



COMISIÓN DE SANIDAD

PRESIDENCIA

DOÑA MARÍA LOURDES VILLORIA LÓPEZ

Sesión celebrada el día 12 de diciembre de 2016, en Valladolid

ORDEN DEL DÍA

1. Proposición No de Ley, PNL/000195, presentada por los Procuradores D. Fernando Pablos Romo, D. Juan Luis Cepa Álvarez, Dña. Ana María Muñoz de la Peña González y Dña. María Mercedes Martín Juárez, instando a la Junta de Castilla y León a realizar las gestiones necesarias para que en el Centro de Salud de Santa Marta de Tormes (Salamanca) se preste atención de urgencias pediátricas en horario diurno todos los días de la semana, publicada en el Boletín Oficial de las Cortes de Castilla y León, n.º 32, de 9 de octubre de 2015.
2. Proposición No de Ley, PNL/000421, presentada por las Procuradoras Dña. Isabel Muñoz Sánchez y Dña. Laura Domínguez Arroyo, relativa al acceso de fármacos de nueva generación a los enfermos de hepatitis C, publicada en el Boletín Oficial de las Cortes de Castilla y León, n.º 85, de 19 de febrero de 2016.
3. Proposición No de Ley, PNL/000454, presentada por los Procuradores D. Fernando Pablos Romo y Dña. María Mercedes Martín Juárez, relativa a figura del farmacéutico adjunto, publicada en el Boletín Oficial de las Cortes de Castilla y León, n.º 93, de 3 de marzo de 2016.
4. Proposición No de Ley, PNL/000681, presentada por las Procuradoras Dña. Laura Domínguez Arroyo y Dña. Isabel Muñoz Sánchez, instando a la Junta de Castilla y León a realizar un programa de detección coordinado entre las Consejerías de Familia e Igualdad de Oportunidades, Sanidad y Educación que abarque las edades posteriores al nacimiento para identificar las pérdidas auditivas progresivas o súbitas en la infancia para poder acceder al programa de implante, publicada en el Boletín Oficial de las Cortes de Castilla y León, n.º 130, de 19 de mayo de 2016.

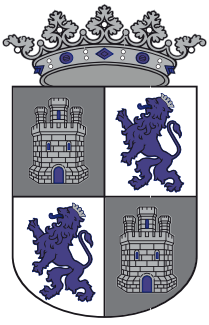


SUMARIO

	<u>Páginas</u>
Se inicia la sesión a las diez horas treinta y cinco minutos.	9974
La presidenta, Sra. Villoria López, abre la sesión y comunica que, a petición del procurador Sr. Sarrión Andaluz, se votarán al final de la sesión todos los puntos del orden del día.	9974
Intervención de la procuradora Sra. Martín Juárez (Grupo Socialista) para comunicar que no hay sustituciones en su grupo y hacer una consulta relativa al orden del día.	9974
Primer punto del orden del día. PNL/000195.	
El secretario, Sr. Hernández Martínez, da lectura al primer punto del orden del día.	9974
Intervención del procurador Sr. Cepa Álvarez (Grupo Socialista) para presentar la proposición no de ley.	9975
El procurador Sr. Mitadiel Martínez (Grupo Ciudadanos) comienza su turno de fijación de posiciones sumándose a la cuestión relativa al orden del día planteada por la procuradora Sra. Martín Juárez.	9976
En turno de fijación de posiciones, interviene la procuradora Sra. Muñoz Sánchez (Grupo Podemos CyL).	9978
En turno de fijación de posiciones, interviene el procurador Sr. López Vilaboa (Grupo Popular).	9980
Intervención del procurador Sr. Cepa Álvarez (Grupo Socialista) para cerrar el debate y fijar el texto definitivo.	9982
La presidenta, Sra. Villoria López, comunica que, habiéndose incorporado a la Comisión el procurador Sr. Sarrión Andaluz, se votarán uno a uno todos los puntos del orden del día, y somete a votación la proposición no de ley debatida. Al mantenerse el empate en tercera votación, se procede con lo previsto en el Artículo 92.3 del Reglamento.	9983
Segundo punto del orden del día. PNL/000421.	
El secretario, Sr. Hernández Martínez, da lectura al segundo punto del orden del día.	9984
Intervención de la procuradora Sra. Muñoz Sánchez (Grupo Podemos CyL) para presentar la proposición no de ley.	9984
En turno de fijación de posiciones, interviene el procurador Sr. Sarrión Andaluz (Grupo Mixto).	9987
En turno de fijación de posiciones, interviene el procurador Sr. Mitadiel Martínez (Grupo Ciudadanos).	9988
En turno de fijación de posiciones, interviene la procuradora Sra. Martín Juárez (Grupo Socialista).	9990



	<u>Páginas</u>
En turno de fijación de posiciones, interviene el procurador Sr. Vázquez Ramos (Grupo Popular).	9992
Intervención de la procuradora Sra. Muñoz Sánchez (Grupo Podemos CyL) para cerrar el debate y fijar el texto definitivo.	9996
Intervención del procurador Sr. Vázquez Ramos (Grupo Popular).	9999
Intervenciones de la presidenta, Sra. Villoria López y de la procuradora Sra. Muñoz Sánchez (Grupo Podemos CyL).	9999
La presidenta, Sra. Villoria López, somete a votación la proposición no de ley debatida. Es rechazada.	10000
Tercer punto del orden del día. PNL/000454.	
El secretario, Sr. Hernández Martínez, da lectura al tercer punto del orden del día.	10000
Intervención del procurador Sr. Pablos Romo (Grupo Socialista) para presentar la proposición no de ley.	10000
En turno de fijación de posiciones, interviene el procurador Sr. Sarrión Andaluz (Grupo Mixto).	10002
En turno de fijación de posiciones, interviene el procurador Sr. Mitadiel Martínez (Grupo Ciudadanos).	10003
En turno de fijación de posiciones, interviene la procuradora Sra. Domínguez Arroyo (Grupo Podemos CyL).	10003
En turno de fijación de posiciones, interviene el procurador Sr. Fernández Santiago (Grupo Popular).	10005
Intervención del procurador Sr. Pablos Romo (Grupo Socialista) para cerrar el debate y fijar el texto definitivo.	10007
La presidenta, Sra. Villoria López, somete a votación el texto definitivo de la proposición no de ley debatida. Es aprobado.	10008
Cuarto punto del orden del día. PNL/000681.	
El secretario, Sr. Hernández Martínez, da lectura al cuarto punto del orden del día.	10009
Intervención de la procuradora Sra. Domínguez Arroyo (Grupo Podemos CyL) para presentar la proposición no de ley.	10009
En turno de fijación de posiciones, interviene el procurador Sr. Sarrión Andaluz (Grupo Mixto).	10011
En turno de fijación de posiciones, interviene el procurador Sr. Mitadiel Martínez (Grupo Ciudadanos).	10012
En turno de fijación de posiciones, interviene la procuradora Sra. Agudíez Calvo (Grupo Socialista).	10013



	<u>Páginas</u>
En turno de fijación de posiciones, interviene el procurador Sr. Blanco Muñiz (Grupo Popular).	10014
Intervención de la procuradora Sra. Domínguez Arroyo (Grupo Podemos CyL) para cerrar el debate y fijar el texto definitivo.	10016
La presidenta, Sra. Villoria López, somete a votación la proposición no de ley debatida. Al mantenerse el empate en tercera votación, se procede con lo previsto en el Artículo 92.3 del Reglamento.	10017
La presidenta, Sra. Villoria López, levanta la sesión.	10018
Se levanta la sesión a las trece horas cinco minutos.	10018



[Se inicia la sesión a las diez horas treinta y cinco minutos].

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Buenos días a todos. Se abre la sesión. Antes de iniciar la misma, sí que quiero indicar que, a petición del señor procurador don José Sarrión, ha solicitado que los cuatro puntos se voten al final, porque, bueno, no puede estar toda la Comisión de una forma permanente. Todos los grupos también están de acuerdo. Así es que, bueno, pues las votaciones las celebraremos al final de las cuatro PNL.

¿Los grupos parlamentarios tienen que comunicar alguna sustitución?
¿Grupo... Partido Socialista?

LA SEÑORA MARTÍN JUÁREZ:

Buenos días. No, gracias, señora presidenta. Por una cuestión previa, yo quería transmitir que el criterio con el que se hace el orden del día, según el Reglamento... -la Presidencia de las Cortes, a través de su Presidencia, escuchando a los portavoces- porque tenemos proposiciones no de ley del año dos mil quince que no sabemos por qué no se incluyen nunca en el orden del día.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Bien, pues lo miraremos. ¿Vale? A ver, ¿Grupo Podemos? *[Murmullos]*. ¿No tenéis ningún cambio? Bien. ¿Grupo Ciudadanos tampoco? Vale. ¿Grupo... Partido Popular?

Bien, pues comenzamos la misma en el primer punto del orden del día. Por parte del señor secretario dará lectura del mismo.

PNL/000195

EL SECRETARIO (SEÑOR HERNÁNDEZ MARTÍNEZ):

Muchas gracias, presidenta. Buenos días a todas y a todos. Primer punto del orden del día: **Proposición No de Ley número 195, presentada por los procuradores don Fernando Pablos Romos, don Juan Luis Cepa Álvarez, doña Ana María Muñoz de la Peña González y doña María Mercedes Martín Juárez, instando a la Junta de Castilla y León a realizar las gestiones necesarias para que en el Centro de Salud de Santa María... de Santa Marta de Tormes (Salamanca) se preste atención de urgencias pediátricas en horario diurno todos los días de la semana, publicada en el Boletín Oficial de las Cortes de Castilla y León, número 32, de nueve de octubre del dos mil quince.**

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muy bien. Muchas gracias. Para la presentación de la proposición no de ley, tiene la palabra, en representación de los señores procuradores proponentes, el señor procurador Juan Luis Cepa.

**EL SEÑOR CEPA ÁLVAREZ:**

Gracias, señora presidenta. Buenos días a todos y a todas. Proponemos una proposición no de ley que en la provincia de Salamanca, y supongo que en el resto de la Comunidad, preocupa bastante.

La semana pasada ya hablábamos de la problemática de esta especialidad de pediatría. Era sobre un problema que existía en el municipio de Villamayor. Hoy traemos a colación la problemática de otro municipio de Salamanca, de su alfoz, concretamente Santa Marta de Tormes, el segundo municipio de la provincia de Salamanca, con gran proyección de crecimiento.

En los antecedentes de la proposición no de ley se daban los datos del censo del año dos mil catorce: 703 habitantes entre 0 y 4 años, 873 entre 5 y 9 años y 870 entre 10 y 14. Aunque el censo de dos mil quince ha bajado algo la población, sigue habiendo una población infantil importante, ya que para estas franjas de edad arroja estos datos: 694 entre 0 y 4 años, 836 entre 5 y 9 y 856 entre 10 y 14. Además, cercanos a Santa Marta de Tormes y pertenecientes a su área de salud, está Calvarrasa de Arriba, Calvarrasa de Abajo, Encinas de Abajo, Huerta, Machacón, Pelabravo y Villagonzalo de Tormes, con un porcentaje muy alto de niños y niñas entre 0 y 14 años.

El centro de salud de Santa Marta de Tormes cuenta con tres médicos pediatras; por tanto, hasta las tres de la tarde está cubierto el servicio. El problema radica cuando acaban las consultas ordinarias y empiezan las urgencias, ya que solamente hay urgencias pediátricas cuando les toca a alguno de estos especialistas hacer las guardias. En caso contrario, se remiten siempre al médico de familia.

A pesar que Santa Marta de Tormes es, en la actualidad, como hemos dicho, el segundo municipio de población de la provincia de Salamanca, en su centro de salud no existen urgencias pediátricas, por lo que tanto los niños y las niñas de esta localidad como de las localidades pertenecientes a su área de salud, cuando requieren atención fuera del horario del hospital... de pediatría, tienen que desplazarse al servicio de urgencias pediátricas del Complejo Asistencial Universitario en Salamanca, que en numerosas ocasiones tiene unos serios problemas de saturación.

La carencia de un servicio de urgencias pediátricas que atienda en horario diurno provoca que este tipo de atenciones urgentes tengan que ser recibidas, como hemos dicho, en el Hospital Universitario de Salamanca, con el desplazamiento y la pérdida de tiempo que eso supone. Además, la implantación de este servicio sería beneficioso en un doble vertiente para los salmantinos: de un lado, el acercamiento de la atención para estos municipios de Santa Marta y alrededores y, por otro lado, la descongestión de las urgencias de pediatría en el Hospital Universitario de Salamanca.

Esta proposición no de ley la registramos en el mes de agosto del año dos mil quince. En octubre de ese mismo año se debate en el Pleno del Ayuntamiento de Santa Marta de Tormes una moción parecida a la que presentamos hoy, a propuesta del Grupo Municipal Socialista, que es aprobada por unanimidad. Aunque el Grupo Municipal del Partido Popular votó afirmativamente, no se desvió un ápice del argumentario oficial. "Nos hemos dirigido, como no podía ser... -decía el portavoz del Grupo Municipal del Partido Popular- Nos hemos dirigido, como no podía ser de otra manera, a la Gerencia de Atención Primaria sanitaria de la Junta de Castilla y León y



le resumo muy brevemente desde lo que la Gerencia nos ha comunicado: todos los centros médicos de los diferentes municipios reciben el mismo tratamiento en el tema de urgencias; durante el horario de ocho a las... a tres de la tarde, las urgencias de pediatría son atendidas por pediatras en el centro de salud; a partir de las tres de la tarde, hasta las ocho de la mañana del día siguiente, son los médicos de medicina general los que están encargados y los que atienden a estas urgencias, ya que están perfectamente capacitados para ello. Es el médico de medicina general el que decide si el paciente, tenga la edad que tenga, tiene que ser atendido por otro especialista, sea pediatra, un cirujano o un traumatólogo, y el traslado de esta persona al centro más cercano, que en este caso es el Centro Asistencial Universitario. Nos trasladan también desde la Gerencia de Sanidad que, para poder cubrir todo el horario de urgencias, sin distinción entre el día y la noche, se necesitan siete pediatras en el centro médico de Santa Marta de Tormes”.

Esto era lo que argumentaba el Grupo Municipal Popular, aunque votó a favor de esta proposición no de ley. Sin embargo, el alcalde del municipio sí traslada esta queja al delegado de la Junta de Salamanca, concretamente el veinte de noviembre del año dos mil quince, en el que dice: “Los representantes municipales han trasladado al delegado de la Junta las necesidades del municipio relativas a los servicios que presta la Administración autonómica. En este sentido, se han referido al interés que tiene para que se amplíen las urgencias pediátricas en el centro de salud. El delegado territorial ha explicado que los médicos de familia son competentes y suficientes para atender las urgencias de los niños, si bien la Consejería de Sanidad estudiará este caso junto con otros de la Comunidad”.

Ha pasado más de un año de todas estas acciones y el problema sigue igual, por lo que les presentamos la siguiente propuesta de resolución: “Las Cortes de Castilla y León instan a la Junta de Castilla y León a realizar las gestiones necesarias para que en el centro de salud de Santa Marta de Tormes (Salamanca) se preste atención de urgencias pediátricas en horario diurno todos los días de la semana”. Nada más y muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muchas gracias, señor procurador. Para... en un turno de fijación de posiciones, por el Grupo Parlamentario Ciudadanos, por un tiempo máximo de diez minutos, tiene la palabra el señor don Manuel Mitadiel.

EL SEÑOR MITADIEL MARTÍNEZ:

Muchas gracias, presidenta. Y quiero comenzar mi intervención sumándome a la protesta que ha planteado la compañera del Partido Socialista. Efectivamente, tenemos proposiciones no de ley del año dos mil quince, de principios del año dos mil dieciséis, que desconocemos por qué no se han presentado. Y lo único que quiero, sobre todo –y ya no va dirigido ni a la presidenta ni al portavoz del Partido Popular–, es comunicar a la Consejería que, si no lo quieren ver en Comisión, lo acabarán viendo en Pleno, ya sea por la fórmula de presentar las proposiciones no de ley en Pleno o de transformarlo en preguntas orales al consejero.

Y, centrándonos en el tema que hoy nos ocupa, el... decir que, con respecto a la moción, yo creo que se... o creemos que se dan las condiciones necesarias como para que este servicio, el servicio de urgencias pediátricas, se dé durante toda la semana, como mínimo en horario diurno.



De todas formas, quiero plantear el problema un poco más con carácter general. Me gustaría saber cuál es la política global de la Consejería con respecto a las urgencias pediátricas en Primaria, porque me consta que en cada provincia se hace de una determinada manera. Yo... nuestro grupo ha presentado con respecto a Palencia, ha presentado con respecto a Soria –estamos hablando de Palencia capital, de Soria capital–; las situaciones son distintas, pero son distintas a la de León, que también conozco, donde hay otro concepto con respecto a las urgencias pediátricas. Hemos presentado también alguna iniciativa con respecto a Ciudad Rodrigo, nos sumamos a la que presentaron sobre La Bañeza. Y de todo esto, lo que no me queda claro es por qué en unas provincias las urgencias pediátricas se atienden de una forma y en otras se atienden de otra. Me gustaría saber cuál es el criterio de la Consejería.

Y, desde luego, el criterio no puede ser “faltan pediatras”. Es verdad que mis datos son un poco antiguos, son de treinta y uno de marzo de este año, y pueden haber variado las circunstancias. Pero me llama la atención que dentro de Atención Primaria hay 275 pediatras, 6 fuera de plantilla, y que, de todos estos, solamente hay 7 vacantes; 7 vacantes ante una situación en la que ¿son muchísimos los núcleos de población que se quejan de la pediatría? A ver si estamos dando por supuesto que hay una falta de pediatras, que después no se refleja aquí.

Y en el caso concreto de Salamanca, no conozco cuáles son las vacantes, solamente sé que hay 39 pediatras de equipo y 4 pediatras de área, y, efectivamente, se puede resolver este tipo de problemas de dos formas: una, incrementando la plantilla, que podría ser una solución; pero también, otra, reasignando dónde se realizan las guardias. He creído entender que, cuando le toca al pediatra de guardia la guardia, efectivamente, tenemos una atención hasta las ocho de la tarde, ¿no? ¡Ah!, perdón, hasta las ocho de la mañana del día siguiente, es decir, que hay atención completa. Bien, ¿por qué no se puede completar esta prestación, la prestación de este servicio, con pediatras de otras zonas? No lo sé, no conozco la estructura de la organización de Salamanca, pero, desde luego, creo que es posible y que puede ser realizada con... a lo mejor, con un ligero incremento de los pediatras existentes, que ya digo que empiezo a dudar, por los datos que me da la Consejería, de que tengamos esa falta.

