



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2004

VIII Legislatura

Núm. 37

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DE LA EXCMA. SRA. D.^a MARGARITA URÍA ETXEBARRÍA

Sesión núm. 2

celebrada el lunes, 31 de mayo de 2004

Página

ORDEN DEL DÍA:

Ratificación de la celebración de las comparecencias acordadas por la Mesa de la Comisión en su reunión del día 18 de mayo de 2004.....	2
Delegación en las Mesas de las Comisiones de la competencia de éstas de adopción de los acuerdos a que se refiere el artículo 44 del Reglamento, concordante con la resolución de la Presidencia de la Cámara de 2 de noviembre de 1983. (Número de expediente 042/000005.)	2
Comparecencia de la señora ministra de Sanidad y Consumo (Salgado Méndez) para informar sobre:	
— Las líneas generales de la política de su Departamento. A petición propia. (Número de expediente 214/000012.).....	2

— La política que piensa desarrollar en el Ministerio. A solicitud del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 213/000016.)	2
— Las prioridades y políticas que piensa impulsar en relación a las materias vinculadas a esta Comisión durante la presente legislatura. A solicitud del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió). (Número de expediente 213/000035.)	2

Se abre la sesión a las cinco de la tarde.

supongo también acordado por asentimiento, como es práctica habitual.

RATIFICACIÓN DE LA CELEBRACIÓN DE LAS COMPARECENCIAS ACORDADAS POR LA MESA DE LA COMISIÓN EN SU REUNIÓN DE 18 DE MAYO DE 2004.

COMPARECENCIA DE LA SEÑORA MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO (SALGADO MÉNDEZ) PARA INFORMAR SOBRE:

La señora **PRESIDENTA**: Aprovechamos la ocasión para saludar ya desde ahora la presencia de la señora ministra de Sanidad y Consumo, que nos acompaña en esta primera sesión de la Comisión correspondiente, cuyo orden del día conocen todos ustedes y que vamos a empezar a desarrollar punto por punto.

— **LAS LÍNEAS GENERALES DE LA POLÍTICA DE SU DEPARTAMENTO. A PETICIÓN PROPIA. (Número de expediente 214/000012.)**

El primer apartado hace referencia a la ratificación de la celebración de las comparecencias acordadas por la Mesa y Portavoces de la Comisión en la reunión de 18 de mayo de 2004. Ratificación que, supongo, acordarán ustedes por asentimiento; ¿es así? (**Pausa.**) Se tiene por efectuada la ratificación.

— **LA POLÍTICA QUE PIENSA DESARROLLAR EN EL MINISTERIO. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 213/000016.)**

— **LAS PRIORIDADES Y POLÍTICAS QUE PIENSA IMPULSAR EN RELACIÓN A LAS MATERIAS VINCULADAS A ESTA COMISIÓN DURANTE LA PRESENTE LEGISLATURA. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO CATALÁN (CONVERGÈNCIA I UNIÓ). (Número de expediente 213/000035.)**

DELEGACIÓN EN LA MESA DE LA COMISIÓN DE LA COMPETENCIA DE ÉSTA DE ADOPCIÓN DE LOS ACUERDOS A QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 44 DEL REGLAMENTO, CONCORDANTE CON LA RESOLUCIÓN DE LA PRESIDENCIA DE LA CÁMARA DE 2 DE NOVIEMBRE DE 1983. (Número de expediente 042/000005.)

La señora **PRESIDENTA**: A continuación, nos adentramos en los puntos cruciales a tratar esta tarde en la Comisión de Sanidad y Consumo: la comparecencia de la señora ministra de Sanidad y Consumo para explicarnos cuáles serán las líneas generales de la política de su departamento, lo que se hace, primero, a petición del propio Gobierno y, en segundo y tercer lugar, también a instancias del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso y del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió). Para el desarrollo de esta sesión tiene la palabra la señora ministra de Sanidad.

La señora **PRESIDENTA**: En segundo lugar, como es práctica habitual, consagrada en todas las comisiones de esta Cámara, procede que nos pronunciemos sobre la adopción de los acuerdos a que se refiere el artículo 44 del Reglamento en cuanto a que se pueda permitir la delegación en la Mesa, de cara a ciertas tramitaciones, para pedir la presencia de miembros del Gobierno, autoridades o aportación de documentos, de manera que resulte más operativo que tener que reunir cada una de las veces a la Comisión. ¿Acuerdan ustedes que se ratifique la delegación en la Mesa de la Comisión para que puedan efectuarse así por ella los oportunos acuerdos en esta materia? (**Pausa.**) Lo

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Salgado Méndez): Señora presidenta, señoras y señores diputados, quiero agradecer su bienvenida y manifestar que es para mí un honor comparecer ante esta Comisión para exponer las líneas generales de actuación del Ministerio de Sanidad y Consumo para esta legislatura, en cumplimiento de las responsa-

bilidades que me ha encomendado el presidente del Gobierno.

Antes de empezar, quiero pedirles disculpas por la ligera afonía, que ya habrán notado, y que espero que no sea ningún inconveniente a la hora de expresar el programa ni a la hora de responder a las cuestiones que ustedes me quieran plantear.

Esta comparecencia, realizada a petición propia y también solicitada por el Grupo Popular y por el Grupo Catalán (Convergència i Unió) es, además de una obligación, un motivo de satisfacción, en tanto espero que con ella podamos contribuir al debate, a dialogar sobre qué sanidad queremos para nuestro país y a enriquecer y mejorar las propuestas que formule el Gobierno.

Me permitirán que comience con una obviedad: la salud es uno de los elementos fundamentales, por no decir el principal, de cualquier proyecto vital. Nuestra calidad de vida depende de muchas cosas pero, si estamos faltos de salud, todo lo demás carece de importancia. Las democracias desarrolladas, y en particular las europeas, comprendieron rápidamente que, junto a la educación y las pensiones, la sanidad constituía uno de los pilares del Estado del bienestar, construido a partir del final de la Segunda Guerra Mundial, hace ya casi 60 años. Como en otros casos, España llegó tarde a este modelo y el desarrollo de su sistema sanitario no comenzó a adquirir estándares europeos hasta el año 1986, con la reforma de la sanidad afrontada por el ministro Ernest Lluch y cuya síntesis se contiene en la Ley General de Sanidad, que dio verdadera dimensión a lo que expresa la Constitución española cuando reconoce el derecho a la protección de la salud por parte de todos los españoles. La universalización de la cobertura sanitaria, la financiación solidaria, las prestaciones del sistema, la reorganización de la atención, la participación de los ciudadanos, la descentralización de la gestión, establecieron los pilares de un sistema de salud moderno, eficaz y altamente valorado por los ciudadanos, al punto de que hoy es un patrimonio social común al que nadie estamos dispuestos a renunciar. Y ese patrimonio común se articula a través del Sistema Nacional de Salud que la Ley General de Sanidad definió como el conjunto de los servicios de salud de las comunidades autónomas y de la Administración central del Estado. Nuestro Sistema Nacional de Salud es una de las instituciones que más beneficios han producido a millones de ciudadanos y ciudadanas, es una fuente de cohesión social y de seguridad para las personas; es un buen sistema sanitario, construido con el esfuerzo de todos y a lo largo de varias generaciones. La mejora de la salud de los españoles no es ajena al notable esfuerzo realizado por incorporar a la atención sanitaria pública a cerca de 8 millones de personas entre los años 1982 y 1992 o al crecimiento del gasto sanitario público, que pasó de suponer el 4,5 por ciento del PIB al 5,5 por ciento en 1996, precisamente en unos momentos de dificultad económica del país.

Nuestro sistema tiene una enorme capacidad de respuesta. En el año 2002 nuestros profesionales sanitarios atendieron 247 millones de consultas de atención primaria, más de 775.000 consultas diarias, 6,1 consultas por habitante y por año y más de 64 millones de consultas hospitalarias. Pero queda mucho por hacer. Nuestro país necesita seguir avanzando en prestaciones, en atención y en calidad y continuar convergiendo con Europa en todo eso y también en el gasto sanitario.

Señorías, hemos podido percibir una importante frustración y tensión en los centros sanitarios. Se han lanzado promesas a los pacientes y a las asociaciones de profesionales, que no se han traducido en mejoras presupuestarias, se ha generado más demanda sin aportar los recursos necesarios para responder a ella y eso se ha traducido en un descontento y en una peor valoración del sistema sanitario público. En los índices de satisfacción en atención primaria, especializada, hospitalización, información institucional, etapa previa al servicio y accesibilidad en atención primaria se muestra claramente el empeoramiento de la opinión, puesto que en el año 1995 esos seis indicadores obtenían todos ellos una nota superior al 5 y cuatro de ellos superior al 7 y actualmente —según nuestra última encuesta— ninguno de ellos supera el 7 y dos de ellos, concretamente la información institucional y la etapa previa al servicio, se sitúan por debajo del 5. En definitiva, los ciudadanos están satisfechos con el sistema sanitario y con su salud, pero manifiestan ya la necesidad de mejorar los servicios públicos, porque piensan que su calidad está disminuyendo. Sin duda, ello es consecuencia de las paulatinas disminuciones en el gasto público sanitario, que se manifiestan no sólo en la carencia de nuevas infraestructuras, tecnología y medios, sino también en el deterioro de las infraestructuras actuales y en la carencia de inversión en capital humano. Tampoco es ajeno a ello la aparición de nuevas fórmulas de gestión que, so pretexto de mayor autonomía y eficiencia en la prestación del servicio, en realidad detraen recursos públicos hacia soluciones privadas, limitan las prestaciones a aquellas más rentables, desviando, y con ello sobrecargando, las enfermedades que más recursos consumen a otras instituciones públicas para justificar unos supuestos mejores resultados económicos. El resultado es que para beneficiar a unos cuantos se socava el Sistema Nacional de Salud público. En cierto modo podría decirse que en estos ocho años hemos estado viviendo de las rentas de la etapa anterior y, en consecuencia, debemos recuperar la senda de la que parece que nos hemos apartado en este último periodo. Todos estos datos definen el punto de partida actual de nuestro Sistema Nacional de Salud.

