las Palmas, a pacientes afectados conjuntamente de sida y tuberculosis, ligando la administración de meta-

dona y los fármacos antituberculosos, y han sido experiencias positivas. Por eso, entre las actividades que está desarrollando el Ministerio está previsto reunir al Comité coordinador del grupo de trabajo que preparó el consenso nacional para el control de la tuberculosis en España, al que está previsto que se incorporen profesionales vinculados a la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, a fin de que se revise la situación de la enfermedad en España y se estudie la situación actual en cuanto a las conclusiones y recomendaciones de la conferencia de consenso celebrada en 1991, así como para conocer el criterio de este grupo de trabajo sobre la oportunidad de crear el registro específico de casos de tuberculosis que incluya una referencia a las multirresistencias y revisar las nuevas estrategias, muy especialmente la de tratamiento observado directamente. En el supuesto de que las recomendaciones técnicas de este Comité lo aconsejasen se procedería a convocar, cómo no, una nueva conferencia de consenso.

Concluyo diciendo, señorías, que nuestro grupo comparte la motivación, comparte la intranquilidad y la inquietud del grupo proponente, pero considera —por eso hemos presentado una enmienda— que sería preciso, antes de generalizar estas terapéuticas vigiladas, como dice la proposición del Grupo Socialista, que hubiera un consenso en los niveles técnicos para definir de alguna manera qué se va a hacer, cómo se va a hacer, cuándo, con quién y de qué manera; explicitar claramente los contenidos de ese tratamiento observado directamente y a partir de ahí, como dice la proposición interpuesta, a través del Consejo interterritorial de salud, trasladarlo para su aplicación inmediata en todo el Sistema Nacional de Salud.

El señor **PRESIDENTE**: A efectos de la aceptación o rechazo de la enmienda, tiene la palabra la señora Novoa.

La señora **NOVOA CARCACIA**: Señor presidente, el Grupo Parlamentario Socialista acepta la enmienda propuesta por el Grupo Parlamentario Popular.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos que desean intervenir? (**Pausa.**)

Por el Grupo Parlamentario de Convergència i Unió, tiene la palabra la señora Solsona.

La señora **SOLSONA I PIÑOL**: Los pacientes tuberculosos precisan siempre en algún nivel un control médico de su régimen terapéutico para asegurar al máximo posible su seguimiento. Los expertos en tuberculosis y los técnicos de los programas de tuberculosis de distintas comunidades autónomas se muestran partidarios de la terapia vigilada. Sin embargo, lo que se conoce como terapia supervisada o vigilada mediante estrategias de control activo de la misma únicamente se requieren en un porcentaje de enfermos que, coincidiendo con la proposición no de ley, establecemos en un 25 por ciento. Estas estrategias de terapia vigilada son seguidas desde hace años en nuestra Comunidad Autónoma de Cataluña, pero, según criterios del programa de prevención y control de la tuberculosis del departamento de Sanidad sobre enfermos tuberculosos de alto

riesgo, sólo en aquellos casos en que se considere peligroso o probable que van a abandonar el tratamiento.

Consideramos, pues, que este tema entra de lleno, por un lado, en la buena praxis profesional y, por otro, en una correcta orientación de las estrategias del programa de tuberculosis. Teniendo en cuenta que a algunas autonomías del Estado español les falta precisamente la existencia de un programa específico de prevención y control de la tuberculosis, nuestro grupo estima que en el consejo interterritorial tendría que impulsarse la generalización de estos programas. La terapia supervisada, según criterio, sería una consecuencia técnica de su estrategia de programa.

Por consiguiente, estamos de acuerdo con la proposición no de ley presentada y con la enmienda que en este caso presenta el Grupo Popular.

— **RELATIVA A LA ADOPCIÓN DE MEDIDAS PARA GARANTIZAR LA POSIBILIDAD DE PRESENCIA DE ACOMPAÑANTE DE CONFIANZA DE LA MUJER DURANTE EL PARTO Y DE SALVAGUARDA DE SU INTIMIDAD EN LOS CENTROS DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (INSALUD). PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO (Número de expediente 161/000615).**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al debate de la proposición no de ley relativa a la adopción de medidas para garantizar la posibilidad de presencia de acompañante de confianza de la mujer durante el parto y de salvaguarda de su intimidad en los centros del Instituto Nacional de la Salud, que ha sido presentada por el Grupo Parlamentario Popular.

Para su defensa tiene la palabra el señor Burgos.

El señor **BURGOS GALLEGO**: El Grupo Parlamentario Popular trae hoy a esta Comisión de Sanidad y Consumo una proposición no de ley sobre una cuestión que nos parece muy importante. En España se producen al año aproximadamente unos 370.000 alumbramientos, de los cuales unos 200.000 se llevan a cabo en maternidades de hospitales del sector público. Sin duda, la mejora de la calidad de la asistencia es un concepto estrechamente unido a la profesión sanitaria tanto desde el punto de vista profesional como desde el punto de vista de las instituciones, y así lo reconocen las diferentes memorias del Instituto Nacional de la Salud y de otros servicios autonómicos de salud de nuestro país. Y precisamente en un momento en el que el debate sobre el futuro de la sanidad centra gran parte de la atención pública es cuando más tenemos que mostrar desde esta Cámara sensibilidad hacia el concepto de calidad de la asistencia.

En nuestro país hemos alcanzado una ratio muy significativa en cuestiones que miden la eficacia de la asistencia sanitaria; hemos alcanzado prácticamente la universalidad en la atención a todos los ciudadanos y unas cotas muy altas de accesibilidad y de gratuidad en esas mismas presta-

ciones. Por tanto, desde el punto de vista del Grupo Parlamentario Popular el reto del futuro en la asistencia sanitaria en nuestro país está fundamentalmente orientado a conseguir la calidad en los servicios y la satisfacción de los usuarios. Los resultados de los indicadores sanitarios en nuestro país afirman que estamos consiguiendo unos importantes logros en materia sanitaria, pero los pacientes muestran un grado importante de insatisfacción en aspectos que tienen más que ver con la atención, que tienen más que ver con la calidad de los servicios, que tienen más que ver con la sensibilidad de algunos profesionales y de las propias instituciones que con esa capacidad de nuestro sistema sanitario para ofrecerles las mejores tecnologías y las mejores capacidades técnicas.

El Instituto Nacional de la Salud ha sido sensible, en estos últimos años, a la opinión de los usuarios y, sin duda, quiere que los pacientes estén más satisfechos con la atención que se les presta e ir orientando estos objetivos de calidad a satisfacer estas atenciones. Por tanto, no sólo se trata de que los ciudadanos estén satisfechos con la salida técnica sino que lo estén también porque se respeten sus derechos y participen, de alguna manera, en la toma de decisiones.

En este contexto general es en el que presentamos una proposición no de ley sobre uno de esos derechos, sobre una de esas cuestiones que tienen que ver con la calidad y la sensibilidad de nuestro sistema sanitario. La Organización Mundial de la Salud establece entre sus recomendaciones aquella que aconseja la presencia del acompañante durante el proceso del parto, precisamente por entender que éste es un elemento beneficioso para el bienestar y la confianza de la paciente. Dicha recomendación ha sido tomada en cuenta en numerosos informes y estudios al respecto e incluso, como cito en la proposición no de ley, ha sido considerada en algunas actuaciones contempladas en la memoria anual del Defensor del Pueblo. Sin embargo y pese a todas estas recomendaciones y estudios, todavía no hemos sido capaces, en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, de hacer extensiva esta posibilidad a todos los centros de la red. En estos momentos, un total de 37 hospitales del Insalud, de los 45 que tienen maternidad, ofrecen a la madre la posibilidad de estar acompañada durante el período de dilatación y 36 hospitales ofrecen la posibilidad de estar acompañada durante el parto. Es decir, existe más de un 20 por ciento de hospitales de nuestra red pública que todavía no permiten, por diversas causas, este derecho esencial de la mujer, este derecho recogido, entre otros, en este Plan integral de atención a la mujer, presentado hace pocas fechas por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Las razones aducidas para esta negativa a que se proceda a la completa extensión de este servicio se relacionan básicamente con dos cuestiones. La primera, con las reticencias que algunos profesionales vienen manifestando en el sentido de la presencia de acompañantes durante los partos. Al Grupo Parlamentario Popular le resulta difícil de entender que estas reticencias se puedan producir todavía en un sistema que, como gusta decirse tanto en estos momentos, está basado en la evidencia. Si se busca una medicina basada en la evidencia, a mi grupo parlamentario le

gustaría que también se profundizara en una medicina basada en la atención y en la calidad de los servicios que se prestan a los usuarios, porque es una evidencia que ésta es una demanda de muchas mujeres en nuestro país. Por otro lado, la existencia actualmente de deficiencias estructurales en algunos hospitales de la red pública hacen difícil que el parto de la mujer se produzca en unas condiciones óptimas de intimidad, de respeto escrupuloso a unos mínimos de atención personalizada, en un momento tan delicado como es el del alumbramiento. El Grupo Parlamentario Popular entiende que el derecho a la intimidad es exigible incluso cuando se renuncie a la persona que pueda acompañar a la mujer durante el parto, y entendemos que hay que vencer todavía estos problemas estructurales que siguen persistiendo en nuestros hospitales incluso después de muchos años de que se esté presionando en contrario.