Se habla, y lo ha dicho el ponente, de que están perfectamente atendidos por los médicos de familia. Y, bueno, si alguno de ustedes estaba en aquel momento en el hemiciclo y además me estaba escuchando, pues, a lo mejor no le suena a nuevo el hecho de que he hablado con pediatras... –perdón, con pediatras– con médicos de familia del mundo rural, todos talluditos, de mi quinta, y que todos se consideran perfectamente capacitados para atender a niños; pero todos, todos, confesaban que cada vez que atendían a un niño, sobre todo si era un niño pequeño, se ponían nerviosos –estamos hablando de gente veterana, no estamos hablando de gente que acaba el mir y que le toca un núcleo rural–. Es decir, que no es lo mismo que un niño sea atendido por un pediatra que sea atendido por un médico de familia.

Y, efectivamente, la conclusión va a ser la misma, como me dicen habitualmente: “Dados los medios que tienen estos centros, ante cualquier problema importante, van a ser remitidos al hospital”. Pero, a lo mejor, el número de niños que son remitidos al hospital es mucho menor. Porque le tiene que generar más dudas a un médico de familia algunas patologías que a un pediatra, porque por algo existen las especialidades.



Únicamente, y para concluir, decir que, efectivamente, tenemos que hablar de la asistencia pediátrica. No sé si el propósito oculto de la Consejería es que al final la única asistencia pediátrica de urgencias que se realice se realice en los hospitales. Creo que sería un paso atrás muy importante en la calidad de la asistencia pediátrica. Y que, en todo caso, esta proposición no de ley merece nuestro apoyo. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Gracias, señor Mitadiel. En turno de fijación de posiciones, por el Grupo Parlamentario Podemos de Castilla y León, tiene la palabra la señora procuradora Isabel Muñoz Sánchez.

LA SEÑORA MUÑOZ SÁNCHEZ:

Gracias, presidenta. Buenos días, señorías. Bueno, pues estamos ante otra proposición no de ley ya casi diría yo que habitual, ¿no? Porque, como han dicho ya las personas que me han precedido en el uso de la palabra, es casi cotidiano que en esta Comisión siempre se... haya proposiciones pues denunciando una falta de pediatras en la Atención Primaria. Y, entonces, pues la verdad es que poco que decir a este respecto.

Vamos a apoyar esta proposición no de ley, pero sí algunos matices repetirlos, porque ya se han dicho, pero creo que siempre es interesante volver a incidir en ellos, porque creemos que es donde está el fondo de la cuestión y que, por lo que se ve, pues no se resuelve. Porque también esta proposición no de ley pues no es nueva. Es una proposición de ley ya presentada, como tantas otras. Por lo cual, el problema persiste, sin que por parte del Partido Popular pues se vea que se hace nada para enmendar pues estas deficiencias.

Como se ha dicho, y ya lo ha dicho el proponente -y no voy a extenderme en eso-, sí que es verdad que Salamanca, que es el pueblo más... de los del alfoz con más población, y además con una importante población de niños hasta 14 años, pues sí que es un pueblo que requiere la presencia de pediatría las 24 horas. ¿Por qué? Porque, entre otras cosas -ya lo ha dicho también el señor Mitadiel cuando ha hablado ahora mismo-, porque, aunque es verdad que los médicos de familia están capacitados, o sea, pueden además ver a los niños, pero un médico de familia que está ejerciendo como tal y no trata a niños, cuando se enfrenta a los niños, y sobre todo a los niños, estamos hablando de las primeras edades, incluso hasta los 3 años, incluso más, los médicos de familia, sobre todo por lo que significan para los padres y, además, por curarse en salud -y nunca mejor dicho, ya que estamos hablando de médicos-, pues no quedan tranquilos y mandan a los niños a urgencias. Y es que esto es cotidiano. Y si consultas a cualquier médico de familia -de hecho, mi hijo es médico de familia también-, le preguntas y dice "yo con los niños siempre me ando con mucho cuidado y, cuando llega el momento, los mando... los mando a pediatría... los mando al hospital, porque..." porque, bueno, pues para curarse en salud, como he dicho. Por lo cual, eso está claro.

¿Qué pasa con los pediatras? Porque, claro, posiblemente vuelvan a decir que no hay pediatras, que es verdad que se está intentando, pero que no hay pediatras. Nosotros también lo hemos dicho otras veces, pero ya digo que no está mal repetirlo



otra vez. Es que entendemos que lo que se tiene que hacer con las oposiciones es presentarlas en tiempo y forma. Porque lo que no es de recibo es que estén... se estén muchos años sin hacer... sin presentar las oposiciones, y también sin hacer los concursos de traslados, que los concursos de traslados también clarificarían mucho la situación.

Repetir otra vez más que es importantísimo tener bien atendida la Atención Primaria, porque en la Atención Primaria se resuelven más del 80 % de los casos. En este caso, lo que hay es una saturación de las urgencias, debido precisamente a que hay una... hay un déficit de personal, y de medios también, pero de personal en la Atención Primaria. En este caso, estamos hablando de un pueblo del alfoz de la provincia de Salamanca. Pues fíjese la circunstancia que se da: que cuando mandan desde Santa Marta a los niños al servicio hospitalario de pediatría, pues resulta que ahora el servicio hospitalario cuenta con menos pediatras, porque este año se le ha asignado al Hospital de Salamanca dos pediatras menos. Por lo cual, se quejaron ya en su momento, diciendo que, si ya tenían saturadas las urgencias, ahora, con dos mir menos, pues la cosa iba a ser todavía más complicada.

Por lo cual, yo creo que la reflexión que nos tendríamos que hacer todos los grupos parlamentarios que estamos aquí, tanto el PP como todos los demás, es que aquí hay un problema; primero admitir eso, que hay un problema con la reestructuración de los médicos en la Atención Primaria, con la falta de personal, con las especificidades de nuestra geografía. Porque hoy estamos hablando de un pueblo del alfoz de Salamanca, pero otras veces, como también se ha dicho aquí esta mañana ya, pues hemos hablado de falta de pediatras en Palencia, de falta de pediatras en Soria, y sobre todo también esa falta de pediatras que se da cuando las poblaciones, en los núcleos rurales, no... aumentan en verano o en determinados momentos y no hay pediatras para sustituirlos.

O sea, que es que yo entiendo que ya es hora de que, de verdad, esto empecemos a pensar seriamente y todos los grupos, porque aquí hay un problema. Porque la gente no se queja por quejarse; cuando estas proposiciones vienen aquí, son fruto... por lo menos en el caso de Podemos, y creo que en el resto de los grupos parlamentarios igualmente, son fruto de todas las personas, de todas esas peticiones que llegan a través de colectivos y de personas en particular que tienen estos problemas, y quienes los padecen continuamente, como los padecen en determinados lugares, pues, al final, piden ayuda. Y cuando un paciente o un usuario de la sanidad pública pide ayuda es que algo está pasando. La gente no se queja por quejarse, y cuando las quejas son repetidas, como se está demostrando -nosotros somos nuevos en esta legislatura, pero vemos que aquí se presentan continuamente proposiciones no de ley ya presentadas con este problema-, hombre, entiendo que esto hay algo detrás, y conviene que nos paremos en qué hay, qué hay detrás, y se reconozca pues que hay falta de personal, porque además es evidente. En médicos de Atención Primaria y de pediatría, pues ahora mismo no están cubiertas todas las plazas, porque además no hay clarificación de plazas. Por eso yo decía que lo de las oposiciones es fundamental, y el concurso de traslados, para ver lo que hay, qué plazas están amortizadas, cuáles no, si hay que hacer una reestructuración, como decía el señor Mitadiel, respecto a que, a lo mejor, hay que... como hay pueblos que están muy juntos, pues hay que hacer una especie de reestructuración.



Pero lo que es de tontos ya es negar que hay un problema, porque, ya digo, aquí constantemente y semanalmente estamos atendiendo proposiciones que dicen lo mismo que dicen que la de hoy. Porque hay unos pacientes que están viendo ahí un déficit, y, bueno, pues esto yo creo que es fundamental tenerlo en cuenta. Por lo cual –repito– vamos a apoyar esta... y con el ruego, además, de que esto se tenga en cuenta y que no vuelva... porque, como el año que viene la volvamos a tener aquí otra vez, pues no sé adónde vamos a llegar. Y luego al otro igual... pues no sé, yo es que esta manera, de verdad, ya, no me acabo de acostumbrar a ella, pero, en fin, veo que debe ser lo normal. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Gracias, señora procuradora Isabel Muñoz. En el turno de fijaciones de posiciones, por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor procurador José Máximo López Vilaboa.

EL SEÑOR LÓPEZ VILABOA:

Sí. Muchas gracias, señora presidenta. En primer lugar, decir que, para debatir con el rigor necesario esta proposición no de ley, debemos tener muy en cuenta cómo está estructurada la ordenación sanitaria en Castilla y León, con la diversidad geográfica y poblacional que existe, así como la proximidad entre municipios, en algunos casos de un municipio próximo respecto a otro de mucha mayor población. Este es el caso que abordamos hoy, Santa Marta de Tormes, un municipio que es el más grande del alfoz más inmediato de Salamanca, términos limítrofes, incluso en este caso con sus cascos urbanos adyacentes.

El municipio de Santa Marta de Tormes forma parte de la zona básica de salud del mismo nombre, dentro del área de salud de Salamanca. El centro de salud de la zona se encuentra en la localidad de Santa Marta de Tormes, existiendo 12 consultorios locales repartidos por las localidades que forman parte de esta zona básica de salud. En la zona básica de salud de Santa Marta de Tormes, el número de tarjetas sanitarias, según los datos oficiales a uno de octubre de dos mil dieciséis, es de 18.238, de las cuales 2.390 corresponden a menores de 14 años. Forman parte del equipo de Atención Primaria de la zona básica de salud de Santa Marta de Tormes 2 pediatras, con un reparto equitativo de tarjetas sanitarias individuales, que estamos hablando de 1.185 y 1.222, de tarjetas sanitarias cada uno.

A día de hoy, la atención sanitaria fuera del horario ordinario la prestan dos médicos de familia y dos enfermeras, desde las 15 horas hasta las 8 horas del día siguiente los días laborables, y 24 horas los sábados, domingos y festivos, en el punto de atención continuada situado en el centro de salud de Santa Marta de Tormes. Con carácter general, y al igual que en el caso de la población adulta, la atención sanitaria de la población menor de 14 años se realiza a través de la consulta a demanda y programada durante el horario de atención ordinaria. Esta atención es realizada por el pediatra del equipo de Atención Primaria, que presta la atención integral y continuada que el niño precisa. Fuera de este horario, la prestación a la población pediátrica se realiza de forma similar en todo el área de salud de Salamanca. Por lo tanto, lo que se realiza está dentro del esquema general de la ordenación sanitaria en Castilla y León.



En un primer nivel asistencial, la población infantil es atendida por los médicos de familia, que realizan la atención continuada y precisa dentro de los puntos de atención continuada. Son profesionales perfectamente cualificados para prestar asistencia a los niños, ya que en su programa formativo está incluido el abordaje y tratamiento de los principales problemas de salud en la edad pediátrica, así como el manejo de las urgencias y emergencias en pediatría. Creemos que no hay que dudar, pues, de su profesionalidad y capacidad. Y aquí se ha dicho, pues en algunos casos que si los médicos dicen que si con los niños hay que andar con especial cuidado; pues supongo que también este criterio lo mantendrán con el resto de la población, también con los mayores. Y es que esta cualificación queda demostrada, también, por un hecho palpable como es el hecho de que la mayor parte de los facultativos que trabajan en los servicios de urgencias hospitalarios y emergencias sanitarias son médicos de familia.

También debemos de tener en cuenta que, en un segundo nivel, si fuera necesario y ante patologías agudas urgentes, los pacientes son derivados al servicio de urgencias pediátricas del Hospital Universitario de Salamanca. Como dato curioso, debemos señalar que desde algunos puntos del término municipal de Santa Marta de Tormes se llega antes y con mayor agilidad al Hospital Universitario de Salamanca que desde algunas zonas pertenecientes al término municipal de Salamanca.

De igual forma, para abordar con el rigor necesario esta proposición, debemos tener en cuenta los recursos asistenciales con los que cuenta la Gerencia de Emergencias Sanitarias: una unidad medicalizada de emergencias y 3 unidades de soporte vital básico ubicadas en Salamanca, así como el helicóptero sanitario, con base también en Salamanca, que atienden todas aquellas situaciones en las que sean requeridas; obviamente, pues también en la zona básica de salud de Santa Marta de Tormes. Igualmente, debemos tener en cuenta que desde marzo de dos mil catorce funciona perfectamente en Salamanca el servicio de consulta telefónica de urgencias pediátricas; y los datos pues demuestran perfectamente el grado de funcionamiento, ya que durante el primer semestre de dos mil dieciséis han sido atendidas 1.684 llamadas, de las que el 73,4 % se resolvieron mediante consejo telefónico, el 19,5 % se derivaron a las urgencias hospitalarias y el 7,1 % a la Atención Primaria, lo que pone de manifiesto la alta tasa de resolución de las consultas realizadas.

Teniendo en cuenta las recomendaciones de las sociedades científicas de pediatría, los criterios poblacionales de eficiencia y de disponibilidad de personal, así como la existencia de cobertura asistencial, no está justificada la implantación de la atención de urgencias pediátricas en el centro de salud de Santa Marta de Tormes, tal como está planteada en esta PNL.

La asistencia sanitaria de urgencia a la población pediátrica, tal como hemos expuesto anteriormente, corresponde inicialmente a la Atención Primaria. Tanto la atención ordinaria como la urgente de esta zona básica de salud están plenamente garantizadas por el dispositivo asistencial existente. En una Comunidad como Castilla y León, con gran diversidad orográfica, demográfica y de dispersión poblacional, en el interés de todos está la de proporcionar a toda la población, resida en el medio urbano o en el medio rural, una asistencia sanitaria equitativa y de calidad, y adaptada a las circunstancias de cada caso, como puede ser el caso de Santa Marta de Tormes.



La Gerencia Regional de Salud realiza una monitorización continua de la utilización y accesibilidad de los mismos por parte de los usuarios, valorando en cada caso la posibilidad de articular los mecanismos necesarios que faciliten la asistencia sanitaria y su mejora. Por todo lo expuesto, y con los datos aportados, consideramos totalmente inadecuado el planteamiento de la proposición, consideramos incluso demagógico el enfoque de la propuesta de resolución, y, por tanto, este grupo parlamentario va a votar en contra. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muchas gracias, señor Máximo. Para cerrar el debate, fijar el texto definitivo de la resolución que se propone, tiene la palabra el señor procurador Juan Luis Cepa.

EL SEÑOR CEPA ÁLVAREZ:

Gracias, presidenta. En primer lugar, dar las gracias al Grupo Ciudadanos y al Grupo Podemos por el apoyo de esta proposición... proposición no de ley. Ya la semana pasada debatíamos el problema de la falta de profesionales de pediatría en la provincia de Salamanca, con el tema de los mir, de las quejas... las quejas continuadas de los profesionales, tanto del Hospital Clínico como del resto de la provincia de Salamanca.

Yo no voy a dudar de la profesionalidad de los médicos de familia, pero sí le puedo contar, por experiencia propia, de que, cuando hay un niño pequeño y requiere, por ejemplo, el ponerse aerosoles, automáticamente ni el centro de salud de Fuentes de Oñoro, por ejemplo, ni el centro de especialidades de Ciudad Rodrigo lo quieren atender, y automáticamente les dicen que se vayan a Salamanca; y ese problema existe con temas respiratorios, muy importante. Por consiguiente, sin dudar de la profesionalidad de los médicos de familia, para eso existe... -como han dicho antes los que me han precedido en el uso de la palabra- de que por eso existe la especialidad.

Lamentar la postura del Grupo Parlamentario Popular, porque, encima, ha dado unos datos peores a los que yo había expuesto; porque yo había hablado de tres pediatras -usted ya ha dicho que ya solo hay dos; por consiguiente, encima, ha perdido uno este área de salud-, y yo había dicho que cuando a los pediatras les tocaba las urgencias estaba cubierto ese servicio, y, según ha dicho usted, ni siquiera en esos periodos, porque los hace el médico de familia. O sea, la situación todavía es peor la que usted ha expuesto para defender el votar en contra de esta proposición no de ley. Muy lamentable por parte del Grupo Parlamentario Popular; y, como le han dicho antes, pues habría que reflexionar un poco sobre estas... sobre estas necesidades.

Después ha rematado su intervención llamándonos demagógicos, en el sentido de cómo se ha hecho la proposición no de ley. Supongo que esa demagogia la extenderá al alcalde de Santa Marta de Tormes, de su partido, que apoyó esta proposición no de ley, y en el que están completamente de acuerdo. Usted ha llamado demagógico a las personas que nos han demandado esta proposición... que hagamos esta petición, porque son las personas -como le ha dicho la representante de Podemos- la que a lo largo del año pasado, o durante todos los... todos los días, nos están pidiendo y reivindicando esta historia, esta problemática de las urgencias pediátricas. Pero es que es en toda la provincia de Salamanca. Debatimos la semana



pasada un tema en Villamayor, que era... no hablábamos de las urgencias, pero hablábamos de que no se cubría el servicio cuando el médico estaba de baja. Hay una proposición de ley... no de ley, muy antigua, del problema en Ciudad Rodrigo, que Ciudad Rodrigo y su área de influencia está a más de 100 kilómetros del Hospital de Salamanca -aquí, ahora, estamos más cerca-. Ciudadanos también dice que tiene presentada una proposición no de ley parecida a estos temas. Entonces, yo creo que en el fondo ustedes no lo quieren resolver.