Nuestro sistema tiene grandes retos ante sí y la evolución de los últimos años no ha permitido establecer la orientación precisa ni generar los recursos suficientes para enfrentarse a esos retos con garantías. El aumento de la población, su paulatino envejecimiento, el nece-

sario aumento progresivo de las prestaciones del servicio nacional de salud, la calidad exigible y demandada por los usuarios, la aparición o la reparación a veces de determinadas patologías, el progreso de otras vinculadas a los cambios de nuestros hábitos requiere una reorientación de nuestras políticas y, sin ninguna duda, un incremento del gasto asistencial.

En apenas 20 años hemos más que duplicado la población de más de 65 años. Hoy son ya más de 7,2 millones de personas, el 17 por ciento de la población. Las políticas de prevención y los tratamientos han tenido el efecto de prolongar la vida, pero se traducen en mayor necesidad de cuidados. Somos en media más mayores y utilizamos y necesitamos más servicios. También hay tecnologías clásicas que ahora son más seguras y que se pueden aplicar a más usuarios, como la cirugía mayor ambulatoria o nuevas tecnologías, que, aunque costosas, resuelven importantes problemas de salud. Las expectativas de la población aumentan, exigen más calidad, más agilidad, más seguridad y más confort. Las listas de espera siguen siendo un problema, la seguridad y la precisión son un imperativo de la medicina moderna. Todo esto tiene un coste que debe ir acompasado al crecimiento de la economía, pero que refleja también las prioridades de los gobiernos. No se trata sólo de gastar más, sino de gastar mejor. Este es el gran reto al que nos enfrentamos: asegurar la equidad, la solidaridad y la calidad de los servicios.

Nuestro Sistema Nacional de Salud se encuentra en una encrucijada. Tiene una buena base: mantiene sus principios fundacionales —equitativo, solidario, integral y descentralizado—, pero se ha visto dañado por una política de descapitalización relativa, como el aumento de la demanda, la congelación del esfuerzo presupuestario, el sensible aumento del gasto farmacéutico, la formulación de promesas sin cobertura de recursos, etcétera. Es preciso un nuevo impulso para reforzar y modernizar el Sistema Nacional de Salud y abordar con confianza el siglo XXI. Ese es el objetivo del Gobierno y, si me permiten, el objetivo de todos.

La política sanitaria del Gobierno persigue mantener, reforzar y desarrollar el Sistema Nacional de Salud, un sistema universal que llega a todos, equitativo —da más a quien más lo necesita—, solidario —financiado en relación con la capacidad— y de buena calidad. El desarrollo de nuestro sistema pasará por aumentar sus prestaciones, por la calidad de las mismas, por la dotación de más infraestructuras sanitarias, por las tecnologías disponibles, por la investigación. Por su envergadura, el Gobierno está formulando un programa político ambicioso y a largo plazo. En todo caso, se realizará de un modo distinto a como se hacía por el anterior Gobierno. Nosotros hablaremos con las comunidades autónomas y, antes de adoptar cualquier medida de mejora del sistema que incida en sus presupuestos, analizaremos su coste y las posibles vías de financiación. Queremos establecer un nuevo modelo de

diálogo y cooperación entre administraciones, superar los desencuentros y centrarlos en el objetivo común de mejorar el Sistema Nacional de Salud y, sobre todo, la salud de los ciudadanos. En ese sentido, una de mis primeras iniciativas al llegar al ministerio fue mantener una reunión informal con todos los consejeros de las comunidades autónomas para presentarme y transmitirles esa firme voluntad de recuperar el diálogo, tanto por convicción propia como por necesidad, porque así lo demanda el funcionamiento adecuado de nuestro sistema de salud. En esa misma línea, mañana se reúne la Comisión Delegada del Consejo Interterritorial del Servicio Nacional de Salud para preparar la próxima sesión plenaria del consejo, que tendrá lugar el próximo día 16 de junio en Bilbao. Confío en que, a partir de esa reunión, se establezcan las bases de la necesaria cooperación entre administraciones, que nos permitan afrontar conjuntamente la continua mejora del sistema.

Una vez expuestas las bases de partida y el marco de actuación, me centraré a continuación en las líneas más relevantes en las que se articulará la actuación del ministerio durante la legislatura. Tendré, espero, la oportunidad de comparecer ante ustedes más veces, todas aquellas que ustedes requieran, y de modular la actuación en base a los consensos que se produzcan en el seno del Consejo Interterritorial.

Política internacional activa. Nuestras políticas de salud se van a enmarcar en los esfuerzos internacionales y, especialmente, en los esfuerzos de los países de la Unión Europea para mejorar la salud. En la Unión Europea vamos a ser parte activa para mejorar la coordinación de los Estados miembros en anticipar riesgos potenciales —el síndrome respiratorio agudo, amenaza que hemos tenido hace muy pocas semanas, o la gripe— o afrontar riesgos reales, como los derivados de la epidemia de obesidad, del excesivo consumo de alcohol o de los accidentes de tráfico. Vamos a participar activamente en la creación de un espacio sanitario europeo, vamos a trabajar por definir un conjunto de prestaciones común, en garantizar la movilidad de los pacientes y en conseguir los retornos adecuados a la financiación de los servicios que prestamos a los ciudadanos de otros países. Vamos a impulsar como marco global la estrategia de Salud XXI patrocinada por la Organización Mundial de la Salud en colaboración con las comunidades autónomas, pero también vamos a incorporar, y en muchas ocasiones a liderar, otras estrategias de organismos internacionales en ámbitos como la seguridad alimentaria, los trasplantes de órganos o la lucha contra el sida. Vamos a mantener y mejorar la cooperación en salud y las aportaciones hacia los países menos desarrollados, especialmente los de América Latina y aquellos que están sufriendo pandemias que amenazan su propia existencia, como es el caso del sida en los países africanos.

El Gobierno de España tiene la responsabilidad de representar a nuestro país en los foros internacionales

y en las instituciones comunitarias, pero ello no quiere decir que no se deba contar con las comunidades autónomas cuando se trata de debatir temas, cuyas competencias están transferidas, como son la mayor parte de los asuntos de sanidad y salud pública. Por esto, hemos comenzado a poner en marcha una metodología de trabajo que garantice la conformación de criterios y posiciones compartidas de España en los organismos e instituciones internacionales. Para ello, queremos establecer un sistema fluido de información entre todos.

La investigación como puerta del futuro. De todos los objetivos posibles en I+D, el ámbito de la biomedicina y la salud es el que tiene mejor posición de partida en España y, por tanto, mayores posibilidades de éxito. Vamos a propiciar el liderazgo de la investigación en salud. Nuestro país tiene un capital humano en el ámbito de la investigación en salud que puede convertirlo en una potencia investigadora. No sólo cuenta con científicos excelentes de renombre mundial, sino también con una cantera muy importante de jóvenes investigadores, cuyo principal problema ha sido que no han contado con el marco adecuado para desarrollar su labor. Apoyaremos simultáneamente a los excelentes y a los grupos emergentes, jóvenes y nuevos talentos, redefiniendo la política de recursos humanos, de tal manera que se asegure el relevo generacional con una política activa de incorporación de nuevos investigadores. El Gobierno quiere situar la investigación en salud como una prioridad. Para ello, estableceremos una coordinación efectiva con el Plan Nacional de I+D+I, en particular con los ministerios de Educación y Ciencia e Industria, y asociaremos la investigación sanitaria al ámbito internacional, mediante su incorporación real al espacio europeo de investigación. Tenemos la intención de revisar los acuerdos de financiación. De tal manera que lo que la industria farmacéutica invierta en investigación no esté necesariamente vinculado, como hasta ahora, a los excesos del gasto. Asimismo es preciso redefinir el papel de los actores: Administración, investigadores y financiadores y establecer un programa complementario de innovación desde el Sistema Nacional de Salud, en cooperación con la industria sanitaria y con el Ministerio de Industria. También nos parece importante promover acuerdos, entre el sector público y el privado, para el desarrollo de proyectos de I+D+I con intereses mixtos y, a la vez, propiciar una nueva cultura dentro del Sistema Nacional de Salud para el apoyo a emprendedores procedentes de los centros sanitarios.

La racionalización de las estructuras de investigación pasa por la definición de líneas prioritarias apoyadas por una red de centros o unidades de referencia con criterios de excelencia, así como por el fomento de estructuras flexibles, estructuras en red y con capacidad permanente de adaptación. En este ámbito cobra especial importancia la colaboración con las comunidades autónomas, que vamos a reforzar potenciando el papel

del Consejo asesor de la investigación en salud —para incorporar la visión del consejo interterritorial— para que se convierta de verdad en un órgano de asesoramiento en materia de investigación. Para conseguir nuestros objetivos en investigación, entendemos que el Instituto Carlos III debe ser reforzado y actualizado en su organización y en sus funciones. Fomentaremos la investigación de transferencia, no solamente la transferencia efectiva de los resultados de las ciencias básicas a la investigación clínica, sino también la del nuevo conocimiento a la práctica clínica y para la toma de decisiones en los servicios sanitarios. Ajustaremos las prioridades de investigación a nuestra carga de enfermedad, sin menoscabo ni de políticas sociales ni de la necesaria atención a las áreas de conocimiento emergentes. Todo ello con el fin de que la acción política se fundamente siempre en evidencias. Promoveremos alianzas para la promoción de ensayos multicéntricos y para la captación de ensayos importantes hacia centros españoles. Garantizaremos que la asignación de recursos se realice en procesos competitivos, evitando la doble evaluación y fomentaremos acciones de coordinación con comunidades autónomas, universidades, hospitales y el Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

A medio plazo, nuestra intención es revisar el marco en el que se desarrolla la investigación en ciencias de la salud, que tendrá su plasmación en la norma legal correspondiente y que fortalecerá las relaciones entre la investigación básica y la investigación aplicada, entre la universidad, la red sanitaria, la industria y todas las entidades y agentes interesados. La investigación en salud pública y en atención primaria tendrá un papel destacado en nuestra estrategia. Este marco revisado contemplará el reforzamiento de las estructuras de investigación en las que participa el ministerio y desarrollará mecanismos de colaboración eficaces con las comunidades autónomas.

La norma legal a que he hecho referencia dispondrá la creación de una comisión de bioética, que estará constituida por científicos, médicos, investigadores, juristas y personas legas de reconocido prestigio, que asesorarán a las administraciones públicas en todos los aspectos relativos a cuestiones éticas en la aplicación de las ciencias de la salud, que son sin duda cada vez más complejas.