Por tanto, mi grupo quiere trasladar a SS. SS. esta doble intención. La primera, que esta Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados se manifieste indudablemente a favor de trasladar a esos profesionales que todavía se muestran reticentes a este acompañamiento a que generalicen esta oferta en todos los servicios de los hospitales que disponen de servicios de maternidad. Y, por otra parte, que el Insalud adopte las medidas oportunas para reformar las instalaciones hospitalarias en aquellos lugares donde éstas adolecen todavía de problemas, puestos de manifiesto por los profesionales, a la hora de negar esta posibilidad de acompañamiento. Es en esta doble dirección y en ese avance, que entendemos necesario y oportuno, en el derecho a la intimidad de las mujeres en el momento anterior, en el momento mismo y en el posterior al parto en el que centramos básicamente nuestra proposición no de ley que esperamos cuente —así lo solicitamos— con el apoyo unánime de todos los grupos parlamentarios.

El señor **PRESIDENTE**: A esta proposición no de ley han sido presentadas cuatro enmiendas por el Grupo Parlamentario Socialista. Para su exposición tiene la palabra el señor Moratalla.

El señor **MORATALLA MOLINA**: Cuando recibimos en el Grupo Socialista la proposición no de ley del Grupo Popular, compartimos no sólo los criterios expresados en la exposición de motivos sino también lo que expresó el portavoz del Grupo Popular sobre la accesibilidad, la gratuidad y la universalidad del sistema público de salud en lo que son los derechos de la mujer de ser acompañada en el momento del parto y a la intimidad, ya que además en las comunidades autónomas que tienen las transferencias en materia sanitaria es una realidad desde hace años. Por eso, al ver expresado en la proposición no de ley lo que se insta al Ministerio de Sanidad y Consumo, nosotros, en el ánimo de la responsabilidad política de colaborar a fijar no sólo el criterio que se expresaba sino algo más que trataré de explicar, es por lo que hemos presentado cuatro enmiendas. Al Grupo Parlamentario Socialista no sólo le preocupa el momento del alumbramiento y los derechos de la madre, sino que considera que también el recién nacido y el padre son sujetos que tienen que tener derecho, motivo

por el cual ha intentado dar mayor contenido a esta proposición no de ley.

Tras la exposición efectuada por el portavoz del Grupo Popular y en conversaciones mantenidas con los distintos portavoces de algunos grupos parlamentarios, el Grupo Socialista, en aras del consenso y de la operatividad, va a mantener sólo una enmienda que no sólo quiere tener una significación de tipo literario al sustituir «hacer posible» por «garantizar». Lo que nos había movido a presentar esta enmienda era que no quedase en una declaración de intención, sino que fuese un compromiso que el Ministerio de Sanidad y Consumo adquiriese con esta Cámara a la hora de, en la temporalidad que se estime oportuno, garantizar los derechos de los sujetos que son motivo de esta proposición no de ley.

Como estaba diciendo, las enmiendas que había propuesto el Grupo Socialista querían reafirmar los derechos de la madre, los derechos del recién nacido y los derechos del padre, porque no entendemos el nacimiento como algo apartado o aislado, sino que consideramos que es un proceso natural en el que, además de tener un carácter fisiológico, entran en juego otros factores como el psicológico, el afectivo y el social, de no menor importancia. En cualquier caso y ante las conversaciones mantenidas, el Grupo Socialista retira las otras tres enmiendas para que sean motivo de una futura proposición no de ley que traeremos al seno de esta Comisión o al Pleno de la Cámara en cumplimiento de los acuerdos y las conversaciones mantenidas con otros grupos.

Por eso, tras valorar positivamente la esencia de lo expuesto en la proposición no de ley y esperando tener conocimiento de una enmienda transaccional, que supongo que a lo largo del debate se hará llegar a la Presidencia de esta Comisión, el Grupo Socialista retira esas tres enmiendas y apoyará ese compromiso que supongo que en el transcurso del debate tendremos posibilidad de conocer.

El señor **PRESIDENTE**: A los efectos de la aceptación o rechazo de las enmiendas, tiene la palabra el señor Burgos.

El señor **BURGOS GALLEGO**: Señor presidente, me permitiría indicarle la conveniencia de que intervinieran otros grupos, en razón de que existe la voluntad, que ya se ha puesto de manifiesto por parte del portavoz del Grupo Socialista, de incorporar alguna enmienda al texto presentado por el Grupo Parlamentario Popular.

El señor **PRESIDENTE**: Así lo haremos.
¿Grupos que desean intervenir? (**Pausa.**)

Por el Grupo Parlamentario de Convergència i Unió, tiene la palabra la señora Amorós.

La señora **AMORÓS I SANS**: Señor presidente, señorías, seguramente si el parir fuera cosa de hombres no estaríamos hablando en estos momentos de estas carencias en los centros hospitalarios. Pero, dado que no es así y que la cuestión está encima de la mesa, a lo mejor tendríamos que empezar a cuestionarnos si, dentro también del Sis-

tema Nacional de Salud, los profesionales tienen que tratar a los usuarios sólo científicamente o también humanamente. Éste es un caso de humanidad y un caso de satisfacción del usuario.

Señorías, señor presidente, un objetivo prioritario del Servei Català de la Salut es la mejora de la satisfacción del usuario. Por este motivo en el Plan de salud de Catalunya de 1993 a 1995 se articularon unas medidas de actuación referidas a las condiciones de atención y trato recibido por los usuarios en los diferentes servicios sanitarios, que continúan vigentes en el Plan de salud de 1996 a 1998, y que ponen todo su empeño y énfasis en potenciar la implantación de mecanismos dirigidos a la mejora de la satisfacción de los usuarios. Igualmente, los contratos de compra de servicios incluyen actuaciones dirigidas a garantizar una atención correcta al usuario. La adopción de medidas específicas para garantizar la presencia de un acompañante a la futura madre durante el parto, siempre que el criterio facultativo no lo desaconseje, es beneficiosa. Señorías, señor presidente, además de ser imprescindibles el equipo médico y los avances tecnológicos a la hora del parto, la posibilidad de estar acompañada por una persona de confianza que, generalmente, es el futuro padre, es, a nuestro entender, la consecución del mejor ambiente para hacer que el acontecimiento más importante en la vida de muchas mujeres y muchos hombres sea completo.

A este efecto, señorías, y para que salga de esta Comisión y de este debate parlamentario algo concreto y nos podamos llevar de verdad las mujeres endurse el peix al cova, como dicen en Cataluña, presentamos una enmienda de adición para complementar la proposición que presenta el Grupo Popular. Sería un segundo punto que diría: Se insta al Ministerio de Sanidad a que, en el plazo de tres meses, presente a la Comisión de Sanidad del Congreso un informe en el que se recoja la situación de los centros hospitalarios dependientes del Insalud, así como las medidas que deben adoptarse en relación al contenido de la presente proposición no de ley.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Burgos, a los efectos de aceptar o rechazar las enmiendas.

