



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2003

VII Legislatura

Núm. 889

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. FELICIANO BLÁZQUEZ SÁNCHEZ

Sesión núm. 44

celebrada el martes, 9 de diciembre de 2003

ORDEN DEL DÍA:

Proposiciones no de ley:

- | | <u>Página</u> |
|---|---------------|
| — Sobre regulación de la especialidad de enfermería en salud familiar y comunitaria. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/002342.) | 28224 |
| — Sobre el impulso de un plan integral de atención a las personas afectadas por enfermedades neuromusculares. Presentada por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió). (Número de expediente 161/002336.) | 28226 |
| — Sobre contadores de energía mediante tarjeta recargable. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/002343.) | 28230 |

— Sobre prevención de transmisión de la hemofilia. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/002353.)	28233
— Relativa a un plan nacional de alimentación y nutrición para la salud. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/002369.)	28237

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

El señor **PRESIDENTE:** Señorías, buenos días a todos. Damos comienzo a la sesión de la Comisión de Sanidad y Consumo con el orden del día que SS.SS. conocen, pero con algunas revisiones que paso a someter a su consideración.

En primer lugar, la señora Castro, portavoz del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida, solicita que se aplaze la presentación y defensa de su proposición no de ley, que figura en el número 1 del orden del día sobre reconocimiento de la especialidad de enfermería, salud familiar y comunitaria. Creo que no habrá ningún inconveniente por parte de los miembros de la Comisión en aceptarlo. **(Pausa.)**

También someto a la consideración de SS.SS. que la proposición no de ley que figura en el último punto del orden del día, la número 6, relativa a un plan nacional de alimentación y nutrición para la salud, que figuraba en el orden del día con el número 2367, ha sido sustituida por otra con el número 2369, que es exactamente la misma proposición no de ley pero con la corrección de este punto.

También comunico a SS.SS. que se han producido enmiendas a las proposiciones no de ley que figuran en el orden del día en los números 3, 5 y 6.

PROPOSICIONES NO DE LEY:

— **SOBRE REGULACIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/002342.)**

El señor **PRESIDENTE:** Pasamos a debatir en primer lugar, por acuerdo de los portavoces, la proposición no de ley que figura con el número 3, sobre regulación de la especialidad de enfermería en salud familiar y comunitaria. Ha sido presentada por el Grupo Parlamentario Socialista, y para su presentación y defensa tiene la palabra el señor Solera Albero.

El señor **SOLERA ALBERO:** Nuestro grupo presenta esta proposición no de ley con su consiguiente

motivación. En abril de 2002 se aprobó en la Comisión de Educación una proposición no de ley que instaba al Gobierno al desarrollo definitivo de las especialidades de enfermería creadas por el Real Decreto 990 de 1987. Siete fueron las especialidades que se crearon, pero la especialidad de salud familiar y comunitaria no se ha desarrollado. El desarrollo de la atención primaria en nuestro medio no es viable sin el concurso de profesionales de enfermería capaces de asumir un papel principal en la tarea de impartir cuidados de salud bajo una perspectiva integral tanto en el ámbito individual como en el comunitario. Como bien saben sus señorías, la Organización Mundial de la Salud define que la misión de la enfermería en la sociedad es ayudar a los individuos, familiares y grupos a determinar y conseguir su potencial físico, mental y social, realizándolo dentro del contexto en que viven y trabajan, y para ello una parte importante del llamado núcleo básico del equipo de atención primaria, como es la enfermería, está dotada de una capacitación profesional y técnica de primer nivel.

El Real Decreto 992 de 1987 recoge la especialidad de enfermería de salud familiar y comunitaria, así como los elementos que la forman, siendo ampliamente aceptada la importancia que tiene dicha formación para desarrollar las competencias necesarias dirigidas a adecuar los servicios a las necesidades que presenta la población y avanzar en la orientación de los servicios de salud hacia la prevención, la promoción y la participación. Al valorar los cambios demográficos, sociales y económicos que se han producido en la sociedad, se han generado nuevas maneras de adaptación al medio, lo que ha conllevado un proceso de cambio de los problemas de salud, entre los que cabe destacar algunos, como son los producidos por la alteración de los comportamientos causados por el estrés, las alteraciones nutricionales por defecto o exceso, las alteraciones degenerativas relacionadas con la edad avanzada, los accidentes de tráfico y sus secuelas, los problemas de salud relacionados con los malos tratos y los que conlleva el desarraigo, el rechazo de la población inmigrante sin recursos, así como la gran incidencia de las enfermedades infecciosas producidas por el virus de la inmunodeficiencia humana y otros procesos infecciosos que, habiendo disminuido, hoy están aumentando, como es el caso de la tuberculosis. Debido a la complejidad de estas patologías, en la actualidad se acepta que

para conocer un problema de salud es fundamental estudiarlo en el medio en que se ha desarrollado y su evolución en el tiempo, ya que esta aproximación es la que permitirá encontrar los mecanismos de prevención y de promoción de la salud más adecuados.

La atención primaria de salud y los equipos sanitarios que en ella desarrollan su actividad profesional han de afrontar una situación que se caracteriza por un importante envejecimiento de la población y aumento de las enfermedades crónicas y discapacidades, así como cambios y necesidades de apoyo al cuidador, que soporta la carga de la atención de estos pacientes. En estas tareas la enfermería viene desarrollando una actividad esencial para dar soporte y respuestas a las nuevas necesidades. Los profesionales de enfermería en atención primaria asumen mayor responsabilidad ante determinados problemas y grupos de población y se encargan de la gestión de cuidados, recogiendo información específica sobre las necesidades de los usuarios, identificando los problemas, diseñando un plan de intervención específico y coordinando sus intervenciones con las de los distintos profesionales del equipo, así como con otros niveles asistenciales, además de los familiares. Todo lo anterior representa un nuevo reto y requiere el impulso de la especialización en determinadas áreas de conocimiento como requisitos indispensables para el desarrollo profesional de la enfermería.

Fue en febrero de 1998 cuando se constituyó la Federación de asociaciones de enfermería comunitaria en atención primaria, y una de las líneas de actuación es la reiteración de argumentos sobre la justificación de la especialidad de enfermería de salud familiar y comunitaria en el marco político de salud para todos en el siglo XXI ofrecido por la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud, en el que se hace hincapié en la necesidad de una buena formación en enfermería de la salud familiar, habiendo incumplido el Gobierno con esta importante reivindicación profesional, a pesar de la Comisión de Educación del Congreso de los Diputados, que en abril de 2002 aprobó una proposición no de ley para la creación de esta especialidad de enfermería. Si uno de los puntos de apoyo de la unidad de atención primaria es la enfermería, no entendemos cómo se sigue ignorando y mirando hacia otra parte a la hora de desarrollar la especialidad en enfermería en salud familiar y comunitaria. La realidad y el día a día nos exige a los responsables políticos una responsabilidad demandada por los profesionales desde hace años y que estamos seguros que va a permitir grandes beneficios tanto para el sistema de salud como para la sociedad. **(La señora secretaria primera, Rodríguez Díaz, ocupa la Presidencia.)**

Por todo lo anterior, instamos al Gobierno a desarrollar urgentemente la regulación del procedimiento para la obtención de la especialidad de enfermería en salud familiar y comunitaria, así como el programa formativo correspondiente.

La señora **SECRETARIA PRIMERA** (Rodríguez Díaz): Hay una enmienda presentada por el Grupo Parlamentario Popular, y para su defensa tiene la palabra el señor Calpe.

El señor **CALPE SAERA**: Como ha expresado el portavoz del Grupo Socialista, el señor Solera, la Comisión de Educación, Cultura y Deporte, en una sesión que se celebró el 17 de abril de 2002, aprobó una proposición no de ley, que era iniciativa de nuestro grupo parlamentario, relativa a las especialidades de enfermería, y en ella —y lo digo porque el señor Solera quizá ha tergiversado algo lo que era el texto de esta disposición— no había una referencia concreta a la especialidad que hoy se nos plantea. Lo que había era una petición de que se regulasen de nuevo las vías transitorias de acceso a las especialidades, porque el decreto que las regulaba era de 1987 y estábamos ya en 2002 y seguir dando un tratamiento a aquellos que hubiesen trabajado durante los años inmediatamente anteriores al año 1987 en el campo de una especialidad y excluir a aquellos que lo habían hecho durante los quince años posteriores no parecía razonable y creíamos que el Gobierno debía modificar esto. Sobre todo pedíamos la modificación del catálogo de especialidades, ampliándolo y estudiando posibles cambios de denominación en alguna de ellas, y lo fundamentábamos —y bastaría repasar en el «Diario de Sesiones» correspondiente la intervención que yo tuve en aquella Comisión de Educación— prácticamente en los mismos argumentos que ha expresado aquí el señor Solera. Lo cual quiere decir que compartimos el espíritu de su iniciativa, compartimos su preocupación y compartimos la necesidad del desarrollo de la especialidad a la que se refiere la iniciativa, de aquellas otras que están sin desarrollar y de otras que, como se decía en aquella iniciativa que se aprobó en abril de 2002, se pudieran implementar.

De entonces ahora no es que el Gobierno haya incumplido lo que esta Cámara le instó a cumplir, que era el desarrollo y la modificación del decreto de 1987, sino que ha ocurrido algo que tiene una trascendencia innegable, y es que se remitió a la Cámara el proyecto de ley de ordenación de las profesiones sanitarias, que se tramitó y se ha aprobado recientemente, y precisamente este proyecto de ley, hoy ya ley, tiene en sus artículos 19 y siguientes la regulación de la estructura y la formación en las especialidades de ciencias de la salud. Esta realidad normativa no se puede ignorar porque las especialidades en enfermería quedan lógicamente encuadradas en el ámbito de aplicación de la ley, quedan vinculadas por lo que ésta dispone y, por lo tanto, cualquier desarrollo que se haga del decreto ya en vigor o cualquier modificación que el Gobierno debe hacer para cumplir la proposición no de ley que se aprobó en la Comisión de Educación habrá de tener en cuenta este nuevo marco legal. En él se regula un sistema de formación de especialistas y se regula también cómo han de ser los programas de formación, es decir,

se regulan cuestiones que necesariamente afectan a esta iniciativa. Por eso nosotros hemos propuesto una enmienda que no excluye que se pueda regular la especialidad a la que se refiere la iniciativa, la especialidad de enfermería de salud familiar y comunitaria, sino que propone que dentro del marco de las previsiones de la Ley de ordenación de las profesiones se continúe con la elaboración del real decreto de especialidades de enfermería. Pero además lo hacemos de una manera que va a vincular al Gobierno si se aprobara nuestra enmienda, porque no estamos posponiendo con ello *ad kalendas graecas* la regulación, sino que pedimos al Gobierno que lo haga antes del final de la presente legislatura, lo cual, como es evidente para todos los diputados que estamos en esta Comisión, supone un plazo ya francamente inminente. Pero creemos que es mucho más razonable técnicamente el sistema que plantea nuestra enmienda que abordar directamente o aprobar la iniciativa del Grupo Socialista. Por eso esperamos que esta enmienda se nos apruebe.

Nosotros nos felicitamos, por otra parte, de que el Grupo Socialista se interese por esta cuestión, porque también hay que recordar que en abril de 2002, cuando se discutió en la Comisión de Educación la iniciativa, sorprendentemente, pese a la preocupación que hoy ha mostrado el Grupo Socialista por las especialidades de enfermería y, en concreto, por la de salud familiar y comunitaria, votaron los diputados socialistas en contra de aquella iniciativa. Hoy nos plantean una iniciativa en positivo que nosotros creemos que se mejora con nuestra enmienda, por lo que les pedimos que la acepten, y con ello lograríamos terminar la legislatura mandando un buen mensaje al personal de Enfermería, que, como por otra parte ha dicho el señor Solera, espera que las especialidades queden reguladas, y entre ellas aquella a la que se refiere la iniciativa. Y no sólo que queden reguladas, sino que, lógicamente, se pongan en marcha a la mayor brevedad posible, que se aprueben los programas formativos y que podamos tener especialistas en un plazo breve que sea razonable. **(El señor presidente ocupa la Presidencia.)**

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

La señora Riera, por el Grupo Parlamentario de Coalición, perdón, de *Convergència i Unió*, tiene la palabra.

La señora **RIERA I BEN**: Coalición también, presidente, gracias, pero con los socios de *Unió*.

Señor presidente, señorías, mi grupo quiere manifestar que por una parte valoramos positivamente la iniciativa presentada por el Grupo Socialista. A nadie le extraña que demos la importancia que tiene a la carrera profesional de enfermería y además, por la amplitud que la exposición de motivos de la propia proposición no de ley específica y en los que no voy a redundar enfatizamos, por decirlo de alguna manera, la importancia de dicha especialidad en salud comunitaria, por-

que, como se expone claramente y como ha dicho también el portavoz, el ámbito de aplicación de la salud comunitaria es cada vez más extenso y, por lo tanto, repercute, como su propio nombre indica, en un amplio espectro de la sociedad.

No obstante la bondad de la iniciativa, también es cierto que tendría que verse amparada por una ley, por la Ley de ordenación de profesiones sanitarias, que ha sido aprobada en esta Cámara hace escasamente quince días, si no me equivoco, y que sería incongruente que el desarrollo de esta ley no contemplase en su normativa específica, además de toda la carrera profesional de enfermería, muy en concreto esta especificidad. En este sentido, respecto a la propuesta transaccional de enmienda que el Grupo Popular propone, si bien tiene el matiz que siempre introduce el grupo del Gobierno para que se diga que el Gobierno hace bien las cosas, al menos en este caso, sin entrar en los matices de que el Gobierno se autofelicite y que la oposición diga que los deberes están por hacer, quizá sería sensato, teniendo en cuenta que la enmienda propone un término que es inmediato de implicación del desarrollo reglamentario, que si el grupo proponente y el grupo que hace la enmienda se avienen y se ponen de acuerdo, los demás grupos, por descontado el mío, celebremos la iniciativa, celebremos el consenso y, por descontado, apoyemos la propuesta. Desconozco en este momento si el Grupo Socialista la va a aceptar, pero de lo que no hay ninguna duda es de que hay unidad de todos los grupos que estamos representados en esta Comisión en valorar la iniciativa no simplemente como necesaria, sino además como altamente positiva.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Solera, a los efectos de la aprobación o rechazo de la enmienda, tiene la palabra.