Una de las líneas de futuro en la investigación biomédica es la medicina regenerativa. Es un nuevo concepto que implica la reparación de tejidos u órganos dañados mediante células de origen embrionario, de cordón umbilical o de individuos adultos y que puede permitir encontrar respuestas a los problemas de salud que hoy afectan a millones de personas. El Gobierno apoya decididamente la investigación en este campo. A corto plazo ya hemos adoptado una primera medida, sometiendo a la Comisión nacional de reproducción humana asistida un borrador de decreto para permitir

la investigación con preembriones, que en el marco de la legislación actual permitirá desbloquear esta línea de investigación, regulando los mecanismos de consentimiento de los donantes y la autorización de los proyectos y de los equipos de investigación. Y, de manera inmediata, se promoverá una nueva ley sobre investigación en biomedicina, que ofrezca seguridad y garantías, tanto a la sociedad como a los investigadores, en una materia tan compleja. En este campo, España puede aportar su capacidad investigadora, por lo que el Gobierno apoyará proyectos y equipos de investigación solventes en diferentes centros de investigación, con un planteamiento de trabajo en red que potencie todas nuestras acciones.

También queremos promover en el corto plazo una modificación de la Ley de Reproducción Humana Asistida del año 1988 para adaptarla a las necesidades actuales y poder dar respuesta a las nuevas posibilidades técnicas y a las nuevas demandas sociales. Somos conscientes de que estas cuestiones requieren reflexión y diálogo de la comunidad científica y de los partidos políticos, pero también entendemos la preocupación de los pacientes y de sus familiares, por lo que actuaremos con rigor, pero sin demora. En tanto se modifica la ley, y con carácter urgente, hemos iniciado ya la tramitación de un decreto, remitido a la Comisión de reproducción humana asistida, que ha obtenido su informe favorable para aplicar las condiciones de fecundación e implantación de ovocitos, de manera que tenga en cuenta los problemas reales de los padres y evite generarles más dolor y nuevas dificultades en el proceso reproductivo. En todas estas iniciativas, señorías, tendremos presente siempre el beneficio de los pacientes y buscaremos el más amplio consenso político y social, teniendo en cuenta en todo caso las recomendaciones de los expertos en estas materias.

Política farmacéutica. La incidencia de los medicamentos en la salud, el lugar esencial que ocupan en el proceso asistencial y el peso económico que esta prestación supone en los presupuestos sanitarios implican que la prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud sea uno de los elementos esenciales para el éxito de los objetivos preventivos y curativos de los servicios sanitarios.

Somos conscientes de que disponer de medicamentos eficaces de una manera accesible es fundamental para conservar y mejorar la salud de los ciudadanos. En la actualidad, nuestro sistema financia 10.698 especialidades de las 18.250 registradas a fecha de abril de 2004. El gasto farmacéutico del Sistema Nacional de Salud a través de recetas se ha situado en el año 2003 en una cifra global de 8.940 millones de euros, habiéndose incrementado respecto al año anterior en un 12,8 por ciento. Esta cifra supone ya un 22,4 por ciento del presupuesto sanitario español en el año 2003, al que hay que añadir el 1,5 por ciento con respecto al presupuesto sanitario que supone la atención farmacéutica

en centros hospitalarios. Pero por encima del coste, lo esencial es garantizar la seguridad, la calidad y la eficacia de los medicamentos y promover su uso racional. Los datos más recientes apuntan a una prevalencia de problemas relacionados con los medicamentos en un 33 por ciento de los pacientes que acuden a las urgencias. Esos problemas se podrían prevenir en un 70 por ciento de los casos. Por tanto, no es un problema de gastar menos, sino sobre todo de gastar mejor.

Para garantizar que todos los ciudadanos obtienen del Sistema Nacional de Salud los medicamentos que necesitan y al coste que sea necesario, vamos a elaborar antes del final de este año el Plan estratégico de política farmacéutica. Este plan estratégico, cuya pretensión esencial es la de incrementar la calidad de la prestación farmacéutica en el Servicio Nacional de Salud, tendrá como referente la utilización racional de medicamentos, el impulso a la extensión de las especialidades farmacéuticas genéricas, la implantación de la unidosis en determinados tratamientos, la financiación selectiva de medicamentos en función de su aportación terapéutica para el paciente y la mejora en la información y formación de los médicos para apoyar su labor de prescripción.

Permítanme que me refiera brevemente a la cuestión de la información y formación sobre medicamentos a los médicos por su enorme trascendencia en la calidad de la prescripción farmacéutica. Estoy convencida de que hay que hacer un importante esfuerzo para garantizar que la información que llega al médico sobre los medicamentos es de total calidad e independencia, al tiempo que actualizada, por lo que esta cuestión tendrá una atención preferente en el plan estratégico, con el apoyo de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Las labores que en este sentido desarrollan las compañías farmacéuticas para la promoción de medicamentos han de ser realizadas desde una perspectiva inequívoca de ética, de calidad y de transparencia. Para el desarrollo de esta nueva política de información, vamos a reforzar la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y vamos a revitalizar la Comisión nacional para el uso racional de los medicamentos, inactiva desde el mes de abril del año 2000. Propiciaremos acuerdos con todos los agentes, con los médicos, con los farmacéuticos y con la industria, para conseguir un uso racional de los medicamentos. En la definición de este plan también tendremos en cuenta el cambio de escenario propiciado por la revisión de la legislación farmacéutica europea, que aumenta las competencias de la Agencia Europea del Medicamento y modifica los plazos en materia de patentes. Como SS.SS. saben, dicha modificación supone pasar desde los quince años a un esquema temporal de ocho, más dos, más un año, acortando los tiempos de vigencia de las patentes y, por tanto, adelantando las posibilidades de investigación en genéricos.

Entendemos que la base para una buena salud es cuidar la salud de los niños y los jóvenes, promover la salud y prevenir la enfermedad. La protección de la salud establecida por la Constitución no se consigue con la pasividad de los poderes públicos, sino que requiere la actividad de estos, tanto preventivamente como con una actuación directa cuando hay una falta de salud. Prevenir la enfermedad y los riesgos para la salud abarca un inmenso campo de actuación, desde la promoción de hábitos saludables de vida, hasta la seguridad de los alimentos que consumimos; desde la prevención de riesgos laborales, hasta la seguridad vial; desde la lucha contra el tabaquismo y otras sustancias adictivas, hasta la promoción del consumo responsable; desde la prevención de accidentes domésticos, hasta la salud mental. Una vez que se manifiesta una carencia de salud, los poderes públicos deben luchar con la mayor eficacia por recuperar la salud del afectado. La conjunción de estos dos factores es la que verdaderamente define el derecho a la salud constitucionalmente garantizado y no la visión reduccionista de limitar ese derecho a la asistencia sanitaria. En eso radica una de las claves de la igualdad y equidad en materia de salud que queremos impulsar. Debe incidirse en estas políticas preventivas y de promoción de la salud desde los primeros años de vida. Las acciones deben ya incorporarse definitivamente a la formación de nuestros niños y jóvenes y abarcar desde hábitos nutricionales hasta la prevención de la drogadicción, hasta los primeros auxilios, la sexualidad, los peligros del consumo excesivo de alcohol y los cuidados básicos de salud. En este sentido, vamos a desarrollar acciones conjuntas con el Ministerio de Educación y Ciencia y con las comunidades autónomas, tanto en la definición como en la articulación de estas políticas formativas. También vamos a aprovechar el papel que juega las nuevas tecnologías en el suministro de información a profesores, a familias y a la sociedad en general y en la orientación de la demanda para reforzar la difusión de estos hábitos saludables. La definición de estas estrategias globales de prevención en algunas materias puede traer significativas mejoras, generar sinergias en los sistemas de salud europeos y aportar beneficios a corto plazo. La salud es una de las mejores inversiones a largo plazo, incrementando las dotaciones en salud conseguiremos no sólo una población saludable, sino también bajar los costes a largo plazo de la enfermedad. Los accidentes, como la enfermedad, ocurren. Sin embargo, cuando los accidentes o la enfermedad se deben a causas evitables no podemos resignarnos y quiero recordar aquí que, por ejemplo, el alcohol o la velocidad excesiva están presentes en la mayoría de los accidentes de circulación. Asimismo, en el Día Mundial del Tabaco quiero recordar que el tabaco es causa directa de cánceres, de enfermedades crónicas de pulmón y de enfermedades cardiovasculares y la mala o excesiva alimentación es causa de obesidad y puede provocar diabetes, cáncer y

enfermedades cardiovasculares. La falta de disponibilidad de medidas de prevención de riesgos en el trabajo es causa de múltiples accidentes de trabajo que originan muerte o incapacidad. Todas estas circunstancias son evitables, que se pueden prevenir y entendemos que no puede seguirse tolerando ese coste humano, social y económico. Por ello, queremos incidir en todos estos aspectos.

Plan de Alimentación y Nutrición. Todavía en nuestro siglo para más de 1.000 millones de personas en el planeta el principal problema de salud es el hambre. Sin embargo, al mismo tiempo, en los países desarrollados la nutrición ofrece la otra cara de la moneda. A partir de un cierto nivel de riqueza o de acceso a comida suficiente el problema es conseguir un balance nutricional adecuado, es decir, comer bien, comer lo que necesita el cuerpo para realizar sus funciones. Una dieta pobre en legumbres, en verduras, en frutas, demasiado rica en grasas, proteínas o hidratos de carbono puede provocar enfermedades cardiovasculares importantes y es caldo de cultivo para muchas enfermedades cancerosas. El exceso de peso producirá problemas en el aparato musculoesquelético. En definitiva, si comemos mal perderemos salud y perderemos vida. La obesidad se denomina ya la epidemia de salud del siglo XXI y en nuestro país la obesidad infantil ha evolucionado de manera alarmante. Entre los 4 y los 16 años hemos pasado de un 5 por ciento de niños obesos en 1984 hasta porcentajes superiores al 16 por ciento en la actualidad. El pasado 22 de mayo se aprobó en la 57.ª Asamblea de la Organización Mundial de la Salud la Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, a la que nuestro país ha contribuido de forma importante y que pretende abordar y atajar este problema. La dieta saludable es fundamental para tener buena salud y por eso propondremos a las comunidades autónomas llevar a cabo un Plan de alimentación y nutrición para la salud que tendrá en cuenta, entre otros, problemas específicos como la diabetes y la enfermedad celíaca.