El señor **BURGOS GALLEGO**: Sin duda parir no es una cosa de hombres, y eso no lo podemos cambiar en esta Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados. Pero creo que sí es cosa de hombres, de mujeres, de ciudadanos en general, hacer posible que ese momento tan importante en la vida de una persona, de una familia, se pueda realizar en las mejores condiciones de calidad y de satisfacción de los deseos e intereses de los ciudadanos.

Mi grupo parlamentario entiende que, tanto el espíritu demostrado por el Grupo Parlamentario Socialista, como el plasmado en su enmienda de adición por parte del Grupo de Convergència i Unió, evidencian un sentimiento común de preocupación porque este derecho, que hasta este momento solamente se puede realizar en una parte de los hospitales de nuestro país, se pueda hacer extensivo muy pronto a la totalidad del sistema. Creo que ésa es la preocupación que movió al Grupo Parlamentario Popular a pre-

sentar esta proposición no de ley, siendo conscientes, como lo somos, de que existen otros problemas en relación con los derechos de la madre o los del recién nacido. Me permito, simplemente, citar uno como ejemplo, que creo que también tiene que ser objeto de mejora en el futuro, y es que al día de hoy solamente en el 50 por ciento de las hospitalizaciones en camas pediátricas es posible conseguir que los padres puedan acompañar a los hijos. También ése es un aspecto que, sin duda, merece la preocupación de los responsables sanitarios, tanto de las administraciones como de esta Cámara. En todo caso, sin duda, tenemos que ir avanzando paso a paso. Creo que la muestra de voluntad política que los grupos evidencian hoy aquí va a contribuir no solamente a que en ese informe que se solicita por parte del Insalud se puedan plasmar ya compromisos muy concretos, en cuanto a tiempo y medidas, para el ámbito del Instituto Nacional de la Salud, sino también para que sirva de acicate en las comunidades autónomas con competencias transferidas —por tanto, con plenas responsabilidades— y que esto pueda ser llevado a cabo con la mayor celeridad posible.

Entendiendo que ambas enmiendas son perfectamente asumibles y compartidas por mi grupo de forma absoluta y total, mostramos no solamente nuestra mejor disposición a votar favorablemente las mismas, sino el agradecimiento por la colaboración y la voluntad demostrada por el resto de los grupos de esta Cámara.

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

— **SOBRE LA ESPECIALIDAD MÉDICA DE «GENÉTICA CLÍNICA». PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO (Número de expediente 161/000668).**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al debate y posterior votación de la proposición no de ley sobre la especialidad médica de genética clínica. Ha sido presentada por el Grupo Parlamentario Popular.

Para su defensa, tiene la palabra la señora Fernández de Capel.

La señora **FERNÁNDEZ DE CAPEL BAÑOS**: Señorías, el avance científico de la genética, de la citogenética, de la biología molecular y de tantos campos en los que esta ciencia se expande, han abierto unos aspectos insospechados en la clínica y en la medicina en los últimos años. En este momento hay descritas y reconocidas más de once mil enfermedades que el médico debe detectar, pero que tienen una frecuencia de presentación a veces tan escasa que solamente desde la clínica altamente especializada es posible el diagnóstico, y no solamente el diagnóstico sino el tratamiento y el seguimiento de esos tratamientos superespecializados que en este momento, afortunadamente, la sociedad es capaz de ofrecer y el enfermo puede recibir.

Evidentemente, la genética es una ciencia matriz, es algo más que la clínica, es algo más que el diagnóstico; la

genética es también agricultura, veterinaria, reproducción, farmacología, biología molecular, endocrinología, microbiología, oncología, todos los aspectos de la medicina vienen hoy a converger aquí, pero sólo en el área médica, por citar algunas —las últimas a las que me he referido— están más directamente interrelacionadas.

No obstante, el avance biotecnológico, las nuevas terapias génicas, que ya se plantean y se están ofreciendo y aplicando en algunos países, como el tratamiento de ciertas enfermedades tumorales, han hecho que sea necesario poder seguir estas nuevas tecnologías de cerca. Por ejemplo, enfermedades como el ADA han puesto en evidencia la necesidad de reconocer esta especialidad que existe en muchos servicios en España, servicios especializados de genética médica, que están provistos y dotados y donde se hace esta labor. Además, en 1977 esta especialidad estuvo a punto de ser reconocida, pero problemas de tipo político, de cambios, hicieron que en ese momento no se aprobase. Han quedado en el aire todas estas cuestiones, habida cuenta que muchos países tienen esta especialidad, tal como hoy se plantea. Me quiero referir concretamente a Inglaterra, una de las pioneras en la Unión Europea en estos temas, a Alemania y a diferentes Estados de los Estados Unidos, que fue el primer país que planteó, desde el ámbito médico, la necesidad de la utilización de terapias génicas, teniendo que apelar al Congreso y a las asociaciones nacionales de salud (todos sabemos el peso específico que tienen en Estados Unidos y en el mundo) para obtener el permiso y poder llevar a cabo el primer tratamiento a un niño ADA.

Desde los ámbitos biotecnológicos, nacionales e internacionales, se reclama la formación de médicos que puedan llevar a cabo el seguimiento de estas terapias, y se da la siguiente paradoja. En España hay sociedades donde estos médicos se agrupan, porque existen servicios dotados que están haciendo esta labor, cuyos especialistas, muchos de ellos formados en el extranjero y otros en España, obtuvieron su plaza en oposiciones nacionales y, en este momento, carecen todavía del reconocimiento. ¿Qué está pasando? Que se está creando un vacío, que ya no hay una continuidad, puesto que, al no haberse reconocido la especialidad (sí reconocida en otros países), no se están formando especialistas últimamente para los seguimientos clínicos y para los seguimientos especializados de tratamiento, y llegará el momento en que estaremos, por un lado, avanzando, como España avanza en estos temas, y poniéndonos en la punta de la lanza y, sin embargo, en la parte podríamos decir asistencial, aunque no asistencial exactamente, nos estamos quedando a la cola, porque ha habido un intervalo en el que estas especialidades no han sufrido el impulso que en otros países. En este momento, numerosos países de la Unión Europea forman estos especialistas.

Por ello, hemos presentado la proposición no de ley, así como una enmienda de mejora técnica, de modificación, que hace referencia a la especialidad, que vendría a concretar perfectamente los deseos de nuestro grupo y que quedaría redactada de la siguiente manera, si me lo permite el señor presidente. El Congreso de los Diputados insta al

Gobierno a que prosiga los trabajos actualmente en marcha en relación con la genética clínica, procediendo al reconocimiento de la misma como una especialidad médica o, en su caso, como un área de capacitación específica, según lo previsto en el artículo 3 del Real Decreto 127/1984, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de médico especialista.

Nos parece que, puesto que el problema existe, los especialistas los tenemos y pertenecen al propio Sistema Nacional de Salud, donde ejercen su función, por el hecho de esta continuidad en su función y porque el impulso interno a la capacitación técnica son muy altos, el Congreso debe sumarse, y creo que nuestro grupo actúa oportunamente apoyando el sentir de la Sociedad Española de Genética Médica y de tantas otras, que nos reclaman esta especialidad.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos que desean fijar posición?

Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra el señor Corominas.

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: Señor presidente, nos hemos quedado un poco sorprendidos ante la enmienda de modificación que ha presentado el Grupo Parlamentario Popular porque, si bien se cataloga y justifica como una enmienda de mejora técnica, hay cambios sustanciales en su redacción. En primer lugar porque se señala aquí, cosa que no se hacía en el texto original, que el Gobierno está ya realizando trabajos en este sentido y, en segundo lugar, porque entra en consonancia con otras manifestaciones del propio Grupo Parlamentario Popular, y no lo estaba en la proposición no de ley original, que se reconoce como un área de capacitación específica o de especialidad médica, es decir, el mismo texto que en otro momento y en otra proposición no de ley el Grupo Parlamentario Popular presentó.