El señor **SOLERA ALBERO**: Efectivamente, en aras del consenso, vamos a aceptar la enmienda de mejora que presenta el Grupo Popular a nuestra proposición no de ley.

El señor **PRESIDENTE**: Finalizado el debate de esta proposición no de ley, informo a SS.SS. que la votación de las distintas proposiciones será no antes de la una y media. ¿Estamos de acuerdo, señorías? **(Pausa.)** Gracias.

— **SOBRE EL IMPULSO DE UN PLAN INTEGRAL DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS AFECTADAS POR ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO CATALÁN (CONVERGÈNCIA I UNIÓ).** (Número de expediente 161/002336.)

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al debate de la proposición no de ley sobre el impulso de un plan inte-

gral de atención a las personas afectadas por enfermedades neuromusculares. Ha sido presentada por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), y para su presentación y defensa tiene la palabra el señor Jordi Martí.

El señor **MARTÍ I GALBIS**: Señorías, me complace traer, en nombre del Grupo Parlamentario Catalán de Convergència i Unió, a debate en esta Comisión de Sanidad esta proposición no de ley con la que mi grupo parlamentario quiere, aunque sea humildemente, contribuir a hacer justicia a un colectivo de ciudadanos de este país que están afectados por un conjunto de enfermedades conocidas con el nombre de miopatías o enfermedades neuromusculares, así como a sus familias y a los cuidadores.

Tal y como ya se describía en su momento sucintamente en la exposición de motivos de esta iniciativa parlamentaria, las enfermedades neuromusculares son enfermedades de carácter genético, generalmente hereditarias, que afectan a la musculatura y al sistema nervioso. Son, como SS.SS. saben, degenerativas e invalidantes, y, pese a los avances registrados en los últimos años en el ámbito especialmente de la investigación, todavía no existe un tratamiento curativo efectivo, aunque sí existen diferentes terapias rehabilitadoras y paliativas que contribuyen de alguna manera a mejorar el estado de salud general de los afectados. En ese sentido, el papel de la familia o de los cuidadores de los afectados es trascendental, y, a su vez, estos requieren de apoyo y de recursos que en estos momentos las administraciones sanitarias competentes no cubren con toda la extensión y el alcance que es exigible en una sociedad del bienestar como es la española o, en todo caso, la sociedad del bienestar a la que aspiramos en los próximos años. Más allá de los problemas físicos y psicológicos inherentes a esta enfermedad, y que colocan a los afectados en una situación muy difícil a nivel personal y familiar, existe un factor que agrava o puede agravar su situación si entre todos no tomamos medidas adecuadas a corto plazo, y me refiero al riesgo real de exclusión social. Ello es así porque la disminución de facultades, como SS.SS. conocen, es progresiva, cada vez más invalidante, y en muchos casos esas personas quedan a cargo de la familia, sin ingresos, y son la causa de muchas dificultades para sus cuidadores desde el punto de vista de la compatibilidad de la vida familiar y profesional.

En el Estado español se calcula que puede haber alrededor de 30.000 afectados por las diversas enfermedades que forman parte del grupo de las miopatías, y en muchos casos el tratamiento, el apoyo, la ayuda y los recursos de los que son acreedores los enfermos y sus familias por parte de los poderes públicos están lejos, a fecha de hoy, tenemos que reconocerlo, muy lejos de las ayudas y de los recursos que se aportan en otros Estados de nuestro entorno geopolítico. Esta situación propició que naciera hace un par de años una entidad que se ha

distinguido por su iniciativa, por el impulso de muchas iniciativas ante todas las administraciones, que es la Asociación española contra las enfermedades neuromusculares (ASEN), una entidad heredera de alguna manera de una asociación anterior que tenía su principal actividad de difusión en Cataluña, comunidad autónoma que desde hace años ha llevado a cabo esfuerzos importantes para mejorar la atención de los afectados, tal y como en su día representó la orden de 2 de junio del año 2000 del Departamento de Sanidad de la Generalitat de Catalunya, por la que se creaba el Consejo asesor sobre las enfermedades neuromusculares, consejo asesor que ha hecho su trabajo, y otras medidas iniciadas ya por el Gobierno de Cataluña y también por otras comunidades autónomas, que en todo caso lo que han hecho ha sido poner en evidencia que hay una asimetría en los recursos públicos y en las prestaciones que se dan a los enfermos, a los afectados y también, cómo no, en una segunda derivada, a todas aquellas personas, sean familias o no, que les atienden.

Como SS.SS. conocen, o al menos los portavoces de los grupos parlamentarios en esta Comisión, el pasado 19 de febrero de este año mantuvimos algunos de los que estamos presentes en esta sesión de la Comisión una reunión con representantes de la Asociación española contra las enfermedades neuromusculares. Fue una reunión que tuvo lugar en esta Cámara, y todos los grupos parlamentarios tuvimos ocasión de conocer más profundamente y aproximarnos a las principales problemáticas que afectan a los enfermos, a sus familias y a sus cuidadores. Conscientes de que las necesidades y las peticiones que se nos hicieron llegar en su momento, y que posteriormente se nos han ido recordando, son y eran numerosas y que no todos los medios para cubrirlas estaban al alcance del sistema sanitario, del sistema de cobertura social y de cobertura laboral, al menos a corto plazo, adoptamos en su momento informalmente el acuerdo de consensuar un conjunto de medidas que pudieran significar un avance en el nivel de prestaciones que actualmente ofrece el Sistema Nacional de Salud a los afectados. Han pasado, señorías, unos diez meses desde esa reunión. Hemos tenido posteriormente algunas conversaciones entre los grupos parlamentarios, y en el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) creemos que esta Comisión de Sanidad y Consumo está en deuda no solamente con la Asociación contra las enfermedades neuromusculares, sino también especialmente con los afectados, como no podía ser de otro modo.

También quiero recordar a SS.SS. que esta Cámara aprobó por unanimidad en el mes de mayo la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que prevé la ordenación de las prestaciones mediante un catálogo que incluye la atención sociosanitaria y la ortoprotésica, ambas de las que son beneficiarios los afectados por esas enfermedades, y que prevé también medios de apoyo a la investigación biomédica, pues

estos enfermos tienen puesta la esperanza de curación de sus enfermedades en estas líneas de investigación, especialmente en las terapias génicas y en la investigación con células madre. También recuerdo que la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en su capítulo VII, prevé la elaboración de planes integrales de salud sobre las patologías más relevantes, como son las que nos ocupan —y cito literalmente el artículo concreto del capítulo VII—, las que suponen una especial carga sociofamiliar, y creo que estamos, señorías, ante un claro ejemplo de enfermedades que comportan una gran carga sociofamiliar. Todo ello, como no puede ser de otra forma, debe ser encauzado con la oportuna financiación que prevé la citada ley, previo debate y acuerdo en el Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud, y gestionado por las comunidades autónomas de acuerdo con su propio modelo de organización y de provisión de servicios, como se establece también literalmente en la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Por lo anteriormente expuesto, el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) presentó en su día esta proposición no de ley, con la que no pretendemos abordar todas y cada una de las necesidades y reivindicaciones de los afectados y de las asociaciones de enfermos y sus familiares, sino solamente abrir una puerta para que progresivamente puedan irse arbitrando las medidas y los medios que en cada momento el Sistema Nacional de Salud pueda invertir para mejorar la calidad de vida de los enfermos. En concreto, la proposición no de ley que hemos presentado plantea cuatro propuestas concretas. Una es la de crear un consejo asesor de las enfermedades neuromusculares como órgano asesor del Ministerio de Sanidad, en el que intervengan, obviamente, representantes de las asociaciones de afectados y de las comunidades autónomas. En segundo lugar, proponemos que se realice un estudio epidemiológico para conseguir un censo de enfermos y de las tipologías neuromusculares, que son varias, como SS. SS. conocen. En tercer lugar, proponemos incluir en el catálogo de prestaciones ortopédicas elementos específicos para los enfermos neuromusculares, previo análisis y debate en el seno del Consejo interterritorial. Y en cuarto y último lugar proponemos, editar decálogos de buenas prácticas en las distintas fases de enfermedades neuromusculares, encaminados a garantizar los derechos de las personas a ser informadas sobre las características de la enfermedad, a ser orientadas sobre los lugares donde acudir y decidir sobre el tratamiento que deben recibir. Por todo ello, señorías, mi grupo parlamentario, en total sintonía con las entidades de afectados, pide su apoyo a esta iniciativa, insistiendo en que lo que se aprobaría hoy es una puerta abierta, un inicio, una primera etapa de lo que debería ser un abordaje mucho más completo de las necesidades de estos colectivos en los próximos tiempos.

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

Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Gil López.

La señora **GIL LÓPEZ**: Intervengo en nombre de mi grupo parlamentario en esta proposición no de ley que hoy nos trae el Grupo Catalán de Convergència i Unió y avanzo que votaremos a favor de la misma, como ya se manifestó en su momento en la reunión mantenida con la asociación.

En la exposición que ha realizado el portavoz de Convergència i Unió y en la parte expositiva de la proposición no de ley se establece que existen centenares de enfermedades neuromusculares que están debidamente clasificadas en distintos grados de afectación, como son las distrofias musculares, las miotónicas, las miopatías congénitas, miastenias, miopatías metabólicas etcétera. Sin necesidad de ser especialistas sobre las enfermedades neuromusculares, sabemos que la aparición de la enfermedad puede producirse tanto en el nacimiento como en otras etapas de la vida. La característica más importante de esta enfermedad es la pérdida progresiva de la fuerza muscular y la degeneración del conjunto de los músculos y de los nervios que los controlan. También ha expuesto el portavoz de Convergència que se están consiguiendo avances científicos importantes tanto en la investigación genética como en fármacos para determinadas enfermedades.

Las necesidades específicas que comportan estas enfermedades neuromusculares para los afectados, y también para sus familias, han llevado a la aparición de asociaciones que están dedicadas a dar apoyo y orientación a las personas que padecen estas enfermedades. Su ayuda se extiende también a sus familias, y tenemos que dar así el impulso de estas iniciativas asistenciales y el apoyo a los afectados a cargo de las administraciones sanitarias tanto del ámbito autonómico como del nacional.

La proposición no de ley que nos ocupa propone que, dentro del marco de la ley aprobada, la Ley de calidad y cohesión, que ha tenido el mayor de los consensos en esta legislatura, se diga todo lo que hace falta para cualquier enfermo, no sólo la cohesión entre las comunidades dentro del marco de las transferencias que tenemos ahora mismo en España, también la calidad, como bien marca la ley, tiene que ser factor primordial para el ministerio. Como ya hemos mencionado, se tiene que hacer todo tipo de esfuerzos para paliar el estado de salud de los afectados por las enfermedades neuromusculares.

Como decía al principio, el Grupo Parlamentario Socialista va a apoyar esta proposición no de ley que el Grupo Parlamentario Catalán de Convergència i Unió ha traído hoy a debate en esta Comisión de Sanidad.

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

El señor **LUQUE AGUILAR**: En cuanto a las enfermedades neuromusculares, podemos decir que constituyen un conjunto heterogéneo de enfermedades que afectan a individuos que padecen trastornos de neuronas medulares, polineuropatías, placa motora o fibra muscular. Descontando las polineuropatías más frecuentes (diabéticas, por tóxicos, endocrinas), su etiología es en gran parte desconocida y a menudo genética. Con frecuencia, muchas de ellas pertenecen a las clasificadas como enfermedades infrecuentes o raras, que en su conjunto constituyen un sector importante de la patología neurológica de variado perfil, desde las altamente letales, como puede ser la esclerosis lateral amiotrófica, a las crónicas y lentamente progresivas. Su definición por separado a veces es difícil, como es el caso de las que incorporan lesiones del sistema nervioso central.

En relación con la proposición no de ley presentada por el Grupo de Convergència i Unió, cabe resaltar que el título de la misma, en el que se propone la elaboración de un plan integral de atención a las personas afectadas por enfermedades neuromusculares, no se corresponde con el contenido de la proposición, en el que se concreta la demanda en la creación del consejo asesor de dichas enfermedades, la realización de un estudio epidemiológico para la confección de un censo de este tipo de enfermos, la inclusión, en el catálogo de prestaciones ortoprotésicas, de elementos específicos para este tipo de enfermos y la edición de catálogos de buenas prácticas. Nosotros creemos que un plan integral es mucho más amplio. No obstante, refiriéndonos a la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en cuyo artículo 64 se establece que se elaborarán planes integrales sobre patologías prevalentes, relevantes o que supongan una especial carga sociofamiliar, el Ministerio de Sanidad y Consumo, en base a estos criterios, ha iniciado los planes de cardiopatía isquémica y de cáncer y próximamente el plan de salud mental. El paso siguiente es la implantación de dichos planes, a lo cual se dedicarán todos los esfuerzos humanos y presupuestarios en el año 2004. Por este motivo no se considera conveniente iniciar ningún plan integral más hasta que estén finalizados y puestos en marcha los anteriormente mencionados.

Haciendo un desglose de los distintos apartados de la proposición no de ley, sobre la creación de un consejo asesor se podría decir que quizá sea más conveniente la existencia de un consejo asesor sobre enfermedades raras y no sólo sobre un grupo de dichas enfermedades. En cualquier caso, a este respecto cabe decir que el Instituto de investigación sobre las enfermedades raras está trabajando en la línea de conseguir una comunicación fluida con el colectivo de afectados por enfermedades raras, con el fin de conocer exactamente sus demandas y necesidades, y se propone trabajar en estrecha colaboración con la FEDER, Federación de asociaciones de enfermedades raras, y dentro de este

grupo está integrada la ASEN, la Asociación española contra las enfermedades neuromusculares.