Otro de los principales problemas que condicionan la aparición de enfermedades es el sedentarismo. En España hay un 41,2 por ciento de varones y un 52,2 por ciento de mujeres que declaran no realizar actividad física. El Gobierno promoverá una iniciativa estratégica para la creación del hábito saludable de hacer actividad física habitual.

El tabaquismo es la primera causa evitable de muerte prematura. El consumo de tabaco está relacionado con el cáncer de pulmón, el infarto de miocardio y otras enfermedades graves. En la Unión Europea mueren cada año 650.000 personas a causa del tabaco. El Gobierno impulsará las acciones contenidas en el Plan Nacional de Prevención y Tratamiento de Tabaquismo aprobado por el Gobierno anterior y se centrará, principalmente, en la prevención. Se extremará el rigor en el control de la publicidad y de todos los medios que contribuyen a iniciar en el hábito tabáquico a los más jóve-

nes. Se promoverá la información y la educación para la salud y se estimularán los programas para dejar de fumar. La protección de los no fumadores, ampliando y promoviendo los espacios libres de humo será un capítulo principal de la acción del Gobierno. Asimismo, el Gobierno ha reactivado el proceso de ratificación del Convenio marco de la OMS para el control del tabaco, que se encontraba paralizado.

Reducción de los accidentes de tráfico. La Organización Mundial de la Salud ha llamado la atención este año, en el Día Mundial de la Salud, sobre la epidemia silenciosa de los accidentes de tráfico. En el mundo mueren cada año 1,2 millones de personas por esta causa. En España, los accidentes de tráfico son la primera causa de muerte entre los jóvenes. Es escalofriante, pero cada año mueren más de 5.500 personas y más de 150.000 resultan heridas de consideración. Además del coste humano y social, los accidentes de tráfico generan un coste económico cercano al 2 por ciento del PIB. En la Unión Europea, el coste de los accidentes de tráfico es equivalente a lo que aporta al PIB la industria del automóvil. No podemos ni debemos seguir sopor-tando este dolor para miles de ciudadanos, esta pérdida de años potenciales de vida ni esta sangría económica para las administraciones. El Ministerio de Sanidad y Consumo va a participar de manera relevante en los programas de prevención de accidentes de tráfico que realice el Gobierno, ayudará a alertar a la sociedad sobre este terrible problema y estudiará, con las comunidades autónomas, cómo garantizar las condiciones médicas en la obtención y renovación de los permisos de conducir y otras acciones complementarias. Es preciso también garantizar una atención rápida cuando el accidente se produzca y es preciso realizar un esfuerzo en la recuperación de los heridos, fomentando la investigación en la recuperación de la lesión medular y la mejora en la calidad de vida de los pacientes, contando con centros especializados como el Hospital Nacional de Paraplégicos y con las tareas que realizan las asociaciones de pacientes.

Los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales son causa demasiado frecuente de pérdida de salud y de vidas humanas. En España se producen 41,2 accidentes de trabajo por millón de horas/persona trabajadas, con un aumento en la última década de 7,4 por ciento, pero no sólo debemos prestar atención a las medidas de seguridad o a su falta. Hay otros muchos factores que suponen un riesgo para la salud laboral. Las condiciones medioambientales, el acoso moral o el maltrato psicológico, el consumo de tabaco en los centros de trabajo, entre otros, son factores que perjudican seriamente la salud y frente a los cuales los trabajadores deben ser protegidos. Por ello colaboraremos con las autoridades laborales y con organizaciones sindicales y empresariales, para promover políticas de prevención activas, análisis de riesgos y mecanismos

de coordinación para garantizar una adecuada protección de la salud de los trabajadores.

Señorías, además del énfasis en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, hemos de saber dar respuesta a los problemas de salud más prevalentes, de mayor impacto que afectan a nuestra sociedad. Ello no quiere decir que no vayamos a dedicar nuestro esfuerzo a mejorar también la atención de cualquier enfermedad, trabajando en la investigación, apoyo y docencia en materia de afecciones poco comunes a través del Instituto de Enfermedades Raras.

Por no extenderme, aunque si SS.SS. desean mayor concreción lo haré en el segundo turno de palabra, nuestras acciones, en colaboración con las comunidades autónomas, se van a centrar en promover la salud mental, en la que adoptaremos una iniciativa estratégica que impulse las actividades de prevención, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación y reinserción social; en las enfermedades cardiovasculares, en las que realizaremos un importante esfuerzo en la aplicación del Plan integral de cardiopatía isquémica; en el cáncer, en el que el Gobierno impulsará un plan integral contra el cáncer en el que la atención integral a los enfermos y el fomento de la investigación serán las prioridades; en la diabetes, en la que se promoverá una iniciativa nacional para la atención integral de la diabetes y se facilitarán las nuevas líneas de investigación, en particular con células madre; para las demencias, incluida la enfermedad de Alzheimer, donde también se impulsará una iniciativa nacional para la atención integral de enfermos de Alzheimer y otras demencias, y se promoverá la investigación en este campo; frente al sida, donde creemos que lo importante es no bajar la guardia en la prevención del contagio y mantener activas las acciones preventivas que tan eficaces se han mostrado en el control de la epidemia, frente a los trastornos graves del comportamiento alimentario, como la anorexia y la bulimia, donde desarrollaremos programas de detección y tratamiento precoz en la atención primaria y con programas de atención especializada suficiente en toda la red asistencial.

El reto de la dependencia. Como he señalado anteriormente, la alteración de la pirámide de población implica una mayor exigencia de recursos para la atención de enfermedades asociadas a la edad. La dependencia y el envejecimiento no pueden considerarse términos sinónimos, pero es evidente que el segundo incrementa de forma notoria la banda de población dependiente. Tampoco debemos olvidar las personas que padecen minusvalías y que tienen enormes dificultades para trasladarse o para realizar cualquier gestión. Las dificultades en mayor o menor grado para andar, para ver, para hablar, para subir escaleras, para comunicarse afectan a 3,5 millones de personas en España, casi el 9 por ciento de nuestra población, de las cuales el 58 por ciento son mujeres y casi 2 millones son mayores de 65 años. Estas personas tienen muchas veces, ade-

más, problemas específicos de salud derivados de su minusvalía, de su deficiencia o de su discapacidad y, por ello, es necesario potenciar no sólo los aspectos sociales sino aquellos sanitarios y de investigación que puedan colaborar a mejorar su estado de salud. El hecho de vivir más años no significa que estemos manteniendo la calidad de vida de las personas dependientes. Como ya se dijo en el año 1999, que como SS. SS. recordarán fue declarado por la Organización Mundial de la Salud el Año Mundial de las Personas Mayores, no basta con llenar la vida de años, sino que hay que llenar los años de vida. El crecimiento del número de personas dependientes coincide en el tiempo con el cambio de modelo de cuidados a través de la familia, por el papel diferente que hoy tienen sus miembros. Estos cambios generan una alta presión sobre el sistema hospitalario. Las personas dependientes requieren atenciones que a veces la familia no puede facilitar, además de padecer problemas económicos que en la mayoría de los casos impiden hacer frente al coste generado por la propia dependencia. El modelo de asistencia basado exclusivamente en el apoyo familiar no puede seguir sosteniéndose. En nuestros días el reto de la dependencia traspasa el ámbito de la salud para constituirse en un problema sociosanitario que debe ser abordado con la más amplia base política y social posible. Desde esta perspectiva, vamos a trabajar con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social para definir un modelo de protección y asistencia de todas las dependencias con un horizonte de implantación a medio plazo.

El Plan Nacional sobre Drogas. El Gobierno quiere dar un impulso a la prevención y el tratamiento integral de las drogodependencias y, por eso, este plan ha vuelto al Ministerio de Sanidad y Consumo. La adscripción del plan a este departamento supone potenciar los aspectos sanitarios de la problemática de la drogadicción, poniendo el énfasis en las cuestiones relacionadas con la coordinación de las actividades de prevención así como con las relacionadas con la asistencia, la reparación del daño y la reinserción de los drogodependientes, separando claramente esta problemática de los asuntos relacionados con la producción y distribución de drogas y, por tanto, con las cuestiones relacionadas con el tráfico ilícito. La incorporación del plan sobre drogas a la estructura del departamento de Sanidad y Consumo permite coordinar sus actuaciones con el resto de los centros directivos y, en particular, con la Dirección General de Salud Pública y el Instituto Carlos III. En ese sentido, cabe destacar la posibilidad de desarrollar actuaciones coordinadas con la Dirección General de Salud Pública frente a determinados consumos de sustancias legales que también producen adicción como el tabaco y el alcohol y sobre su incidencia en la salud de la población. En relación con este tema se van a desarrollar y potenciar líneas de investigación tanto básica como aplicada de los efectos de las drogas sobre la salud de la población, incluyendo esas

nuevas drogas llamadas de diseño. La adscripción del plan sobre drogas al Ministerio de Sanidad y Consumo también facilitará la incorporación a los foros sectoriales de coordinación interautonómica, singularmente al consejo interterritorial, incrementando la cooperación entre administraciones en este ámbito. Desde este plan continuaremos trabajando en el marco de la estrategia europea sobre drogas 2000-2004, en el que se aborda la problemática de la droga desde una perspectiva integral, global, bi-interdisciplinar y equilibrada. Como saben, en esta estrategia europea sobre drogas se incluyen tanto las drogas ilegales como las sustancias adictivas legales, se contempla la reducción de la demanda, el control de la oferta y la cooperación internacional y se fija la prioridad en la prevención del consumo y en la reducción de las consecuencias adversas derivadas del mismo. Participaremos en la elaboración de la futura estrategia europea sobre drogas que se adoptará en diciembre de 2004 y que sustituirá a esta estrategia europea 2000-2004.

En segundo lugar, fomentaremos la investigación. El avance de las nuevas drogas de diseño junto con los cambios en los patrones epidemiológicos del consumo obligan a estar permanentemente en la vanguardia de las innovaciones.

En tercer lugar, potenciaremos los sistemas de información: por un lado, en lo que se refiere a la mejora y profundización de los sistemas de información con que cuenta el Observatorio español sobre drogas, que permiten conocer con la mayor profundidad posible la distribución de la drogodependencia en la población y, por otro, se van a incrementar las acciones destinadas a la sensibilización social acerca de la drogodependencia.