Quisiera hacer algunos comentarios a partir de la exposición de este texto sobre la especialidad de genética clínica como una especialidad médica. Es evidente que los razonamientos técnicos que se nos han señalado son ciertos, es decir, hay un gran avance biotecnológico, se están implantando terapias genéticas, pero también —y esto no se ha señalado— este campo es claramente interdisciplinario. No solamente están metidos en el tema de la genética los profesionales médicos, también hay otros, y por el hecho de que sea una actividad clínica no debe quedar limitada exclusivamente a esos profesionales médicos, en el sentido de que hay algunas otras especialidades clínicas, como la biología, en las que hay otros profesionales. Por tanto, nos parecía, tal y como estaba redactada la proposición no de ley original, que podría crear algún problema al excluirse a cualquier otro profesional, que ya en este momento está trabajando en los campos de la biotecnología clínica, de la posibilidad de la formación, del avance y del reconocimiento.

Nosotros, no estando en desacuerdo con que se lleve a cabo lo que se propone en la enmienda de modificación, sí nos gustaría señalar la necesidad de ampliar el campo de

actuación en la formación en estos terrenos como un elemento interdisciplinario al que se pudiera acceder desde otros campos, dado que, además, esta discusión —que tampoco ha señalado la portavoz del Grupo Parlamentario Popular— está presente entre las sociedades científicas. La sociedad científica genética más importante que agrupaba a todos los profesionales que se dedicaban a este campo, la Sociedad Española de Genética Humana, ha visto una disensión por parte de un grupo de profesionales médicos que han creado la Sociedad de Genética Médica, como nos indicaba, pero que es minoritaria en relación con la otra, y podría parecer un respaldo corporativo a un grupo determinado de profesionales. Por ello, sin estar en contra de la enmienda de modificación que ha propuesto el Grupo Parlamentario Popular, queríamos señalar estos aspectos y, si es posible —aunque no se traduzca en una enmienda concreta a este texto—, que se tengan en cuenta por parte del Gobierno estas posibilidades interdisciplinarias en un tema tan importante y de tanto futuro como el de la genética clínica.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), tiene la palabra la señora Amorós.

La señora **AMORÓS I SANS**: El avance de los últimos años de la biología molecular ha permitido el conocimiento e identificación de muchas enfermedades o causas de ellas. Del mismo modo, el mejor conocimiento genético lleva terapias génicas que son el futuro de la resolución de muchas patologías. El diagnóstico, utilización y seguimiento de las nuevas terapias genéticas debía realizarse en el ámbito clínico y bajo la supervisión estricta del médico especialista en genética clínica.

Señorías, hay un vacío científico y legal. La ciencia avanza y las especialidades médicas no se han adaptado al desarrollo científico ni a la realidad social. Los especialistas, que los hay y muy buenos, se han formado en esta disciplina médica al amparo de sociedades médicas y en centros hospitalarios, llegando a la paradoja de que después de procurarse la formación teórica y práctica, reconocida internacionalmente, al no estar reconocida como especialidad médica en el Estado español, no se crean plazas hospitalarias para desarrollar dicha especialidad de hecho, comportando esta disfunción una pérdida cuantitativa de profesionales que, aunque deseando aportar sus conocimientos al conjunto de la sociedad para contribuir a paliar el dolor y el sufrimiento de muchos enfermos desde estos avances médicos, no les es posible.

La correcta interpretación clínica de las exploraciones médicas de sintomatologías genéticas hace indispensable la creación de esta especialidad médica de genética clínica. El Estado español carece de ella en la actualidad y los profesionales que la ejercen de hecho, con un nivel profesional excepcional y de reconocimiento internacional, no tienen claro su relevo profesional al no estar reconocida oficialmente, y existiendo un peligro de vacío legal entre los avances científicos, su aplicación y la realidad social que ya es un hecho, además, teniendo en cuenta que estos pro-

fesionales ya ejercen, ganaron su plaza por oposición nacional y existen servicios con esta especialidad.

Señor presidente, señorías, el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) dará su voto afirmativo al compromiso de adecuación de la realidad médica a la necesidad social de los usuarios del sistema sanitario que se propone en este primer paso parlamentario dado por el Grupo Popular, teniendo la certeza de que esta sensibilidad será igualmente defendida para todas las necesidades de adecuación entre el desarrollo médico y la realidad social que aún no están solucionadas.

— **RELATIVA A LA COMERCIALIZACIÓN DE LA RU-486. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO FEDERAL DE IZQUIERDA UNIDA (Número de expediente 161/000605).**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al debate de la última proposición no de ley, relativa a la comercialización de la RU-486, presentada por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida, para cuya defensa tiene la palabra la señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Debo confesar que me produce cierto rubor abordar una vez más un tema que, en opinión de mi grupo parlamentario, ha sido reiteradamente planteado ante esta Comisión de Sanidad con razones más que de peso, con el fin de que este Congreso de los Diputados adopte decisiones que van a intervenir directamente sobre la calidad de vida y la salud de las mujeres. Me refiero a la remoción de los obstáculos existentes para la comercialización de la RU-486.

Se ha dicho en otras ocasiones, pero me veo en la obligación de reiterarlo, que no se trata de traer aquí, camuflado, un debate legislativo en torno a las condiciones en las que se establece, se legaliza la interrupción voluntaria del embarazo. Mi grupo parlamentario ha puesto claramente de manifiesto en multitud de ocasiones que la ley de plazos que permite la decisión de las mujeres sobre su propia maternidad es el sistema que creemos más adecuado a los derechos y libertades de las mujeres; no obstante, es evidente que hay otras condiciones que regulan la realización de la interrupción voluntaria del embarazo. Por si algún grupo parlamentario tuviera la tentación de hacer alusión a eso, diré que, evidentemente, la comercialización de la RU-486 no altera las condiciones legales del ejercicio de la interrupción voluntaria del embarazo, que son las que son en este momento, que mi grupo parlamentario no comparte, pero que, obviamente, no pretende modificar; no es eso lo que hay detrás de esta proposición no de ley.

Tampoco se trata —y todas hemos asistido a debates en medios de comunicación— de hacer demagogia en un tema tan serio y que tanto afecta a la intimidad, incluso con evidentes connotaciones de angustia para las mujeres. La posibilidad de realizar la interrupción voluntaria del embarazo en las mejores condiciones de salud integral psíquica, física y social de las mujeres y en las mejores condiciones de accesibilidad económica no pretende ocultar que el

aborto es el último recurso y que los mayores esfuerzos de la Administración sanitaria y de la sociedad en general deben ir encaminados al desarrollo de todas las políticas de planificación familiar, incluyendo los métodos de planificación familiar conocidos hasta este momento, tales como los dispositivos intrauterinos, diafragmas, anovulatorios, preservativos, etcétera, como prestaciones de la sanidad pública, y que la educación acerca de la salud reproductiva debería ser un elemento mucho más constante y de mayor calidad en el sistema educativo de nuestro país. En cualquier caso, se trata de abordar la accesibilidad a lo que en sectores profesionales se ha calificado como el descubrimiento de mayor trascendencia para la salud de las mujeres desde la píldora anticonceptiva, desde los anovulatorios.

Estamos hablando de un fármaco que está utilizado ya ampliamente en numerosos países del mundo y, como se ha dicho otras veces, con diferentes tintes religiosos y de mayor o menor conservadurismo de sus gobiernos y sociedades. En este momento está comercializado en Francia, Suecia, Inglaterra, China, Noruega, Dinamarca, Holanda y también en el país que pasa por ser el paradigma de la modernidad para algunos grupos parlamentarios, como es Estados Unidos.

La eficacia de la RU-486 la conocen sus señorías. Asociada a las prostaglandinas, tiene una eficacia semejante a la del aborto quirúrgico, es decir, se sitúa entre el 95 y el cien por cien, utilizada en los dos primeros meses de gestación y más en concreto antes de que finalicen las dos semanas siguientes a la menorrea.

Desde que debatimos este tema tan recurrente en esta Comisión han sucedido algunas cosas dignas de mención que me han animado a ver si esta vez había modificación al respecto. Alguna de esas cosas tienen carácter técnico-científico, y es que las prostaglandinas, que se utilizaba asociadas a la mifepristona para incrementar su eficacia, tenían una limitación en su uso a cierta edad de las mujeres con objetivos de interrupción del embarazo derivada del riesgo que conllevaban de potenciar enfermedades cardiovasculares. En este momento están a la venta ya, registradas en nuestro país y son ampliamente usadas las prostaglandinas en la prevención de enfermedades gastroduodenales, ocasionadas, a su vez, por el tratamiento con antirreumáticos que no tienen estos efectos secundarios relacionados con las enfermedades cardiovasculares. Por otra parte, no hacen más que multiplicarse las indicaciones, en este caso de la mifepristone, en el tratamiento de tumores de mamas, sensibles a la progesterona, en la endometriosis y en tumores cerebrales como el meningioma.