Con respecto a la realización, el punto 2, de un estudio epidemiológico, quiero decir que entre las funciones del Instituto de investigación de enfermedades raras se encuentran, en el marco de la investigación, la de identificar la magnitud de dichas enfermedades, estableciendo un sistema de información de base epidemiológica, y elaborar y actualizar periódicamente un censo de los recursos de actividades en relación con las enfermedades raras. En lo que se refiere a la vigilancia epidemiológica de estas enfermedades, la red epidemiológica de investigación sobre enfermedades raras REPIER, cuenta entre sus grupos de trabajo con un grupo específico de registros y fuentes de información que, desde la aprobación de la red, está llevando a cabo una aproximación epidemiológica a la realidad de estas enfermedades en España.

Con respecto al tercer punto, incluir en el catálogo de prestaciones ortopédicas elementos específicos para los enfermos neuromusculares, previo análisis en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, he de manifestar que las comunidades autónomas, como responsables de la prestación de servicios sanitarios, ya proporcionan en la actualidad las prestaciones sanitarias recogidas en el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, por lo que la atención sanitaria a los enfermos con enfermedades neuromusculares está garantizada con la misma amplitud que al conjunto de la población, y puede decirse que el Sistema Nacional de Salud español es de los sistemas públicos más amplios del mundo y que los afectados por estas enfermedades tienen derecho a todas las prestaciones.

Atendiendo a lo que contempla la Ley de cohesión y calidad en lo referente a cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, cabe decir que en la misma quedan recogidas las necesidades de este tipo de pacientes, tanto las que se refieren a los requerimientos asistenciales, como al material ortoprotésico. Obviamente, uno de los colectivos a los que irá dirigida la cartera de atención sociosanitaria es al de todos aquellos pacientes con alguna discapacidad. Por otro lado, en lo referente al marco técnico asistencial, el Instituto de investigación de enfermedades raras tiene, entre otras, la función de procurar que se asegure una adecuada atención sanitaria a los pacientes con enfermedades raras, en colaboración con los servicios de salud de las comunidades autónomas y los coordinadores de las redes de investigación que sustenta el Instituto de investigación de enfermedades raras.

Con respecto al último punto, un catálogo de buenas prácticas, una de las funciones que tiene atribuida el Instituto de investigación de enfermedades raras en el marco técnico asistencial es el de promover acciones piloto de innovación en relación con la atención clínica

y sociosanitaria en enfermedades raras, creando grupos de expertos que establezcan criterios de actuación y contribuyendo a elaborar protocolos clínico-terapéuticos de consenso. Por otra parte, se ha impulsado la investigación y la formación sobre enfermedades neurológicas a través de la creación de la Fundación Centro en red de investigación sobre enfermedades neurológicas, el CIEN, que recientemente ha constituido su patronato y que está elaborando su plan estratégico. Entre los fines de la Fundación CIEN se encuentran los siguientes: Primero, promover y desarrollar la investigación en enfermedades neurológicas; segundo, fomentar que los avances científicos logrados repercutan sobre el sistema sanitario, en definitiva, sobre el bienestar de los pacientes, y tercero, favorecer la realización de proyectos coordinados de investigación en enfermedades neurológicas. Asimismo, la misma Ley de cohesión y calidad crea un órgano participativo, el foro abierto de salud para el estudio, debate y formulación de propuestas sobre temas específicos. En este foro está prevista la participación de las asociaciones de pacientes junto a las sociedades científicas u otros organismos interesados.

Por último, quiero decir que está en marcha el proyecto Guía Salud, en el que se publicarán las guías de prácticas clínicas o protocolos que hayan superado los criterios de calidad establecidos. En este proyecto están implicadas las comunidades autónomas y las guías estarán a disposición de todos los médicos del sistema.

Como existe cierto acuerdo sobre esta proposición no de ley presentada por el Grupo de Convergència i Unió, el Grupo Popular quiere presentar una enmienda in voce y el texto quedaría redactado de la siguiente manera. Priorizar, en el ámbito del recientemente creado Instituto de investigación de enfermedades raras, las actuaciones tendentes a identificar la magnitud de las enfermedades neuromusculares, promoviendo la investigación clínica, básica, sociosanitaria y económica de las mismas dentro de las iniciativas sectoriales en salud y su incorporación en el Plan Nacional de investigación científica, desarrollo e innovación tecnológica, y potenciar, a través del Comité de asociaciones de afectados, órgano asesor del Instituto, una participación activa de las asociaciones de afectados por enfermedades neuromusculares; difundir ampliamente el estudio elaborado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, en el seno del Consejo Interterritorial, sobre la fibromialgia, que incluye los últimos estudios y recomendaciones elaboradas por los profesionales.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Martí, a los efectos de aceptar o rechazar la enmienda planteada por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra.

El señor **MARTÍ I GALBIS**: Mi grupo parlamentario acaba de tener constancia por escrito de la propuesta de enmienda a que acaba de hacer referencia el portavoz del Grupo Popular. Valoramos positivamente, en

primer lugar, la aportación del Grupo Popular, entendemos que es una aportación que lo que quiere es comprometer al Grupo Parlamentario Popular para avanzar en la investigación y el tratamiento de estas enfermedades, que son muchas, como ha quedado claro. Nuestro grupo, de todas maneras, entiende que esta propuesta podría ser una enmienda de adición que complementaría las cuatro propuestas sectoriales que ha presentado mi grupo parlamentario, de manera que enriquecería nuestra proposición. Propondríamos in voce, ya que la enmienda es in voce, si se la puede llamar de esta manera, una contra-transaccional, en el sentido de añadir estos dos puntos, que son dos diferenciados, no uno (son dos párrafos referidos a dos situaciones diferentes), a los cuatro puntos que hemos presentado nosotros, que, insistimos, era un punto de partida, no un punto de llegada, y por tanto un plan integral parcial, si me permiten la expresión, para avanzar en este tema. No creemos en ningún caso que esta propuesta pueda ser o sustitutiva de la presentada por el Grupo Parlamentario Catalán.

El señor **PRESIDENTE**: Yo rogaría al señor Martí y al señor Luque que mantengan entre los dos un cambio de pareceres y remitan a la Mesa, si lo consideran oportuno, la enmienda definitiva. ¿Están de acuerdo? (**Asentimiento.**)

— **SOBRE CONTADORES DE ENERGÍA MEDIANTE TARJETA RECARGABLE. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/002343.)**

El señor **PRESIDENTE**: Proposición no de ley sobre contadores de energía mediante tarjeta recargable, presentada por el Grupo Parlamentario Socialista, para cuya presentación y defensa tiene la palabra la señora Varela.

La señora **VARELA VÁZQUEZ**: Señorías, quizás ninguna otra innovación tecnológica haya cambiado las condiciones de vida del hombre como lo ha hecho la electricidad. El sector eléctrico español mueve anualmente más de 12.000 millones de euros y son sólo cuatro las compañías que dominan el negocio; están agrupadas en la patronal Unesa y son: Endesa, Iberdrola, Unión Fenosa e Hidrocantábrico.

El mercado eléctrico español es complejo y por lo general desconocido. Las tarifas que se aplican en este negocio dependen de la oferta, la demanda y las disposiciones del Gobierno. Así, desde 1998, el precio base de la luz, que supone el 55 por cien de lo que paga en su factura un consumidor medio, se establece al casar la energía que ofrecen las compañías generadoras a las empresas comercializadoras. De la casación de ofertas surge un precio base de la energía para cada una de

las 24 horas del día durante todo el año; el resto depende de las disposiciones y tarifas fijadas por el Gobierno. La compañía operadora del mercado español de la electricidad, la OMEL, es la encargada de cruzar la oferta y la demanda y fijar el precio base. En este proceso también interviene Red Eléctrica, que es la propietaria de la red de alta tensión y tiene que garantizar que la electricidad llegue a los usuarios en condiciones seguras y fiables.

Pues bien, señorías, al igual que ha ocurrido en el sector de las telecomunicaciones, la industria eléctrica ha sido abierta a las fuerzas del mercado y, de este modo, los consumidores pueden elegir la empresa que les suministra su energía eléctrica. En España, como recordarán SS. SS., no se adoptaron medidas liberalizadoras hasta 1994, que es el año en que se aprobó la Ley de ordenación del sector eléctrico. Sin embargo, el modelo que definía la nueva legislación no se llegó a poner en práctica porque el Ejecutivo apenas desarrolló los preceptos contenidos en dicha ley. Como todos sabemos, después de las elecciones de 1996, el nuevo Ejecutivo llegó a un acuerdo con las empresas eléctricas para impulsar la liberalización del sector. Este acuerdo sentó las bases del proceso y facilitó la adaptación de la directiva comunitaria que persigue la creación de un mercado interior de la electricidad. De este modo, desde el 1 de enero de 1998, España cuenta con un sistema eléctrico liberalizado, cuyo fundamento legal es la Ley del sector eléctrico, aprobada por el Parlamento en 1997. Para poner en marcha la liberalización, se ha creado un mercado de compraventa de electricidad, se ha establecido un régimen de libre acceso a las redes de transporte y distribución, se aprobó un calendario para abrir paulatinamente el mercado mayorista, se ha definido un mismo catálogo de actividades y se puso en marcha un programa de privatizaciones que ha acompañado a las medidas liberalizadoras. Este sistema liberalizado se basa en la competencia entre las empresas eléctricas y en la capacidad de los consumidores para elegir suministrador, con el objetivo de dar lugar a tarifas y precios eléctricos más competitivos y a un servicio eléctrico cada vez de mayor calidad. Es decir, la idea, según el Ministerio de Economía, es abaratar el suministro eléctrico, mejorar la calidad del servicio y ampliar la oferta. Dicho de otra manera, la liberalización del sector eléctrico hará posible que el suministrador elabore una especie de traje a medida para el usuario.

Pues bien, una vez colocados los cimientos, se hace necesario dar algunos pasos más para garantizar que el proceso que se ha iniciado permite avanzar hacia una liberalización efectiva. Aparte de que cualquier medida que pueda incrementar la competencia entre los agentes que operan en el mismo debe ser prioritaria, se debe tener en cuenta en todo momento al consumidor final y a los artefactos que contabilizan el consumo eléctrico que este realiza. Aunque el Ministerio de Fomento ha

aprobado una orden ministerial que establece en treinta años la vida útil de los contadores, con un margen de un 3 por ciento arriba o abajo de error en la medición, la realidad es que muchos de los aproximadamente 23 millones de contadores que existen en la actualidad en nuestro país no son fiables. De hecho, el informe de la Comisión Nacional de Energía ha puesto de manifiesto que las compañías eléctricas españolas pueden estar facturando a los usuarios cantidades no acordes a la energía que consumen, ya que, al parecer, el 80 por ciento de los contadores facturan por exceso. También la comisión ha señalado que los usuarios llevan años pagando a las eléctricas cantidades inadecuadas por el alquiler de estos contadores; las empresas distribuidoras carecen incluso de información acerca de la antigüedad de dichos contadores, ya que, según el citado informe, se desconoce la antigüedad de más de 3 millones de equipos de medida en régimen de alquiler, y más de 7,4 millones de contadores superan los quince años de vida sin que los mismos hayan sido objeto de una revisión periódica. Como sus señorías saben, con carácter general se acepta internacionalmente que, superados los quince años de vida, la fiabilidad de la medida no queda garantizada, y también se acepta internacionalmente que, en cuanto a la vida útil de los equipos de medida y control, los contadores con más de treinta años deben ser sustituidos.

Como ven, es evidente que los contadores de la luz no ofrecen suficientes garantías en la medición. Por tanto, aprovechando la liberalización del sector eléctrico, y ya que la ley española exige que todo cliente eléctrico que opte por cambiarse del mercado regulado, es decir, con tarifa al mercado libre con precio negociado, tiene que instalar un contador nuevo con una serie de características técnicas particulares que lo hagan apto para el nuevo mecanismo del mercado libre, el Grupo Socialista considera que sería muy beneficioso y conveniente que dichos contadores se pudiesen cargar con tarjetas, igual que los teléfonos móviles, por tanto, que el consumidor pudiese comprar mediante tarjeta recargable la cantidad de energía que necesite para cada día, para cada semana, para cada mes o para cada año. El sistema de tarjeta recargable, además de otras ventajas, como, por ejemplo, que no habría cortes de luz por impago y, por lo tanto, tampoco habría gastos de nuevo enganche al suministro, también permitiría al usuario el poder acceder en cada momento a las futuras ofertas que pudiesen realizar las diferentes compañías de suministro eléctrico; aparte de comprarle electricidad a una empresa en función del precio, también se podrían tener en cuenta otros factores, como por ejemplo la atención comercial, el asesoramiento o los servicios complementarios que pudiesen ofrecer. Esto supondría, señorías, realmente una verdadera liberalización para el usuario.

Señoría, las ciencias y las técnicas avanzan que es una barbaridad, y el sistema de fichas o tarjeta recarga-

ble requiere de unos contadores de energía con una serie de características técnicas que hagan posible este sistema. Por ello, el Grupo Parlamentario Socialista ha presentado esta proposición no de ley mediante la cual se insta al Gobierno a que incentive e impulse la implantación en nuestro país de contadores de energía eléctrica mediante tarjetas recargables que permiten al usuario el pago correspondiente a un consumo planificado. Los socialistas entendemos que donde existen problemas se deben aportar soluciones, y consideramos que esta es una buena solución a la problemática que existe sobre los contadores de la luz. Por ello es por lo que pedimos a todos los grupos el voto favorable.

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

La señora **RIERA I BEN**: Esta iniciativa que presenta el Grupo Socialista podría englobarse en una serie de iniciativas, todas ellas enfocadas a defender los derechos de los consumidores. Hoy estamos hablando de contadores de energía, pero podríamos hablar de cabinas telefónicas, podríamos hablar de fraccionamiento acorde con el tiempo en que se utiliza un parking, etcétera; desgraciadamente, un amplio etcétera. Es una de las asignaturas que nuestro país tiene pendiente. Evidentemente, en la defensa de los derechos de los consumidores y usuarios, si bien entre todos hemos avanzado, aún hay un amplio trecho por recorrer.