En cuarto lugar, otra línea de actuación será el mantenimiento de la estrategia nacional sobre drogas 2000-2008, en colaboración con las comunidades autónomas y las corporaciones locales y orientada, como la estrategia europea, a la reducción de la demanda, el control de la oferta y la cooperación internacional. También vamos a continuar apoyando las actuaciones con organizaciones no gubernamentales, subvencionando proyectos de formación, de programas de prevención, de sensibilización y de mantenimiento de dispositivos de atención dirigidos a drogodependientes, y quiero citar aquí entre estas organizaciones el Proyecto Hombre, Cruz Roja, la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, etcétera. También vamos a mantener y potenciar las actuaciones con los municipios mediante convenios, como el firmado hace muy pocos días con la Federación Española de Municipios y Provincias.

Por último, vamos a desarrollar una línea de actuación mediante la que se incorporen a nuestras estrategias del Plan Nacional sobre Drogas las decisiones, conclusiones y recomendaciones de la Comisión Mixta Congreso-Senado para el estudio del problema de las drogas.

Queremos construir una sanidad más segura, más eficaz, más confortable y más ágil, una sanidad sostenible. Señorías, la respuesta a los problemas de salud requiere de un sistema sanitario sólido y bien estructurado. Eso pasa por la dotación suficiente de recursos, el control de los gastos y una buena cooperación entre las comunidades autónomas y de estas con la Administración Central del Estado. Asegurar la equidad, la solidaridad y la calidad de la atención sanitaria con un presupuesto de salud limitado es uno de los mayores retos para todos los Estados miembros de la Unión Europea.

Cuando consideramos los costes de la salud siempre nos fijamos en las previsiones para la atención sanitaria, pero debemos considerar también los costes de la enfermedad. Si el costo de la atención parece alto, más alto lo es el de la no salud. En la Unión Europea de los Quince los costes asociados a los accidentes cardiovasculares, del orden de 100.000 millones de euros, cuestan tanto como todo el presupuesto de la Unión Europea. A corto plazo una vía para adecuar los costes a los recursos es incrementar la eficiencia de las actuaciones sanitarias, y para ello lo mejor es invertir en calidad, porque lo que realmente importa no es sólo qué proporción del PIB se gasta, sino también en qué y cómo se gasta el dinero y cuántos y cuáles son los beneficios que se obtienen.

En nuestro país hay mucho que ganar incrementando la cooperación entre sistemas de salud, estableciendo por ejemplo redes de centros de referencia para tratamientos especializados, porque en ocasiones es más efectivo tratar pacientes de ciertas enfermedades poco frecuentes o ubicar algunas tecnologías altamente especializadas en algunos centros que pretender extenderlas a todas y cada una de las comunidades, y no sólo, ni siquiera fundamentalmente, por razones de coste, sino para garantizar mejor las condiciones de seguridad y efectividad exigibles. Más que hablar de competencia tenemos que hablar de coordinación y de cooperación. Es importante que los servicios de salud se complementen para beneficio de los pacientes, de los profesionales y de los ciudadanos, y en este sentido tenemos ya buenos ejemplos de cooperación entre comunidades autónomas.

Conocimiento, capacidad y buenas prácticas, establecer redes de centros y servicios de referencia nacionales y europeos donde se focalicen tratamientos especializados es una de las medidas que pueden ayudarnos a emplear mejor nuestros recursos. Ahora bien, si queremos aumentar la calidad de los servicios con una demanda creciente es preciso aumentar los recursos. En los últimos años el gasto sanitario público en relación con el PIB se ha mantenido estable o ha disminuido y, al mismo tiempo, el gasto farmacéutico ha crecido en una proporción muy superior al del incremento del presupuesto anual. Esta evolución está provocando dificultades para el mantenimiento de la

calidad de los servicios, ya que la población es cada vez más mayor, consume más servicios, las tecnologías se pueden aplicar a más personas y, además, hay nuevas tecnologías complejas y costosas que resuelven problemas de salud que antes no se podían atender. Es preciso que la sociedad asuma un orden de prioridades. El Gobierno de España entiende que la sanidad no ha sido la prioridad en estos últimos ocho años y, por ello, se ha producido una descapitalización relativa, un desgaste de las infraestructuras y una sensación de agotamiento en muchos profesionales sanitarios. Nosotros queremos priorizar la sanidad y estamos firmemente comprometidos a garantizar la sostenibilidad del sistema, moderando el crecimiento del gasto farmacéutico, promoviendo iniciativas que mejoren la eficiencia en el uso de los recursos, en colaboración con las comunidades autónomas, y estimulando una dotación suficiente en los presupuestos destinados a la sanidad. Determinados elementos, como los aumentos de población o los desplazados, están generando tensiones financieras en algunas comunidades autónomas; significativamente en Madrid y en Cataluña, así como en otras comunidades de gran afluencia turística o de llegada masiva de inmigrantes, como puede ser el caso de Canarias. La insuficiencia financiera parece afectar a gran parte de las comunidades autónomas, si bien en muy distintos grados y por diversas razones. En este sentido analizaremos la información derivada de la primera liquidación del nuevo modelo de financiación prevista para el próximo otoño, así como si ya deben actuar los mecanismos de asignación de nivelación previstos en la LOFCA, y todo ello desde la perspectiva, como es obvio, de que en ningún caso habrá merma de financiación de unas comunidades para aumento de otras. Por otra parte, si el diseño del sistema de financiación, aprobado en el año 2001, incorpora elementos cuya evolución no se produce como se preveía y ello conlleva insuficiencias financieras, será preciso estudiar su posible revisión en el marco del Consejo Interterritorial y del Consejo de Política Fiscal y Financiera. Cuestión distinta es el aumento de servicios y prestaciones adoptado por las comunidades en el uso de sus competencias y la eventual tensión entre gasto y financiación que ello les pudiera haber generado, especialmente en relación con el grado de corresponsabilidad fiscal asumido o con la gestión de los servicios prestados a los desplazados de otros países. Las insuficiencias financieras derivadas de estas circunstancias nada tienen que ver con el modelo de financiación vigente, ni con la necesidad o exigencia de financiación adicional con cargo a recursos estatales.

Sistemas de información. La información y transparencia son básicas por muy distintos motivos; en primer lugar, por un deber hacia nuestros ciudadanos y por salud democrática, pero también porque la información, los datos y las estadísticas son instrumentos esenciales para conocer la salud de nuestros ciudadanos, atender a

sus demandas y tomar las decisiones adecuadas en cada momento. Es fundamental disponer de una información fiable y que la misma esté al alcance de los gestores y los ciudadanos, de los usuarios, de los profesionales, de los investigadores y de los analistas, de los agentes sociales y de los empleados públicos, bajo criterios de transparencia y neutralidad de la información, de modo que cualquier persona pueda conocer objetivamente cómo funciona el Sistema Nacional de Salud. La información sobre los sistemas de salud es vital. Ello aumenta la capacidad de los ciudadanos para utilizar los sistemas de salud, de los profesionales para hacer diagnósticos, tratamientos o consultas y de las autoridades sanitarias para planificar y gestionar los sistemas globalmente. Por todo ello, la información sanitaria es una función especialmente sensible y hay que establecer una estrategia que desarrolle esta información para el futuro y desde la perspectiva de los que formulan las políticas de los gestores, de los profesionales y de los pacientes, y teniendo en cuenta el relevante trabajo que ya han hecho la OMS y la OCDE. La tarjeta sanitaria y la receta electrónica, la información sobre flujo de pacientes, los sistemas de vigilancia epidemiológica tradicionales y los nuevos sistemas para hacer frente a los nuevos problemas de salud tendrán que formar parte de ese nuevo sistema de información pero, en todo caso, garantizaremos la confidencialidad y que la información no se utilice con fines distintos a los de una mejora de la atención a los pacientes y la seguridad de la población.

También nos parece importante ofrecer a los pacientes y a la población la información detallada del coste de los servicios para contribuir a crear una conciencia del valor de los servicios sanitarios públicos y de la necesidad de un uso responsable de los mismos.

El Gobierno se compromete a publicar anualmente un informe sobre el Sistema Nacional de Salud y otro informe sobre la salud de los españoles. Para impulsar la calidad y la equidad en el Sistema Nacional de Salud se hará un esfuerzo principal a través del Fondo de Cohesión, que deberá facilitar la garantía del desplazamiento de los pacientes y el desarrollo de políticas integradoras. En el ámbito de gestión del ministerio el Instituto de Gestión Sanitaria tiene prevista la mejora en las infraestructuras y en el funcionamiento de los servicios, particularmente en Ceuta y Melilla, que son ya ámbitos de actuación. En cuanto a las infraestructuras, se procederá a reforzar las inversiones con actuaciones específicas en estas dos ciudades autónomas, y también se mejorarán los servicios, especialmente los de transporte sanitario.

Los ciudadanos, señorías, demandan una atención sanitaria de respuesta rápida y eficaz, y además de calidad en sus contenidos y en forma de atención. En la medida en la que entre todos seamos capaces de garantizar la sostenibilidad del sistema podremos abordar la mejora de estándares en los servicios y progresivamen-

te algunas prestaciones nuevas que podrán financiarse por la sanidad pública. Sin embargo, con carácter previo a cualquier decisión, que siempre se adoptará conjuntamente con las comunidades autónomas y con un horizonte a medio plazo, debemos estudiar, tanto en su contenido como en su coste, las medidas en relación con la calidad y seguridad de atención; los plazos máximos de espera; el tiempo disponible para los pacientes; las condiciones de hospitalización; la atención médica especializada para personas autistas; la atención bucodental para personas discapacitadas y para niños; la geriatría y los servicios sociosanitarios; la salud de los jóvenes; la atención médica en los programas de integración laboral para dependientes; el programa de atención para las enfermedades crónicas o la posible financiación de intervenciones de refracción visual. Igualmente tendremos que realizar un esfuerzo adicional en consolidar los derechos de los pacientes, de manera que los derechos a la intimidad, la dignidad y la autonomía de los mismos sean especialmente garantizados y se impulsen medidas para su generalización.