Ha habido alguna novedad de tipo empresarial que podría modificar en este momento las trabas que anteriormente existían para la comercialización de la RU-486. Ustedes saben que el laboratorio que tenía la patente, Roussel Uclaf, ha sido objeto, como es bien conocido, de campañas durísimas por parte de los sectores más conservadores profesionales, religiosos, etcétera, contra el resto de sus productos para chantajear y conseguir la retirada del registro de la RU-486. En este momento, el laboratorio ha dejado

de fabricarla y ha ofrecido —de hecho se ha producido ya en diferentes países— la adquisición del derecho de patente para su fabricación en diferentes zonas del mundo a distintos laboratorios, a aquellas empresas farmacéuticas que deseen comprarlo. No obstante, en nuestro país no se ha producido —no tengo conocimiento de ello, ni tampoco la opinión pública— la solicitud al Ministerio de Sanidad, al registro de productos sanitarios y medicamentos de la RU-486 por ninguna de las empresas que han comprado la patente para su fabricación.

He de decirles que en 1983 esta Comisión de Sanidad aceptó una proposición no de ley de Izquierda Unida, previa enmienda que permitía conseguir la mayoría suficiente para modificar en algo la situación actual, y se instaba al Gobierno a remover los obstáculos existentes para su comercialización. Estamos terminando 1997 y no se han removido los obstáculos tendentes a favorecer esa comercialización.

No obstante, entendemos que las posibilidades se diversifican desde el momento en que hay diferentes laboratorios que fabrican la RU-486 para su comercialización en otros países. La proposición no de ley que mi grupo propone en este momento sería la inclusión en el registro de la RU-486 como fármaco genérico financiado por la sanidad pública. Además, teniendo en cuenta que desde el planteamiento de la RU-486 como instrumento de calidad para la vida de las mujeres —no insisto en argumentos que he reiterado en otras ocasiones—, las diferentes agencias de la Organización Mundial de la Salud han reiterado su carácter eficaz, inocuo y beneficioso para la salud, se podría hacer desde el Ministerio de Sanidad un concurso público para que diferentes fabricantes pudieran acceder a su fabricación como fármaco genérico e incluso estudiar la posibilidad de que en instalaciones de propiedad pública, incluyendo laboratorios dependientes del Ministerio de Defensa, la RU-486 pudiera producirse en las mejores condiciones de calidad-precio, cuya patente están ahora en condiciones de venderla los primeros comercializadores.

Quiero reiterarles, señorías, que una vez más estamos debatiendo en esta Comisión de Sanidad un tema que se está escamoteando a las mujeres de nuestro país sin ninguna justificación técnica. Se están enmascarando razones políticas, de conciencia o religiosos que mi grupo parlamentario respeta profundamente, pero que son de administración estrictamente individual; al Estado y a la Administración pública es a quien corresponde poner a disposición en este caso de las mujeres todos aquellos productos que puedan ser útiles para su calidad de vida, y corresponde a cada una de ellas utilizarlos o no en función de sus condiciones personales y de la evaluación de la situación de conciencia religiosa o de otras características que pudiera plantearse.

También quiero insistir en que indirectamente es verdad que la RU-486 modificaría no las condiciones legales de la interrupción voluntaria del embarazo, pero sí las condiciones económicas en las que se está produciendo en estos momentos. Mi grupo parlamentario ha denunciado en diferentes ocasiones el retroceso brutal que se está produ-

ciendo en la sanidad pública para el acceso a los servicios de planificación familiar; insisto en que estoy hablando de servicios de planificación familiar y de prevención del embarazo no deseado. En más de un 90 por ciento de casos es la sanidad privada —por la existencia de barreras económicas— la que está haciendo las funciones que deberían corresponder mayoritariamente a un servicio público, lo cual determina, como bien saben SS. SS., que las mujeres con menores ingresos económicos no puedan acceder a medios de planificación familiar eficaces.

Otro tanto ocurre con la interrupción voluntaria del embarazo, donde existe una masiva objeción de conciencia por parte de los profesionales de la sanidad pública. Los especialistas que desarrollan la ginecología en el ámbito hospitalario objetan, introducen razones de conciencia para no intervenir en procesos de interrupción voluntaria del embarazo. Como todo el mundo sabe, a pesar de que se niegue en ámbitos oficiales, se practica la objeción de conciencia en la sanidad pública, realizando después las mismas personas la interrupción voluntaria del embarazo en la sanidad privada.

Termino, señor presidente, haciendo votos para que esta vez se haga algo más que apoyar una proposición no de ley cargada de buenas intenciones, que quizás sirva para sacar el debate ante los medios de comunicación durante algunos días, pero que en nada modifica las condiciones actuales a las que se enfrentan las mujeres en uno de los sucesos más difíciles y dolorosos de su vida, como es la interrupción de un embarazo no deseado.

El señor **PRESIDENTE**: A esta proposición no de ley se ha presentado una enmienda por el Grupo Parlamentario Socialista, para cuya defensa tiene la palabra la señora Frías.

La señora **FRÍAS NAVARRETE**: Intervengo para defender la enmienda transaccional que mi grupo presenta a esta proposición no de ley. Éste es un debate recurrente donde necesariamente tenemos que reiterar argumentos ya expuestos porque hay que desbloquear este tema de una vez por todas, ya que se trata de un fármaco, la RU-486, reconocido internacionalmente como de interés general para mejorar, como ha dicho la portavoz de Izquierda Unida, la calidad de vida y la salud de las mujeres.

Los laboratorios Roussel Uclaf, que eran los que tenían la patente de este fármaco, nunca formalizarán en el registro de medicamentos —que, como saben SS. SS., es requisito *sine qua non* para que un fármaco sea comercializado en España— la petición de registro de este medicamento en España. Un medicamento en España no se puede comercializar de oficio sino a requerimiento. Por tanto, nos encontramos aquí con un obstáculo que existía y que sigue existiendo. Los laboratorios Roussel Uclaf ya no fabrican este fármaco, ya que han vendido la patente a otro laboratorio, pero este requisito, insalvable, sigue existiendo y hay que desbloquearlo.

En todos los países donde este fármaco está comercializado han sido necesarias iniciativas por parte de las autoridades sanitarias destinadas a proteger esta comercializa-

ción. Así ocurre, por citar los países más cercanos a nosotros, en Francia o en Inglaterra.

Recuerdo a SS. SS. que en 1987 se llevaron a cabo en España ensayos clínicos en tres hospitales públicos, cuyos resultados confirmaron la eficacia de este medicamento. A instancias de esta Cámara se pidió a las autoridades sanitarias que entablaran conversaciones con los laboratorios fabricantes de este fármaco para que formalizaran su inclusión en el registro, según se explicó en esta Comisión por el subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo, señor Termes, el 6 de octubre de 1994. Pero como esto no se ha producido y como hace falta desbloquear esta situación, es por lo que presentamos esta enmienda transaccional.

La filosofía que subyace en esta enmienda es que España no puede permitirse el lujo de no tener este fármaco para su utilización, tal y como se hace en los países de nuestro entorno, que es de uso restringido en hospitales públicos bajo la estricta vigilancia del médico. En Francia, este medicamento está sometido a la misma reglamentación que otros medicamentos que se consideran tóxicos. El médico tiene que certificar por escrito el uso que hace de él y que la mujer lo toma en su presencia, por tanto no se podría nunca, ni en Francia, ni en Inglaterra, vender en las farmacias, su uso está restringido exclusivamente al ámbito hospitalario, y también está restringido su uso a mujeres jóvenes, de menos de 35 años, no fumadoras, sin riesgos cardiovasculares, sin enfermedades crónicas y con embarazos que no superen las ocho semanas. En estos casos, la eficacia y la seguridad del fármaco, que se asocia a las prostaglandinas, está más que probado, y así lo reconocen la Organización Mundial de la Salud, la Conferencia Internacional de Planificación Familiar y hasta recomendaciones del Parlamento Europeo.