De todas maneras, señora Varela, mi grupo parlamentario, por decirlo de una manera simple, estaría muy de acuerdo, o casi totalmente de acuerdo, con la parte expositiva de su proposición no de ley, o sea, cuando dice que existe un problema, un problema que lo pusieron de relieve en su día la Comisión Nacional de Energía en el informe del año 2001 y también estudios de asociaciones de consumidores y usuarios. Quizá en alguna parte de estos diagnósticos los términos parece, es posible adolecen de una cierta ambigüedad, a mi modo de ver no excesivamente favorable para los consumidores, porque en estos temas no se debería utilizar las expresiones es posible o parece ser tendría que decirse o blanco o negro, funcionan o no funcionan los contadores se miden bien o no se miden bien los consumos en energía. Cuando se dice denuncio, pero no estoy seguro no nos sirve para mucho.

En todo caso, demos por ampliamente aceptado, por lo menos en un 80 por ciento, que una buena parte de estos contadores no pasaron la prueba del algodón, o sea que, por defectos técnicos, porque tienen una antigüedad excesiva, por diferentes motivos, la cuestión es que se está facturando al usuario un coste superior al que realmente ha consumido. Este es un problema grave, y más cuando estamos hablando de un servicio como el de la energía, que es de amplio uso y además cada día más, pues, en este momento el mercado eléctrico tiene ante sí un amplio espectro de posibilidades.

En ese momento las tendencias de modas o de mercado hacen que cada día sea mayor la solicitud de energía para consumo, sobre todo a nivel doméstico, que es de lo que estamos aquí hablando; a nivel del hogar, cada día más dependemos de la luz, dependemos de la luz para subir o bajar una persiana muchas veces dependemos de la luz para poner un cazo al fuego o dependemos de la luz incluso para accionar una cama articulada de una persona enferma. O sea, la luz ha llegado a ser necesaria para nuestro uso cotidiano, en aspectos que van mucho más allá de simplemente iluminarnos durante la noche, está a nivel cotidiano en el día a día.

Insisto, sí compartimos la preocupación por este diagnóstico de la propia Comisión Nacional de Energía y por las denuncias que hacen las asociaciones de consumidores, pero lo que ya no tenemos tan claro es si la solución que apunta la proposición es la más adecuada. Nosotros opinamos que el uso de las tarjetas recargables es una de las soluciones. Permítame el símil y guardando todas las distancias, ¿verdad que cuando hablamos de telefonía móvil existen teléfonos con tarjeta recargable y teléfonos móviles que son de contrato? Sirva el ejemplo. En temas de energía lo que tenemos que hacer es asegurarnos de que se toman todas las medidas necesarias para que los distintos sistemas de medir el consumo sean fiables y garantistas, pero no nos atrevemos a afirmar que la medida óptima sea la de potenciar las tarjetas recargables. Puede ser, o no. Debería ser una opción, pero no consideramos oportuno que se tenga que instar al Gobierno para que fomente de manera específica o la transformación de los contadores por el sistema de tarjeta recargable. Pensamos que es una opción probablemente válida, pero técnicamente es posible que se deba hilar más fino, estudiar, si es más viable o no. Nos quedaríamos con este sí rotundo que demuestra esta solicitud, que debería ser una denuncia en esta Comisión de Sanidad y Consumo, pero no nos atrevemos a definir que la alternativa a lo que no funciona tenga que ser, como reza la proposición no de ley que ustedes defienden, que se fomente básicamente el modelo de tarjetas recargables. Por lo tanto, anuncio que, en congruencia con lo que he intentado defender en nombre de mi grupo parlamentario, nuestra posición será de abstención.

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

El señor **BUSTILLO GUTIÉRREZ**: Señorías, intervengo en nombre del Grupo Parlamentario Popular para fijar la posición de mi grupo respecto a la proposición no de ley del Grupo Socialista sobre contadores de energía mediante tarjeta recargable.

Después de haber escuchado atentamente los argumentos del grupo proponente y también de la portavoz de Convergència, quiero manifestar que mi grupo, aunque también comparte en cierta medida el diagnóstico, tampoco está de acuerdo con la receta curativa que se le

quiere aplicar. Quisiera dejar constancia, en primer lugar, que este ministerio no tiene las competencias ni la especialización en este tema. Muy al contrario, nuestro grupo entiende, y así lo manifestamos, que el organismo regulador y la Dirección General de Política Energética del Ministerio de Economía son las unidades que, por competencia y especialización, pueden determinar si la propuesta es viable técnica y económicamente, así como su posible incidencia, en un mercado liberalizado, sobre la competencia sobre la calidad de los servicios y precios. No obstante, quisiera realizar algunas puntualizaciones sobre la proposición no de ley.

Una gran parte de la argumentación la basa en el mal funcionamiento o el estado obsoleto de los contadores, de los equipos de medida de consumo, o su funcionamiento irregular; pues bien, sin llegar a justificar ni a certificar estas consideraciones, lo lógico sería exigir la revisión, y en su caso la renovación, de dichos contadores a las empresas afectadas. Sin embargo, intentar cargar sobre el consumidor una serie de costes económicos, de planificación y de riesgo, nos parece un grave error.

Respecto a los costes económicos, destacaríamos entre otros la obligatoriedad de comprar, con el consiguiente coste elevado, un nuevo contador eléctrico. A esto habría que añadir la colocación y el mantenimiento, librando así a las compañías de la gestión del consumo, cosa que no nos parece justa. Por otra parte, en este capítulo de gastos, no debemos de olvidar que obviamente el precio del kilovatio en un contador de tarjeta no sería el mismo que en uno fijo, incluso tratándose de la misma compañía. Antes citaba la portavoz de Convergència el ejemplo de los teléfonos. Evidentemente, no cuesta lo mismo un minuto de un teléfono fijo que el de uno de tarjeta prepago. Por supuesto, también es importante la fórmula de pago. Con este nuevo sistema habría que adelantar el dinero, independientemente de si se consume o no; con el modelo actual, se paga después de consumir, previo aviso de la compañía eléctrica.

Respecto a la planificación, habría que tener en cuenta la planificación de las necesidades eléctricas, tanto a corto como a medio o largo plazo, así como también tener que encargarse de comprar y recargar las tarjetas, lo que conllevaría una preocupación propia evidente al tratar de tener una previsión correcta para evitar las consecuencias de un apagón en cualquier momento por un error de planificación. Este riesgo lo tratará de subsanar el consumidor, si tiene posibilidades económicas, comprando por anticipado y al alza un consumo basado en la previsión, por si acaso. En fin, como sus señorías pueden comprobar, casi sería peor el remedio que la enfermedad en este caso.

También tengo que decir que efectivamente, ya está funcionando este contador eléctrico con tarjeta en algunas partes, pero en la mayoría de ellas para casos muy

concretos y muy específicos. Así, a nivel europeo, me consta que en Inglaterra existe este tipo de contadores preferentemente en residencias de estudiantes; existe un contador general y luego unas derivaciones o líneas que van a la habitación de cada alumno para que cada alumno costee su propio gasto en electricidad. También en nuestro país existen estos modelos, mayoritariamente en zonas turísticas, en los camping ya con tecnología moderna existen tomas de corriente específicas a parcelas, a tiendas complementarias de souvenir, etcétera, y en los puertos deportivos para las bombas de achique de las embarcaciones. Asimismo, en algunos garajes comunitarios también existe este tipo de tecnología.

En definitiva, señorías, el cambio de contadores previsto en la ley a partir de 2004 es una buena oportunidad para que, en el campo de la libre competencia, las compañías distribuidoras eléctricas compitan ofertando a sus clientes los mejores equipos de medida y las mayores garantías de gestión del consumo. Nada más.

— **SOBRE PREVENCIÓN DE TRANSMISIÓN DE LA HEMOFILIA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/002353.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al debate de la proposición no de ley sobre prevención de transmisión de la hemofilia, cuyo autor es el Grupo Parlamentario Socialista. Para su presentación y defensa, tiene la palabra la señora Juaneda Zaragoza.

La señora **JUANEDA ZARAGOZA**: Señorías, el Grupo Parlamentario Socialista trae hoy a la Comisión de Sanidad una proposición no de ley sobre la atención a un gran colectivo humano, al colectivo hemofílico, que se ve afectado no solamente en su salud, sino psicológicamente, sobre todo al plantearse vivir en pareja o formar una familia.

Popularmente se dice que la hemofilia es una enfermedad que padece el hombre y transmite la mujer. Sin embargo, no es del todo cierto, pues el varón hemofílico transmite también el gen defectuoso a todas sus hijas, que serán portadoras obligadas y transmisoras de la enfermedad a sus propios hijos.

Señorías, no vamos a hablar con profundidad de esta enfermedad crónica, de transmisión genética ligada al sexo y que puede producir graves hemorragias internas o externas que a la larga llevan a alteraciones importantes, sobre todo en las articulaciones que pueden crear distintos grados de discapacidad física, vamos a hablar de los problemas que viven y sufren las mujeres portadoras y posibles portadoras e intentar conseguir una mejor y mayor calidad de vida y, sobre todo, una mayor atención. Esa atención a las mujeres portadoras tiene su justificación en el derecho de estas a conocer su condición de portadoras o no de la enfermedad y a estar lo suficientemente informadas de las alternativas repro-

ductivas que se pueden ofrecer a las parejas que se encuentran en esas circunstancias: contracepción, interrupción del embarazo, diagnóstico prenatal o elección de sexo. Este derecho de las mujeres se convierte en privilegio cuando sólo son unas pocas mujeres o familias las que pueden acceder a esta información y posterior elección de los caminos posibles. El diagnóstico como portadora debe realizarse precozmente para poder planificar las actuaciones a realizar con perspectiva en el tiempo. Es necesaria una gran información y apoyo psicológico y social que esté al alcance de todas las portadoras, sobre todo en el momento de constituir una pareja, al diseñar una planificación general, en el momento del diagnóstico prenatal, ante una posible interrupción del embarazo, en el parto o ante el nacimiento de un hijo con hemofilia.

Se han logrado grandes avances en el tratamiento paliativo de esta enfermedad. Debemos recordar que, al ser un tratamiento que se administra por vía intravenosa, en los años ochenta trajo consigo la transmisión de la hepatitis C a muchos enfermos, como consecuencia de los tratamientos periódicos que debían recibir con concentrados de factores de coagulación, pues hasta 1989 no existía ningún procedimiento que permitiera identificar las unidades de sangre infectadas. Aquello supuso una gran tragedia en el colectivo hemofílico, no sólo por el elevado número de afectados, sino por los efectos añadidos que supone una hepatitis C en enfermos que tienen ya un proceso crónico. Hoy, con todos los controles sanitarios hechos a través de las unidades de hemofilia, dependientes de los servicios de hematología de los hospitales del sistema sanitario público, se ha conseguido mejorar notablemente la calidad de vida de los enfermos hemofílicos, pero no es suficiente. Existen aún muchas portadoras que lo son sin saberlo, que llegan a la edad adulta sin conocer si transmitirán o no la enfermedad a su descendencia. Desde las asociaciones de hemofilia, se hace un gran trabajo con las mujeres portadoras; su objetivo es educar, informar y apoyar a este grupo humano, pero queda mucho por hacer.

Señorías, hay que conocer el censo de mujeres portadoras y sus circunstancias individuales, hay que atender las demandas y necesidades comunes de esta población, procurar una adecuada formación a las portadoras y a sus parejas y facilitar el apoyo social y psicológico necesario en todo proceso, pero sobre todo es necesario facilitar una clara información sobre dónde debe acudir para recibir esa información y ayuda en cada circunstancia. Es fundamental el diagnóstico temprano de las portadoras, hacer un censo total y evitar las esperas que influyen o aplazan el desarrollo de la vida cotidiana, sexual o de pareja de muchas mujeres. Las portadoras de hemofilia A o B deben enfrentarse a elecciones difíciles con respecto a su reproducción: o abstenerse del embarazo o aceptar el riesgo de un 50 por ciento de niños hemofílicos, considerar la adopción o elegir el

diagnóstico prenatal y la elección de sexo para poder romper la cadena transmisora. Por eso pueden y deben tener alternativas en la elección reproductiva: la contracepción, la fertilización in vitro o elección de sexo, la transferencia gamética intrafalopiana —el GIFT—, la adopción o el aborto después del análisis de una muestra de la membrana coriónica. No hay que olvidar que, como enfermedad de transmisión genética, las portadoras de hemofilia tienen el amparo legal, de acuerdo con los artículos 144, 145 y 146 del Código Penal, para abortar al constituir uno de los supuestos legales bajo los que se permite el aborto en nuestro país.

Señorías, la alternativa más demandada por el colectivo de mujeres portadoras y posibles portadoras es la elección de sexo, que facilita la prevención de esta grave enfermedad. Nosotros pretendemos que se asuman los costes por el sistema sanitario público español, incrementando los medios económicos para el diagnóstico de portadoras de la enfermedad y que se asuma también el costo económico de las técnicas de reproducción asistida mediante la elección de sexo, encaminadas a evitar la transmisión de esta enfermedad genética en los casos en que se pueda evitar, consiguiendo que sea una opción al alcance de la mayoría y no un privilegio para solamente algunas mujeres.

Por todo ello, y voy terminando, el Grupo Parlamentario Socialista presenta esta proposición no de ley sobre prevención de la transmisión de la hemofilia, en cuyos puntos pedimos lo siguiente. En el primero la realización de un estudio epidemiológico de las mujeres con antecedentes familiares de hemofilia en el Sistema Nacional de Salud, al objeto de posibilitar la detección temprana de las portadoras y desarrollar las acciones necesarias para prevenir la transmisión de esta enfermedad. En el segundo punto, pedimos incorporar a la cartera de servicios correspondiente al catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, siempre de acuerdo con las comunidades autónomas, las técnicas de elección de sexo previstas al amparo del apartado tercero del artículo primero de la Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre técnicas de reproducción asistida.