La semana pasada, para apoyar lo de Villamayor -que parecía que ya estaba resuelto-, sí que argumentaron la falta de pediatras y no sé qué, no sé cuántos, y ahora su argumentación no es esta, sino simplemente de que somos... que somos demagogos y que, como siempre, todos... en Castilla y León todo se hace perfectamente. Pues creo que usted ha llamado demagogo a sus compañeros de partido en Santa Marta de Tormes, a... va a llamar demagogos a sus compañeros del Partido Popular en muchos municipios de la provincia de Salamanca, y del resto de Castilla y León, que están defendiendo y pidiendo que se resuelva este problema. Y lo que está claro que existe un problema en Castilla y León sobre las urgencias pediátricas, sobre esta especialidad, y que ustedes -en base no sabemos a qué muy bien- no lo quieren resolver. Lamentar su postura y sobre todo lamentar a los vecinos de Santa Marta de Tormes que esto les llevan muchos años reclamando. Nada más y muchas gracias.

Votación PNL/000195

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muchas gracias, señor Cepa. Habiéndose incorporado el portavoz del Grupo Mixto, José Sarrión, ya a la Comisión de una forma permanente, pues vamos a someterlo ya a votación y vamos a ir votando PNL por PNL, ¿no? Entonces, vamos a ver.

¿Votos a favor de la proposición no de ley? ¿Votos en contra? Habiéndose producido un empate en la votación de esta proposición no de ley, de conformidad con lo establecido en el Artículo 92 del Reglamento de la Cámara, se somete de nuevo a votación dicha iniciativa parlamentaria.

¿Votos a favor? ¿Votos en contra? Habiéndose producido un nuevo empate en la votación, algún grupo... se somete a votación por tercera vez.

¿Votos a favor? ¿Votos en contra? Bien. Habiéndose producido un nuevo empate en la votación, ¿algún grupo parlamentario desea que se suspenda la sesión?

Pues el resultado de la votación ha sido: dieciocho votos... de los dieciocho emitidos, nueve a favor, nueve en contra. No siendo así, bueno, pues se procede a someter... perdón, no... [Murmullas]. Habiéndose mantenido el empate tras las tres votaciones previstas en el Artículo 92 del Reglamento de Castilla y León, esta Presidencia procederá a comunicárselo así a la excelentísima señora presidenta de la Cámara, a efectos previstos en el apartado tres del precepto reglamentario.

Pasamos al segundo punto del orden del día, en el que por parte del señor secretario dará lectura del mismo.

**PNL/000421****EL SECRETARIO (SEÑOR HERNÁNDEZ MARTÍNEZ):**

Gracias, presidenta. Punto número dos: **Proposición No de Ley número 421, presentada por las procuradoras doña Isabel Muñoz Sánchez y doña Laura Domínguez Arroyo, relativa al acceso a fármacos de nueva generación a los enfermos de hepatitis C, publicada en el Boletín Oficial de las Cortes de Castilla y León, número 85, de diecinueve de febrero del dos mil dieciséis.**

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muy bien. Muchas gracias, señor secretario. Para la presentación de la proposición no de ley, tiene la palabra, en representación de las señoras procuradoras proponentes, doña Isabel Muñoz.

LA SEÑORA MUÑOZ SÁNCHEZ:

Gracias, presidenta. "Si el precio del fármaco que cura la hepatitis C fuera el de una aspirina, no estaríamos hablando de él". Estas, señorías, no son palabras mías; las ha pronunciado Joan Rodés, persona poco dudosa para ustedes, ya que es el hepatólogo asignado por el Partido Popular para presidir el Comité de Expertos para la hepatitis C.

He elegido estas palabras porque quiero dejar bien sentado, desde el minuto uno de mi intervención, que de lo que habla esta proposición no de ley es de dinero, de intereses económicos, de rentabilidad, del mercado gobernando la sanidad pública, la salud de las personas. El dinero es el dios que decide quién vive y quién muere de hepatitis C. También, por desgracia, lo decide en otras enfermedades, pero hoy nos toca hablar de hepatitis C.

La hepatitis C es una enfermedad del hígado debida a un virus conocido desde los años 80 y que afecta a unos 50... 150 millones de personas en el mundo, de los cuales 8.000.000 corresponden a Europa. En España se calcula que hay entre 500.000 o 800.000... parece que son 800.000 las personas que padecen esta enfermedad, aunque pueden ser más, ya que no existen estudios epidemiológicos que permitan conocer la prevalencia ni la dimensión de la infección en nuestro país.

El 80 % de los casos evolucionan hacia una cirrosis hepática o un cáncer de hígado. Es una enfermedad que además puede pasar desapercibida porque es casi asintomática, lo que, unido a que es muy contagiosa, principalmente por vía sanguínea, tiene importantes consecuencias para el sistema de salud pública. En los últimos años han surgido nuevos medicamentos, lo que ha supuesto esperanzas renovadas de curar a los enfermos. El sofosbuvir -comercializado con el nombre de Soldavi por la multinacional norteamericana Gilead- es el medicamento más ventajoso hoy en día. El 90 % de los enfermos tratados con él se curan. Además, el tratamiento es corto y los efectos secundarios son mínimos.

¿Dónde está el problema, entonces? Pues el problema está en que el precio del medicamento es muy elevado y la Administración no está dispuesta a emplear las partidas presupuestarias necesarias para tratar a los enfermos afectados de esta enfermedad. En lugar de acabar con las prácticas mafiosas de las grandes



farmacéuticas liberando la patente, selecciona a los enfermos y solo da el tratamiento a aquellos que tienen la enfermedad muy avanzada. A los demás, a los que podrían curarse del todo y no acabar siendo enfermos crónicos, no les proporciona el tratamiento. Todo un atentado a la salud pública, señorías.

Por si teníamos alguna duda, nos las despejó el ministro Montoro cuando imputó el desvío del déficit público a las Comunidades Autónomas que habían tenido un déficit de 0,9 puntos por encima del objetivo marcado, alcanzando un 1,66 % del producto interior bruto frente al 0,7 % pactado. El ministro de Hacienda dejó bien clarito que la desviación del déficit en dos mil quince se explicaba por partidas excepcionales, como el pago del tratamiento de la hepatitis C: 1.090 millones en nuevos antivirales. El ministro advierte que esto no se volvería a repetir este año.

Y la Junta de Castilla y León, como niña buena y obediente, ha ordenado el cierre del ejercicio presupuestario un mes antes para contener el gasto público y con ello intentar no superar el déficit. Pero... de momento nos dicen que la medida no afectará a los gastos sanitarios, pero yo ya les digo que sí que les está afectando. En Salamanca, el comité evaluador lleva sin reunirse desde septiembre, y -que sepamos- hay dos enfermos de hepatitis C, que están muy enfermos, esperando su tratamiento; tratamiento que no se les da porque el comité evaluador no se reúne. A lo mejor no se reúne hasta enero o febrero del año que viene.

Ya no cuela, por tanto, señorías, que nos hablen de decisiones médicas a la hora de administrar el medicamento que cura la hepatitis C solo a los pacientes más graves. Por mucho plan estratégico para el abordaje de la hepatitis C que hagan, plan que se hizo más para desmovilizar a las asociaciones de enfermos de hepatitis y para lavar la imagen del PP frente a las elecciones municipales y autonómicas que para otra cosa, por no hablar tampoco de los miembros designados por el Partido Popular que integran el Comité de Expertos para la Hepatitis, muchos de ellos vinculados o subvencionados por Gilead, la farmacéutica que trabaja... que fabrica el sofosbuvir. De los foros, las estrategias y demás historias, casi mejor no hablar.

Por cierto, desde aquí quiero enviar todo el apoyo y el respeto de Podemos a las plataformas de enfermos por las hepatitis C, por su valentía y por su lucha diaria. Quizá estamos hablando aquí de este tema porque estas... estos enfermos se lanzaron a la calle para... pues para recordarnos o recordar a nuestros gobernantes que hay que cumplir con los derechos, que la salud es uno de los derechos.

La propuesta de resolución que pedimos en nuestra... en nuestra propuesta no de ley está plenamente justificada con lo recogido en el Artículo 43 de nuestra Constitución, en el que se establece la salud como un derecho de todos y cada uno de los españoles. En su punto 1 dice que se reconoce el derecho a la protección de la salud; y en el 2, que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.

No curar a una persona enferma en nuestro país es, por lo tanto, un delito, máxime cuando esta violación de derechos la ejerce el propio Gobierno. Y, por cierto, personas con todos los derechos sanitarios son todos los reclusos de las cárceles de nuestra Comunidad Autónoma, y con ellos no se están cumpliendo, por lo menos en lo que compete al tratamiento de la hepatitis C. Los emigrantes también nos preocupan, señorías. La salud de las personas tiene que estar por encima de los intereses



privados. Nuestro Gobierno se puede acoger a una serie de principios básicos que rigen los acuerdos de la Organización Mundial del Comercio sobre los aspectos de los derechos de la propiedad intelectual relacionados con el comercio, que entró en vigor en enero de mil novecientos noventa y cinco.

La Declaración Ministerial de Doha sobre los aspectos de los derechos de propiedad intelectual y la salud pública, de noviembre de dos mil uno, no hizo más que aclarar las flexibilidades del acuerdo y asegurar a los Gobiernos que podían utilizarlas. En cuanto a la concesión de licencias obligatorias, la declaración establece con claridad que todo miembro es libre de determinar las bases sobre las cuales se conceden tales licencias, sin que haya ningún tipo de emergencia como requisito previo para el otorgamiento de una licencia obligatoria. Porque hay que saber, señorías, que la farmacéutica no pierde el derecho de la patente porque se haga esto, no lo pierde, lo único que el precio no es el que es, el que tiene ahora.

El Artículo 31 del Acuerdo de los Aspectos de los Derechos de la Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio, de la Organización Mundial del Comercio, autoriza a limitar los derechos de propiedad intelectual en casos de necesidad pública. Y una enfermedad infecciosa que afecta a 800.000 personas en España, o más -y aunque sean menos-, cuyo coste por tratamiento asciende a unas cantidades desorbitadas, inasumibles para nuestro... para la sostenibilidad de nuestro Sistema Nacional de Salud, es una necesidad pública.

Está visto que el Gobierno español no quiere desafiar legalmente la sacrosanta propiedad intelectual de los monopolios farmacéuticos. Que, en el caso que hoy nos ocupa, esa propiedad intelectual es, cuanto menos, dudosa, ya que Gilead ni ha inventado, ni ha investigado, ni experimentado nada relacionado con el sofosbuvir, simplemente tiene la patente por una operación especulativa de compra de portafolio de patentes a otro laboratorio. Y, para más guasa, precisamente, el sofosbuvir tiene su origen en una investigación británica con fondos públicos.

No es de recibo que Gilead, que más que un laboratorio es un fondo de inversión internacional, que compra y comercializa medicamentos, y que tiene importantes participaciones en Bankia, en el BBVA, el Santander, Inditex o Endesa, eleve el coste del medicamento hasta más de un 277 % de su coste real. Un laboratorio inglés ha demostrado que un tratamiento de Soldavi, para tres meses, tiene un coste de 101 dólares, cuando en España hemos estado pagando ese tratamiento a 60.000 euros los primeros, luego a 25.000, y ahora parece ser que el precio del tratamiento está alrededor de los 15.000 euros, por el acuerdo contraído entre Sanidad y el laboratorio de reducir el precio al aumentar las personas tratadas. He dicho parece ser porque, realmente, los contribuyentes no sabemos lo que nos cuesta el tratamiento. Es el secreto mejor guardado del reino, y luego presumimos de transparencia.

En este asunto, como en otros, transparencia cero, señorías. Y miedo me da lo que puede llegar a ocurrir, ya que Gilead y otras farmacéuticas están poniendo en el mercado de la salud nuevos medicamentos igual o más caros que el Soldavi. En el caso del Soldavi no nos pueden decir que el laboratorio se ha visto obligado a encarecer el fármaco porque ha dedicado mucho dinero para su investigación. En este punto, conviene empezar a desterrar algunas falacias respecto a las grandes inversiones que dedican las grandes farmacéuticas para la investigación, cuando solo representan el 5 % de sus ganancias, mucho menos de lo que estas se gastan en *marketing* y promoción.



Y, bueno, ahora, como ya me estoy quedando sin tiempo, aprovecharé la... en mi segunda intervención para decir cuáles son también las secuelas nefastas que tiene este patrocinio, muchas veces, de los... de las grandes farmacéuticas sobre los investigadores.

En fin, ya me quedo sin tiempo. Termino con el ruego, ¿eh?, un ruego, que apoyen esta proposición no de ley, cuya propuesta de resolución dice así: "Las Cortes de Castilla y León instan a la Junta de Castilla y León para que inste al Gobierno de la nación a que, en coherencia con el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionado con el Comercio de la Organización Mundial del Comercio, fabrique un genérico sin pedir la autorización de la transnacional farmacéutica que detiene la patente, invocando un principio de Salud Pública". Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muchas gracias, señora procuradora Isabel Muñoz. En un turno de fijación de posiciones, por el Grupo Parlamentario Mixto, tiene la palabra el señor procurador don José Sarrión.

EL SEÑOR SARRIÓN ANDALUZ:

Bien. Muchas gracias, señora presidenta. Y gracias de nuevo a los grupos parlamentarios por ofrecer la posibilidad de realizar la votación al final, aunque finalmente no ha hecho falta que hagamos uso de ello, pero agradezco, en todo caso, la amabilidad.

Un tema que no es nuevo en la Cámara y que, desde luego, tiene pinta de que lo vamos a seguir hablando durante mucho tiempo, desgraciadamente. Yo estoy completamente de acuerdo con las palabras, con el planteamiento y con la proposición que ha planteado el Grupo Podemos, la compañera Isabel Muñoz. Estoy completamente de acuerdo en que, efectivamente, estamos ante un atentado contra la salud pública. Y que tengamos una enfermedad que se puede curar y que, en el siglo XXI, teniendo la cura al alcance y teniendo un medicamento al alcance, que seamos incapaces de obligar a la multinacional a producirlo a un precio asequible, para que la ciudadanía pueda acceder a él desde las primeras fases de la enfermedad nos parece algo sencillamente contradictorio con los valores que decimos defender en esta sociedad.

Efectivamente, los acuerdos y las leyes de propiedad intelectual contemplan una figura, que es la figura del principio de la salud pública, que permite realizar la proposición que está trayendo hoy el Grupo Podemos a esta Cámara. Sabemos también, porque esto ya lo hemos planteado, y yo me dirigí al Gobierno planteándole esta misma cuestión, precisamente al señor Sáez Aguado, en su comparecencia de legislatura, creo recordar, al principio de esta misma legislatura, sí que planteamos desde Izquierda Unida-Equo esta posibilidad, y se nos dijo que el riesgo es que esta iniciativa lo que hacía era desincentivar la actividad investigadora de las farmacéuticas, lo cual nos parece que es una triste respuesta. Cuando un Gobierno se ve obligado a favorecer los intereses privados de las grandes multinacionales por encima de los intereses de la salud, pues parece que los valores de nuestra sociedad están fallando.



Mientras tanto, la propuesta que se plantea tiene perfecta juridicidad. Hay una tesis doctoral, que se está haciendo en este momento en el departamento de Derecho de la Universidad de Salamanca, que precisamente está analizando la Ley de Patentes y está analizando la propiedad intelectual, a partir de un estudio de caso que es precisamente el caso de la hepatitis, y que, por lo tanto, parece que estamos ante una propuesta jurídicamente factible. Será una decisión, por lo tanto, política. Y si, de nuevo, el Gobierno lo que nos intenta decir es que aprobar este tipo de propuestas lo que viene es a desincentivar la actividad investigadora de las farmacéuticas, pues lo que terminaremos observando de nuevo es que seguimos estando en manos de multinacionales, grandes multinacionales que, finalmente, como hemos denunciado en multitud de ocasiones, son las que terminan tomando las decisiones en nuestra sociedad.

En definitiva, una solución que está al alcance, una solución que se encuentra disponible y que, desde luego, desde el humilde punto de vista de Izquierda Unida-Equo, debe plantearse en los términos en que se plantea esta proposición. Y, por lo tanto, nuestro voto va a ser completamente favorable.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muchas gracias, señor Sarrión. En un turno de fijación de posiciones, por el Grupo Parlamentario Ciudadanos, tiene la palabra el señor procurador don Manuel Mitadiel.

EL SEÑOR MITADIEL MARTÍNEZ:

Muchas gracias, presidenta. Oída la exposición de la proponente, pues yo diferenciaría dos aspectos: por una parte, lo que es el contenido de la moción puramente dicho, que habla de la fabricación de un genérico; y, por otra parte, de la realidad de la aplicación a los enfermos de hepatitis C, que, evidentemente, sugiere muchas dudas: ¿cómo se está haciendo?, ¿hasta dónde llegamos? Y, bueno, en este caso tampoco me sirve el saber que, por lo menos hasta hace unos meses, Castilla y León era de las que iban más avanzadas; pero esto no quiere decir, sobre todo con el ejemplo que ha dado, que a mí me parece que es bastante impactante, ¿no?, de dos enfermos en un estadio avanzado pendientes de la reunión de una comisión de evaluación, indica que algo no se está haciendo bien.

Y esto me lleva a pensar que hemos hablado poco de farmacia en esta Comisión, y estamos ignorando un problema que es muy grave, que es el que inspira esta moción, con la que ya adelanto que no estamos de acuerdo, pero que, sin embargo, sí que refiere problemas reales. Estamos hablando del problema y del poder que tienen las empresas farmacéuticas para la fijación de precios, para el suministro de productos. Cuando se realizó esta moción, aunque después lo ha dicho la ponente, lo que estaba realizando Sovaldi era un chantaje a la sociedad española. Es verdad que, en cuanto hubo otras empresas y hubo competencia, los precios bajaron de forma importantísima. También, seguramente, incidió el hecho de que intervino el Estado, y el poder de compra del Estado no es el poder de compra de ninguna de las Comunidades Autónomas. Y, en ese sentido, ya hemos planteado más de una vez que tenemos que avanzar, pero lo cierto es... -y me refiero solamente a noticias de los últimos días, y que no solamente hacen referencia al sofobuvir- pero incluso ahora, cuando venía conduciendo, resulta que un anticonceptivo que es fundamental



para los trasplantados... perdón, para... sí, para los que se le han hecho una determinada intervención quirúrgica, no se está suministrando, seguramente por problemas de precio. En alguna de las revistas de farmacia se nos amenaza con que los precios de la amoxicilina, de la amoxicilina más clavulánico, de algunas presentaciones de la penicilina, no son rentables y que, por lo tanto, vamos a tener problemas de suministro en los próximos meses.