Pensamos que el registro y comercialización de este fármaco facilitaría, en mayor o menor grado, la aplicación de la actual Ley de interrupción voluntaria del embarazo, al cambiar radicalmente las necesidades técnico-infraestructurales, porque ya no hacen falta ni quirófanos, ni anestelistas, ni enfermeras; sólo la presencia de un médico que vigile todo el proceso. Por tanto, se reducen costes económicos, se simplifica bastante el problema de objeción de conciencia médico y, sobre todo, permitiría ejercer este derecho, dentro del marco legislativo vigente, es decir, en los supuestos que marca la ley, a muchas mujeres que no pueden ejercerlo por no tener medios económicos.

Recuerdo a SS. SS. que, según estadísticas del Ministerio de Sanidad y Consumo, desde el año 1990 hasta hoy se aprecia un aumento relativo y constante de abortos en España, en torno al 20 por ciento. Éste crece, igualmente, entre adolescentes de 15 a 20 años, y en este grupo, entre un 30 y un 50 por ciento de los embarazos que se interrumpen son de menos de ocho semanas.

Por todas estas razones, señorías, y porque pensamos, repito una vez más, que dentro del marco de la legislación vigente es necesario el máximo consenso de todos los grupos de esta Cámara y con el objetivo de desbloquear esta situación, es por lo que paso a leer la enmienda transaccional para la que pido el voto favorable de sus señorías: El

Congreso de los Diputados insta al Gobierno a establecer conversaciones con los laboratorios que tienen la propiedad de la patente del fármaco RU-486 para abordar y, en su caso, eliminar los obstáculos existentes en orden a posibilitar la comercialización en España de dicho fármaco, su dispensación exclusiva en el ámbito hospitalario dentro del marco de la legislación vigente y previo informe de las autoridades científicas sobre las consecuencias que se podrían derivar en la salud de las pacientes.

El señor **PRESIDENTE**: La señora Maestro, a los solos efectos de aceptación o rechazo de la enmienda presentada por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Agradezco la presentación de la enmienda y, evidentemente, la voy a aceptar, aunque dista mucho de abordar no lo que mi grupo parlamentario entiende que podía resolver el problema, sino tan siquiera modificar algo de las condiciones en las que fue aprobada la proposición no de ley en 1993: «que el Gobierno remueva los obstáculos...». Desde entonces estamos aquí. Es decir, la acepto pero quiero dejar constancia, en este caso ante el «Diario de Sesiones», de que mi grupo parlamentario es escéptico si los términos en los cuales se aprueba son solamente la voluntad del Gobierno con el laboratorio destinada a modificar las condiciones actuales que han impedido hasta este momento su registro.

No obstante, la voluntad de mi grupo es lograr el más amplio consenso parlamentario posible en torno a un tema que afecta directamente a la salud de las mujeres y que está siendo hurtado de una manera injustificable a las mujeres de nuestro país. Incluso, quiero decirlo aquí, el fármaco —SS. SS. lo saben—, ha sido objeto de ensayos clínicos en la sanidad pública y me consta que en estos momentos está siendo utilizado en la misma.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos que desean fijar posición? (**Pausa.**)

Por el Grupo Mixto, tiene la palabra la señora Almeida.

La señora **ALMEIDA CASTRO**: En nombre del Grupo Mixto y del Partido de la Nueva Izquierda, venimos a apoyar la proposición de ley que ha sido presentada por la señora Nines Maestro, en nombre del Grupo de Izquierda Unida.

La verdad, y como ella ha dicho, ya son muchas las ocasiones en que hemos tratado este tema. Lo hemos tratado, además, intentando, con el Gobierno anterior y con el actual, que se faciliten de alguna manera los derechos que ya están reconocidos por la ley. No se trata de volver a significar qué derecho son, como muy bien ha dicho la señora Nines Maestro, aunque no compartamos la ley que hay de interrupción del embarazo; no se trata de buscar otra causa más de interrupción del embarazo, sino de facilitar la forma en que se debe llevar a cabo esa interrupción del embarazo. Si podemos ahorrar la intervención quirúrgica, si podemos garantizar la intimidad de la decisión de una mu-

jer, incluso su propia asunción de responsabilidad en la toma de la RU-486 con el asesoramiento médico que sólo tenga un nivel de vigilancia y no un nivel de aquiescencia en la necesidad que tenga esa mujer de interrumpir su embarazo, me parece que lo que estamos haciendo es facilitar métodos, no ya más económicos, sino más íntimos, menos traumáticos, menos quirúrgicos y con más capacidad de decidir las mujeres, que es una de las fases importantísimas en la interrupción del embarazo. A lo mejor el interés de los médicos es otro, a lo mejor les gusta más que haya quirófanos para poder cobrar más, y no digo ya de las clínicas privadas, que les viene mejor tenerlas allí tres días mejor que cuatro, pero nosotros eso no es lo que queremos que se haga para las mujeres.

Por tanto, lo que estamos diciendo aquí es que si hay un medicamento que facilita una decisión que ya han tomado las mujeres —aunque no compartamos los requisitos que establece la ley—, se tiene que favorecer su uso. Es verdad lo que dice que se aprobó ya en 1993, y aunque se haya aceptado la enmienda —y nosotros también estamos dispuestos a apoyarla—, me parece que no se puede decir ahora que hay que remover los obstáculos, cuando el obstáculo aquí para que se genere esta legalización de la RU, se nos ha dicho siempre, como disculpa, es que el laboratorio no la presenta. Y el laboratorio no la presenta porque tiene intereses económicos, junto con la presión de los médicos, que dicen: no vamos a hacer caso a la RU y te vamos a dejar de comprar los otros productos. Pues que el Gobierno, ahora que va aplicar el *medicamentazo*, en vez de aplicarlo para ahorrar dinero, que también lo aplique para decir al laboratorio: usted no me va a seleccionar los medicamentos que yo tengo que comprarle. También lo podía haber hecho, también podía haber removido obstáculos de presión que están impidiendo una decisión más lógica para las mujeres.

¿Por qué la amenaza de todo un corporativismo tremendo puede quitar la facilidad de tomar una decisión a las mujeres, y, sin embargo, el Estado y los poderes públicos, que sí tienen la obligación, a través del artículo 9 de la Constitución, no remueven los obstáculos que impidan el desarrollo de la dignidad de las personas? Porque parte de la dignidad es tener derecho a utilizar un medicamento que es eficaz, que además supone una mayor intimidad, un menor costo y una menor presión psicológica hacia las mujeres. Ya no se trata de saber si estamos a favor del tema de la interrupción del embarazo, sino de creer que las mujeres somos protagonistas de las decisiones que tomamos y que tenemos derecho a tomarlas en las mejores condiciones, y esas condiciones, en este caso de interrupción del embarazo, es también contar con la píldora RU.

Aquí estamos todo el mundo hablando de lo terrible que es la interrupción del embarazo, pero en este país está subiendo el nivel de abortos en adolescentes, en personas, como ha dicho la compañera del Partido Socialista, jóvenes de poca edad, en las cuales precisamente el miedo, el hecho de ir a una interrupción quirúrgica, por sus medios económicos, por la responsabilidad a veces de no decírselo a la familia, etcétera, les coarta, y deben contar con un nivel de acceso a los médicos que las pueda orientar, no en lo

que sea ideológico, pero sí en lo que sea médico. A nosotros nos parece que esto es negar el uso de derechos que están reconocidos por ley a las mujeres, y creemos que las mujeres tenemos derecho a no ser maltratadas por esta condición ideológica, por esta condición de oponerse a que un medicamento útil, eficaz, más barato, más íntimo y más personal se comercialice, y ello porque hay intereses económicos de los grupos farmacéuticos, de los médicos que quieren presionar con su ideología la decisión de las mujeres y que no quieren colaborar, porque muchas veces hacen objeción de conciencia, con su práctica al ejercicio de unos derechos, lo cual se podría discutir.