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

La señora **RIERA I BEN**: Aunque estamos hablando de salud en sentido muy distinto, ya que en la anterior proposición no de ley estábamos hablando de consumo, desde nuestro punto de vista sería aplicable el comentario que hacía anteriormente. Esta propuesta habla de un colectivo muy específico, el colectivo de mujeres con el gen de la hemofilia, pero esta proposición no de ley podría hacerse extensiva a otros colectivos de mujeres que, siendo también portadoras de enfermedades genéticas, pueden verse beneficiadas por los avances de la ciencia y la tecnología para vivir mejor con su enfermedad y, sobre todo, para tener la

tranquilidad y la satisfacción, como mujeres y como pareja, de que, gracias a los avances de la ciencia, pueden librar a su descendencia, si desean tenerla, de sufrir la misma enfermedad. En este sentido, anuncio a la portavoz del Grupo Socialista que mi grupo parlamentario va a dar un sí a esta proposición pero es un sí crítico, que no quiero hacer extensivo simplemente al grupo proponente sino que desearía que quedase claro en el «Diario de Sesiones» para quien le atañe —atañe básicamente al Gobierno— que es fácil ponerse de acuerdo en estos temas y encontrar un nexo común entre todos los grupos sobre las ventajas de dar apoyo a estas iniciativas.

Es evidente que nadie desea tener que evitar un embarazo, amparándose —aunque sea legal— en un supuesto de aborto, si hay medios terapéuticos, primero, para evitar embarazos no deseados que en este caso tienen que ser de especial sensibilidad, y, segundo, para garantizar a aquellas mujeres, que a pesar de tener estas enfermedades sí desean tener hijos, que van a poder librar a su descendencia de estos males. Esta es la parte en la que fácilmente nos pondremos todos de acuerdo, pero deberíamos ser conscientes de que esto significa inyectar al sistema un presupuesto acorde con las necesidades y de acuerdo con los decretos de buenas intenciones. No sería justo, y seguro que no es la intención del grupo proponente, que como hoy estamos debatiendo sobre las mujeres portadoras de hemofilia excluyésemos de estas ventajas a otros colectivos que son amplios y que están en situaciones homólogas. Por lo tanto, si hoy se aprueba —que espero que sí— esta proposición no de ley, por sentido común, sus bondades deben hacerse extensivas a todas mujeres portadoras de enfermedades transmisibles que tienen esperanzas de poder librar a su descendencia de esta enfermedad. Esto significa para el Sistema Nacional de Salud satisfacer muchos intereses y poner de acuerdo toda la maquinaria de las comunidades autónomas con recursos suficientes para poder hacer los cribajes de diagnóstico y saber cuáles son los colectivos afectados. Aunque a veces parezca una obviedad, por desgracia aún existen portadoras de enfermedades muy graves que no han sido diagnosticadas, porque no están suficientemente claros los antecedentes familiares o porque no ha habido ocasión en su historial médico-clínico de que se le detectase una patología, que no se ha visualizado pero que la tiene. Por lo tanto, cribajes de riesgo, obviamente con criterios médico-científicos —sería absurdo decir que todas las mujeres van a pasar sistemáticamente un cribaje, no sería ni asumible ni sensato—, para aquellos que potencialmente son colectivos de riesgo. Es necesario inyectar dinero para hacer los cribajes y posteriormente recursos para que sobre todo las técnicas de reproducción asistida puedan realizarse con las debidas garantías. Quiero recordar que, más allá de que hayamos aprobado en esta Cámara la Ley del Partido Popular —ley que, como dijo mi grupo, era

ampliamente mejorable, a pesar de los disensos que mantenemos y que están al cien por cien vivos, y que admitimos que ha sido un avance respecto a la situación actual—, la Ley de fecundación *in vitro*, además de los problemas del propio texto legislativo, tiene un problema de recursos y de medios, porque las mujeres que están en lista de espera para un tratamiento de fecundación son muchas más de las que el sistema público puede abarcar. El Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) formuló preguntas al Gobierno, con respuestas por escrito, en absoluto satisfactorias —casi se ha cumplido aquel dicho de: pregunta lo que quieras, que te contestaré lo que me dé la gana— y nosotros insistimos mucho en que en las clínicas que utilizan estas técnicas en Cataluña, que tienen eficacia probada y demostrada en los tratamientos de fecundación *in vitro*, aunque sean privadas, el sistema público en Cataluña financia el coste para que las mujeres puedan acudir a estas clínicas. De no ser así, estas nuevas técnicas, estos privilegios estarían sólo a disposición de economías muy saneadas y por lo tanto lejos de lo que esperamos que sea de justicia, que sería una prestación universal para todas aquellas mujeres que están en situación de beneficiarse de ellas.

Concluyo. El Grupo Parlamentario Popular me parece que va a proponer una enmienda transaccional, no sé si el grupo proponente la aceptará. Yo desearía que hoy, que es la última reunión de la Comisión de Sanidad, llegásemos a amplios acuerdos en este tema, pero sobre todo desearía que el Gobierno, el de ahora y el que pueda salir después de unas elecciones el próximo mes de marzo, sea muy consciente de que, cuando aprobamos proposiciones no de ley, iniciativas legislativas que pretenden incluir en el catálogo de prestaciones nuevos servicios, esto significa siempre y de manera indefectible, dotar de más dinero al sistema. De lo contrario, hacemos brindis al sol, muy lejos de poder satisfacer las expectativas de los usuarios.

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

El señor **ROMÁN JASANADA:** Señor presidente, señorías, intervengo en nombre del Grupo Parlamentario Popular para defender la enmienda de modificación que hemos presentado a la proposición no de ley sobre la hemofilia que presentó el Grupo Socialista. Compartimos la sensibilidad que, tanto la portavoz del Grupo Socialista como la portavoz del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) han manifestado hacia la hemofilia y sobre todo hacia los enfermos que la padecen y las personas que en sus genes portan la transmisión de esta enfermedad. Es una enfermedad social, como bien manifestaba, y que ocasiona limitaciones de toda índole a las personas afectadas.

La hemofilia es una enfermedad genética, hereditaria, recesiva, ligada al cromosoma X, por lo que las mujeres transmiten la enfermedad pero no la padecen,

salvo raros casos de hemocigocia o en portadores con inhibición del cromosoma X normal. Presenta una incidencia aproximada de 15 por cada 100.000 nacidos varones, siendo más frecuente la hemofilia A, déficit del factor 8, que la B, déficit del factor 9. El porcentaje de los enfermos hemofílicos hereditarios en los últimos años ha disminuido gracias al consejo genético, cambiando la relación proporcional entre enfermos con antecedentes familiares y los considerados *de novo*. Clínicamente, como bien han manifestado, cursan con hemorragias, principalmente a nivel articular, que aparecen de forma moderada o grave cuando la concentración del factor es inferior al 5 por ciento de la concentración normal. El tratamiento sustitutivo, como decía el Grupo Socialista, ha dado lugar en las últimas décadas a la transmisión de enfermedades infecciosas, principalmente el virus de hepatitis C u otros menos conocidos, como el parvovirus B19, etcétera, que han mejorado también en la última década con los nuevos factores obtenidos por técnicas de recombinación genética. Mi grupo está de acuerdo en que es importante realizar una detección precoz de portadoras, encaminada a prevenir la transmisión de la enfermedad. El diagnóstico de portadoras se podía basar en un estudio del árbol genealógico, en estudios funcionales, mediante la medición de concentración de factores 8 y 9, o en la realización de estudios genéticos moleculares que se realizan en escasos centros, con procedimientos técnicos complejos y con un coste económico elevado.

Un estudio epidemiológico genético es complejo y debería contemplar con especial atención varios aspectos. En primer lugar, el consentimiento informado de usos presentes y de usos futuros de la información, después la comunicación de resultados, que debe ser realizada con la validación del estudio totalmente confirmado, y el nivel de incertidumbre del test o pruebas diagnósticas, que en la actualidad pueden presentar problemas por falsos positivos. En relación con la confidencialidad, los datos genéticos son probablemente los datos médicos más sensibles y es importante garantizar la máxima confidencialidad. Esta confidencialidad implica no solo la petición del consentimiento informado, al que estamos obligados en el momento de la extracción de la muestra, sino una información clara sobre el tiempo de almacenamiento, usos inmediatos de la misma y consentimiento para posibles usos futuros. Por tanto, nosotros insistimos en que es necesario garantizar al máximo la confidencialidad de estos datos.

Mi grupo ha presentado una enmienda de modificación en la que se insta a que sea el Observatorio de Salud de la Mujer el que realice el estudio encaminado a la detección precoz de portadoras. Quiero recordar que los objetivos fundamentales de este Observatorio de Salud de la Mujer estriban en conocer el estado de salud de la mujer y de su calidad de vida así como los cambios que acontecen en ella, promoviendo políticas

de salud pública tendentes a desarrollar mejoras en los diversos ámbitos que afecten a la salud de la mujer. Entre sus funciones —destacaré algunas, por no ser excesivamente extenso— están actuar como órgano permanente de recogida y análisis de la información disponible en diferentes fuentes nacionales e internacionales; constituirse como foro de intercambio y comunicación entre organismos públicos y la sociedad y proponer la realización de estudios e informes técnicos de diagnóstico de la situación de la salud de la mujer en España. En este Observatorio de Salud de la Mujer, que principalmente se dedicaba a procesos más prevalentes, como la osteoporosis, la menopausia, enfermedades cardiovasculares por la menopausia, el cáncer de mama y otros muchos, también pueden tener cabida el estudio de prevención de la hemofilia. Un estudio epidemiológico de búsqueda activa, como del que estamos hablando, precisa una buena base de desarrollo tecnológico y tiene un coste económico elevado, como manifestaba la portavoz del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), que tiene escasos antecedentes en el mundo en cuanto a búsquedas activas.

La enmienda de modificación únicamente cambia el aspecto de que se realice por parte del Observatorio de Salud de la Mujer un estudio epidemiológico de todas las mujeres con antecedentes familiares de hemofilia en el Sistema Nacional de Salud, al objeto de posibilitar la detección temprana de portadoras y desarrollar las acciones necesarias para la prevención de la transmisión de dicha enfermedad. Es una enmienda que puede ser aceptada por todos los grupos en esta creo que última Comisión de Sanidad en la que espero que podamos alcanzar grandes acuerdos.

Tampoco quiere dejar pasar mi grupo el desarrollo de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud que aprobamos hace escasos meses. Dice, en su capítulo I, artículo 5 y siguientes, al hablar de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud y en concreto de la atención especializada, que dicha cartera de servicios tiene que desarrollarse. Aquí estaría encuadrado el diagnóstico genético preimplantación, según fija también la Ley de reproducción asistida. Esta cartera de servicios se actualizará previo acuerdo del Consejo interterritorial de Salud, como fija el artículo 18. En la actualidad se está desarrollando la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud y mi grupo es partidario de que se analice en su elaboración —no olvidemos que es de gran complejidad, sobre todo en atención especializada— el diagnóstico genético preimplantacional en aquellos casos en los que existan garantías diagnósticas y teniendo en cuenta lo establecido en la Ley sobre técnicas de reproducción asistida.

El señor **PRESIDENTE:** Tiene la palabra la señora Juaneda a los efectos de aprobar o rechazar la enmienda.

La señora **JUANEDA ZARAGOZA**: Efectivamente la enmienda del Grupo Parlamentario Popular, de mejora técnica, sobre el primer punto de nuestra proposición no de ley añade que sea por parte del Observatorio de Salud de la Mujer. Nos parece bien, estamos de acuerdo. Damos por sentado que el segundo punto de la proposición no de ley queda admitido tal cual puesto que la enmienda se refiere solamente a la primera parte, al primer punto, que está tal cual nosotros lo presentamos con el único añadido de por parte del Observatorio de Salud de la Mujer. Del segundo punto no dice nada y, tratándose de un apartado muy distinto, que no tiene nada que ver con el primero, damos por sentado que se admite como está.

El señor **PRESIDENTE**: Que no se enmienda.

La señora **JUANEDA ZARAGOZA**: Eso es lo que pregunto.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Popular, a los efectos de aclarar las dudas de la portavoz del Grupo Parlamentario Socialista.

El señor **ROMÁN JASANADA**: Entiende mi grupo que es una enmienda de modificación de la enmienda que presenta el Grupo Parlamentario Socialista y lo que proponemos es que quede según dice el Grupo Parlamentario Popular. En mi intervención he hecho alusión al desarrollo de la cartera de servicios según la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, pero mi grupo entiende y propone que esta proposición no de ley quede con la enmienda de modificación, si es aceptada por parte del Grupo Parlamentario Socialista, en los justos términos en los que la hemos presentado.

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

La señora **JUANEDA ZARAGOZA**: La parte más importante de este tema era el segundo punto, que dice que se incorpore la cartera de servicios, incluso con el tiempo, no inmediatamente, que se haga el estudio correspondiente; nosotros pensamos, incluso después de la respuesta del portavoz del Grupo Parlamentario Popular a la proposición no de ley, que con el tiempo esto se podría hacer. Si estos dos puntos simplemente los resumimos en uno, que es el primero que nosotros proponíamos, tal cual, no admitimos la enmienda. Nosotros ya lo poníamos también así, porque la parte más importante es el segundo punto, que es el más demandado por el colectivo de mujeres.

El señor **PRESIDENTE**: Esta Presidencia estima que, en el tiempo que queda hasta la votación de la proposición no de ley, dialoguen y trasladen a la Mesa el acuerdo definitivo, para que literalmente conste en el «Diario de Sesiones».

— **RELATIVA A UN PLAN NACIONAL DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN PARA LA SALUD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/002369.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al último punto del orden del día, proposición no de ley relativa a un plan nacional de alimentación y nutrición para la salud, del Grupo Parlamentario Socialista. Para su presentación y defensa, tiene la palabra el señor Fidalgo.

El señor **FIDALGO FRANCISCO**: Hace un par de meses, al inicio del curso escolar, repasaba con mi hijo las funciones vitales de los seres vivos y destacaba claramente que las funciones son tres, la de reproducción, la de relación y la de nutrición. Sobre los temas de reproducción ya hemos hablado con abundancia en esta legislatura; sobre los de relación estamos un poco en ellos, pero lo que nos preocupa ahora y de una manera muy importante a toda la sociedad española es todo lo relativo a la nutrición. En dos aspectos: uno que es automático, la respiración, pero en el que, aun siéndolo, somos capaces de introducir elementos perversos como es el tabaquismo que tanto afecta a nuestra salud; y otro aspecto de la nutrición es la alimentación. En esto insisto en que hay gran preocupación, porque también se han introducido diferentes cambios en la alimentación de los seres humanos y concretamente en la alimentación de los españoles, que a veces la mejoran pero que últimamente la están deteriorando. Nosotros consideramos importante esta proposición no de ley, por que nos parece que tenemos un problema grave de salud pública. Es un problema a nivel mundial y yo no podría iniciar la exposición de esta proposición no de ley sin referirme a que gran parte de la humanidad tiene problemas de alimentación por escasez y muchos millones de personas aún se están muriendo de hambre en el mundo, lo cual no deja de ser un escándalo y una paradoja, si tenemos en cuenta lo que vamos a tratar nosotros hoy aquí.