Es decir, efectivamente, ahí tenemos un problema con respecto al poder de los grandes laboratorios, que, además, en algún momento este país ha tenido una capacidad de producción –estoy recordando, por ejemplo, los antibióticos– que ha ido perdiendo en los últimos años.

Pero, claro, estamos en un contexto determinado –el contexto es la Unión Europea–, y eso hizo que tuviésemos una determinada Ley del Medicamento, que, entre otras cosas, dice, me parece recordar que en su Artículo 18, que los medicamentos genéricos no podrán ser comercializados hasta transcurridos diez años desde la fecha de autorización inicial del medicamento de referencia. Es el primer obstáculo.

Sin mencionar algo que a mí me parece que yo no sé si será un problema de redacción o es un problema de filosofía: se le pide al Gobierno que fabrique un genérico. Bueno, vamos a ver, fabricar medicamentos no es una cosa sencilla, es decir, no me pongo yo mañana a fabricar medicamentos, se requiere una infraestructura, se requiere, bueno, pues un equipamiento, se requiere unas patentes, es decir, se requiere unos estudios que, de repente, no me pongo; y, de hecho, el Estado hace que no fabrica medicamentos desde la desaparición de la farmacia militar, hace ya muchos años; por cierto, una gran farmacia. Por lo tanto, yo creo que, incluso aunque decidiese fabricar los medicamentos, esto es una labor que le llevaría bastante tiempo para hacerlo con calidad. Puedo entender que, a lo mejor, de lo que se está queriendo hablar es de que se autorice la fabricación de genéricos en España.

Pero esto me lleva a otra cuestión, que me genera muchas dudas, y estoy hablando de algo en lo que... si algo... es de las zonas que más desconozco de la sanidad, el tema de la farmacia. He estado mirando la Ronda de Uruguay; he estado mirando la Declaración de Doha de dos mil uno, para ver qué decía esto; he mirado el protocolo del dos mil cinco. Y he sacado dos conclusiones, que pueden ser erradas. Ahora me dicen que hay una tesis doctoral que va en el sentido de decir que esto es posible. A mí me parece que esto va, primero, a beneficiar el que los países pobres sean... tengan más posibilidades de no estar sujetos al dominio de las multinacionales, pero también al hecho de que, bueno, pues hay una serie de reglas que hay que respetar. Que, evidentemente, tiene razón la ponente cuando dice que el poder de estas empresas hace que nos puedan fijar precios que son confiscatorios y que, además, por los datos que da, resulta que no han hecho ese esfuerzo en cuanto a investigación. Pero estamos dentro de un mundo de reglas. *[Murmullas]*. Estamos dentro... perdón, nosotros estamos dentro del marco de la Unión Europea, y, por lo tanto, unas cosas serán buenas, otras serán malas. De lo que se trata es, primero, de que la compra de medicamentos, sobre todo de determinados medicamentos, se realice a nivel nacional, para tener un cierto poder, pero incluso que podamos tener coordinación con otros países. Porque decimos: es que en España el precio que se ha pagado es escandaloso; pero es que no es el más alto de los precios. Es decir, si miro a qué precio lo ha pagado desde Estados Unidos hasta cualquiera del resto de los países de la Unión Europea, estamos hablando de que han pagado precios



superiores al nuestro. Luego hay un problema que tenemos entre todos y que no sirven los atajos. Tenemos que intentar que la solución sea por más coordinación con el resto de los Gobiernos, por más coordinación dentro de las Comunidades Autónomas.

Por eso, nos vamos a abstener a esta proposición, porque el problema que plantea es real, pero las soluciones no me parecen satisfactorias. Es decir, saltarnos nuestra propia Ley del Medicamento –sí, si lo acabo de leer anoche–, saltarnos nuestra propia Ley del Medicamento, saltarnos nuestra... digamos, nuestra normativa, y pedir, encima, que el Gobierno fabrique medicamentos, pues no creo que sea la solución. Y nada más. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muchas gracias, señor Mitadiel. En un turno de fijación de posiciones, por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora procuradora María Mercedes Martín Juárez.

LA SEÑORA MARTÍN JUÁREZ:

Gracias, señora presidenta. Y buenos días, de nuevo, a todos. Bueno, nuestro grupo vamos a apoyar esta iniciativa valorando pues, sin ninguna duda, la buena intención y de alternativa que lleva implícita la iniciativa de Podemos, si bien es verdad que entendemos como con muchas dificultades la posibilidad de lo que se propone en esta propuesta de resolución de fabricar un genérico, yo no sé si a través de expropiar la patente o cómo sería eso.

Sí que es verdad que nosotros queremos recordar que el Gobierno del Partido Popular y del señor Rajoy ya tendría que haber buscado mecanismos y alternativas, a día de hoy, para dar con una solución, dadas las múltiples movilizaciones llevadas a cabo por todas las plataformas de afectados en los cuatro o cinco años pasados, además de las numerosísimas iniciativas que se han debatido tanto en este Parlamento como, que conozcamos, en otros Parlamentos, más allá de acusar, como decía la portavoz de Podemos, el señor Montoro a los enfermos de hepatitis C de ser todos la causa del déficit y ser los causantes de todos los males de la economía.

Es verdad que ya, a estas alturas, nadie puede discutir la altísima eficacia de los fármacos de nueva generación, del Sovaldi, del sofosbuvir, que, como se ha dicho muchísimas veces, pues tienen un alto grado de efectividad, que está probada científicamente, un porcentaje de curación casi del 90 %, nulos efectos secundarios. Y lo que está claro que, de principio a fin, las restricciones, la lucha a la que han tenido que hacer frente las plataformas de afectados, llevaban implícito un problema de financiación y un problema de dinero, y no era un problema de prescripción.

El Partido Popular tendrá más información respecto a todo el trabajo que tendría pendiente –no sé si lo ha hecho, yo lo dudo mucho– la Junta de Castilla y León de todas las iniciativas que en esta línea se han aprobado en la legislatura pasada. Teniendo en cuenta, claramente es verdad, son unos precios absolutamente inhumanos, intolerables, de mercadear con la salud de la gente, desorbitados, y eso se lo ha ido tragando tanto España como el conjunto de la Unión Europea. Porque está claro que, por la información que tenemos, países como Egipto, incluso en la India,



los precios eran francamente mucho más asequibles. Luego aquí la farmacéutica ha pensado “si tienen dinero, pues que lo paguen, y vamos a mercadear con algo tan serio como es una enfermedad de estas características”.

Por lo tanto, a mí, antes de ponerle, como le vamos a poner –o no, no sé si la vamos a aprobar–, esta propuesta, habría que recordar si la Junta de Castilla y León ha hecho ya los deberes que se aprobaron, por ejemplo, en febrero de dos mil quince, de requerir al Gobierno de España un plan de acción que fomente la prevención precoz, la detección, el tratamiento y las condiciones de igualdad para todos los ciudadanos y los pacientes; o requerir al Gobierno de España incorporar de forma inmediata los fármacos de nueva generación de la hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud; y ahí tienen mecanismos para ir negociando los precios. Es decir, es que no se han movido para garantizar que todos los enfermos de hepatitis C en el conjunto de España, y también en Castilla y León, recibieran y tengan acceso a los fármacos de nueva generación; porque es absolutamente inaceptable que, existiendo unos fármacos que pueden curarte, haya que esperar a que el deterioro de los enfermos derive en cirrosis o en previsibles cánceres hepáticos, o estar en situación de un previsible trasplante, es decir, en estadíos avanzados en la enfermedad, antes de atajarla; y eso es prevenir, y eso es detección precoz en estadíos iniciales y poder curar a los enfermos antes de empeorarse su salud.

Y esta iniciativa se aprobó por unanimidad en febrero de dos mil quince en estas Cortes. Con la presencia de la Plataforma, el Partido Popular, aunque no creyera mucho en ello, no tuvo el valor, delante de los enfermos, de votar que no. Pero es que, posteriormente, también en dos mil quince se aprobó otra del Partido Popular donde se instaba al Gobierno, en otra instancia, para que no existiera ese problema de financiación, de articular un sistema de financiación extraordinaria para los tratamientos y excluirlo eso del gasto del objetivo de déficit (supongo que también querían cerrarle la boca al señor Montoro). Y nosotros, ahí, presentamos una enmienda donde proponíamos incluir 3 genotipos de la enfermedad y a los enfermos coinfectados por el VIH, además de la hepatitis C, y esta iniciativa del Partido Popular también se aprobó sin incluir nuestra enmienda.

Por lo tanto, está claro que el Gobierno de España y la Junta de Castilla y León tenía ya trabajo en lo que se refiere a articular mecanismos para ir garantizando –que sepamos, y esto según información de la propia Junta de Castilla y León– los más... casi acercándose a los 5.000 enfermos diagnosticados. En una respuesta de la Junta, nos dicen, por provincias, en enero-diciembre de dos mil quince, 1.865 enfermos tratados con los fármacos de nueva generación. Posteriormente, nos dan otro dato y dicen que se llegaría hasta los 2.050. Está claro que esto no incluye a los enfermos en su totalidad diagnosticados de hepatitis C, y muchísimo menos a todos los estadíos de la enfermedad ni a los diversos genotipos.

Por lo tanto, no hay que olvidarse de los enfermos, hay que seguir visibilizando el problema, hay que ser absolutamente transparentes en cuanto a los tratamientos que se están garantizando y dando acceso en Castilla y León –no sé si también a la población reclusa–, campañas de información y tratar hasta el último enfermo. Y si, mientras tanto, se articulan unas medidas u otras, como esta –que nosotros vemos dificultades–, a través de la elaboración propia de un genérico o de la expropiación de una patente, pero sí que tendría que haber una financiación estatal finalista para las Comunidades Autónomas, y que se garantice el tratamiento a todos los enfermos que padezcan la enfermedad.



Por otro lado, yo quiero recordar que aquí todos los grupos políticos hemos firmado un compromiso con la Plataforma de afectados de Castilla y León –el Partido Popular, como les recibió la víspera y en privado, al final supongo que no lo firmarían–, pero donde, claramente, los enfermos pedían que se promulguen políticas y mecanismos de control y arbitraje que impidan a las empresas farmacéuticas especular con los medicamentos, poniendo en riesgo no solo la salud, sino la vida de las personas. Y que todos los afectados, con independencia del estadio en que se encuentren, reciban estos fármacos, también la población reclusa, campañas de información, garantizar el cumplimiento de todos los acuerdos en esa comisión de seguimiento de aquella famosa estrategia estatal del dos mil quince que, en principio, era más completa de lo que el Gobierno puso en marcha y se llevaba a cabo; en Castilla y León, una comisión de seguimiento para llevar a cabo todos esos acuerdos, que, curiosamente, no se siguen porque no se reúnen. Es decir, que hay muchísimas cosas por hacer.

Y estando de nuevo en el debate, hoy, encima de la mesa esta iniciativa del Grupo Parlamentario Podemos, conviene recordar, o el Partido Popular que tendrá información de primera mano respecto a todas aquellas acciones o inacciones –que será lo más seguro– que haya llevado a cabo la Junta de Castilla y León, pues que podamos conocer realmente qué se ha avanzado, más allá de que si son reales estos datos cercanos a los 5.000 enfermos, y menos del 50 % están teniendo acceso en este momento a unos fármacos que, sin ninguna duda, les garantizarían una curación casi al 90 % de las personas que padecen esta enfermedad. Por lo tanto, nosotros, aun siendo conscientes de las dificultades que implica el contenido estricto de la propuesta que hace el Grupo Podemos, vamos a votarlo a favor, porque será, sin ninguna confianza en que la Junta de Castilla y León haga nada, pero como una posibilidad más, además de todas las iniciativas debatidas en la legislatura anterior, de tener presentes a los enfermos y de visibilizar un problema de una enfermedad gravísima que, afortunadamente, puede curarse, y que no es de recibo que no se hayan arbitrado todos los mecanismos para que eso sea realidad. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muchas gracias, María Mercedes Martín. En un turno de fijación de posiciones, por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor procurador don Alejandro Vázquez.

EL SEÑOR VÁZQUEZ RAMOS:

Muchas gracias, señora presidenta. Buenos días, señorías. En el día de hoy se debate en esta Comisión una proposición no de ley del Grupo Parlamentario Podemos Castilla y León, en la cual se insta al Gobierno de la Nación a que fabrique un genérico del medicamento Sovaldi, petición que basa en los Acuerdos sobre los Derechos de Propiedad Intelectual relacionada con el Comercio, de la Organización Mundial del Comercio; y para la fabricación de ese genérico, según se relata literalmente en la propuesta, se propone no pedir autorización de la propietaria de la patente, amparando todo ello en un principio de salud pública.

Pues bien, España, como todos –y aquí se ha dicho–, es signataria de los acuerdos de la Organización Mundial de Comercio y, concretamente, en los acuerdos de propiedad intelectual. Si bien en el año dos mil uno, en la Conferencia de Doha, se



matizó las relaciones existentes entre los acuerdos de propiedad intelectual y la salud pública aduciendo a que los Estados... cada Estado miembro tiene derecho a determinar lo que constituye un problema de salud pública, un problema... una emergencia nacional o circunstancias de extrema urgencia, también en esa misma Declaración de Doha se establece que la protección de la propiedad intelectual es muy importante para el desarrollo de nuevos medicamentos y muestra la preocupación, como no puede ser de otra manera, con respecto a los efectos que esas medidas proteccionistas de la propiedad intelectual van a tener sobre los precios a lo largo del tiempo; estamos hablando del dos mil uno y ya se preveía una situación similar.

Por otra parte, la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, de forma similar al resto de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas gobernados por distintos Gobiernos, en el marco del Plan Estratégico para el Abordaje de la Hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud, lo aprobó en el año... se adhirió en el año dos mil quince, y la previsión de este plan, que es para tres años, está prestando la Junta de Castilla y León asistencia y realizando la dispensación de los diferentes medicamentos antivirales a pacientes afectados por la hepatitis C; porque no es realmente un solo medicamento, y, además, en la inmensa mayoría de los casos, esos medicamentos se dan de modo combinado, es decir, que no solamente basta con conseguir un genérico de un solo medicamento.

Para ello, efectivamente, como el resto de las Comunidades Autónomas y como el sistema sanitario nacional, se está destinando recursos sanitarios y recursos económicos para el tratamiento de estos pacientes, con el compromiso de financiación de todos los tratamientos, como así está siendo, según la indicación clínica determinada por los médicos especialistas correspondientes.

Así, desde el uno de enero de dos mil quince hasta el treinta de octubre de dos mil dieciséis, se han tratado un total de 3.091 pacientes, que han recibido tratamiento con los nuevos medicamentos para la hepatitis crónica C, entre ellos, el Sovaldi. De ellos, 2.906 han iniciado el tratamiento en este periodo, cifra que refleja tanto el esfuerzo económico como el esfuerzo organizativo para atender a estos pacientes que ha tenido que realizar el sistema de salud.

En España -y no estoy de acuerdo con que no haya datos de transparencia, porque hay datos a quince de septiembre de dos mil dieciséis-, se habían tratado un total de 59.948 pacientes, de los cuales 51.964 eran pacientes de grado F2 a F4, lo que implica que se habrían tratado los enfermos más graves, y los que muestran... son los que muestran fibrosis hepática F4 y F3, que están diagnosticados a fecha... a fecha de entrada en vigor del plan, así como otros pacientes, que son el resto hasta los 59.000, los otros 8.000, en los que concurren determinadas circunstancias que requieren inicio del tratamiento, en formas de fibrosis hepática inferiores o incluso sin fibrosis hepática. Hay que decir que para nada ese comité de expertos... y no vamos a tolerar, y no toleramos, bajo ningún concepto, que se ponga en duda la solvencia científica, y mucho menos se les acuse de estar bajo los... bajo los designios de una multinacional, porque, además, como ahora veremos, realmente, el fármaco que más... que más se ha gastado no ha sido precisamente... no ha sido precisamente el Sovaldi.

Por lo tanto, hablar de un importante gasto... a pesar del importante gasto, no se puede hablar de una falta de acceso al tratamiento, tal y como establece la Declaración de Doha, en relación con la apelación a la salud pública. Se estima que



la infección por el virus de la hepatitis C afecta aproximadamente entre 1, el 1,5 % de la población. De los infectados, aproximadamente, como aquí se ha dicho, el 20 % aclararán la infección de modo inmediato, y el resto irá evolucionando hacia una enfermedad crónica que presenta una importante característica, que es la lenta evolución. De este modo, se establece que a los 20 años de producirse la infección el 35 % de los infectados permanece sin fibrosis hepática, sin llegar al grado F2 el 76 % a los 20 años, sin llegar al grado F3 el 84 % a los 20 años, y sin llegar al grado F4 el 92 % a los 20 años.

Además, recientemente se ha publicado por parte de la Agencia Española de Farmacia el que el tratar ciertos grupos de pacientes con el sofosbuvir puede producir el desencadenamiento de otras infecciones víricas que llevan coexistentes, como son, frecuentemente, el virus B y el VIH, y, por tanto, hay que matizar, y hay que tener muy claro, y hay que estar bajo un control de especialista muy estricto, en qué momento se inicia el tratamiento de esta infección.

Por lo tanto, aducir que la hepatopatía crónica por virus de hepatitis C es un grave problema de salud pública no tiene ningún tipo de apoyo en datos epidemiológicos, si bien sí lo tiene en otro tipo de datos y de argumentos ciertamente buenas. Y, por ello, hasta el momento, ni el Gobierno de España ni ningún otro Gobierno de la Unión Europea, ni en ningún otro país del mundo, ha efectuado declaración de emergencia o circunstancias excepcionales por las que concurran las condiciones aludidas en la Conferencia de Doha, y que motiven incumplir la normativa en materia de patentes establecida por la Organización Mundial de Comercio.