Reconociendo la objeción de los médicos, exigimos el derecho de las mujeres para poder no sólo interrumpir el embarazo, sino hacerlo en las condiciones más fáciles, menos peligrosas y menos traumáticas que hay. Eso significaría el reconocimiento en nuestro ordenamiento de que la RU sea suministrada en nuestros medios de difusión, tanto médicos como farmacéuticos, y no sólo en el ámbito hospitalario, sino en el ámbito clínico, porque ojalá nos ahorraríamos también intervenciones quirúrgicas en la medicina privada si existiera esta medicina. Esta medicina se debe traer a este país sin fronteras que estamos haciendo, porque se van todos a Luxemburgo, se está hablando de la Europa del euro, y sin embargo resulta que nos tenemos que ir a París a comprarnos la RU-486, tomárnosla en una pensión con un médico francés, y cuando venimos a España otra vez la España diferente. Aquí se acaba la RU-486, nos vamos al quirófano, nos hacen objeción las enfermeras, que no nos llevan ni el bocado cuando estamos internadas porque tienen, repito, objeción de conciencia. Estamos haciendo un país de presionadores de la libertad de las mujeres y no un país respetuoso con sus derechos.

Parte de ese respeto es esta proposición no de ley y, desde luego, nosotros hemos venido a dar nuestro voto afirmativo.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Vasco (PNV), tiene la palabra el señor Caballero.

El señor **CABALLERO BASAÑEZ**: Intervengo brevemente. En relación con la proposición no de ley relativa a la comercialización de la RU-486 que presenta el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida, el Grupo Vasco (EAJ-PNV) estaría a favor de proceder al registro del fármaco RU-486, tal como se plantea en el primer punto, pero no estamos a favor de su inclusión entre los financiados por la sanidad pública.

En la actualidad, en los hospitales públicos de Euskadi se hace uso de dicho fármaco cuando así es solicitado y, lógicamente, bajo prescripción médica. Sin embargo, en estos momentos, y en aras de un mayor consenso, vamos a apoyar la enmienda transaccional de sustitución presentada por el Grupo Parlamentario Socialista.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), tiene la palabra la señora Solsona.

La señora **SOLSONA I PIÑOL**: Como sus señorías saben, se ha expuesto aquí varias veces, y hoy lo ha hecho muy ampliamente la representante del Grupo Socialista, que para registrar un medicamento en el Estado español es necesario que el laboratorio fabricante o importador presente la solicitud correspondiente al Ministerio de Sanidad y Consumo y adjuntar toda una documentación establecida en la normativa vigente con la finalidad de demostrar su eficacia, seguridad y cualidad.

En el caso de que un ciudadano español necesite un medicamento que no esté registrado en el Estado, la Ley 20/1990 del medicamento establece los mecanismos para su obtención. En este caso, el médico o el médico especialista correspondiente puede solicitar a través de unos impresos, A.2 o A.3, el medicamento extranjero. En el caso de la píldora RU-486, que estamos tratando en este momento, sabemos que eso se practica en algunos hospitales, y a través de este sistema de solicitar un medicamento extranjero. No es, pues, una novedad, pero hace falta regularla.

Nosotros apoyaremos la proposición no de ley que se ha presentado, pero a través de la enmienda ofrecida por el Grupo Socialista, porque entendemos que esto no cambia la práctica establecida, es un cambio de método pero no un cambio legislativo. En lugar de practicarse un aborto de tipo traumático, con la administración de esta píldora consideramos que es mucho más segura, menos traumática y que presenta una serie de ventajas. Sin cambiar los supuestos de la ley ni la legislación, y a través de uso hospitalario, creemos que es recomendable, pero no a través de un uso al alcance de todos y que se pueda administrar, por ejemplo, en las farmacias.

Apoyamos que se efectúe un estudio para tener mayor seguridad en la aplicación de este método, aunque les puedo decir a SS. SS. que este estudio lo tenemos ya en la Comunidad Autónoma de Cataluña. Hace 4 ó 5 años el Hospital del Mar realizó un estudio sobre este método, en el cual se determina que, administrado a través de inyectables y asociado a las prostaglandinas, representa un éxito que se calcula en un 95,4 por ciento, incluso a veces hasta un 99 por ciento. El tiempo óptimo de administración es entre los 49 días después de la última regla hasta un extremo de unos 63 días después de esa última regla; que sólo en un uno por ciento o máximo un tres por ciento no se expulsa del todo, lo cual, como ven SS. SS., es una garantía de éxito, y sólo en estos últimos casos es necesario practicar un raspado, pero esto también se da en abortos espontáneos, es decir, en el aborto natural.

Podemos decir, como elementos positivos, que no presenta efectos secundarios, que no altera tampoco el ciclo menstrual y que sólo en un 0,3 por ciento se producen hemorragias. También, como dato positivo a tener en cuenta, podemos decir que no produce dolor y que el único peligro es el descontrol de su administración, si ésta no se hiciera bajo supervisión hospitalaria. Por consiguiente, nuestro grupo apoyará esta enmienda que presenta el Grupo Socialista, porque creemos que favorece mucho a las mujeres. Por otro lado, no supone cambio alguno en la legislación vigente, ya que sólo es un cambio de método. Aprobamos

este método por ser menos traumático y menos quirúrgico y vamos a votar favorablemente porque supone un avance que consideramos enormemente positivo.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Popular, tiene la palabra la señora Pérez Vega. **(El señor Gómez Rodríguez pide la palabra.)**

Perdón, señor Gómez, pero a esta Presidencia no le consta en sus anotaciones que S. S. hubiera solicitado la palabra. No obstante, tiene la palabra su señoría.

El señor **GÓMEZ RODRÍGUEZ**: Con toda brevedad quiero señalar la posición del Grupo de Coalición Canaria ante esta iniciativa del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida.

Consideramos que es algo tan importante porque afecta a la vida de las personas, afecta a la modernización de las medidas tuitivas que necesita la mujer y nosotros nos alegramos de que se haya presentado por el Partido Socialista Obrero Español una transaccional, que vamos a apoyar, pero llamamos la atención sobre si sería conveniente añadir la adopción de medidas cautelares en esta importante materia que afecta a la vida de las personas.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Popular tiene la palabra la señora Pérez Vega.

La señora **PÉREZ VEGA**: Nos encontramos ante una iniciativa que ha sido presentada por el Grupo de Izquierda Unida, muy similar a las presentadas en anteriores legislaturas por el mismo grupo, en las que se propone de una forma o de otra la comercialización de la RU-486, y que sistemáticamente los grupos parlamentarios Popular, Catalán y Socialista hemos venido rechazando por razones sanitarias y legales. Es precisamente por esos dos motivos por los que, una vez más, el Grupo Parlamentario Popular va a votar en contra de esa iniciativa, pero, eso sí, a favor de la enmienda presentada por el Grupo Socialista.

Varios ensayos realizados en diversos países con la RU-486 o también llamada mifepristone han servido para constatar efectos secundarios en el 41 por ciento de las pacientes sometidas a las pruebas y en el 16 por ciento de los casos estudiados no se ha producido como fruto de la ingestión de dicho fármaco la expulsión completa y simple, sino que fue necesaria una intervención quirúrgica posterior, y ello sin negar la utilidad de este compuesto en un pequeño número de casos de cáncer de mama, en algunos meningiomas inoperables, como ayuda al parto en casos de dilatación cervical insuficiente o en el tratamiento del síndrome de Cushing en estado inicial, pero parece ser que la intención primordial del grupo proponente al presentar esta proposición no es para la aplicación en las enfermedades que acabo de citar, sino más bien para la utilización en la interrupción voluntaria del embarazo. En base a ello hay que recordar que en España hay tres supuestos de aborto que están despenalizados: cuando exista peligro para la vida o salud física o psíquica de la embarazada, ante la existencia de graves taras físicas o psíquicas y, por último, en caso de de violación, y la RU-486 no es apta para ser

utilizada como medio abortivo en ninguno de los tres supuestos despenalizados, por cuanto no es posible usarla más que en los 40 ó 42 días inmediatamente siguientes a la fecundación.