En todo el mundo el ser humano come por diferentes motivos y uno de ellos es por gusto, siendo éste diferente de unas partes del mundo a otras. Eso quiere decir que muchas veces son factores culturales los que inciden en la alimentación y que, como tales, pueden hacerlo negativamente, pero también aportan la esperanza de que efectivamente se pueden mejorar esos hábitos y por eso presentamos esta proposición no de ley. Señorías, ¿cuántos españoles padecen algún trastorno de salud relacionado con la alimentación? Millones; ustedes y yo lo sabemos. En épocas pasadas también había problemas de alimentación en España pero generalmente relacionados con la escasez u otros motivos; no como ahora, que se trata de hábitos perniciosos para la salud y mucho más relacionados con la calidad de la alimentación. ¿Comemos ahora lo adecuado nutricionalmente? Evidentemente, no. No quiero hablar

de patologías y enfermedades concretas, ya en la exposición de motivos se hace una alusión bastante amplia a un ejemplo que puede ser típico como son las patologías cardiovasculares, y esta es una Comisión política, aunque a veces linda mucho con lo técnico. Quiero recordar que hoy mismo un medio de comunicación de ámbito nacional afirma, refiriéndose a la lucha contra la hipertensión arterial, que un experto como el ex presidente de la Liga mundial contra la hipertensión dice que la solución para la hipertensión es más política que médica y pone de relieve que el mensaje principal sigue siendo que hay que hacer una vida saludable, tomar menos sal, hacer ejercicio, etcétera. Luego afirma que actualmente la industria alimentaria en el Reino Unido ha empezado a colaborar mucho, en el sentido de disminuir la sal; la presión de los consumidores ha conseguido que disminuya la cantidad de sal de las comidas, y me refiero a alimentos como el pan, que es un alimento básico, y también precocinados, pizzas, congelados, etcétera. Como ven, se puede y se debe hacer mucho en este sentido.

No quiero circunscribirme sólo a las patologías cardiovasculares, que dan la impresión de que son el objetivo del pretendido plan presentado por la ministra para la nutrición. Hay otros trastornos alimentarios de base que no son tratados. Por ejemplo, ¿cuántas veces hemos debatido en esta Comisión de Sanidad los problemas relativos a la intolerancia al gluten? Por lo menos hemos visto tres o cuatro proposiciones no de ley; por cierto, la mayoría de ellas han sido rechazadas por el Grupo Popular y los puntos aprobados no me consta en este momento que se hayan puesto en marcha y que hayan sido financiados adecuadamente. Estamos hablando de problemas de la alimentación y de cambios culturales, pero sobre todo me preocupa que esto es sólo un síntoma de lo que realmente está ocurriendo en nuestra sociedad. Estamos asistiendo a una invasión cultural que no es un enriquecimiento procedente del Tercer Mundo, sino más bien una sustitución de nuestras capacidades autóctonas para alimentarnos procedente de los países más desarrollados, por una uniformidad dirigida mucho más desde un pensamiento único, de consumismo, de ensimismamiento y sedentarismo y de patologías sociales, algunas de las cuales también hemos tratado en esta Comisión.

Sería pretencioso por nuestra parte atacar aquí y ahora mismo todas esas grandes causas de los males del mundo. Humildemente, sólo somos —y bastante somos con serlo— diputados españoles y debemos conformarnos por ahora con atacar el problema grave de la salud pública en España que es la alimentación. El objetivo fundamental de nuestra proposición no de ley es provocar en la sociedad la sensación de que en esta legislatura nos hemos preocupado por este tema y que sea el punto de partida para una acción continuada a lo largo del tiempo, dirigida a que situemos los problemas de la alimentación y de la nutrición adecuada en el eje clave

de las políticas de la salud pública, para lograr un estado de salud acorde con lo que nuestra Constitución dice. Tampoco puedo ignorar que es un contexto difícil para lograr cambios culturales en España, pero ya he dicho antes que son posibles y por eso hemos presentado la proposición no de ley. Es difícil porque las familias destinan un 8,5 por ciento menos ahora que hace 25 años a la alimentación en casa, donde teóricamente se comería mejor y más adecuadamente; además, nos gastamos casi un 25 por ciento más en bares, restaurantes y hostelería pues casi el 40 por ciento de las comidas se hace ya fuera de casa. Si a esto añadimos que el 60 por ciento de las familias españolas tienen dificultades para llegar a final de mes con sus presupuestos, la verdad es que el contexto es preocupante.

Señorías, ¿cuántas familias españolas son capaces de eludir la comida basura hoy en día? ¿Cuántos restaurantes o bares de los que frecuentan tienen menús dietéticos? Díganme, por favor, alguna comida que se pueda comer fuera de casa libre de grasas, azúcares o sal. Por cierto, tengo que hacer una mención al comedor del Congreso de los Diputados, que sí tiene una comida dietética, consumida por gran proporción de los trabajadores de esta casa, lo cual revela la necesidad de extender esta forma de actuar a toda la hostelería. Sigo con las preguntas, que pueden ser clarificadoras. ¿Cuántos fiambres y conservas encuentran sin sal en el supermercado? Seguro que algunos de ustedes son hipertensos o lo son sus familiares y les han acompañado a hacer la compra algún día. ¿Y los productos sin gluten? A pesar de todo lo que hemos hablado del gluten en esta Comisión, siguen las mismas dificultades para las familias españolas para encontrar productos sin gluten en las debidas condiciones en los supermercados. ¿Son fiables los etiquetados y la composición de los alimentos envasados? Hay que preguntárselo una vez más a los diabéticos, a los celíacos, a los obesos, a los hipertensos, a los alérgicos, etcétera. ¿Qué pasa con los comedores escolares y con los de las empresas, tendentes cada vez más a recortar el presupuesto y, si nos tenemos que atener a la realidad, con tendencia clara a disminuir su calidad? ¿Nos extraña después de esto que el 50 por ciento de los que inician una dieta la abandonen, con todas las dificultades que hay para seguir un régimen dietético?

Muchos de ustedes saben lo difícil que es seguir un régimen. No podemos consentir que, en este mundo ultracompetitivo y depredador a veces, se nos siga cambiando la salud por las ambiciones, la vanidad en muchos casos, lo superfluo y el enriquecimiento sin límite de unos pocos. El precio que estamos pagando es muy alto. Comemos mal y vivimos peor, en términos de calidad de vida. Cambiamos la sencillez inicial por la complejidad del efecto y su tremendo y costoso e insostenible tratamiento. Vuelvo a incidir en la exposición de motivos. El sistema sanitario no puede seguir atacando los problemas solamente por los efectos, es

insostenible. Que el gasto farmacéutico se haya disparado —y este Gobierno no lo ha sabido controlar— es la prueba evidente de ello.

Señorías, no proponemos el intervencionismo, como algún grupo podía insinuar. De todas maneras, recuerdo que en Estados Unidos la composición de un producto básico de su alimentación como es la hamburguesa está regulada por ley. Así pues, un grado importante de implicación de las administraciones públicas en el contenido de la alimentación sí nos parece que es necesario. Por otra parte, proponemos un acuerdo elemental de toda la sociedad, un acuerdo global. Esto no puede ser solamente una iniciativa del Gobierno a respuestas puntuales de los problemas de salud que van surgiendo. No, pretendemos un cambio fundamental, un cambio cultural dirigido a una alimentación saludable de una manera preventiva y creemos que es el ministerio el que debe liderar ese cambio, para que, cooperando todas las administraciones y sectores implicados, produzcamos ese cambio colectivo en la cultura alimentaria y nutricional de nuestro país. Ese cambio debe dirigirse a la promoción de la salud, para evitar o paliar tratamientos costosos de la enfermedad. Seguramente nos van a decir ustedes que algo así ya está realizando el Gobierno, pero, sinceramente, por lo que yo he visto, los planes del Gobierno son muy dirigidos, muy concretos y muy en respuesta a algo. Nosotros pretendemos algo mucho más profundo, pretendemos un cambio amplio de la cultura alimentaria, del que nos podemos beneficiar todos los sectores de la sociedad, también la industria alimentaria. Además, individuos sanos llevan a una sociedad sana y esta es garantía también de salud empresarial. Tendremos ánimos y también nuestra mente estará despierta para ocuparnos no sólo de la salud de nuestros conciudadanos españoles, sino para poder dedicar alguna atención al menos a los problemas de salud y al hambre en el mundo. Si lo hacemos bien, las siguientes generaciones podrán conseguirlo. Ya he dicho que es un problema para cuya solución necesitaremos mucho tiempo, pero hace falta un cronograma y hace falta una intención clara.

Como gallego que soy, conozco las dificultades de estas cuestiones, sé lo difícil que es cambiar los hábitos alimentarios. Por ejemplo, Manolo Rivas titula uno de sus libros, refiriéndose a Galicia, *Un millón de vacas*; no nos las comemos todas, pero tenemos nuestros problemas. En otro dice, con respecto a los gallegos, comedores de patatas. Es un ejemplo. También les recuerdo que Manolo Rivas, en su libro *La lengua de las mariposas*, apunta lo que puede hacerse con tesón y también lo maravillosa que puede ser la vida y las cosas sencillas a las cuales de alguna manera debemos plantearnos volver.

No sé si estos razonamientos serán comprendidos o no, yo creo que sí; es más, me consta que son compartidos por todos ustedes. Por eso les pido que voten a

favor de esta proposición no de ley. En todo caso, si no fuera así, va a ser un compromiso del Partido Socialista para la próxima legislatura. Por cierto, hablando de legislaturas y de esta legislatura que acaba, quiero expresar aquí la satisfacción de mi grupo en cuanto al trabajo realizado globalmente en esta Comisión de Sanidad y al trabajo realizado individualmente por cada uno de los que pertenecemos a esta Comisión. Queremos lamentar al mismo tiempo que el espíritu constructivo que se ha practicado en esta Comisión haya pasado a un segundo plano, porque el Gobierno creemos sinceramente que no lo ha sabido aprovechar. Se ha hecho mucho papel, la mayoría está resultando papel mojado, y ello nos preocupa. Nos preocupa e introduce factores de incertidumbre, como puede ser la insostenibilidad económica del sistema, con todas las amenazas, que no sabemos resolver o que no sabe resolver el Gobierno. Entre ellas, evidentemente, las nuevas prestaciones y sobre todo el incremento desorbitado del gasto farmacéutico. También tengo que decir que lamentamos que no se haya conseguido la unanimidad debida en leyes fundamentales, como la LOPS, el estatuto-marco y la Ley de fecundación asistida. También lamentamos el retraso de la OPE y el bloqueo al que está sometida la Ley de autonomía del paciente por falta de desarrollo desde el propio Gobierno. Igualmente, lamentamos una cierta conflictividad institucional como la generada recientemente en el Consejo interterritorial, que por cierto nos gustaría que la señora ministra nos explicara en este Parlamento.

Dicho esto, sólo deseo reiterar mi petición de que se acepte esta proposición no de ley, no contradictoria con el plan del ministerio, sino complementaria, ya que creemos que es el todo y el plan del Gobierno es sólo una parte. Y agradezco personalmente haber compartido con todos ustedes el honor de pertenecer a esta Comisión y representar dignamente, como así pretendimos, a los ciudadanos.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos que desean intervenir? (**Pausa.**) Por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), tiene la palabra la señora Riera.

La señora **RIERA I BEN**: Señor presidente, mi grupo parlamentario es el único de los grupos minoritarios que hoy se encuentra en esta Comisión. Voy a intervenir con toda brevedad. El portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, Alberto Fidalgo, ha hecho una encendida y extensa defensa de esta proposición. Con la simpatía personal que sabe que le profeso, señor Fidalgo, le tengo que decir que títulos como el de esta proposición no de ley —proposición no de ley relativa a un plan nacional de alimentación y nutrición para la salud— a mi grupo parlamentario no le entusiasman. Hay muchos planes, muchos discursos, que pueden ser compartidos, para una inquietud como la que usted ha manifestado. Cuando le oía, pensaba si esta proposi-

ción la deberíamos discutir en la Comisión de Sanidad y Consumo o en la de Educación, o en ambas, puesto que los conceptos no son contradictorios. Usted argumentaba —y comparto muchas de las cosas que ha expuesto— que desgraciadamente comemos mal en términos generales y si nos creemos la tesis de algunas culturas que dicen que las personas somos lo que comemos, mal andamos, ya que trasluciríamos las malas vivencias de lo mal que comemos. Esperemos que esta premisa no sea exactamente cierta, pues, con la cantidad de enfermedades que hay derivadas de la mala alimentación, significaría que la sociedad del primer mundo, nuestra sociedad, estaría mala porque come demasiado y la otra mitad de la población mundial está enferma, se muere, porque no sabe qué comer. Son las grandes paradojas de este mundo globalizado. Mientras unos destinan grandes recursos para hacer regímenes y para tomar medicamentos que intenten subsanar los excesos de la alimentación, los otros mueren desesperados sin haber conseguido llevarse un trozo de pan a la boca o un vaso de agua potable. Son incongruencias que todos conocemos, que especialmente en estas fechas de Navidad, en las que parece que afloran los mejores sentimientos de cada uno, se ponen en evidencia en distintas campañas de medios de comunicación y en las que nuestra conciencia consumista se siente herida, por lo que todos tenemos en exceso mientras que a media parte de la humanidad le falta en su totalidad. Como muy bien usted decía, hoy no vamos a conseguir en esta Comisión atajar todos estos males. Tampoco está mal que pongamos en común, en voz alta, esta reflexión, que es testimonial, aunque ciertos testimonios también tienen que ser significativos, porque los problemas que no se visualizan no existen y el problema del hambre en el mundo existe en gran manera.