Quisiera ahora dedicar unas palabras a mujer y salud, porque es preciso abordar la atención a la salud con una perspectiva de género. Las mujeres tienen riesgos específicos y una carga de enfermedad mayor, debido en buena medida a la doble jornada y a su responsabilidad en el cuidado de la familia, de los mayores y de los enfermos. En efecto, sin perjuicio de que no siempre se pueda ni se deba transferir al Estado las responsabilidades individuales, hoy también se demanda al Estado que provea servicios asistenciales que colaboren en la atención de las personas en tareas que hasta hace poco eran asumidas exclusivamente en el entorno familiar y profesional de las mujeres, que eran y continúan siendo quienes cargan básicamente con la atención a enfermos dependientes crónicos o terminales.

Nuestra encuesta nacional de salud muestra cómo la mujer siente su estado de salud peor que el varón, y también hay indicios de que su acceso a los cuidados de salud especializados es menor que en los varones. Por ello el Gobierno quiere promover una iniciativa estratégica para prestar una atención adecuada a la salud de las mujeres, incorporando la perspectiva de género a los problemas de salud. Así, a título de ejemplo, actuaremos con medidas sobre prevención de malformaciones neonatales, atención a la infertilidad, y en general todo lo que se refiere a la salud reproductiva, prevención de las patologías prevalentes cardiovasculares, alteraciones de la salud mental, trastornos específicos, y en particular una atención especial a la osteoporosis para la que promoveremos medidas de prevención e información, como pueden ser las relativas a la ingesta de calcio. También promoveremos acciones y refuerzo de difusión de los protocolos ya definidos en los servicios de atención primaria para cuando se presentan casos de violencia de género. Por último, apoyaremos

la difusión de conocimientos sobre el cáncer de mama, una enfermedad que afecta en nuestro país a una de cada diez mujeres, así como acciones específicas para promover la prevención y el rápido diagnóstico de esta enfermedad.

El Gobierno entiende que los profesionales son la clave del Sistema Nacional de Salud. Si los profesionales están bien formados y motivados, será posible prestar un servicio de calidad. Los profesionales han visto cómo paulatinamente las condiciones de prestación de su trabajo en tiempo de atención, en medios, en formación, en carrera profesional, han empeorado y su grado de insatisfacción es creciente. Nuestros profesionales constituyen el mejor capital de nuestro Sistema Nacional de Salud y debemos potenciarlo, por ello vamos a impulsar decididamente la carrera profesional en las instituciones sanitarias. Vamos a reforzar los planes de formación continuada. Los médicos, los enfermeros y todas las profesiones y trabajadores sanitarios tienen que poder acceder a programas de formación permanente en jornada retribuida. También debemos actuar sobre los medios técnicos y humanos que alivien de tareas burocráticas para potenciar el ejercicio de la profesión y garanticen una mayor disponibilidad de tiempo para los enfermos. Sorprende, por ejemplo, que más del 30 por ciento de las consultas de atención primaria son exclusivamente para expedición de recetas. En algunas profesiones y en algunas especialidades existe dificultad para contratar nuevos profesionales. En algunas ocasiones los servicios de salud no pueden hacer frente a la cobertura de plazas y ello repercute negativamente en la atención de los pacientes. Por ello nos comprometemos a impulsar el proceso heredado de la oferta pública de empleo especial del antiguo Insalud. La extrema complejidad del proceso de selección y provisión que diseña la Ley, el elevado número de convocatorias que se están gestionando, con más de 30.000 plazas convocadas y los numerosos aspirantes admitidos, más de 300.000, implican que es previsible que este procedimiento se prolongue durante todo el año actual y que no pueda estar finalizado hasta mediados del año 2005.

En lo relativo al acceso al título en especialidades de nueva creación, queremos dar un impulso adicional al proceso, y en la medida de lo posible acortar los plazos previstos que prácticamente se demorarán hasta el año 2006. El próximo 16 de junio se propondrá la constitución en el seno del Consejo Interterritorial de la Comisión de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud, que permita abordar asuntos tan importantes como aprobar la oferta de la convocatoria MIR, el diseño troncal de las especialidades en ciencias de la salud, el estatuto del residente o la aplicación a los centros sanitarios de la jornada máxima de 48 horas semanales. Finalmente, seguiremos potenciando los servicios de sanidad exterior, donde incrementaremos los efectivos, tanto para paliar la carencia de medios personales como

para reforzar paulatinamente las unidades de sanidad exterior, de tal modo que se encuentren mejor dotadas de cara al incremento de riesgos de los últimos años. En este sentido, ya este año se han incluido en la oferta de empleo 46 plazas para los servicios de sanidad exterior.

Las modificaciones normativas que han introducido la Ley del estatuto marco y la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias van a obligar a afrontar de manera inmediata una labor de desarrollo reglamentario de singular importancia, porque debe abordarse, a título de ejemplo, la nueva estructura de especialidades médicas y del resto de las profesiones sanitarias; definir la relación laboral especial de residencia; aprobar los requisitos de acreditación de las unidades docentes y de los programas de formación de las distintas especialidades; determinar el sistema de reconocimiento profesional de títulos extranjeros; constituir la nueva Comisión de formación continuada de las profesiones sanitarias o la Comisión consultiva profesional, órgano en el que están presentes los colegios y asociaciones científicas. En definitiva, un complejo y en ocasiones delicado proceso de desarrollo de las normas en materia de profesiones sanitarias que el Gobierno está decidido a llevar a cabo previo diálogo con todos los agentes implicados, singularmente las comunidades autónomas, los profesionales sanitarios y las asociaciones y sindicatos.

Defender los derechos de los consumidores. La defensa de los derechos de los consumidores es un objetivo prioritario tanto desde el punto de vista económico como desde el punto de vista de la propia seguridad de los consumidores. En los últimos años, los únicos avances significativos en materia de protección al consumidor han venido por la vía de la trasposición de directivas comunitarias, dado que la actuación del Gobierno se ha caracterizado por actuar a remolque de la actualidad, con un alto grado de improvisación y con cierta propensión a proteger intereses empresariales y comerciales en detrimento de los derechos y garantías de los consumidores. Ello ha tenido como consecuencia que a día de hoy nos encontramos con carencias en materia de protección al consumidor en sectores estratégicos y que afectan a la práctica totalidad de la población, como son los servicios financieros y fundamentalmente las empresas con precios regulados. La información protege al consumidor, aumenta su nivel de exigencia y permite un consumo responsable con conocimiento del bien o servicio que se adquiere. En este sentido, el Gobierno va a exigir mayor claridad en la información que se proporciona al consumidor, incluidas las formas de reclamación; va a revisar las cláusulas de los contratos de adhesión en los servicios que más afectan a los ciudadanos: el agua, la luz, el teléfono, el gas, los servicios bancarios; va a establecer que los requisitos y formas de contratación sean idénticos en las altas que en las bajas de los servicios. Asimismo, se van a reforzar los mecanismos para prevenir y tratar

el sobreendeudamiento de los consumidores con iniciativas que incorporen aspectos preventivos tales como la prohibición del perfeccionamiento de los contratos fuera de establecimientos, una regulación más clara del desistimiento y la prohibición de exigir al consumidor garantías de pago de créditos mediante letra de cambio, cheque o pagaré. También aspectos de solución del conflicto cuando esto se plantee, tales como instrumentos de mediación y solución extrajudicial con incorporación de un arbitraje específico y con la puesta en marcha de planes de saneamiento económico. También impulsaremos nuevas normas sobre seguridad general de los productos, exigiendo la incorporación de nuevas medidas de protección de accidentes domésticos; seguiremos impulsando y evaluando los sistemas de control e inspección y promoveremos estrategias para desarrollar los códigos de buenas prácticas.

El Gobierno, en colaboración con las comunidades autónomas y ayuntamientos, quiere fortalecer el sistema arbitral de consumo. El crecimiento de las solicitudes de arbitraje pone de relieve la confianza de los consumidores en el modelo, pero también evidencia el aumento de la conflictividad en determinados sectores. La reciente Ley de Arbitraje debe acompañarse, en nuestra opinión, de otro conjunto de medidas que la conviertan en lo que debe ser, un instrumento de protección de los consumidores, un procedimiento cuasi judicial, moderno, cualificado y eficaz que resuelve conflictos entre consumidores y empresas o profesionales. Pero además hay que adoptar medidas complementarias. La gran mayoría de reclamaciones, en torno al 50 ó 60 por ciento, se produce en el ámbito de las empresas con precios regulados —teléfono, agua, luz— y dentro de ellos especialmente con la telefonía, fija y móvil. Estas empresas, como en general todas aquellas grandes empresas por volumen de usuarios en las que predominan los contratos de adhesión, mantienen respecto a los consumidores una relación de poder, que exacerba la ya habitual asimetría en las relaciones entre empresas y consumidores. Además, cuando se dan servicios de baja calidad o los consumidores resultan afectados por una información deficiente, una publicidad engañosa o prácticas comerciales o de servicio reprobables, el recurso al arbitraje no siempre es factible, ya que es habitual que la adhesión de las empresas al sistema de arbitraje no sea absoluta, antes al contrario, la mayoría de las reclamaciones no llegan a término, porque la adhesión de estas empresas está excesivamente autolimitada por cláusulas que la propia empresa establece en el momento de su adhesión, bien por materias, bien —lo más habitual— por cuantía de la reclamación mínima. Por ello nos parece que en orden a proteger el bien jurídico superior que son los derechos de los consumidores, la Administración debería avanzar en algunas vías, como pudiera ser la revisión del contenido de los contratos o la exigencia a toda empresa o profesional que preste servicios a la

Administración o que contrate con ella de que tanto la empresa contratista como cualquier otra de su grupo estén adheridas sin limitación alguna al sistema arbitral de consumo. También creemos que hay modos complementarios de estimular la adhesión al sistema arbitral como pudiera ser el estudio de que aquellas empresas o profesionales adheridos al arbitraje de consumo puedan obtener una calificación específica a la hora de contratar con la Administración.

Finalmente, quiero señalar que existe ya desde hace un año una habilitación al Gobierno para refundir en un único texto la Ley general para la defensa de los consumidores y usuarios y las normas de trasposición de las directivas comunitarias en la materia. En este sentido, y coincidiendo con el vigésimo aniversario de esta ley, les anuncio que el Gobierno hará uso de esta habilitación para formular el texto refundido de la Ley general para la defensa de los consumidores y usuarios en el menor plazo posible. Igualmente existe un conjunto de directivas pendientes de incorporar a nuestro derecho y también una serie de proyectos normativos de etiquetado, de servicios de tarificación adicional, de envases, de residuos que deberán ser aprobados en los próximos meses. Para que la defensa de los derechos de los consumidores sea eficaz es preciso contar con las asociaciones de consumidores y usuarios, y por eso además de la representación a través del Consejo promoveremos una normativa que establecerá el marco jurídico de estas asociaciones. De otra parte, se estudiará, además de ese consejo de consumidores y usuarios, la conveniencia de crear una figura específica que potencie la defensa de los derechos colectivos de los consumidores.