La patente del medicamento Sovaldi, cuyo principio activo es sofosbuvir, en el ámbito europeo se encuentra sometido al control de la Oficina Europea de Patentes. Y dicho medicamento está autorizado por la Agencia Europea del Medicamento, como el resto de los nuevos antivirales. Por ello, cualquier tipo de decisión regulatoria tendría que ser adoptada, en su caso, a nivel europeo, y no en el ámbito nacional. Incluso en países que se han mencionado aquí, como Egipto o la India, en los que el precio del tratamiento es significativamente más bajo que en Estados Unidos o en Europa, el medicamento se vende bajo el control de la empresa poseedora de la patente, no habiéndose expropiado a la misma, tal y como propugna el grupo proponente, sino que lo que se ha realizado es una negociación comercial entre estos Estados y la empresa, en los que, en base a una expectativa de un elevado número de pacientes a tratar, puesto que en esos pacientes la incidencia de la hepatitis C es mucho más elevada que en Europa, se ha conseguido precios mucho más asequibles, que, en el fondo, es lo que ha conseguido el Sistema Nacional de Salud cuando ha abierto el número de tratamientos y ha bajado el precio.

Así mismo, es conveniente decir en esta Comisión que en el ámbito europeo se han interpuesto, desde fechas tan tempranas como el diez de febrero de dos mil quince, ocho demandas de oposición a la patente sobre el sofosbuvir. En ningún momento, ninguna de las entidades proponentes de estas demandas se han planteado la expropiación unilateral de la patente para fabricar un genérico, y mucho menos aducir como argumento un problema de salud pública.

El pasado cinco de octubre se asistía, en una vista de dos días ante la Oficina Europea de Patentes, quien no aceptó totalmente los argumentos propuestos por Gilead, la empresa propietaria de la patente, por lo que técnicamente el sofosbuvir no va a estar protegido por la patente del mismo modo en que lo está ahora. Aunque



es necesario esperar a la publicación del fallo de la Oficina Europea para valorar exactamente cuál serán los nuevos condicionantes de la patente, es previsible que la compañía deba de introducir ajustes en la misma, si es que quiere mantenerla tal y como la tiene ahora.

Hasta el año mil novecientos ochenta y tres, la investigación de medicamentos de alta eficacia era muy escasa. A partir de un cambio legislativo en Estados Unidos, que se sustanció el mismo año mil novecientos ochenta y tres, y en mil novecientos noventa y nueve en la Unión Europea, se obligaba a las farmacéuticas a investigar en este tipo de medicamentos. A cambio, las farmacéuticas podrían establecer el precio que consideraran oportuno, precio que, evidentemente, disminuye cuanto mayor es el número de pacientes a tratar. De este modo, medicamentos como el Solaris, para la hemoglobinuria paroxística nocturna o síndrome hemolítico urémico, tienen un coste por tratamiento de 300.000 euros.

Señorías, el Sistema Nacional de Salud gastó el año pasado prácticamente 4.000 millones de euros en 20 fármacos. No solamente el tratamiento de la hepatitis C supuso un importante coste; medicamentos como el Humira, para el tratamiento de las enfermedades articulares, supuso un coste de 315 millones de euros, por lo que la adquisición de fármacos de alto impacto terapéutico supone una gran tensión en la sostenibilidad del sistema sanitario.

Por cierto, en vista del apoyo que se ha prestado a esta iniciativa, nos parece enormemente importante el que en ciertas Comunidades Autónomas en las cuales los grupos apoyantes tienen la acción de gobierno se pongan a fabricar el fármaco, el genérico; y nosotros, desde luego, desde Castilla y León, nos adheriremos, realmente, ayudaremos a la compra de ese genérico, realmente, si es que se propone. Porque, señorías, una cosa es predicar y otra es dar trigo. El firmar unos... el decir sí de balde, el decir sí de balde a las cosas, lleva a que a ciertos colectivos se les... se les generen expectativas que luego realmente no se pueden cumplir. Porque, realmente, la situación de fabricación de un genérico en España está perfectamente regulada, como ha dicho el portavoz del Grupo Ciudadanos, en la ley, y verdaderamente tienen que pasar diez años para que cualquier patente pueda ser considerada como genérico.

Por lo tanto, nosotros no vamos a apoyar la iniciativa presentada, basándonos en las siguientes circunstancias: primero, la decisión de medidas sobre la patente del medicamento que nos ocupa no está bajo la jurisdicción del Estado de España, sino que depende de la Unión Europea. Segunda, como ya se ha comentado, no existe falta de acceso al medicamento; en el primer año de aplicación del plan nacional se han tratado prácticamente 60.000 pacientes, y, desde luego, quedan otros dos años de continuidad del plan. En el Sistema Nacional de Salud no se ha dispuesto ninguna restricción presupuestaria para el acceso de los pacientes a estos tratamientos, financiándose la totalidad de pacientes a los que se ha realizado la indicación. En cuarto lugar, a pesar de que la hepatitis crónica por el virus C es una enfermedad grave en sus estadios más avanzados, no se puede decir, por la propia evolución de la enfermedad, que se trate de un problema de salud pública, y buena prueba de ello es que ese argumento no ha sido utilizado por Estado alguno en el mundo. Aunque, obviamente, estamos de acuerdo con que el fármaco se adquiera al precio más bajo posible, no podemos admitir que su acceso se consiga mediante acciones ilegales, acciones que atenten contra el derecho de comercio internacional, derecho que



recoge claramente qué circunstancias están por encima del derecho... por encima del derecho de la propiedad intelectual, circunstancia que, como hemos comentado previamente, no concurren en este caso. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Gracias, Alejandro. Para cerrar el debate y fijar el texto definitivo de la resolución que propone, tiene la palabra la señora procuradora Isabel Muñoz.

LA SEÑORA MUÑOZ SÁNCHEZ:

Gracias, presidenta. A ver, bueno, lo primero, dar las gracias a los grupos... al Grupo Mixto y al PSOE por haber... porque van a apoyar... porque han dado su apoyo a esta proposición no de ley. Y respecto a Ciudadanos, a ver si ahora le acabo de convencer al señor Mitadiel, y también a los señores y señoras del Partido Popular.

A ver, mire, yo, cuando... desde luego, cuando planteamos esta proposición no de ley, casi -¿qué quieren que les diga?-, casi sabíamos que iban a decir que no, pero lo interesante de esto es abrir este debate, porque, tarde o temprano, la sociedad española, al igual que otras sociedades en la Unión Europea, van a tener que abrirlo. Sí, van a tener que abrirlo, porque va a ser una exigencia de la ciudadanía, porque no puede ser, no puede ser, que haya medios... que haya medios para curar enfermedades y en el siglo XXI, en el siglo XXI, no se les aplique estos medios a las personas por una cuestión económica. Esto, señorías, es que es inmoral. A mí, de verdad se lo digo, a mí me escandaliza; así de claro se lo digo, así de claro se lo digo.

Que si la Organización Mundial del Comercio... Fíjense si será importante el tema, que hasta en esas normas reguladoras de la Organización Mundial del Comercio han dejado abierto ese paréntesis, porque, si no, el dinero va a ser el dios que decide quién vive y quién muere. ¿No se dan cuenta? Si es que esto es tan fundamental... Ya, ya lo sé que les puedo poner nerviosos o lo que sea, pero lo digo desde el corazón, porque es como lo siento. Es que no puede ser esto así, es que no puede ser esto así. Busquen ustedes la solución, busquen ustedes el recoveco, que recovecos tiene la ley y los organismos y los reglamentos para buscarlo. Lo que no es de recibo es que haya personas que tienen una enfermedad, que haya un medicamento que lo cura... pero no solamente la hepatitis; hoy hablamos de la hepatitis, pero es que es más. Y, como sigamos de esta manera, el cáncer va a pasar exactamente igual, porque ahora mismo ya hay ciertos procedimientos para el cáncer -y él apuntó también ahora para... que era para lo de los trasplantes-, que solo se va a curar quien tiene dinero. Así de claro va a ser.

Ahora mismo, ahora mismo, esta enfermedad, ahora mismo, podía estar... Y, desde luego, yo considero, pero no por 800.000 personas, un problema de salud pública; es que, miren ustedes, por 100.000, por menos de 100.000. ¿Pero cómo valoramos la salud de una persona? La salud de una persona por encima de todo lo demás, por encima de todo lo demás. Pero, hombre, pero si es que esto...

Mire, y además, se lo digo... se lo digo sinceramente, no es la voz de Podemos, he traído aquí recogido para leerlo -porque podían decir "esto son lo de Podemos, que, claro, como no están en el Gobierno, pues, ¡hala!, brindis al sol y cosa"; no, es que escuchamos a la ciudadanía y sobre todo también escuchamos a voces, a voces científicas, que están ya alertando sobre esto-, le traigo unas... he cogido, mire... bueno,



el presidente de la Federación de Asociaciones por la Defensa de la Sanidad Pública, para ustedes seguro que no es... porque dirán “¡uy!, este es un rojeras que anda p’ahí diciendo que no”. Bueno, pues a ver, les digo, este señor, respecto a cuando la Agencia Europea del Medicamento... Porque apelaban ustedes –otro paréntesis–, apelaban ustedes hace un momento a lo... que estábamos en un sistema y que tenemos que obedecer. No, esa regla de tres, no. ¡Pues anda!, pues si en un sistema que estemos y nos dicen que, oyes, mira, vamos a cargarnos a los mayores de noventa años porque nos va a costar muchísimo tenerlos en las... Pues, ¡hala!, nos los vamos a... No, oiga, mire, hay que empezar... hay que empezar a gobernar de otra manera, a gobernar de otra manera, para... No, estoy poniendo un ejemplo. [Murmullos]. Perdón. Perdón. Estoy poniendo un ejemplo exagerado para decir que no todo lo estipulado y reglamentado... –Alejandro– que no todo lo reglamentado y estipulado tenemos que decir que sí. [Murmullos]. No, no, estoy poniendo un ejemplo que podía llegar, porque, claro, si decimos que nos cuesta mucho tener... [Murmullos]. No, no, no me disperso, voy a continuar. Vale. Voy a lo que estoy.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Cíñase a lo que es el debate.

LA SEÑORA MUÑOZ SÁNCHEZ:

Voy a decir que el señor... el señor este, el presidente de la Plataforma por la Federación, cuando la Unión Europea retiró 700 medicamentos genéricos de venta en Europa fabricados por una empresa india, como represalia comercial por las instituciones de la India le negaron a la... porque las instituciones de la India le negaron a la multinacional Gilead el monopolio de la patente del sofosbuvir para tratar la hepatitis C, por entender que los cambios que había hecho este laboratorio en la molécula eran tan pequeños como para no justificar la exclusividad de comercialización, lo que abría las puertas para la fabricación de genéricos con el consiguiente efecto positivo para la salud de las personas por el abaratamiento del fármaco. Esto ya lo dijo... Y España retiró 29, porque siguió al dictado lo que dicen la... lo que dice la Agencia Europea del Medicamento. Que habría que ver qué está pasando con la Agencia Europea del Medicamento. Yo ya dije al principio que con esto se abría muchísimos debates que, tarde o temprano, se tiene que empezar a tener en los Gobiernos, si queremos de verdad gobernar para el bien de las personas.

El Premio Nobel de Medicina Richard J. Roberts dice: las grandes farmacéuticas prefieren los grandes beneficios económicos a la salud de las personas. Están reteniendo el progreso científico en la curación de enfermedades porque la curación no es tan rentable como la salud. Así lo dice también.

Luis Poveda, expresidente de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, dice respecto a... le hacen una pregunta sobre el sistema de financiación que se ha puesto en la hepatitis C. Dice: “Fatal –le parece–. Es una trampa, porque se lo cargan a las comunidades, que finalmente no lo van a poder pagar –recordemos a Montoro y a todo lo que les ha dicho a ustedes–. Hablas con los afectados y hay gente a la que no llaman –hablas con los afectados y hay a gente que no llaman–. Además, en este caso el laboratorio ha hecho caja. No estamos en contra del beneficio de una empresa, pero, si hay conflicto de intereses, se debe velar por los ciudadanos. PlanTEAMOS que el proceso de investigación de un medicamento sea transparente para saber si el precio es justo”. A ver, para ver si el precio es justo.



Decía el señor Mitadiel que, bueno, que los Estados Unidos también lo pagaban. Ya se lo dije un día al consejero, pero, amigo Mitadiel, mal de muchos, consuelo de bobos; es que estás aplicando un poco eso: como a los Estados Unidos le cobran mucho, pues bueno, pues que nosotros paguemos también. Eso, de verdad que no... que no nos debemos.

Y yo decía que abríamos muchos debates con esto, porque, claro, entrábamos en el debate, decía el señor del Partido... Alejandro decía, el portavoz del Partido Popular, que era desconfiar, que no teníamos por qué desconfiar. Vaya por delante que no desconfiamos de los investigadores, ni de los profesionales ni de nada, pero sí que conviene matizar, porque, al final, los investigadores, los profesionales de la sanidad, como de cualquier otra profesión, son seres humanos normales y corrientes. Quiero decir que lo habrá como en todos los estamentos, porque ya sabemos que en todos los lados pues puede cocer habas, ¿no? Pero, vamos, que vaya por delante que nuestro mayor respeto a los investigadores.

Pero sí está ocurriendo una cosa que yo creo que aquí hay que decirlo. Está ocurriendo una cosa: que, con los recortes, ahora mismo la investigación... las partidas presupuestarias para la investigación ha caído en picado. Y, además, luego, después, muchos años se quedan sin invertir todo lo presupuestado. Yo tengo aquí los datos del dos mil quince: en el dos mil quince se quedó... solo se invirtió el 67 % en investigación. Y, por los datos que nosotros manejamos, hay 8.000.000 menos para la investigación desde que empezó... desde que empezó la crisis.

¿Qué pasa con esto? Pues que nuestros investigadores, señorías, están en manos de las multinacionales. Sí, señores, están en manos de las multinacionales. Yo ahora estoy pidiendo muchísimos datos a este respecto porque creo que es un melón que hay que empezar a abrir y meterle mano también por donde sea. Y, ojo, no estoy dudando de nuestros profesionales y de nuestros investigadores, que vuelvo a dejar muy claro que nuestro mayor respeto para ellos, pero conviene empezar a hablar de estas cosas, que parece que hay como una *entente cordiale* para no empezar a hablar de estas cosas, y hay que empezar a hablar de ellas. Y al estar en manos... pasa lo que ha señalado el Premio Nobel, que muchas investigaciones son inducidas por los propios laboratorios farmacéuticos; que no olvidemos que son empresas, y, como empresas, requieren sus ganancias, y nadie tiene que objetar a este respecto nada. Pero hay que tener cuidado con este tema.

Y el Estado, a este sentido, sé que están los comités éticos, sé que están los comités de evaluación, sé que hay muchísimas cosas, y eso, pues, si funciona como es debido, es lo que tiene... es lo que tiene que prevalecer.

No es nada descabellado lo que pedíamos, pero sí que sabíamos que era difícil y que íbamos... y que se iba a votar que no, porque, vuelvo a repetir -y con esto termino, que ya me estoy quedando sin tiempo-, vuelvo a repetir que, efectivamente, como sigamos a este nivel, llegará un momento en que la curación de las enfermedades dependerá... dependerá de la voluntariedad de los Gobiernos de turno, si están más o menos al servicio de las farmacéuticas. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Bien. Muchas gracias, señora Isabel Muñoz. El señor procurador Alejandro Vázquez ha solicitado su intervención.



EL SEÑOR VÁZQUEZ RAMOS:

Simplemente para solicitar de la proponente que retire lo de que la... se van a matar a los mayores de noventa años próximamente por parte del sistema sanitario. Simplemente.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Bien. Señora procuradora, tiene la palabra.

LA SEÑORA MUÑOZ SÁNCHEZ:

Vamos a ver, si en pleno... cuando se lo estaba diciendo, y sabía perfectamente lo que se estaba diciendo, he puesto un ejemplo: que, por esa regla de tres, si en Europa dicen algún día... -vete tú a saber, porque como estamos así- si en Europa dicen algún día, vamos, entiendo perfectamente... vamos a ver, esto se ha descontextualizado, porque... No, vamos a ver, clarísimamente. *[Murmullos]*.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

A ver, señora procuradora, ¿lo retira o no?

LA SEÑORA MUÑOZ SÁNCHEZ:

¿Que retiro la frase...

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Sí.

LA SEÑORA MUÑOZ SÁNCHEZ:

... para que estén más cómodos y más contentos? Pues se...

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

No, no, se lo estamos diciendo.

LA SEÑORA MUÑOZ SÁNCHEZ:

Vamos a ver, yo he dicho lo que he dicho, y soy dueña de mis palabras, pero, si hay que retirarlo para que las personas del... o las señorías del Partido Popular se encuentren más contentas...

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Dígalo.

LA SEÑORA MUÑOZ SÁNCHEZ:

... pues se retira. Pues, hala, venga, lo retiro. Tranquilícense.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Bien.



LA SEÑORA MUÑOZ SÁNCHEZ:

Si, en este caso, y, si votan, pues mira qué bien.

Votación PNL/000421

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Pues, concluido el debate, vamos a proceder a someter a votación la proposición no de ley.

¿Votos a favor? ¿Votos en contra? ¿Abstención? El resultado de la votación es el siguiente. Votos emitidos: dieciocho. Votos a favor: ocho. Votos en contra: nueve. Y abstenciones: una. En consecuencia, queda rechazada la proposición no de ley debatida.

Pasamos al tercer punto del orden del día, que por parte del señor secretario nos dará lectura del mismo.

PNL/000454

EL SECRETARIO (SEÑOR HERNÁNDEZ MARTÍNEZ):

Tercer punto del orden del día: **Proposición No de Ley número 454, presentada por los procuradores don Fernando Pablos Romo y doña María Mercedes Martín Juárez, relativa a la figura del farmacéutico adjunto, publicada en el Boletín Oficial de las Cortes de Castilla y León, número 93, de tres de marzo del dos mil dieciséis.**

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muchas gracias, señor secretario. Para la presentación de la proposición no de ley, tiene la palabra, en representación de los señores procuradores proponentes, el señor procurador don Fernando Pablos.