Dicho esto, señor Fidalgo, he de manifestar que mi grupo no es amante de los planes nacionales de alimentación. Pensamos que cada comunidad autónoma debe encontrar las maneras de trasladar estas culturas, de hacer que la alimentación vuelva a ser cultura y que no sea simplemente consumo, porque en este momento es más consumo que cultura. Usted es de una comunidad, Galicia, muy rica en buen manjar. Yo soy de una comunidad, Cataluña, en la que hemos hecho muchas veces de la comida muy sencilla plato nacional, y aquí sí que utilizo el calificativo nacional. Saben que el famoso pan tumaca no era más que una manera de aprovechar el pan que había quedado seco. Se untaba con tomate y aceite bueno y era un pan exquisito. Hoy, en todos los restaurantes de alta categoría, se sirve el pan tumaca como un plato de alta cocina. También se han recuperado sabores tradicionales que fueron minusvalorados en épocas pasadas, cuando la gente pasaba hambre en este país por la guerra, ya que incluso los comían con bichos, como las legumbres, que era el único plato de alimentación entonces. Cuando vino el desarrollo y la bonanza económica, la gente pensó que tenía que

comer mucha carne, mucho marisco, y se olvidó que un buen plato de guisantes, de garbanzos o de lentejas es muy saludable. Poco a poco, en el conjunto del Estado, respetando sus tradiciones, cada uno está recuperando el sentido común de la alimentación. No obstante, las películas americanas nos machacan con su alimentación cotidianamente en los medios de comunicación, y no es que yo tenga nada especial contra los americanos, pero en el tema de consumo pienso que se puede copiar mejor la buena cocina de la cultura europea.

Usted ha dicho en su exposición que en Estados Unidos se consume mucha hamburguesa. La hamburguesa está regulada, pero por más que lo esté, un exceso de hamburguesas les ha hecho muy obesos. La regulación no sirve para que estén más sanos. Sirva este ejemplo para retomar lo que trato de exponer: que básicamente estamos ante un problema de salud pública, pero en el que deberemos poner muchos esfuerzos para modificar estas conductas mediante la educación a todos los niveles y educación en las escuelas. Yo soy de una generación, como algunas de SS.SS., en la que las chicas hacíamos labores, hacíamos punto de cruz, en los colegios. Me parece muy bien que chicas y chicos hagan punto de cruz, que dicen que va bien contra el estrés, aunque no es mi caso, pero lo que creo que debiera ser cultura común para chicos y chicas de nuestras escuelas es aprender a cocinar con los materiales propios de cada región, de cada comunidad, platos sencillos, agradables y sabrosos. Pienso que esta es una manera de luchar contra esta cultura abusiva del *fast food*, que incentiva el consumo de los más pequeños de las casas con la comida-porquería, que además lleva incorporada un regalo. Esto es dramático, porque ¿cuántos niños y niñas comen literalmente verdadera porquería? No les interesa lo que consumen; les interesa el muñequito, la pelotita, lo que sea, que lleva incorporado el pseudo-chocolate que los padres les han comprado, que muchas veces no tiene la más mínima calidad.

¿Qué quiero decir, señor Fidalgo? Que probablemente con esta proposición no de ley su grupo expone una problemática que compartiremos sin grandes diferencias, aunque discrepemos en quién debe aplicar las soluciones y cómo debe hacerlo. Quizá es que ustedes los socialistas, al igual que el Grupo Popular, tienen más afición que mi grupo parlamentario, que no tiene ninguna, a proponer grandes cruzadas nacionales en los grandes problemas. Nosotros solemos apartarnos más de las cruzadas nacionales. Pensamos que las comunidades autónomas son las responsables y las que tienen obligación de actuar ante estos temas que, efectivamente, constituyen un problema. Además, pensamos que esta cuestión de la alimentación, tal como les decía, debemos atacarla desde varios frentes. Desde el ámbito de la sanidad, porque es un tema de salud público; pero también, desde luego, desde el ámbito de la educación, porque la prevención en esta materia es básicamente educación.

Como hoy es la última sesión, a pesar de que simplemente por el título de la proposición no de ley debería votarla negativamente, voy a hacer una obviedad del título, de lo que usted propone, y voy a quedarme con la motivación, con la buena intención que sin duda ha amparado a S.S. y a su grupo al presentar esta iniciativa. Pienso que quizá sea un buen augurio para que en próximas legislaturas quienes ocupen estos bancos, quienes estén en nuestro lugar, nosotros o quien sea, sean capaces de encontrar un buen espíritu, más allá de las confrontaciones partidistas, legítimas, para ser capaces, con respeto escrupuloso a las competencias de cada comunidad autónoma en materia de sanidad y salud pública, de ponerse de acuerdo en los temas decisivos y decisorios para la salud de todos los hombres y mujeres del conjunto de este Estado.

Simplemente, señor presidente, al igual que ha hecho don Alberto Fidalgo, quiero agradecer a todas SS.SS., en nombre de mi grupo parlamentario, la buena relación y armonía que, más allá de la discrepancia política, a nivel personal, ha habido entre los miembros de esta Comisión. Pienso que esto es un mérito de nadie y un honor compartido de todos y que, por descontado, el presidente de la Comisión ha facilitado con su buen hacer que esto haya sido posible.

Quiero terminar reiterando, en nombre de mi grupo parlamentario, de mi portavoz adjunto Jordi Martí, de Pere Grau, que hoy no nos puede acompañar pero que también es miembro de esta Comisión, y en el mío propio, la satisfacción por haber podido trabajar con ustedes, con todos y cada uno de los que hoy estamos presentes, así como con personas que habiendo sido miembros de esta Comisión, por diferentes motivos, hoy no están. También quiero tener un especial recuerdo para una persona que es entrañable para todos nosotros, que por motivos particulares hoy no está aquí, pero a la que deseamos una pronta recuperación y a la que todos —creo— enviamos un cariñoso saludo, Marisa Castro. (Aplausos.)

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

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA**: Intervengo en nombre de mi grupo para presentar y defender una enmienda de modificación a la proposición no de ley que acaba de defender el portavoz del Grupo Socialista.

Quisiera hacer algunas consideraciones previas, señor presidente, antes de entrar de lleno en la defensa de la enmienda. La enmienda que el Grupo Popular presentó fue, en primer lugar, a la proposición no de ley 2367, y la seguimos manteniendo a la nueva, la 2369, que volvió a presentar el Grupo Socialista y que fue aceptada por la Comisión. Quiero destacar esta consideración.

En segundo lugar, el plan nacional —hay que decirlo—, tal como viene en el enunciado del Grupo Socialista, ha sido ya presentado por la señora ministra. Por

tanto, ya que, como decía un antiguo maestro mío en medicina, en la pregunta va siempre la mitad de la respuesta, el señor presidente coincidirá conmigo en que el ministerio lidera, por utilizar la palabra del señor portavoz del Grupo Socialista, el plan nacional al que estamos haciendo mención.

En tercer lugar, fue presentado, tal como decimos en la enmienda de modificación que después leeré, en el Consejo interterritorial de Salud, donde están los representantes de las comunidades autónomas. No sé si estuvieron presentes los miembros del Partido Socialista ni si abandonaron o no dicha reunión, pero, en cualquier caso, conceptualmente lo que importa es que el plan integral de obesidad, nutrición y actividad física que está impulsando el Ministerio de Sanidad y Consumo, se presentó en el Consejo interterritorial de Salud, donde están representados los miembros de las comunidades autónomas.

Con permiso del señor presidente, dejaré para el final responder a alguna aproximación diagnóstica que el portavoz del Grupo Socialista ha hecho sobre el Gobierno y su labor legislativa, ya que tenemos un diagnóstico distinto.

Paso a desarrollar la defensa de la enmienda, así como algunos criterios que mi grupo tiene sobre el tema que estamos debatiendo. Señor presidente, entrar ahora en un debate académico sobre las investigaciones que se están llevando a cabo en España, sobre alimentación, nutrición, etcétera, me parece que supera en exceso el fin del debate en esta Comisión. Aunque hemos tenido muchos debates de tipo académico en la misma, por la hora y por ser la última Comisión, creo que quizá se trata de un debate un poco —si se me permite la expresión, señor presidente— artificial.

Sin embargo, lo que sí es necesario señalar es que el plan integral de obesidad, nutrición y actividad física, que está impulsando el Ministerio de Sanidad y Consumo, constituye, y la intervención de todos los portavoces así lo está dejando patente, un abordaje integral, un abordaje, si se me permite, cohesionado a nivel nacional, que contando con todos los agentes implicados en este tema tiene por objeto afrontar —quién lo niega, señor presidente— un grave problema de salud; insistiré más, un grave problema de salud pública a través de cuatro líneas fundamentales que no voy a desarrollar pero sí a enumerar: la nutrición con el desarrollo de objetivos nutricionales y guías alimentarias; la promoción de la práctica regular de la actividad física, la obesidad con especial atención a la obesidad infantil; los trastornos del comportamiento alimentario, por constituir —y esto es una opinión unánime de todos los grupos— un serio problema de salud, relacionado con la adquisición, y también se ha señalado hoy, de hábitos alimentarios inadecuados, ligados a modas o modelos imperantes en la actualidad.

Con independencia de estas cuatro líneas de acción principales mencionadas, el abordaje integral del pro-

blema exige, por lo menos desde la óptica del Grupo Popular, atacarlo desde todos los frentes, que incluyen, por mencionar algunos de los más relevantes, la vigilancia de la salud pública mediante estudios epidemiológicos, las estrategias informativas y educativas, de algunas de las cuales aquí se ha hecho mención, las campañas publicitarias y el etiquetado de alimentos, la creación de entornos saludables, la promoción en líneas de desarrollo de productos alimentarios saludables y atractivos, la lucha contra la publicidad engañosa, la disponibilidad, en resumidas cuentas, señor presidente, de tratamientos eficaces y accesibles.

Evidentemente y en resumen, el plan se concibe como una estrategia intersectorial, multidisciplinaria, en la que creo que deberá tenerse en cuenta, por un lado, el contexto territorial de España y las experiencias autonómicas en este campo y, por otro, el contexto internacional al que aquí también se ha hecho mención, y en particular la estrategia global de la OMS sobre dietas, actividad física y salud.

Decía el señor portavoz socialista que para que un plan fuera eficaz era necesario que fuera participativo. Pues bien, señor presidente, el plan integral de obesidad, nutrición y actividad física, que fue presentado el 3 de diciembre pasado en el Consejo interterritorial de Salud, si de algo no adolece es de una amplia participación, precisamente por la participación de las sociedades científicas, que hago gracia para no extenderme mucho de su enumeración, pero que van desde la endocrinología a la propia rehabilitación; las corporaciones profesionales: farmacéuticos, veterinarios, médicos, diplomados universitarios en enfermería, licenciados en educación física y ciencias de las actividades físicas en España y psicólogos. Asimismo, otras unidades del Ministerio de Sanidad y Consumo, que van desde el fondo de investigaciones sanitarias hasta la Dirección General del Consumo y Atención al Ciudadano y el Instituto Nacional del Consumo y otros departamentos ministeriales, así como otros intermediarios sociales, como pueden ser las industrias relacionadas con la publicidad, la Federación española de empresas de la confección, el Consejo de la Juventud de España, las empresas de hostelería, a las que aquí ha hecho el señor portavoz socialista alguna mención, la industria agroalimentaria, etcétera. Los argumentos que yo he intentado esbozar en mi intervención están más en la línea del plan integral y ello justifica de alguna forma la enmienda de modificación que en nombre del Grupo Popular paso a leer en su literalidad.

El texto que se propone quedaría redactado así: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a agilizar la puesta en marcha del plan integral de nutrición y actividad física, presentado el día 3 de diciembre en el Consejo interterritorial de Salud, cuyos objetivos prioritarios son los siguientes: nutrición, promoción de la práctica regular de la actividad física, obesidad, con

especial atención a la obesidad infantil, y los trastornos del comportamiento alimentario.

Creemos que con estos argumentos que he intentado esbozar está más que justificada la presentación de esta enmienda de modificación.

Decía que dejaba para el final alguna aproximación diagnóstica, que no comparto, que sobre el Gobierno ha hecho el señor portavoz del Grupo Parlamentario Socialista. Si algo ha caracterizado la labor del Gobierno, en concreto del Ministerio de Sanidad y Consumo, ha sido el consenso que ambas ministras han tratado de llevar al seno del mismo y que se ha visto en esta Comisión.

Las leyes que se han hecho, con alguna excepción como la que aquí se ha intentado tomar la parte por el todo, lo han sido con el máximo grado de consenso posible de todos los grupos políticos. Las leyes o las normativas no han sido papel mojado. En cualquier caso no sería papel mojado sólo para un lado sino para todos, y como miembro de una Comisión del Congreso ciertamente no puedo compartir, aunque respeto, el criterio del señor portavoz del Grupo Parlamentario Socialista.

Quisiera dejar constancia de estos dos aspectos fundamentales que entiendo marcan la labor legislativa del Gobierno, y en concreto del Ministerio de Sanidad y Consumo, porque sería injusto no hacerlo constar así por lo menos por parte del Grupo Parlamentario Popular; como también sería injusto no dejar de reconocer, tanto a título personal como desde mi grupo, que esta Comisión si se ha caracterizado por algo, con independencia del exquisito trato humano que ha habido entre nosotros, y aparte de las divergencias políticas coyunturales, ha sido por el trato cordial y el ambiente de consenso. Participar en una Comisión de esta naturaleza ciertamente a uno le gratifica cuando ya termina la legislatura y cuando ya será, espero, la penúltima intervención en esta Comisión de Sanidad y Consumo y, desde luego, la última, eso sí, en esta legislatura.

Agradezco a todos los grupos también sus sugerencias, porque siempre he aprendido de todos los miembros de esta Comisión, sus puntos de vista por distantes que estuvieran de los del Grupo Parlamentario Popular y trabajar en este ambiente siempre es gratificante, aparte de lo arduo y a veces enojoso del trabajo de una Comisión de este calado.