La garantía de seguridad alimentaria. Ya hemos tratado esta cuestión desde otra perspectiva, especialmente en lo relativo a la dieta y salud, pero hay aspectos relevantes en lo que se refiere a la seguridad alimentaria como sus implicaciones en materia de consumo, la importancia para el consumidor, para su seguridad y para su salud. Generar conocimiento, facilitar al consumidor el acceso a la información sobre seguridad alimentaria y la rápida y eficaz gestión de las alertas son las claves sobre las que van a pivotar las actuaciones en esta materia. La información destinada al ciudadano ha de ser siempre actualizada y transparente, muy especialmente durante los periodos de crisis, pero es importante también mantener una información regular y constante sobre la adecuada conservación y la preparación de los alimentos y sobre cualquier tema de actualidad relacionado con la seguridad alimentaria de forma independiente, a la vez inteligible y al alcance de todos. La información permite además combatir mitos y falsas creencias en materia de alimentos, optar por hábitos alimentarios más saludables y condicionar la opción de compra de productos alimenticios manejando información objetiva e interpretando correctamente el etiquetado. Todo este esfuerzo de comunicación no

sólo aumenta el nivel de exigencia del consumidor, sino que permite evitar crisis generadas por una insuficiente e inadecuada información, y al mismo tiempo mejora la participación del consumidor en el último eslabón de la cadena alimentaria. La trazabilidad de los alimentos, la paulatina incorporación de información adicional a su etiquetado y el funcionamiento rápido y eficaz de la red de alerta son garantías adicionales para el consumidor.

La aceptación por la 57.ª Asamblea de la Organización Mundial de la Salud de la propuesta española sobre la creación y funcionamiento de la Red global de seguridad alimentaria —Infosan— es indicativa de que podemos liderar la seguridad alimentaria, y por ello el Gobierno va a desarrollar una nueva concepción de la agencia, garantizando su independencia y excelencia científica y potenciando su cooperación con las comunidades autónomas y los organismos internacionales.

Cuanto les he venido señalando a lo largo de esta comparecencia se verá recogido en el Plan de calidad e igualdad para la mejora del Sistema Nacional de Salud que comprometió el presidente del Gobierno en su discurso de investidura. Tal como señaló José Luis Rodríguez Zapatero, el Gobierno, a través del Ministerio de Sanidad y mediante acuerdo con las comunidades autónomas, llevará adelante este plan que asegure el acceso a sus prestaciones en condiciones de igualdad en todo el territorio nacional. Las líneas de actuación que les he expuesto responden a ese objetivo, y por ello a manera de resumen actuaremos modificando la Ley de reproducción asistida, potenciando la investigación y aprobando una ley sobre investigación biomédica, ampliando y fortaleciendo nuestra presencia en los organismos internacionales, sobre todo en los de cooperación con los países menos desarrollados, siendo beligerantes contra el tabaquismo, potenciando la salud laboral y la prevención de riesgos y desarrollando, en fin y en colaboración con las comunidades autónomas, el Plan de calidad e igualdad del Sistema Nacional de Salud.

No quiero terminar sin señalar lo fundamental: el centro del Ministerio de Sanidad y Consumo es el ciudadano. Todo nuestro trabajo, toda la planificación y toda la gestión tienen que orientarse a la misión de mejorar la salud de los ciudadanos. Investigamos para los ciudadanos, para mejorar su salud y su calidad de vida. Diseñamos la política farmacéutica para que por encima de todo los ciudadanos dispongan de los medicamentos que necesiten. Ampliamos las prestaciones del Servicio Nacional de Salud para atender sus enfermedades y para que recuperen su salud. Mejoramos la calidad del sistema para que todos los ciudadanos dispongan de una sanidad más segura, más confortable y más eficaz. Aumentamos los derechos y la seguridad de los bienes y servicios para que puedan consumir con seguridad, con protección y responsablemente. Para cumplir nuestra misión son clave las comunidades autónomas y la Unión Europea. Reconocer este papel de las comunidades autónomas y ser consciente de la

necesidad de trabajar desde la cooperación y desde el diálogo, es una garantía de éxito del sistema. Tampoco debemos olvidar el papel de las asociaciones de pacientes y de consumidores, de los profesionales, de las organizaciones sindicales y empresariales y de todos los agentes que intervienen en el sistema sanitario. Todo lo que pretendemos hacer tiene que llevarse a cabo en coalición con la sociedad; atentos a las demandas sociales; respetuosos con las opiniones de todos; transparentes en la política informativa y prudentes, pero también firmes, en la toma de decisiones. En esta tarea es fundamental la labor parlamentaria, y por ello, señorías, quiero anticiparles mi compromiso en realizar una tarea basada en el diálogo, en la lealtad y en el rigor.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señora ministra.

Esperamos que su extensa intervención se haya podido producir sin excesiva quiebra de la salud de su voz. A continuación procede dar la palabra a los señores representantes de los grupos políticos que han pedido la comparecencia de la señora ministra con una advertencia previa: la exposición de la señora ministra ha sido extensa, y por tanto la Presidencia será generosa con el uso de los tiempos, si bien hago una llamada a la mesura y a la ponderación de los señores portavoces para que tampoco nos vayamos a unas horas excesivas; quizá lo prudente sea un cuarto de hora, teniendo en cuenta que siempre se suelen estirar un poco los tiempos por parte de quien interviene.

En primer lugar, tiene la palabra el portavoz del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso, señor Mingo.

El señor **MINGO ZAPATERO**: Buenas tardes a todos, señoras y señores.

Quiero que mis primeras palabras, señora presidenta, sea transmitir a la portavoz del Grupo Parlamentario Socialista y a los miembros de la Mesa nuestro deseo de un pronto restablecimiento del señor Arola, secretario primero de la Mesa, y que rápidamente pueda reincorporarse a las labores parlamentarias. El Grupo Parlamentario Popular hace esta petición, como es natural, al que fue antiguo portavoz del Grupo Parlamentario Socialista en la pasada legislatura.

En segundo lugar, señora ministra, bienvenida a esta Comisión de Sanidad y Consumo en su primera intervención en el Parlamento y espero que sea la primera de otras muchas, como usted ha dicho. La verdad es que esperábamos —y esperaba personalmente— esta comparecencia con cierta curiosidad, porque hasta ahora usted ha sido de las pocas ministras del Gobierno que ha estado en silencio. Hemos oído al presidente del Gobierno, señor Rodríguez Zapatero, hablar de sanidad durante 30 segundos en su debate de investidura. Hemos oído a personas de su equipo, a consejeros de su

partido político, hacer declaraciones distintas, en otras ocasiones distantes y en alguna ocasión también contradictorias. Esta es la primera vez que usted nos hace una exposición larga, de hora y cuarto. La verdad es que el análisis que hago de la misma, señora ministra, es que ha habido dos partes completamente distintas en su intervención. Aquella parte más política fuera de la sanidad en la que usted hace oposición al Gobierno anterior; se transforma usted en vez de en ministra en oposición de la supuesta ministra anterior o de las ministras del Gobierno Popular en estos ocho años, y ahí pone fuego y pasión y da cifras que creo están fuera de tono. Tengo la impresión, señora ministra, que se ha quedado usted en 1996 y que el análisis que hace del Sistema Nacional de Salud es el que había en 1996. El resto de su intervención es hecha por los técnicos; habla de definiciones, algunas copiadas de libros que conocemos bien, tanto en la investigación como en la política farmacéutica, como en la salud pública, como en prevención, como en información, como en calidad, como en cohesión. Todo ello es una continuación del Gobierno del Partido Popular, y en esta parte usted pone menos pasión, menos conocimiento. Señora ministra, yo le aseguro que tenía dudas, pero con su intervención lo tengo ya muy claro: usted y yo vamos a tener a lo largo de la presente legislatura muchísimas peleas por cifras, muchísimas discusiones en virtud de cómo han sido los ocho años de Gobierno del Partido Popular. Tengo la impresión de que tiene usted que aprender mucho, porque de sanidad no sabe usted nada, señora ministra. Yo le felicito a usted a título individual porque ha alcanzado un importante puesto: ser ministra de Sanidad y Consumo del Reino de España; le felicito a usted personalmente, pero tengo bastantes dudas, porque si usted dice que la herencia que ha recibido en mayo del año 2004 es peor que la herencia del Sistema Nacional de Salud que dejaron ustedes en 1996, cuando usted dejó responsabilidades de Gobierno, usted no conoce para nada el Sistema Nacional de Salud español.

Quiero hacerle algunas preguntas en relación con su intervención, señora ministra, porque el Grupo Parlamentario Popular quiere concreción, no solamente porque probablemente sea el único grupo de la oposición, sino porque representamos a muchos millones de españoles y sobre todo porque estamos interesados, no solamente desde el punto de vista personal y político sino también desde el punto de vista profesional, por la salud de los ciudadanos.

En primer término la financiación sanitaria, tema en el que el Partido Socialista ha sido tan crítico y también tan generoso en la pasada legislatura cuando estaba en la oposición. Cuando se trata de financiación sanitaria, señora ministra, ¿está usted con Solbes? ¿Está usted con Jordi Sevilla? ¿Está con Maragall? ¿O está con una sanidad española que tenga un trato financiero equitativo y solidario con ciudadanos sólo de primera? Usted

ha hecho unas declaraciones que me asombraron, diciendo que las transferencias sanitarias se hicieron para todas las comunidades autónomas aportando más recursos sanitarios. A lo largo de la pasada legislatura su grupo parlamentario estuvo diciendo todo lo contrario. Bienvenida la rectificación, porque es cierto. ¿Usted cree, señora ministra, que los profesionales sanitarios, con usted en el Gobierno, con usted responsable del Ministerio de Sanidad y Consumo, podemos tener seguridad en el desarrollo de las leyes sanitarias? Usted ha dicho que sí, pero la Ley de ordenación de profesiones sanitarias y el estatuto marco, que no contaron con su apoyo parlamentario definitivo en la pasada legislatura, son dos leyes cuyo desarrollo es trascendental para los profesionales sanitarios. Tenemos dudas. ¿Sus declaraciones van a ser papel mojado? ¿Va a poner en marcha la Comisión de recursos humanos en el Consejo Interterritorial de Salud para avanzar o para convertirla en un parapeto? Usted ha reconocido dificultades en relación con la OPE extraordinaria, y es verdad, porque es un proceso que afecta a más de 30.000 puestos de trabajo. ¿Recuerda usted que en 1996 nos dejaron ustedes 36.000 interinos? ¿Recuerda usted que en 1996 había más de 13.000 médicos sin especialidad? ¿Se va a sentar usted con los médicos interinos que le anuncian la primera huelga? Ustedes se fueron del Gobierno con una huelga y al llegar al Gobierno parece que los representantes de los interinos ya están anunciándoles movimientos de huelga.