EL SEÑOR PABLOS ROMO:

Muchas gracias, señora presidenta. Primero, quiero decir que esta iniciativa llega aquí a instancias de farmacéuticos rurales, que es de sentido común y que, en estos momentos, Castilla y León tiene una excepción. No hay ninguna otra Comunidad Autónoma en España que tenga una regulación parecida. Y no creemos que haya mejor forma de defender esta proposición que con un correo electrónico que recibió nuestro grupo después de registrarla, publicarla en el Boletín, y una farmacéutica de un pequeño pueblo de Segovia nos escribió exactamente lo siguiente -omitiré el pueblo-: "Soy farmacéutica en un pueblo de Segovia, y mi situación es la descrita en su proposición no de ley contra la aplicación de la injusta Ley de Ordenación Farmacéutica 13/2001, que en su Artículo 13, apartado 5, obliga a contratar a un farmacéutico adjunto al cumplir el titular de la farmacia los 65 años de edad. En mi opinión, tal normativa es aberrante, por exorbitante, debido a los siguientes motivos: muchas/muchos de los compañeros/compañeras farmacéuticas/farmacéuticos no hemos cumplido los 65 años con el periodo máximo de cotización, con lo que nuestra



ya exigua pensión estará incompleta. Para farmacias rurales, como la de mi pueblo, donde está ubicada, en un municipio de 400 habitantes, se hace de todo punto de vista inviable contratar un farmacéutico adjunto debido al elevado coste salarial que ello implica en relación con el rendimiento económico que proporciona. Es paradójico y atentatorio contra el principio de igualdad el hecho de que esta normativa se aplique de forma muy diferente en otras Comunidades Autónomas, siendo inexplicable que la Comunidad de Castilla y León sea la más exigente en esta materia”.

Bien, a nuestro grupo lo que nos signifique generar empleo nos va a parecer siempre bien, pero estamos en una circunstancia que es la contraria, porque se establece una obligación que, en muchos casos, lo que va a implicar -lo dice esta farmacéutica después en su carta- es el cierre de la farmacia y dejar de prestar un servicio a los habitantes de los municipios rurales. Porque, además, en Castilla y León, en muchos casos, con la distancia entre municipios, es casi imposible encontrar a alguien que quiera ir.

¿Esto ocurre en toda España? No, ya solo ocurre en Castilla y León. Porque ocurría en el País Vasco, pero, miren, el Tribunal Superior de Justicia del País Vasco ha acordado el pasado mes de septiembre que eso es ilegal; y, por tanto, ya no hay ninguna posibilidad de que seamos algo diferente, una excepción, incomprensible, porque perjudica a las farmacias rurales en la Comunidad Autónoma con más farmacias rurales.

Nosotros no queremos que de esto se haga nada diferente a una cuestión de sentido común, y, por tanto, quiero explicarlo de dos maneras: la primera, que la obligatoriedad se mantenga una vez que se ha modificado la edad legal de jubilación, porque todo lo que sea poder generar empleo en el medio urbano nos parece bien; y lo segundo, que se estudie la posibilidad de excepcionarlo en el ámbito rural, en los municipios más pequeños. Son dos cosas de sentido común: adecuar la obligatoriedad al año en el que uno ahora legalmente se jubila -son los 67 en estos momentos, de forma progresiva-; y la segunda es que se analice qué ocurre en esas farmacias rurales. No todas serán iguales; no será lo mismo un municipio que está a dos kilómetros de una gran ciudad que otro que esté a cien.

Por lo tanto, analicémoslo como tiene que ser, pongamos sentido común, no seamos la excepción por negativo, y a farmacéuticos y farmacéuticas que tienen... porque a veces se plantea que el negocio de farmacia es algo de generar millonarios; no ocurre siempre, sobre todo en las farmacias rurales. Por tanto, a quienes están en pequeños municipios, digámosle que las Cortes de Castilla y León están atentos a sus demandas y vamos a ser sensibles a las mismas.

Por eso, lo que planteamos es tan sencillo como lo siguiente: que acordemos modificar inmediatamente ese Artículo 13, apartado 5, de la Ley 13/2001, de veinte de diciembre de dos mil uno, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad de Castilla y León, para que la obligatoriedad de disponer de un farmacéutico adjunto se establezca a partir de la edad legal de jubilación del titular; y, segundo, estudiar la posibilidad de establecer esta obligatoriedad de disponer de farmacéutico adjunto en el caso de que el titular haya cumplido más de setenta años para farmacias ubicadas en municipios de menos de 5.000 habitantes.

Esperando que esto pueda contar con el apoyo de la Comisión, y dispuestos a aclarar cualquier otra cuestión en la segunda intervención, pues confiemos nuestro grupo en que pueda salir adelante.

**LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):**

Muchas gracias, Fernando Pablos. En un turno de fijación de posiciones, por el Grupo Parlamentario Mixto, tiene la palabra el señor procurador don José Sarrión.

EL SEÑOR SARRIÓN ANDALUZ:

Bien. Muchas gracias. Confieso que, en este caso, traigo un... una serie de dudas en torno a esta iniciativa. Yo creo que, efectivamente, lo que señala el señor Pablos es un problema perfectamente bien definido, que se ha explicado con mucha claridad, y yo creo que se ha expuesto brillantemente un problema que es un problema real, el problema de las farmacias en el medio rural. Nosotros lo hemos trabajado alguna vez también: suscitamos una comparecencia en el seno de esta Comisión precisamente para hablar del tema de las farmacias en los medios rurales, concretamente en las farmacias de guardia, etcétera. Y conocemos que, efectivamente, hay una problemática que ha sido descrita por el procurador proponente, a nuestro juicio, con bastante tino.

El problema es que tenemos dudas respecto a la solución que se plantea, y no estamos seguros de que el ámbito y el método para proponer esto sea una proposición no de ley en una Comisión. Probablemente, lo que debería iniciarse es un debate más profundo a través de una iniciativa legislativa, no de una proposición no de ley. No lo sé, no lo sé. Creo que sería un modelo más interesante, por cuanto el debate que genera es más pausado en el tiempo, permitiría la posibilidad de realizar enmiendas transaccionales, de debatirse en Ponencia; es decir, probablemente, realizar un modelo de debate jurídico a otro nivel que nos permita mantener una discusión más profunda y más sostenida en el tiempo que el de una proposición no de ley en Comisión, teniendo en cuenta que lo que se está planteando, en definitiva, es una modificación de una ley. Por lo tanto, pues parece que podría ser un modelo más acertado, desde nuestro punto de vista.

Por otro lado, confieso que nos genera dudas todo lo que suponga ampliar la contratación hasta ciertas edades. Nos genera dudas respecto a que el problema social que se pretende combatir con esta iniciativa, y que insisto que nos parece que es un problema bien definido, sí que nos genera dudas de que esta solución que se propone no termine creando otro problema mayor, que es el problema de la fijación de población en las zonas rurales, el problema de la liberación de trabajo para jóvenes, etcétera.

En definitiva, nos parece interesante que se plantee esta cuestión, pero nos genera dudas el tipo de solución que se propone. Por lo tanto, por nuestra parte, vamos a emitir una abstención cautelosa, a la espera de analizar este problema con mayor detenimiento y a la espera de poder comprobar si esta solución que se propone no terminaría generando otra serie de problemas añadidos.

En definitiva, lo que creemos es que esto debería someterse a un debate más profundo, porque, al fin y al cabo, los problemas que se definen son problemas reales y están muy bien señalados, pero, por otro lado, es cierto que tenemos un grave problema de paro juvenil en Castilla y León y, sobre todo, de fijación de población en las zonas rurales, para lo cual impedir una posibilidad de contratación, pues, ciertamente, creo que podría generar unos problemas añadidos. Por lo tanto, por nuestra parte, vamos a emitir una abstención en forma de cautela.

**LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):**

Muchas gracias, señor Sarrión. En un turno de fijación de posiciones, por el Grupo Parlamentario Ciudadanos, tiene la palabra el señor procurador don Manuel Mitadiel.

EL SEÑOR MITADIEL MARTÍNEZ:

Muchas gracias, y voy a intentar ser muy breve, porque creo que, en buena medida, el ponente anterior ha reflejado buena parte de mis dudas.

Creo que esta proposición tiene una cuestión muy valiosa, y es el que nos refleja los problemas de supervivencia de las farmacias rurales. Creo que ese es el problema fundamental que se plantea en la moción, y plantea como uno de los mecanismos para que esa supervivencia sea posible el adaptar, igual que en otras Comunidades Autónomas, la obligación de contratar a un farmacéutico a la edad... en este caso, a la edad legal de jubilación del titular, y en otras Comunidades lo lleva hasta los 70 años. Bien.

En cuanto... en cuanto a eso, ante el problema que nos surge con la supervivencia de las farmacias rurales, de las que tendremos que hablar, porque, al mismo tiempo, les exigimos que mantengan las guardias durante no sé cuántos días a la semana, etcétera, etcétera, es decir, bueno les estamos exigiendo una serie de cuestiones que después no se reflejan en sus resultados económicos, fundamentalmente debido a la despoblación y al... y al éxodo, sobre todo en invierno, de las personas mayores hacia las ciudades.

Bueno, el problema existe, pero, al mismo tiempo, como ha planteado el interviniente anterior, lo que se nos plantea es la duda de si con esto estamos impidiendo el que la gente joven acceda al empleo. Es decir, acepto la explicación que da el proponente de que no existen... no es fácil contratar a un farmacéutico adjunto, y que, además, eso incide en cuanto a la rentabilidad de la farmacia. Bien.

Ante esta situación, somos favorables. Esperaré... esperaré al debate, a que cada uno de los portavoces den su opinión, para poder fijar la posición de voto. En nuestro caso es favorable a decir: si esto permite la supervivencia de las farmacias rurales, adelante. Pero, por otra parte, seguimos con... o sigo con la duda de si estamos cortando el acceso al empleo a gente más joven, que, en definitiva, sería una renovación para el medio rural. Me remito a las discusiones que haya con posterioridad a mi intervención. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Tiene la palabra la señora procuradora doña Laura Domínguez.

LA SEÑORA DOMÍNGUEZ ARROYO:

Bien. Gracias. Buenos días. Pues, un poco en la línea de los anteriores portavoces, a nuestro grupo también nos generan dudas algunas de las cuestiones; y, además, sobre todo con la explicación que ha dado en su primera intervención. Normalmente, en las farmacias rurales, cuando se llega a la edad de jubilación, la mayoría de farmacéuticos, de hecho, no contratan; lo que hacen es vender su farmacia, y, en el peor de los casos, acabar cerrándola porque nadie las quiere adquirir.



Es decir, que creemos que esta normativa se aplica a casos que prácticamente no existen y que en realidad no abordan el auténtico problema, que es el de que nadie quiere hacerse cargo de las farmacias rurales, porque no son rentables.

Entonces, si de hecho existen estos casos, sí que es verdad que hay que poner mecanismos -y esto lo puedo llegar a entender-, que se haga más sencilla esta contratación, pero teniendo en cuenta que nuestro grupo, desde luego, no está favor de la jubilación a los 67 años, y mucho menos lo que creemos que subyace a esta propuesta, que es el que una persona vaya a estar hasta los 70 años al frente de una farmacia. Porque yo lo que entiendo es que, si se contrata a esta... a este farmacéutico adjunto, lo que sucede es que hasta los 70 años esta persona seguirá estando al frente. Entonces, esto es una de las cuestiones que me suscita algunas dudas: las edades hasta las que mantenemos en farmacia a los y las profesionales. Y luego, el que se conserve la titularidad de la farmacia frente a la venta de la misma, a nosotros nos suena a que es pan para hoy y hambre para mañana. ¿Esto cuánto hará que esas farmacias se mantengan en el medio rural? ¿Cinco, diez años más? Pero no es una solución a largo plazo. A nosotros no nos parece que sea una solución a largo plazo.

Y además, en su primera intervención, cuando ha dicho que el País Vasco era la última que quedaba, yo es que lo que creo que es la regulación en sí misma la que está mal planteada; y nos ha dicho que en el País Vasco, de hecho, la han eliminado. Quizá esa sería la solución, eliminar esa normativa, porque aquí yo entiendo que lo que se hace es enmendarla alargando un poco más la situación, pero es que al final a lo que estamos abocados es que esas farmacias rurales acaben desapareciendo. Por lo tanto, yo creo que hay que dar una solución a largo plazo, que quizá... quizás pasa por la... por que la Administración se haga cargo de esas farmacias rurales. Esto yo también contemplo que es un debate mucho más profundo y no es nada sencillo, pero, desde luego, en este sentido, no sé si compartimos la solución; compartimos el diagnóstico que se hace de la situación, pero no creemos que el objetivo... que para conseguirlo esta sea la solución.

Y además, luego hay otra... hay otro criterio, que es el criterio que han puesto de los 5.000 habitantes para las farmacias. Yo creo que en las poblaciones de 5.000 habitantes no está el problema; el problema está en las farmacias de 100, de 200, de 300 habitantes. Plantear el criterio en los 5.000 habitantes yo creo que es erróneo, que debería hacerse por tramos de población; unos tramos intermedios, porque no tiene nada que ver una población de 300-400 habitantes con una de 5.000, en ese sentido. Entonces, aparte, tendríamos esa duda con que el criterio de los 5.000 habitantes sea ese, porque, de hecho, en la comparecencia que tuvimos sobre farmacias, que creo que son las dos únicas veces que se ha hablado sobre ordenación farmacéutica en esta legislatura, una de las cosas que planteábamos es que la nueva ordenación que se había hecho de las farmacias resultaba problemática precisamente porque no contemplaba estos tramos intermedios. Entonces, en ese sentido, no me parece que desde la Oposición tengamos que velar por que existan esos mismos tramos con los que, en principio, no deberíamos estar de acuerdo.

Entonces, bueno, en principio, nuestro voto va a ser la abstención, esperando que quizá se nos pueda resolver algunas de estas dudas, o cómo se podría sustanciar esta propuesta -digamos, cuál sería el objetivo de esta propuesta-, pues quizá podríamos tener otra perspectiva. De momento, esa... ese es nuestro voto.

**LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):**

Muchas gracias, señora procuradora. En un turno de fijación de posiciones, por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor procurador don José Manuel Fernández.

EL SEÑOR FERNÁNDEZ SANTIAGO:

Muchas gracias, señora presidenta. Bien, pues empezaré por lo más importante, y es... coincido plenamente con el proponente en la oportunidad de la presentación de esta proposición no de ley, y luego le diré hasta qué punto podemos coincidir también en dar solución a lo que se plantea en ella. Pero coincido también con casi todos los portavoces, de forma que me resulta fácil decirle al señor Sarrión que, efectivamente, estamos ante un tema que, si se dice “vamos a modificar una ley”, dejemos todos los aspectos concretos -la población, el número, la edad, no sé qué- para la regulación legislativa, en el caso que aceptemos lo que dice el punto primero de la PNL, que es modificar la ley. Si modificamos la ley, la última ley de ordenación farmacéutica, que es la segunda que ha habido en esta Comunidad, pero la primera con competencia estatutaria, porque antes no había competencia estatutaria; sí para abrir nuevas farmacias, es decir, para la normativa clásica de apertura de farmacia -a 500 metros-, pero no para la regulación de la actividad del farmacéutico; pues, a partir de ahí, si modificamos la ley, podemos entrar en aspectos, pues, puntuales.

Y coincidir con la señora -también- Domínguez, porque, efectivamente, yo también considero erróneo plantear 5.000 habitantes, o 1.000. En realidad, las circunstancias que pueden justificar algo de lo que aquí se ha dicho, y que luego voy a exponer, son aquellas zonas que obligaron, en la ley anterior a la que estamos viendo... es decir, hubo una ley antes de que tuviéramos competencia estatutaria, una Ley, que fue la Ley 1 del año dos mil, que establecía las zonas específicas especiales para farmacias; cuando se abrieron farmacias por circunstancias que eran, por ejemplo, las turísticas, las sanitarias o las demográficas. Esas pequeñas farmacias, que sí que se crearon en Castilla y León, son las que pueden verse. Pero, en cualquier caso, coincido también en que aquí no deberíamos definir menos de 5.000 o menos de 3.000 o menos... sino, bueno, dos categorías. Bien.

Y paso, por tanto, a decirles que, coincidiendo con todos, vamos a intentar dar una solución para que esto pase -yo creo- a donde debe resolverse, que es en el ámbito de modificación legal. En relación al primer punto de la propuesta del señor De Pablos, del Grupo Parlamentario Socialista, modificar inmediatamente el Artículo 13, apartado 5, de la Ley 13/2001, de veinte de diciembre, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad de Castilla y León, para que la obligatoriedad de disponer de un farmacéutico adjunto se establezca a partir de la edad legal de jubilación del titular, yo lo veo razonable. No solo razonable; lo que se está pidiendo es una adecuación de esta ley nuestra, ley... es la Ley de Ordenación Farmacéutica de Castilla y León, para adecuarla a lo que informa la Ley 27/2011, de uno de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de la Seguridad Social, que modifica el Artículo 4 de la anterior regulación, para hacer que la edad de jubilación -simplificando- pase de los 65 a los 67 años; si esto es así, la adecuación yo creo que es necesaria.



Porque nosotros tenemos que reconocer que, si se ha dado una nueva redacción para la edad de jubilación, esto debe modificar, yo creo, incrementando la edad de jubilación a 67, debe modificar lo que se reguló en nuestra ley de ordenación, concretamente la Ley 13/2001, en el punto 13, apartado 5. Decía este punto: “Será obligatorio disponer de un farmacéutico adjunto en aquellos casos cuyo titular haya cumplido más de 65 años y continúe al frente de la propiedad”. Bien, en estos casos sería modificarlo aceptando que será obligatorio disponer de un farmacéutico adjunto en aquellos casos cuyo titular haya cumplido más de 67 años. Y adecuamos la Ley de Ordenación Farmacéutica a la Ley de Seguridad Social vigente en España; y que, por lo tanto, yo creo que en este punto no deberíamos tener demasiadas dificultades.

Bien es verdad que, para que sus señorías lo entiendan, los farmacéuticos no son... o sea, la adecuación no se hace automáticamente, por eso hay que hacerla con la modificación de la ley. Porque los farmacéuticos no se rigen por el Sistema General de Seguridad Social, sino que se rigen porque son dados de alta en el Régimen Especial de Autónomos, porque, si no, la Ley General modificaría absolutamente nuestra ley. Como no es así, pues debemos modificarlo, y debemos hacerlo lo antes posible para que haya adecuación.