También en nombre propio quisiera dar las gracias a todos mis compañeros del Grupo Parlamentario Popular por la oportunidad que siempre me han dado de trabajar codo con codo con ellos, e incidir en lo agradable y lo gratificante que ha sido a título personal. Bien es verdad que mucha culpa —entrecomillas— la tiene el señor presidente. Como otros grupos lo han hecho constar en el desarrollo de esta Comisión, ha imbuido en los portavoces adjuntos (al portavoz don Mario Mingo le quiero agradecer siempre su confianza) el

buen hacer en el funcionamiento del Grupo Parlamentario Popular en esta legislatura.

Como no quiero, señor presidente, que este sea un juego floral, termino mi intervención manteniendo la enmienda de modificación en el texto que ya he leído, que recoge los puntos de vista que antes he expresado para mantener el criterio en el contexto del plan integral de obesidad, nutrición y actividad física, con el que podemos alcanzar todos los objetivos prioritarios como los que antes he enunciado.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Fidalgo tiene la palabra.

El señor **FIDALGO FRANCISCO**: Como consecuencia de una consulta con el señor letrado puede haber un pequeño error, probablemente instrumental, y quería dejarlo claro.

En las fotocopias que se entregaron, por lo menos las que el señor letrado me ha mostrado, sólo vienen cuatro páginas en las que se dice que instamos al Gobierno a que, en colaboración con las comunidades autónomas y en el seno del Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud, elabore y aplique un plan nacional de alimentación y nutrición para la salud, que garantice a los españoles el derecho a la protección de la misma mediante una alimentación saludable y adecuada como factor clave de salud pública. Desde una estrategia integral y una visión eminentemente preventiva y multilateral, desarrollará acciones concretas y efectivas al menos en los siguientes campos...

Ahí se acaba lo que se me ha mostrado y se omite la página final que dice: Uno. Ciencias de la salud: epidemiología, evaluación del estado inicial, clínica, investigación, dietética, medio ambiente, tecnología alimentaria, evaluación evolutiva, etcétera. Dos. Ciclo inicial de producción de alimentos: agricultura, ganadería, pesca e industria conservera y transformadora. Tres. Industria alimentaria de producción de alimentos de origen natural. Cuatro. Comercialización, etiquetado, publicidad, hostelería, etcétera. Cinco. Educación, cultura nutricional, moda, gastronomía para la salud, en el ámbito individual, familiar y social. Seis. Cooperación internacional, para promover relaciones comerciales, que prime la calidad de los alimentos y el comercio justo e impulso en las instituciones comunitarias de las políticas dirigidas a la calidad y seguridad alimentaria y nutricional. Lo digo simplemente para que conste en el «Diario de Sesiones».

Reitero que no podemos aceptar la enmienda que nos propone el Grupo Popular, en primer lugar, porque consideramos que nuestra proposición no de ley, como he dicho antes, es un todo en donde el plan del Gobierno solamente sería una parte incompleta; en segundo lugar, porque, como ya quedó de manifiesto hace unos días en la reunión del Consejo interterritorial, no figura su financiación, como ocurre con la mayoría de los planes, y además se propone un plan dirigido a unas cues-

tiones concretas cuando lo que nosotros proponemos en realidad es más amplio, más preventivo y un cambio cultural en profundidad.

Por eso, señorías, no podemos aceptar esta enmienda.

El señor **PRESIDENTE**: Finalizado el debate, damos un compás de espera de diez minutos, puesto que habíamos anunciado que la votación sería a partir de la una y media.

El señor **MARTÍ I GALBÍS**: Aprovechando este impasse, había quedado, si no he entendido mal, pendiente la aceptación o no por parte de mi grupo parlamentario de una enmienda que había presentado el Grupo Parlamentario Popular a la iniciativa de mi grupo al punto 2 del orden del día.

De acuerdo con las conversaciones que hemos mantenido después del debate de la proposición no de ley, quiero decir a SS.SS. que el Grupo Parlamentario Catalán aceptaría el primero de los dos párrafos de la enmienda transaccional o de sustitución, de manera que los objetivos que persigue la proposición no de ley se verían incorporados y tendríamos un cauce para que en próximas fechas pudiesen ver la luz las propuestas tanto de investigación como de tratamientos varios que requieren las diversas enfermedades que están integradas en el grupo de enfermedades neuromusculares o miopatías.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Martí, constaba aquí en la Mesa la enmienda en los términos a que se ha referido su señoría. **(Pausa.)**

Señorías, vamos a proceder a la votación de las distintas proposiciones no de ley debatidas a lo largo de la mañana.

En primer lugar, sometemos a votación la proposición no de ley sobre el impulso de un plan integral de atención a las personas afectadas por enfermedades neuromusculares. **(El señor Mingo Zapatero pide la palabra.)**

Señor Mingo.

El señor **MINGO ZAPATERO**: Presidente, lo que votamos es la enmienda in voce transaccional aceptada por el Grupo de Convergència i Unió a la enmienda in voce del Grupo Parlamentario Popular.

El señor **PRESIDENTE**: Estamos de acuerdo. Por tanto, se vota en los términos que ha expresado el portavoz del Grupo Parlamentario Popular.

Efectuada la votación, dijo

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

Sometemos a votación la proposición no de ley sobre regulación de la especialidad de enfermería en salud familiar y comunitaria, en los términos de la aceptación

de la enmienda presentada por el Grupo Parlamentario Popular.

Efectuada la votación, dijo

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

Sometemos a votación la proposición no de ley sobre contadores de energía mediante tarjeta recargable, según el texto de la proposición no de ley.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 11; en contra, 20; abstenciones, dos.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

Sometemos a votación la proposición no de ley sobre prevención de transmisión de la hemofilia, en los términos de la enmienda...

La señora **JUANEDA ZARAGOZA**: Señor presidente, hubo una enmienda que abarcaba los dos puntos; luego, hemos estado hablando, pero ya no sé más.

El señor **PRESIDENTE**: Ruego a los responsables de los dos grupos que aclaren la aceptación o no de la enmienda o si han llegado a algún acuerdo.

El señor **ROMÁN JASANADA**: Mi grupo mantiene la enmienda de modificación en los términos que se presentó en mi intervención inicial.

La señora **JUANEDA ZARAGOZA**: Entonces, nos vemos obligados a rechazarla puesto que la segunda parte, más importante, no se tiene en cuenta.

El señor **PRESIDENTE**: Entonces se somete a votación la proposición no de ley en los términos de su presentación.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 13; en contra, 20.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

Por último, sometemos a votación la proposición no de ley relativa a un plan nacional de alimentación y nutrición para la salud, según el texto de la proposición no de ley.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 13; en contra, 20.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

Señorías, antes de levantar la sesión, quiero señalar que por acuerdo de la última reunión de Mesa y portavoces, como siempre con el mejor espíritu constructivo, se decidió que sería bueno, en una Comisión como ha sido la de Sanidad y Consumo de esta legislatura, que hiciésemos un resumen de la actividad desarrollada

a lo largo de los cuatro años de esta legislatura. Se me encargó por parte de los portavoces de los distintos grupos parlamentarios que hiciese un breve resumen, que someto a vuestra consideración con el mejor espíritu, como es lógico. Seré muy breve.

Como presidente de la Comisión me permitirán SS.SS. que, quien ha intervenido muchas veces con la brevedad de dar la palabra o llamar al tiempo, haga ahora algunas leves consideraciones más detenidas. La Comisión que me honro en presidir ha tenido encomendadas relevantes funciones de interés general que, con toda brevedad, me permiten dar una idea a grandes rasgos de lo hecho desde junio del año 2000 en materia de política sanitaria. Dos puntos deseo destacar de la Comisión de Sanidad y Consumo con unas pocas palabras que ponen fin a la VII Legislatura constitucional: en primer lugar el trabajo realizado y en segundo lugar una breve consideración de futuro. El trabajo llevado a cabo por la Comisión durante los últimos cuatro años, del 2000 al 2003, ha sido, a mi entender, relevante tanto en el terreno legislativo como en el control de la acción del Gobierno. Un total de 233 iniciativas parlamentarias han sido debatidas en 34 meses de actividad, que han necesitado para su tramitación muchas horas, distribuidas en 121 reuniones, 42 en Comisión, 51 en Mesa y portavoces y 28 en ponencias, aparte, como es lógico, de las muchas horas de estudio efectuadas por los ponentes. No está mal, considero, la media de una iniciativa cada tres o cuatro días sobre sanidad o consumo, aun cuando no es la cantidad lo que más importa, sino la calidad, y dentro de la cantidad el acierto en abordar los temas de verdadero interés que atienden a la satisfacción de las necesidades de la sociedad española de hoy con espíritu constructivo.

Puedo decir que a partir de la Ley General de Sanidad de 1986 hemos ido más allá, con el esfuerzo de los 40 diputados de la Comisión, los 10 portavoces, los 3 secretarios —incluida la diputada señora Pérez Domínguez, anterior secretaria primera— y los dos vicepresidentes de la Mesa. Los resultados, tenazmente perseguidos desde hace años, han causado el interés de parlamentarios extranjeros, como los finlandeses o los coreanos, llegados aquí para preguntarnos cómo lo hemos conseguido a un coste económico tan sorprendente, que sitúa el Sistema Nacional de Salud de España en la séptima posición entre todos los países del mundo, sólo detrás de un gran país como Francia, pero muy por delante de Estados Unidos o incluso de los países escandinavos.

Los trabajos legislativos de la Comisión han alumbrado ocho leyes, con una media de una ley por período de sesiones, desarrollo indispensable de la Ley General de Sanidad de 1986, aparte de siete proyectos y una proposición de ley del Senado, informados y dictaminados, que, sin hipérbole, por su objeto y trascendencia han dado lugar a leyes que, a mi entender, marcan para la sociedad española una época, un antes y un después

de esta VII Legislatura, desde las ayudas a afectados por la hepatitis C y la creación de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria, pasando por las medidas de ejecución de las transferencias del Insalud a las comunidades autónomas en las debidas condiciones, con la regularización del personal eventual e interino, la autonomía del paciente y la documentación clínica, la modificación del régimen de técnicas de reproducción asistida, hasta llegar, dado su profundo alcance racionalizador, a la cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, al estatuto marco del personal sanitario y a la ordenación de las profesiones sanitarias. Se han cumplido tareas legislativas en buena medida previstas en la Ley General de Sanidad de 1986 que en rigor, de haber sido imaginadas como posibles con este detalle al comienzo de la legislatura, cualquier solvente conocedor de la realidad sanitaria española las hubiera calificado de inalcanzables. Esperamos y deseamos que el futuro saque el debido partido de estas reformas al servicio de los ciudadanos. Los trabajos de control parlamentario sobre la actividad del Gobierno han supuesto la tramitación de numerosas iniciativas: 88 preguntas, 80 proposiciones no de ley y 49 compareencias. Transferidos los servicios del Insalud a las autonomías, a mi entender, el control ha estado cada vez más centrado en la eficacia del Sistema Nacional de Salud o, lo que es lo mismo, en la política sanitaria general, que ha merecido un impulso tan discreto en su presentación como enérgico en los temas centrales abordados. Para terminar, me gustaría hacer una consideración mirando al futuro. No siendo poco lo hecho, mucho queda todavía por hacer. Los medios disponibles, el talante y la buena voluntad de los miembros de la Comisión auguran mayores éxitos en los próximos años. Cada una de vuestras señorías merecería ser citada por su propio nombre al daros las gracias por vuestra colaboración. Habéis hecho fácil el trabajo de la Comisión y el que a veces es más controvertido, el de su presidente. Gracias.

Me limito a nombrar a quienes no tenemos la suerte de que nos acompañen en este momento final de legislatura. Se trata de personas llamadas a nuevas responsabilidades. En primer lugar, quiero que conste en el

«Diario de Sesiones» nuestro recuerdo, mi recuerdo, y los mejores deseos en su actividad profesional a la diputada doña Ángeles Amador; también, como no podía ser menos, a la diputada doña Matilde Valentín, antigua portavoz socialista en la Comisión y hoy consejera de Administraciones Públicas de la Junta de Castilla-La Mancha; y a la diputada doña Mar Julios, portavoz del Grupo Parlamentario de Coalición Canaria y hoy vicepresidenta del Gobierno de Canarias y consejera de Sanidad. Debo también poner de relieve el siempre cálido trabajo de Marisa Castro, del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida, cuyos problemas, que en ocasiones nos han privado de su concurso, esperamos estén resueltos en breve tiempo. Por cierto, y termino, el reconocimiento de los trabajos llevados a cabo por la Comisión tiene como valor añadido el hecho de no haber efectuado ningún viaje oficial fuera de la Cámara (**Risas.**) con motivo del ejercicio de sus funciones. Contrasta lo mucho que la Comisión ha sido visitada por delegaciones parlamentarias extranjeras interesadas por la sanidad española con la ausencia de toda visita por nuestra parte fuera de la Cámara y de España. Excuso hablar del apoyo logístico recibido, de la Redacción del «Diario de Sesiones» de la Cámara y de la Secretaría de la Comisión, que agradezco en verdad en nombre de todos y, como no, he de agradecer y valorar en los justos términos la valiosa y eficaz ayuda de nuestro letrado, don Manuel Gonzalo.

Felices elecciones de 2004, que confío confirmen ese resultado inalterable de que todos salimos ganando, como en el fondo es la verdad, y feliz Navidad.

Gracias a todos vosotros por vuestra colaboración.

Se levanta la sesión y para algunos algo más. (**Aplausos.**)

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

Nota.—El presente «Diario de Sesiones», de la Comisión de Sanidad y Consumo, del martes 9 de diciembre de 2003, no guarda relación cronológica habitual, con el fin de no retrasar la publicación de los «Diarios de Sesiones» ya elaborados.

Edita: **Congreso de los Diputados**

Calle Floridablanca, s/n. 28071 Madrid

Teléf.: 91 390 60 00. Fax: 91 429 87 07. <http://www.congreso.es>

Imprime y distribuye: **Imprenta Nacional BOE**

Avenida de Manoteras, 54. 28050 Madrid

Teléf.: 91 384 15 00. Fax: 91 384 18 24



Depósito legal: **M. 12.580 - 1961**