Para finalizar, la seguridad jurídica exige que, en su caso, una píldora del estilo de la RU-486 sólo pueda ser comercializada si de verdad se garantiza que, como producto farmacológico que es, es apto y no tiene consecuencias secundarias indeseables y siempre y cuando el ordenamiento jurídico permita el aborto libre, y éste no es el caso de España. Por eso resaltamos también la necesidad de introducir, a propuesta del Grupo Popular, una garantía científica que avale la salud de la mujer embarazada. **(La señora Maestro Martín pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Señor presidente, le pido la palabra a efectos reglamentarios simplemente, para indicar que, mal que le pese al Grupo Popular o a la diputada que ha actuado como portavoz, lo que se va a votar es la proposición no de ley de Izquierda Unida en los términos resultantes de la aceptación de la enmienda del Grupo Socialista, pero va a votar o a no votar, evidentemente, la proposición no de ley planteada por el Grupo Parlamentario de Izquierda Unida.

El señor **PRESIDENTE**: Me parece correcto, señora Maestro.

Finalizado el debate de las proposiciones no de ley, vamos a proceder a la votación. Pediría a los grupos me comuniquen si existe alguna sustitución. **(El señor Villalón Rico pide la palabra.)**

¿Para qué pide la palabra, señor Villalón?

El señor **VILLALÓN RICO**: He pedido la palabra para solicitar que se lea el texto íntegro de las enmiendas transaccionales a las proposiciones no de ley, que han sido aceptadas y que los grupos han manifestado que van a votar de forma afirmativa, de tal manera que lo que quedará es la proposición no de ley resultante de la enmienda transaccional y no el texto original que en algún momento se pudo proponer.

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

Antes de proceder a las votaciones de las proposiciones no de ley a las que haya habido enmiendas transaccionales, el señor letrado leerá los términos en que literalmente queda la proposición con la aceptación de la enmienda presentada.

En primer lugar, sometemos a votación la proposición no de ley sobre medidas urgentes para asegurar el restablecimiento y el mantenimiento de las plazas suprimidas en el servicio de ginecología del hospital de Barbastro, en Huesca, cuyo autor es el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 17; en contra, 22; abstenciones, una.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada. **(El señor Villalón Rico pide la palabra.)**

Tiene la palabra, señor Villalón.

El señor **VILLALÓN RICO**: A lo mejor me equivoco y pido perdón a los diputados si es así, pero tengo entendido que aquí hay dos miembros del Grupo Mixto y este grupo está representado en la Comisión solamente por un diputado.

La señora **ALMEIDA CASTRO**: No. Ha habido una resolución de la Mesa según la cual Izquierda Unida ha perdido un diputado y el Grupo Mixto ha aumentado en otro. Por eso estamos dos miembros del Grupo Mixto en la Comisión.

El señor **PRESIDENTE**: La interpretación que da la señora Almeida es correcta. La Mesa de la Comisión ya tenía conocimiento de la nueva composición del Grupo Mixto.

Pasamos a votar la proposición no de ley relativa a la generalización de la terapéutica vigilada como forma de tratamiento de la tuberculosis, que ha sido presentada por el Grupo Parlamentario Socialista.

A esta proposición no de ley se ha presentado una enmienda por parte del Grupo Parlamentario Popular, votándose en los términos en que ha sido aceptada por el Grupo Parlamentario Socialista. Si procede, no hay inconveniente por parte de la Presidencia en que sea leída en los términos en que finalmente se ha redactado la enmienda.

El señor **LETRADO**: La enmienda a esta proposición no de ley dice así: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a que se proceda con la máxima urgencia a evaluar las experiencias disponibles sobre los resultados y posibles limitaciones en la terapéutica directamente observada, TOD, como estrategia en el tratamiento de la tuberculosis y, en especial, las desarrolladas en España. Los resultados de esta evaluación deberán elevarse al Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud, al objeto de que, tomando en consideración este informe, analice y se pronuncie sobre esta modalidad de tratamiento, acordando, en su caso, su aplicación en el sistema sanitario público.

El señor **PRESIDENTE**: Vamos a proceder a la votación de la proposición en los términos en que ha sido leída por el señor letrado.

Efectuada la votación, dijo:

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada por unanimidad la proposición no de ley.

A continuación, procedemos a la votación de la proposición no de ley sobre el estudio de la aplicación del Real Decreto 9/1996, de 15 de enero, de manera progresiva y a través de los centros sanitarios propios o concertados con el Instituto Nacional de la Salud, presentada por el Grupo Parlamentario Socialista.

A esta proposición no de ley se ha formulado una enmienda transaccional por parte del Grupo Parlamentario Popular. Pasamos a su lectura para conocimiento de los señores miembros de la Comisión.

El señor **LETRADO**: La proposición no de ley quedaría en estos términos: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a continuar con la aplicación progresiva del Real Decreto 9/1996, de 15 de enero, en lo relativo al suministro directo en los centros sanitarios y sociosanitarios propios o concertados con el Insalud y en aquellas áreas sanitarias donde la distribución directa no ponga en riesgo la accesibilidad y la equidad para los ciudadanos. El Gobierno buscará reducir el gasto farmacéutico en estos productos cuando sean dispensados por las farmacias.

El señor **PRESIDENTE**: Sometemos a votación la proposición no de ley en los términos de la aceptación de dicha enmienda.

Efectuada la votación, dijo:

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

Pasamos a la votación de la proposición no de ley relativa a la comercialización de la RU-486, presentada por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida. Como saben SS. SS., después del debate se presentó una enmienda por parte del Grupo Socialista, enmienda que procede a leer el señor letrado, sometiéndose a votación en sus términos.

El señor **LETRADO**: La proposición no de ley quedaría en estos términos: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a establecer conversaciones con los laboratorios que tienen la propiedad de la patente del fármaco RU-486 para abordar y, en su caso, eliminar los obstáculos existentes en orden a posibilitar la comercialización en España de dicho fármaco, su dispensación exclusiva en el ámbito hospitalario, dentro del marco de la legislación vigente y previo informe de las autoridades científicas sobre las consecuencias que se podrían derivar en la salud de las pacientes.

El señor **PRESIDENTE**: Vamos a proceder a la votación en los términos resultantes de la enmienda aceptada por el grupo parlamentario proponente.

Efectuada la votación, dijo:

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

Procedemos a la votación de la proposición no de ley relativa a la adopción de medidas para garantizar la posibilidad de presencia de acompañante de confianza de la mujer durante el parto y de salvaguarda de su intimidad en los centros del Instituto Nacional de la Salud. Esta proposición no de ley ha sido presentada por el Grupo Parlamentario Popular.

A esta proposición no de ley se ha presentado una enmienda *in voce* por parte de Convergència i Unió y se ha aceptado la enmienda número 4, del Grupo Parlamentario Socialista. Le pido al señor letrado que lea la proposición no de ley en los términos en que queda después de la aceptación de las enmiendas por parte del Grupo Parlamentario Popular.

El señor **LETRADO**: Señor presidente, la proposición no de ley quedaría en estos términos: 1.—El Congreso de los Diputados insta al Ministerio de Sanidad y Consumo a que adopte cuantas medidas sean oportunas en el ámbito profesional y en el estructural de los centros sanitarios dependientes del Insalud para garantizar en todos ellos que la mujer embarazada pueda estar acompañada de una persona de su confianza durante el parto y ejercer las actuaciones necesarias para garantizar la intimidad de la mujer en todo el proceso del nacimiento. 2.—Se insta al Ministerio de Sanidad y Consumo a que en el plazo de tres meses presente a la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados un informe en el que recoja la situación de los centros hospitalarios dependientes del Insalud, así como las medidas que se deben adoptar en relación al contenido de la presente proposición no de ley.

El señor **PRESIDENTE**: En estos términos sometemos a votación la proposición no de ley.

Efectuada la votación, dijo:

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

Por último, procedemos a la votación de la proposición no de ley sobre la especialidad médica de genética clínica presentada por el Grupo Parlamentario Popular, en la que queda subsumida una enmienda del mismo grupo.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 36; abstenciones, cuatro.

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

En este momento convoco a la Mesa y a los portavoces para una breve reunión.

Se levanta la sesión.

Era la una y treinta minutos de la tarde.