Y ya tenemos la base de lo que decía el señor Sarrión, “vamos a modificar la Ley de Ordenación Farmacéutica”. Pues cuando nos planteemos modificarla, vamos a ver todos los supuestos. De ahí que yo le diga al proponente que, si bien le digo sí al punto 1, al punto 2, respecto al que estudiar la posibilidad de establecer una obligatoriedad de disponer de un farmacéutico adjunto en el caso de que el titular hay cumplido más de 70 años, para farmacias de menos de 5.000 habitantes, buscaríamos una solución alternativa. Yo creo que relativamente fácil buscarla en torno a lo que yo creo que ya se ha dicho aquí: si vamos a modificar la ley, veamos si existen circunstancias especiales, que las hay, para zonas especiales farmacéuticas. Insisto, las que se crearon para municipios de menor población, por circunstancias turísticas, por circunstancias demográficas, por circunstancias sanitarias; se crearon en esa Ley 1 del año dos mil una serie de farmacias que Castilla y León se vio obligada a crear.

Para esas, o para otras, podríamos crear un sistema que fuera de regulación alternativa, pero no se me antoja cuál, ni deberíamos aceptar el que aquí se plantea. Y, desde luego, no para pasar a los 70 años, sino que acaso fuera... Posibilidad: regulación alternativa según circunstancias; incluso la excepción, excepcionar la obligatoriedad de poner a un farmacéutico adjunto en algunos casos, también, de circunstancias especiales. Eso es lo que deberíamos ver en la regulación de la ley, cuando nos planteemos pues las enmiendas de esa ley, y eso es lo que yo le propongo para el punto segundo al proponente, un texto que podría ser algo así -no me importan los términos exactos-: “punto segundo. Estudiar, cuando se aborde la modificación de esta ley, regulaciones alternativas o la posibilidad de excepcionar esa obligatoriedad para farmacias ubicadas en municipios de menor población, cuando las circunstancias así lo justifiquen; o quizá sobre también “cuando las circunstancias así lo justifiquen”. Porque ya estoy diciendo que se deberían estudiar cuáles son las circunstancias, cuál es la población y cuáles son los casos en los que podría buscarse una solución alternativa, si hubiera que darla. Esa es mi proposición, que yo creo que podríamos aceptar, dejando, sobre todo, para esa modificación, que sí que



se admite, de la Ley 13 el momento en el que debamos estudiar todos los aspectos que ustedes, con buen acierto, yo creo, han planteado aquí como que no estaban suficientemente desarrollados. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muchas gracias, señor procurador José Manuel Fernández. Para cerrar el debate y fijar el texto definitivo de la resolución que se propone, tiene la palabra el señor procurador don Fernando Pablos.

EL SEÑOR PABLOS ROMO:

Gracias, señora presidenta. Pues bien, esta iniciativa del Grupo Socialista está siendo útil, está siendo útil para analizar un tema de fondo, sin que pretenda ser la panacea al mismo, que es la pervivencia de las farmacias en el medio rural, especialmente en algunas zonas de la Comunidad que, con el nivel de despoblación o el nivel de habitantes durante buena parte de los meses del año, es más difícil hacerlo.

Yo quiero decir, empezando por el final, que nos parece bien la propuesta que hace el Grupo Popular. Eliminaríamos esa parte final -luego la leeré- de “cuando las circunstancias así lo hagan”, porque es bueno que dentro del debate de la ley se analice algo que es lo que han planteado el resto de los grupos, a los que voy a hacer alguna serie de consideraciones muy breves, en aras a intentar que con esa redacción podamos todos sumarnos, y sabiendo que será el primer paso. Lo decía el señor Sarrión, que estaba hablando de una modificación legislativa; por lo tanto, ahí se pueden analizar otras circunstancias. Cuánto o no de limitada sea esa modificación, debiera ser abierta lo más amplio posible, sabiendo que estamos resolviendo un caso puntual de sentido común y teniendo en claro que los objetivos que se persiguen no son fáciles de conseguir exclusivamente con modificaciones legales, que de eso es lo que estamos planteando aquí esta mañana.

De lo que se ha comentado, lo decían tanto el señor Mitadiel como el señor Sarrión, ¿esto impide la contratación de un adjunto? Nunca; es decir, no estamos hablando de impedirlo; ahí, quien sea el propietario, lo puede contratar cuando el propietario tenga 30 años, si le da la gana. De lo que estamos hablando es de que sea obligado hacerlo. O sea, no hay que confundir las dos cosas; el hecho de que esa regulación exista, en contradicción con lo que decían el señor Mitadiel y el señor Sarrión, la señora Domínguez decía “eliminémoslo”. Entonces, no parece razonable que, si estamos diciendo que se obligue a partir de cierta edad, se pueda garantizar un mayor empleo en el medio rural eliminando la obligación que existe. Lo que tenemos que hacer es adaptarla. Por lo tanto, si se elimina, no hay obligación. No era muy coincidente lo de las 3 intervenciones.

Siendo así, ¿qué nos parece razonable? A nosotros nos parece razonable que exista una obligación a partir de cierta edad, porque creo que nadie es consciente aquí que el titular de la farmacia no tiene obligación de vender nunca; se puede morir con 120 años siendo propietario. Otra cuestión diferente es, si en ese momento, a partir de cuál se obliga a que haya personas trabajando. ¿Existen casos, señora Domínguez? Pues existen; quienes lo trasladaron a este grupo, que son far-



macéuticos de la provincia de Salamanca. Y fijese, lo es hasta una farmacéutica de Segovia, que nos lo hace; aunque solo fuera por esos, parece razonable que se haga. Ese dato –lo decía el del Grupo Popular–, ser autónomo, los años de cotización y la posibilidad de estar al frente de las mismas durante algún año más, es de sentido común; por eso planteamos que se pueda hacer así.

Y miren, el debate más de fondo –me parece que no es menor– es que ¿cómo se puede regular un servicio público, como las farmacias rurales, para facilitar a los propietarios que las mantengan, o hacerlas atractivas para el futuro? Porque nadie va a invertir donde no haya un mínimo de negocio. Y este tipo de cuestiones, si lo regulamos de una manera que sea acertada, lo que estaremos haciendo no es a nadie más o menos rico –porque quien hace negocios está en otros ámbitos, no en los pequeños pueblos de nuestra Comunidad, generalmente–, sino estaremos garantizando que el señor de un pueblo de 200 habitantes, cuando se levanta por la mañana y va al médico, no tenga que hacer 25 kilómetros para recoger una medicina, o esperar a que venga la farmacia que tiene el botiquín por la tarde para hacerlo; o el niño que nace, por casualidad, y necesita un antibiótico lo pueda tener cerca. Que ese es un debate de mucha profundidad, y nosotros no somos tan ambiciosos esta mañana, con plantearlo, estamos satisfechos. Lo que queremos resolver es una inequidad que existe entre una normativa legal, con la que se puede estar más de acuerdo o menos de acuerdo... –el señor Sarrión o la señora Domínguez aludían lo mismo; los profesores universitarios nos jubilamos a los 70 desde hace años, prácticamente todos; nadie ha puesto el grito en el cielo por ello– Pues bien, más allá de ese tipo de cuestiones, más allá de ese tipo de cuestiones, esa inequidad, y establecer a partir de la misma la posibilidad de que, teniendo en cuenta cuáles son las peculiaridades del mundo rural de Castilla y León, también se analicen posibles excepciones.

Por lo tanto, parece razonable lo que plantea el Grupo Popular, y leo para someterlo a consideración, que el texto sería el siguiente: “Instar a la Junta de Castilla y León, primero, a modificar inmediatamente el Artículo 13, apartado 5, de la Ley 13/2001, de veinte de diciembre de dos mil uno, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad de Castilla y León, para que la obligatoriedad de disponer de un farmacéutico adjunto se establezca a partir de la edad legal de jubilación del titular; segundo, estudiar, cuando se aborde la modificación de esta ley, regulaciones alternativas, o la posibilidad de excepcionar esa obligatoriedad para farmacias ubicadas en municipios de menor población”.

Votación PNL/000454

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muy bien, pues nada. Muchas gracias, señor Fernando Pablos. Concluido el debate, vamos a procederlo a someter a votación la proposición no de ley. ¿Votos a favor? Pues el resultado de la votación es: votos emitidos, dieciocho, y, a favor, dieciocho. En consecuencia, queda aprobada la proposición no de ley.

Pasamos al cuarto punto del orden del día. Por parte del señor secretario dará lectura a este punto como tal.

**PNL/000681****EL SECRETARIO (SEÑOR HERNÁNDEZ MARTÍNEZ):**

Cuarto punto del orden del día: **Proposición No de Ley número 685 [sic], presentada por las Procuradoras doña Laura Domínguez Arroyo y doña Isabel Muñoz Sánchez, instando a la Junta de Castilla y León a realizar un programa de detección coordinado entre las Consejerías de Familia e Igualdad de Oportunidades, Sanidad y Educación que abarque las edades posteriores al nacimiento para identificar las pérdidas auditivas progresivas o súbitas en la infancia para poder acceder al programa de implante, publicada en el Boletín Oficial de las Cortes de Castilla y León, número 130, del diecinueve de mayo del dos mil dieciséis.**

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muchas gracias, señor secretario. Para la presentación de la proposición no de ley, tiene la palabra, en representación de las señoras procuradores proponentes, doña Laura Domínguez.

LA SEÑORA DOMÍNGUEZ ARROYO:

Gracias. En primer lugar, quisiera poner de manifiesto que esta propuesta es el resultado de las reivindicaciones de la Federación de Asociaciones de Implantados Cocleares de España, que, a través de los distintos grupos parlamentarios de Podemos en cada Comunidad Autónoma, hemos hecho llegar las mismas, adaptadas a la realidad que en cada territorio viven las personas que ya tienen un implante coclear o bien que lo necesitarán en el futuro.

El implante coclear es un transductor que transforma las señales acústicas en señales eléctricas que estimulan el nervio auditivo. Estas señales eléctricas son procesadas a través de las diferentes partes de que consta el implante coclear, internas y externas. No todas las personas sordas o con discapacidades auditivas son susceptibles de poder utilizar un implante coclear, al menos deben cumplir tres requisitos, y siempre bajo supervisión y decisión médica. Estos son: el primero, sordera neurosensorial bilateral profunda o total; el segundo, imposibilidad de beneficiarse de una prótesis auditiva convencional; y en tercer lugar, la convicción del paciente de que la mejoría auditiva que le aporta el implante coclear le beneficia personal y socialmente.

Por lo tanto, los implantes cocleares solo son de aplicación en determinados casos, se hace bajo supervisión de un equipo multidisciplinar, con una serie de pruebas, que determinarán la idoneidad de implantarlo o no, como pueden ser revisión otológica general, radiografías, examen de lenguaje, entre otras. Normalmente, las personas que más se beneficiarán de llevarlo son aquellas que han perdido la audición una vez adquirido el lenguaje, y que, por tanto, tienen huellas del mismo, y los niños y niñas a quienes se les detecta precozmente, por su mayor capacidad neurosensorial.

En julio de dos mil quince se modificó la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, estableciendo los implantes auditivos como una actua-



lización, cuando, *de facto*, esto ya se está realizando, como acabamos de explicar, bajo una serie de requisitos, que ya se realiza esta implantación. Lo que hicieron fue establecer una fórmula legal, que daba una respuesta política a las reivindicaciones de las asociaciones de implantados e implantadas cocleares. No obstante, supone un avance a nivel político, del cual nos congratulamos.

Con todo esto, quiero decir que el objetivo de esta proposición no es la realización de más o menos implantes, ni modificar los criterios de acceso, ni poner en duda lo que los y las profesionales deciden respecto a quiénes se implantan, su detección u otros elementos médicos. Esto quiero dejarlo de manifiesto, ante las manipulaciones que a menudo se hacen desde el grupo del Gobierno. Lo que buscamos con esta proposición es solucionar los problemas que suelen encontrarse las personas implantadas o sus familias, puesto que en muchos casos son niños o niñas que, evidentemente, dependen de sus familias en temas, por ejemplo, como los copagos, las renovaciones del aparato, la falta de transparencia a la hora de acceder y conocer las posibilidades y la falta de mecanismos más allá de la prueba a recién nacidos para detectar los casos de sordera.

En Castilla y León, aproximadamente, se realizan entre 50 y 70 implantes cocleares anuales, siendo los hospitales de referencia los de Salamanca y Valladolid; de hecho, Salamanca fue referencia nacional durante los años noventa. El pasado mes, la USAL, en colaboración con la multinacional MED-EL -no puedo por menos aquí abrir el debate de cómo se financia la investigación en nuestras universidades públicas, y cómo, de esta manera, la patente quedará en manos privadísimas, y este es uno de los problemas precisamente que pretendemos abordar en esta propuesta-, Ha sacado un procedimiento innovador que revolucionará no solo el alcance de los implantes cocleares en ambientes ruidosos, sino que podría ser beneficioso para otras personas con discapacidad auditiva. Y, mientras nuestros investigadores en Castilla y León tienen estos logros, desde la Consejería de Sanidad nos toca abordar cómo mejorar el acceso y la tenencia de estos implantes.

Por eso, planteamos cinco puntos que creemos pueden ser los más necesitados de mejora. En primer lugar, si bien es cierto que se realiza la prueba de cribado auditivo a los recién nacidos, no existen otros mecanismos de detección temprana para pérdidas súbitas de oído en la infancia o pérdidas moderadas, por lo que las Consejerías que participan en atención temprana debieran coordinar un programa específico. En segundo lugar, una de las reivindicaciones permanentes de las asociaciones es la falta de transparencia en cuanto a intervenciones, situación administrativa y, sobre todo, el vacío existente en cuanto a la necesidad de renovaciones. En tercer lugar, acabar con los copagos, un compromiso del Ministerio de Sanidad en dos mil catorce, que, sin embargo, no se ha sustanciado, teniendo que asumir parte del coste, sobre todo de las renovaciones, las familias. En este sentido va también el cuarto punto: básicamente, el de alejar de la gestión a terceros, siendo siempre los y las profesionales sanitarios los que intervengan en el proceso. Y en quinto lugar, una vez asegurada la detección, el implante sin intermediarios ni copagos. Nos queda la rehabilitación realizada, para la que se requiere equipo multidisciplinar y colaboración entre Consejerías, ya que, no nos olvidemos, una buena parte de implantes los reciben niños y niñas muy pequeños, que requerirán de rehabilitación más allá del centro sanitario, y que, por tanto, necesitan esa atención desde otras entidades gestionadas por otras Consejerías.



Son cinco puntos que, como he señalado al principio, están en las reivindicaciones básicas de las personas y familias que tienen un implante coclear. Otras Comunidades, lo digo yo antes de que lo digan ustedes, aún necesitan de más mejoras, cierto; pero, como siempre insistimos, aquí nos toca hablar de Castilla y León, y, sin duda, las propuestas que les traemos son necesarias para la mejora de la implantación coclear. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muchas gracias, señora procuradora Laura Domínguez. En un turno de fijación de posiciones, por el Grupo Parlamentario Mixto, tiene la palabra el señor procurador don José Sarrión Andaluz.

EL SEÑOR SARRIÓN ANDALUZ:

Muchas gracias, presidenta. Bueno, pues, efectivamente, son reivindicaciones que vienen del propio ámbito de la reivindicación de los implantes cocleares de la propia federación. Por lo tanto, nuestro apoyo más claro y más evidente.

La propia federación plantea que desde los primeros implantes en nuestro país, que tienen ya más de 25 años, lo que se ha generado es que el implante coclear ha dejado de ser algo excepcional, que las vías de investigación y desarrollo se encuentran a otro nivel, y que, por lo tanto, hoy en día estamos ante nuevos elementos, como implantes sin cables o incluso sumergibles. Esto ha permitido miniaturizar los implantes y mejorar la audición, de forma que ha sido posible incluso implantar dispositivos en niños muy pequeños, demostrando que la detección precoz del trastorno auditivo y la implantación del implante coclear es fundamental para el desarrollo normal de los afectados.

Según datos recogidos por los expertos, una intervención temprana tiene un 95 % de satisfacción. Por su parte, el éxito de la implantación entre adultos que han perdido la audición debido a una lesión o enfermedad ronda el 85 %, siendo mayor el beneficio cuanto antes se realice, ya que la persona aún no ha perdido la memoria auditiva. El implante coclear es, por lo tanto, una tecnología que ha revolucionado el mundo de la deficiencia auditiva profunda neurosensorial. Y que los resultados, a fecha de hoy, se puede decir que los cerca de 6.000 implantados que existen en España y de los 34 centros implantadores, se puede observar que el implante es, desde luego, un fenómeno enormemente positivo y que tiene un gran futuro.

Por lo tanto, vista la posición de la Federación de Implantados Cocleares de Castilla y León, la reivindicación que realizó también el año pasado en el manifiesto que publicó por el Día Internacional de Implante Coclear 2016, a veinticinco de febrero, nuestra posición es absolutamente favorable y, por lo tanto, nuestro voto será positivo.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muchas gracias, señor Sarrión. En un turno de fijación de posiciones, por el Grupo Parlamentario Ciudadanos, tiene la palabra el señor procurador don Manuel Mitadiel.

**EL SEÑOR MITADIEL MARTÍNEZ:**

Muchas gracias, presidenta. Nosotros también anunciamos el apoyo a esta proposición no de ley, entre otras cosas, porque supone un avance en el servicio que en estos momentos se les está prestando.

Dice el primer punto: "Realizar un programa de detección". Efectivamente, desde el dos mil cuatro ya existe un programa; de lo que se trata en estos momentos es de avanzar para intentar que no se escape ninguno de los niños, entre otras cosas, porque creo que son los principales beneficiados de esta técnica, entre otras cosas, porque son los que tienen una mayor capacidad de adaptación. Lo decía la ponente, los requisitos: sordera neurosensorial bilateral profunda o total, imposibilidad de beneficiarse de prótesis auditiva convencional, y en el tercero, lo de la convicción del paciente, en el caso de los niños, es más difícil de determinar, pero lo cierto es que tienen una mayor capacidad que los adultos para adaptarse a cualquier otra técnica. Por lo tanto, todo lo que trabajemos y mejoremos la detección es bienvenido.

En cuanto a la publicación anualmente de las intervenciones, poco hay que decir. En cuanto a la eliminación de los copagos, me parece que es especialmente importante, sobre todo lo que se refiere a las renovaciones de los procesadores externos; sobre todo si pensamos que una buena parte de los beneficiarios de esta técnica son niños, evidentemente, esta renovación se va a producir durante muchas ocasiones. Y creo que es de los avances que son ineludibles; es decir, que la sociedad tiene que asumir el financiar este tipo de ayudas, ¿no?

Controlar que las gestiones y la programación se realicen en el centro hospitalario. El ejemplo ha sido muy descriptivo, y, efectivamente, todo aquello que podamos hacer dentro de los centros hospitalarios no lo hagamos fuera. Seguro que estamos mejorando, digamos, el tema presupuestario, y digo porque, aunque aparentemente lo que hagamos fuera va a ser más barato, es mentira. La experiencia me dice que, al final, acabamos pagándolo con intereses.

Por lo tanto, si somos capaces de hacerlo, si somos capaces de hacerlo desde nuestros centros hospitalarios, mejor hagámoslo nosotros que pagarlo... que pagarlo fuera.

Y el otro aspecto que a mí me parece especialmente importante, el de la rehabilitación logopédica. Y me parece especialmente importante porque tiene una incidencia en la vida de este tipo de pacientes muy... muy grande. Es decir, es lo que puede diferenciar su integración social o sus problemas de integración. Por lo tanto, también creo que hay que hacer un esfuerzo en asegurar el acceso a la rehabilitación logopédica.

Y, sin más, porque creo que la mayor parte de los argumentos que podría utilizar ya han sido dichos, apoyamos esta proposición no de ley en su integridad. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muchas gracias, señor Mitadiel. En el turno de fijación de posiciones, por el Grupo Parlamentario Socialista, por un tiempo máximo... bueno, de diez minutos, tiene la palabra la señora procuradora Ana María Agudiez.



LA SEÑORA AGUDÍEZ CALVO:

Gracias, presidenta. Buenos días a todos y a todas. Nuestro apoyo a esta propuesta, que, como decía la ponente, son las reivindicaciones de la Federación AICE. Y en su página web, en la página web de la Federación de Asociaciones de Implante Cocleares, se define el implante coclear como una tecnología que ha revolucionado el mundo de la deficiencia auditiva profunda neurosensorial. Ha sido una continua evolución que, tras pasar por unos primeros momentos de expectativa a la espera de resultados, actualmente es una ayuda tecnológica imprescindible para el tratamiento de determinado tipo de sorderas.

En mil novecientos ochenta y cinco, se realizó el primer IC en España y, con los resultados, que se pueden comprobar en las 14.500 personas implantadas que existen en España y en los 40 centros implantadores, podemos ver que el implante, como dice esta federación, ya es una cosa de futuro, sino un gran presente.

La Federación de Asociaciones de Implantados Cocleares de España divide sus actividades entre la difusión de esta tecnología y la defensa de los intereses del creciente colectivo de implantados. De hecho, el veinticinco de febrero de dos mil dieciséis, cuando se celebraba el Día Internacional del Implante Coclear, sus reivindicaciones se plasmaron en su manifiesto dos mil dieciséis, donde decían y pedían a todas las fuerzas políticas y a las entidades de las Administraciones sanitarias que, primero, se cumplan las leyes y las hagan cumplir en el tema del implante coclear, sus garantías y sus prestaciones; el punto dos, que exista la transparencia en el mundo del implante coclear, que actualmente falla; punto 3, que no existan copagos encubiertos y las renovaciones de los procesadores externos de los implantes cocleares se realicen directamente entre los hospitales o las entidades administrativas sanitarias y las casas comerciales, sin contribuciones económicas de los usuarios y sus familias; punto 4, que todas las Administraciones autonómicas publiquen anualmente sus intervenciones de implante coclear, sus reimplantaciones -con sus causas asociadas-, sus concursos, sus renovaciones y los protocolos administrativos que los afecten; punto 5, que las Administraciones sanitarias no permitan que se realice ningún implante coclear que no tenga garantizado el servicio postimplante como mínimo el tiempo que esté estipulado para la renovación; punto 6, que controlen la composición de los kits de paciente, kits de renovación y durabilidad de los componentes no reparables, que se entregue a todos los implantados su mapa de programación de forma automática en todos los centros implantadores, y que se facilite que cualquier implantado pueda programarse en el centro que él elija, prohibiendo los comportamientos que lo dificulten; el punto 7.º decía que los concursos públicos contemplen las cláusulas necesarias para proteger a los usuarios e impidan las políticas empresariales unilaterales que condicionen el futuro. Plenamente, con los puntos que ha presentado la proponente en su proposición no de ley.

Es más, en la misma página web dice... se dice que el día seis de julio de dos mil dieciséis, en la reunión de la comisión gestora del Ministerio de Sanidad, esta decidió pasar a las Comunidades Autónomas, para su aprobación, el documento base de las nuevas prestaciones para el implante coclear. El trabajo... según dicen desde esta federación, el trabajo que están realizando desde hace bastante tiempo parece que tendrá al fin resultados. Las Comunidades Autónomas tienen... tenían hasta fin de mes de julio para pronunciarse, y no se espera que hubiese... que



hubiese oposición, y además se congratulaban porque recogían casi todas las peticiones, incluida la del mando en aquellos procesadores que lo tengan, que en la última versión no estaba.

Consiguientemente, la propuesta de resolución de Podemos, que, como decíamos, es la reivindicación de la federación, por lo que el Grupo Socialista votará a favor de la misma.

No nos podemos... no es posible que una persona deje de oír por no tener suficientes recursos económicos para pagar, por ejemplo, la rotura de un cable, las pilas o el cambio de un procesador obsoleto; no se trata de un capricho. Un implante coclear permite a una persona con sordera abandonar el mundo del silencio y percibir el sonido, porque oír es un derecho de todos y de todas, no es un privilegio.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muchas gracias, Ana María. En un turno de fijación de posiciones, por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor procurador Juan Jesús Blanco.

EL SEÑOR BLANCO MUÑIZ:

Muy bien. Muchas gracias, señora presidenta. Bueno, sin entrar en qué Comunidades son las que menos aportan, y que, además, pueden tener incluso mejor financiación, y el número de propuestas que no se priorizan cuando vienen a estas Cámaras, y, por supuesto, el Partido Popular, nuestro grupo, quiere que también haya pediatras en todos los sitios en número suficiente, y rayos, y esos, y hospitales, y uvis, y nuevos centros de salud, tac, resonancias, prótesis, medicamentos. Indudablemente, cada una de esas cosas las queremos, no solo para los que viven en un sitio, porque tienen más ingresos o menos, sino para todos los demás. Cuando pedimos un pediatra en algún sitio, igual estamos quitando uno en otro, y no sabemos muy bien cómo... a qué lobo estamos matando. Pero, en fin, vamos a tratar en esta PNL que se presenta los cinco puntos de la propuesta.

Respecto al número 1, la Consejería de Sanidad inició en el año dos mil cuatro el programa de detección precoz y atención integral de la hipoacusia infantil en Castilla y León. Desde entonces, este programa realiza la detección de la hipoacusia, en todos los recién nacidos, en los centros hospitalarios, con equipos de potenciales evocados para realizar la prueba PEATC (los potenciales evocados auditivos de tronco cerebral), y de forma automatizada, que permite realizar esta detección de forma simplificada y reduciendo los posibles errores humanos de la interpretación.

Según la organización actual de este programa, se realiza la primera prueba entre las seis y las cuarenta y ocho horas de vida, y si, por circunstancias, no fuera posible, se realizará en los primeros quince días tras el nacimiento. Si el recién nacido pasa la prueba en ambos oídos, se le da de alta, y su pediatra continuará el seguimiento general. Y si la pasa, pero presenta un factor de riesgo, quedará registrado para que su pediatra pueda hacer un seguimiento especial. Para los recién nacidos que no pasan la prueba, el programa establece el tipo de pruebas a realizar y la periodicidad de las mismas, para llegar al diagnóstico definitivo, así como para el tratamiento indicado en función de los resultados, plan de seguimiento por el pediatra, seguimiento por el otorrinolaringólogo o indicación de tratamiento audiotprotésico y/o implante coclear.



Esta, así mismo, definido el proceso de coordinación entre los centros base y los centros educativos para valorar la integración y el desarrollo del lenguaje oral. Cuando el niño está escolarizado, se le da de alta de las actividades del programa y pasa a seguimiento clínico, igual que si se tratara de otra enfermedad.

El propio programa determina controles para la recaptación de niños que no se hubieran realizado la prueba o que no tuvieran anotado en la historia clínica el resultado. Y este procedimiento lo llevan a cabo los profesionales de Atención Primaria.

También está establecido el proceso de detección precoz de la hipoacusia tardía para los niños que pasaron la prueba del cribado inicial. En todos los controles periódicos del programa de seguimiento de la sordera infantil se revisan con la familia las condiciones de audición y la adquisición del lenguaje del menor. Para este seguimiento se utilizan los criterios de valoración auditiva establecidos por el PAPPS, el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud definidas para Atención Primaria que manejan los profesionales.

Asimismo, también disponen de los criterios que orientan a solicitar una valoración audiológica a los niños que presentan un retraso en el habla entre 12 y 48 meses. Mientras que en los primeros meses de vida la sospecha de hipoacusia se realiza mediante la utilización de potenciales evocados, a medida que el niño va creciendo, hay otros métodos que ponen sobre aviso a los familiares y profesores acerca de problemas de audición del menor.

En función del grado en que un menor padezca hipoacusia, se realiza un informe que incluye una evaluación clínica, sociofamiliar y educativa. Cuando el menor presenta una discapacidad, se coordina la derivación del caso al centro base, donde se facilita información, orientación, valoración del grado de discapacidad, propuesta de intervenciones de atención temprana e intervenciones individualizadas para abordar la situación, trabajar en la recuperación y en la integración social.

Teniendo en cuenta estos matices, no vamos a aceptar este punto primero, puesto que, con los programas vigentes, la existencia de hipoacusia se detecta en diferentes momentos de la valoración del menor, y la colocación de implantes se realiza cuando, según... cuando, según el diagnóstico, desde el punto de vista clínico, existe tal indicación.

En el punto 2. El punto 2. El programa de detección precoz se evalúa periódicamente. Los resultados de estas evaluaciones podrían incluirse en el portal de transparencia. Eso sí nos parece oportuno, si quieren... si queréis votarlo por separado, el que se pueda aceptar.

En el punto 3, eliminar los copagos, las prestaciones que se incluyen en el Sistema Nacional de Salud se definen a través de la cartera de servicios. En Castilla y León se asumen las condiciones que se aprueban en el marco del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud con relación a las renovaciones de los diferentes componentes de los implantes cocleares. En todo caso, se debe tener en cuenta que es gratuita la intervención y que, desde julio del año pasado, se ha ampliado a implantación bilateral. Y, además, es un copago progresivo, con aportaciones del 60 % a totalmente gratuitas. Si hay un niño que no tiene medios económicos para este asunto, indudablemente, nos hacemos cargo de ello. Por lo tanto, no parece conveniente tampoco que se pueda aceptar.



Respecto al número 4, los centros hospitalarios que realizan los implantes cocleares realizan la programación con relación a esta prestación. Cuando se trata de aparatos de audioprótesis, el sistema no dispone de las mismas, y es preciso contar con la colaboración complementaria de los centros que lo colocan, igual que ocurre con una prestación ortopédica.

Finalmente, respecto al punto 5, la rehabilitación logopédica, está contemplada como una prestación de la cartera del Sistema Nacional de Salud. En los menores que reciben implante coclear, o que portan una audioprótesis, esta rehabilitación es parte del tratamiento, aunque no en todas las áreas se realiza con recursos propios. Corresponde al profesional responsable del seguimiento del menor definir el plan de rehabilitación que precisa y que se reevaluará en función de los resultados que se obtengan. Podríamos aceptarla si donde pone, en la última frase, “colaborando” pusiera “coordinación”, en cuanto que hay establecer y dejar claro que se trata de un servicio sanitario, no un servicio que tuviera que prestar a su vez también Familia.

Entonces, proponemos... nosotros estaríamos dispuestos a: no aceptaríamos el punto 1; aceptaríamos el punto 2; no aceptaríamos el punto 3 ni el 4; y podíamos aceptar el quinto con esa matización que hemos sugerido de cambiar la palabra “colaborando” por “coordinación”. Sin nada más, muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muchas gracias, Juan Jesús Blanco. Para cerrar el debate y fijar el texto definitivo de la resolución que se propone, tiene la palabra la señora procuradora doña Laura Domínguez.

LA SEÑORA DOMÍNGUEZ ARROYO:

Bien. Voy a fijar, en primer lugar, el texto. Lo voy a mantener tal cual, y no acepto la votación por separado, porque no me convencen las explicaciones del portavoz del Partido Popular. Entiendo que el punto 2 seguramente es el que menos le molestaría al Gobierno hacer, porque simplemente se trata de hacer una publicación. Y en cuanto al punto quinto, el cambiar “colaborar” por “coordinar”, cuando en la frase anterior habla de la coordinación entre los diferentes profesionales, que yo entiendo que son esos de las Consejerías de Familia, de Sanidad y de Educación, y que, además, tiene que ver no con que se haga precisamente... -y eso es lo que se reivindica en esta propuesta, que no sé si no la han entendido bien- es precisamente que, ya que la mayoría de personas que tienen implante coclear son niños y niñas, se haga también dentro tanto de los colegios o de instituciones educativas como, en el caso de la Consejería de Familia, podría ser en las guarderías, que, como saben, son competencia de la Consejería de Familia.

Entonces, en este sentido, y por la necesidad, sobre todo, de la especialización, que es algo que le cuesta mucho al Partido Popular entender, pero lo digo en concreto por la intervención que ha hecho en torno a cómo se hace la detección precoz. La detección precoz, efectivamente, se hace en los recién nacidos -lo he dicho en mi primera intervención-, y lo que estamos pidiendo en el primer punto es, precisamente, que haya una interrelación entre Consejerías; porque, a veces, los niños, aunque nacen... aunque nacen sin ninguna discapacidad auditiva, progresivamente lo van perdiendo, y de eso posiblemente no se dan cuenta en un centro de Atención



Primaria o no se da cuenta un médico, quizá se dé cuenta antes el profesor en la guardería o su propia familia. Por lo tanto, por eso me refiero a que se haga en coordinación con esas Consejerías, porque, posiblemente, sean las que detecten antes.

Pero, claro, aquí hay un problema añadido, que es el de cómo funciona la atención temprana en Castilla y León y la falta de coordinación, la falta de recursos, la falta de personal, que existen en todos los programas de atención temprana que hay en Castilla y León, que, además, como saben, están colaborados precisamente entre Sanidad, entre Educación y Familia, pero, como hay un problema de coordinación precisamente entre estas tres Consejerías, por eso no funciona la atención temprana, y eso es lo que estamos reivindicando también en este primer punto.

Luego... y, por cierto, un matiz, porque ha dicho que se trata igual que si se tratara de otra enfermedad, y la sordera, que yo sepa, no es ninguna enfermedad.

Y una de... a lo que me refería anteriormente en cuanto a la creación de un servicio especializado, porque una de las cosas que más vamos discutiendo en los colegios, he visto aquí... -vamos, en la Comisión de Educación- hay problemas por la falta de terapeutas, de logopedas, que pueda haber en las escuelas. Y, sobre todo en el medio rural, ¿qué va a pasar? No tenemos esas... no tenemos igualdad de acceso a esa especialización. Por lo tanto, no entiendo muy bien el hecho de que crean que sí que existen programas de atención temprana en los colegios.

Y en cuanto a que el copago sea progresivo, yo ya he dicho que es gratuita la intervención, efectivamente. Por eso pedimos que el copago se quite en las renovaciones, y no en la intervención, porque entendemos que la intervención sí que es gratuita. El copago es progresivo. Yo quisiera saber cómo exactamente saben que un niño o una niña no tiene recursos, ¿mediante un informe de Servicios Sociales? No me ha especificado este punto, sí que otros. Pero me gustaría saber cómo hacen que ese copago realmente no sea así, porque nosotros nos tememos que quizá hay familias que no tienen los recursos suficientes, pero que deciden atender a la necesidad de su niño o de su niña precisamente para que no tenga que sufrir esa sordera; y me parece un poco extraño que se pueda hacer ese copago progresivo, que, en todo caso, creo que las familias no comparten su interpretación.

Y en cuanto a lo último que ha dicho sobre que el Sistema Nacional de Salud ya tiene su cartera de servicios. Esta rehabilitación, efectivamente, y, repito, solo en Sanidad, y lo que pedimos es coordinación entre las Consejerías. Por lo tanto, la propuesta se mantiene como está y no vamos a aceptar la votación por separado.

Votación PNL/000681

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muchas gracias, señora procuradora Laura Domínguez. Pues, concluido el debate, procedemos a someter a votación la proposición no de ley.

¿Votos a favor? ¿Votos en contra? El resultado de la votación ha sido: votos emitidos, dieciocho. De los cuales, votos a favor: nueve. Y votos en contra: nueve. Habiéndose producido un empate... un empate en la votación de esta proposición no de ley, se procede, de conformidad con lo establecido en el Artículo 92 del Reglamento de la Cámara, a someterlo a una nueva votación.



¿Votos a favor? ¿Votos en contra? El resultado de la votación es: votos emitidos, dieciocho. Votos a favor: nueve. Votos en contra: nueve. Habiéndose producido un nuevo empate, ¿algún grupo parlamentario desea que se suspenda la sesión? No siendo así, pues procedemos a someter de nuevo la votación de la proposición no de ley debatida, advirtiéndole a sus señorías que, de persistir el empate, la proposición será elevada al Pleno de la Cámara para que este decida sobre la misma definitivamente.

¿Votos a favor? ¿Votos en contra? El resultado de la votación, pues, de los dieciocho votos emitidos, nueve a favor y nueve en contra. Habiéndose mantenido el empate tras las tres votaciones previstas en el Artículo 92 del Reglamento de Castilla y León, esta Presidencia procederá a comunicárselo así a la excelentísima señora presidenta de la Cámara, a los efectos previstos en el apartado 3 de este precepto reglamentario.

No habiendo más asuntos que tratar, se levanta la sesión.

[Se levanta la sesión a las trece horas cinco minutos].