En relación con las enfermeras, señora ministra, usted tiene encima de la mesa el decreto de especialidad de la enfermería. ¿Cuándo va aparecer ese decreto en el Boletín Oficial del Estado? ¿Qué va a hacer usted —porque no lo he oído— con las oficinas de farmacia? Una cosa es lo que dice el programa electoral del Partido Socialista, otra las declaraciones del señor Caldera, que aparentemente está dispuesto a poner en crisis a todas las farmacias, y otra la oferta del tándem Rumí-Olmos. ¿Cuál es su opinión?

Usted ha anunciado en diversas ocasiones —no lo ha dicho en sede parlamentaria— que el Gobierno del Partido Socialista va a romper el pacto con Farmaindustria. ¿Va a romper usted el pacto con Farmaindustria? ¿Va a funcionar también en Sanidad con buen talante? Yo también tengo buen talante, señora ministra. **(Rumores.—Un señor diputado: Se nota.)** ¿A golpe de decretazo? ¿Van a buscar acuerdos con negociación o por acatamiento?

Señora ministra, el señor Zapatero ha dicho que la dependencia y la atención a los discapacitados van a ser el corazón de la política social del Gobierno. A nosotros esta definición nos parece perfecta, a usted supongo que también, pero ¿cómo va a hacerlo en el ámbito sanitario? ¿Espera que se lo diga el señor Caldera desde el Ministerio de Trabajo? No está mal que usted le escuche, pero en su ministerio, en el Ministerio de Sanidad y Consumo, ya hay un trabajo hecho y

aprobado un documento de atención sociosanitaria en relación con las comunidades autónomas, un modelo que favorece la cooperación con las comunidades autónomas, que implica la calidad y que también contempla la equidad y la igualdad de todos los ciudadanos españoles. De los 1.000 millones de euros que el programa socialista anuncia para la atención de las personas dependientes, ¿cuánto corresponde al Sistema Nacional de Salud? ¿De dónde va a sacar ese dinero? ¿Tiene ya el visto bueno de Solbes o lo dejarán ustedes para la siguiente legislatura?

Ha hablado usted mucho de investigación y poco nuevo. Ha hablado usted de investigación en red, de investigación bioquímica, de investigación de base, de investigación biosanitaria y de investigación en salud. Todo eso está ya en marcha, señora ministra. La pregunta que le hago es: ¿Van a posponer ustedes los acuerdos que tiene el Ministerio de Sanidad con Valencia y con Barcelona, que permiten ya la investigación de las células madre? ¿Van a perder los científicos españoles la oportunidad de los acuerdos con el Instituto Salk de La Joya, en California con el Centro de medicina regenerativa? ¿Va usted a dejar pasar la potenciación y el desarrollo del Centro de medicina regenerativa?

Señora ministra, usted sabe que hay determinadas comunidades autónomas, todas de su signo político —o casi todas, para ser correcto—, que no han aplicado el criterio de la tarjeta sanitaria única. ¿Va usted a impulsar esa tarjeta sanitaria única en todo el territorio español? ¿En qué plazos?

Usted se ha referido a los centros de referencia. Coincido con usted en que son básicos para la cohesión del territorio, y hay un modelo de centros de referencia. ¿Lo va a mantener usted? ¿Lo va a desarrollar? ¿Va a cambiar los criterios? No ha dicho nada del uso tutelado de nuevas tecnologías. ¿Va a llevarlo a cabo? ¿Cuál es el criterio que tiene usted para aportar o para llevar a cabo en el Consejo Interterritorial el decreto regulador del catálogo de prestaciones y de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud? En ese catálogo, ¿contempla usted la salud bucodental para mayores de 65 años? Esta es una propuesta del Grupo Popular y hemos presentado una proposición no de ley. Usted ha hablado de las mujeres, ¿contempla incorporar en el catálogo de prestaciones la atención integral a la mujer en proximidad con prevención de las patologías más frecuentes como —dice usted, y es verdad en este caso— criterio de mejora de la salud? Señora ministra, varias comunidades autónomas socialistas se han negado a lo largo de los últimos meses a dar información de las listas de espera al Ministerio de Sanidad; han sido desleales desde un punto de vista institucional y no han cumplido la ley. ¿Tiene usted información de esos datos ahora? Porque sin esos datos es imposible llegar a acuerdo alguno en relación con los plazos mínimos que tenemos que ofrecer a los ciudadanos en las listas de espera quirúrgicas. Señora ministra, los profesiona-

les, la sociedad en general, esta Comisión de Sanidad en estos ocho años hemos trabajado muy duro para que no haya ciudadanos de primera y de segunda. Eso sólo se puede alcanzar si no se establecen diferencias en relación con cada comunidad autónoma. He notado con cierta preocupación, y así lo han transmitido distintos consejeros de distintas comunidades autónomas, que existe un trato diferente ya, en estos 40 días de Gobierno, entre las comunidades autónomas del Partido Socialista y del Partido Popular. Eso es talante. Le pregunto: ¿Cómo va a subsanar estos aspectos discriminatorios hacia autonomías que no están gobernadas por el Partido Socialista? Usted ha visitado distintas comunidades autónomas y me parece muy bien porque es su obligación. ¿Cuándo va a visitar alguna gobernada por el Partido Popular?

Señora ministra, acordamos hace tres años —creo recordar— una ley importantísima de autonomía del paciente por unanimidad, como casi todas las leyes que se aprobaron en la pasada legislatura. Por eso el Grupo Parlamentario Popular tiene muchísima experiencia en diálogo, en acuerdos y en consensos, desde una posición de Gobierno de mayoría absoluta. ¿De qué forma impulsará el Gobierno algo de extraordinaria trascendencia para los ciudadanos como es el derecho a su dignidad y a la autonomía del paciente? ¿De qué forma? Usted ha dicho que una de las causas por las cuales empeoró en los ocho años del Gobierno del Partido Popular la gestión sanitaria es por las nuevas fórmulas de gestión, pero su grupo político aprobó esas nuevas fórmulas de gestión, votó afirmativamente esas nuevas fórmulas de gestión. **(La señora Pozuelo Meño: No es cierto.)** Además, muchas de las comunidades autónomas —estudiénselo, señorías— **(La señora Pozuelo Meño: Yo estaba aquí, a mí me lo va a contar.)** gobernadas por el Partido Socialista están utilizando esas fórmulas de gestión.

La señora **PRESIDENTA:** Perdóneme, señor Mingo. Para su buen gobierno le aviso que ha superado los 15 minutos. No le estoy pidiendo que termine, simplemente que se administre.

El señor **MINGO ZAPATERO:** Voy terminando, señora presidenta. ¿Va a regular el Gobierno el derecho de los enfermos a la libre elección de centro sanitario? ¿Va a regularlo a la segunda opinión? Estos son derechos que quieren los ciudadanos. En relación con la financiación —se me escapa el tiempo, ya me ha avisado la presidenta de la Comisión—, ¿va a desarrollar la Ley 21/2001 para aportar más recursos —porque esta ley puede aportar más recursos— al Sistema Nacional de Salud? Creo que se lo debería usted pedir al Ministerio de Hacienda. Si se cambia el modelo de financiación, ¿va a primar los conceptos de insularidad, de dispersión, de envejecimiento o de incremento de la población, que tan importantes son en la práctica diaria? No ha mencionado usted nada de ello, pero ¿va usted a

incorporar algún tipo de copago en el Sistema Nacional de Salud, como piden sus socios en Cataluña? ¿Cuál fue el incremento medio del gasto farmacéutico antes de 1996? Dos dígitos. Usted ha dicho que en el último año el incremento ha sido del 12 por ciento; es verdad. En los últimos cuatro años, con las medidas del Gobierno del Partido Popular, no ha pasado del 9,5 por ciento. Usted dice una cifra de un año y yo le digo de cuatro. Fíjese, su grupo decía que los precios de referencia era un mal modelo para controlar el incremento del gasto. Una de sus primeras y pocas medidas en este tiempo de Gobierno ha sido aplicar precios de referencia a 200 nuevos medicamentos —por cierto, una orden que ya tenía preparada la ministra anterior—, y la felicité por ello, señora ministra, porque cuando usted rectifica y viene a las posiciones del Grupo Parlamentario Popular es cuando acierta. **(Rumores.)** Si usted suprime el pacto con Farmaindustria, ¿qué cantidad de millones de euros van a dejar de percibir numerosos profesionales que se dedican a la investigación? ¿Usted sabe, con el pacto de Farmaindustria, tan denostado por su grupo, cuántos millones de euros y cuántas posibilidades ha habido de que aparezca la investigación en red? No hubiera sido posible sin él. Me gustaría saber, señora ministra, si usted va a implantar el proyecto de coordinación de ensayos clínicos y si tiene en proyecto suprimir algún medicamento de financiación pública. Si es así, ¿me puede decir de qué grupo terapéutico? ¿Van a dar ustedes, como han anunciado en su programa electoral, la participación a las comunidades autónomas de la autorización de nuevos medicamentos?

Supongo, señora ministra —y voy terminando—, que conoce usted perfectamente los planes integrales, y algo ha hablado usted de ellos. ¿Conoce usted el plan de prevención del cáncer de colon? Está en el ministerio. Esto tiene gran incidencia en la sociedad española. Ha sido promovido por los oncólogos, por los gastroenterólogos y es una dirección de la Organización Mundial de la Salud. El *screening* y la prevención del cáncer de colon marcará un antes y un después. Llévelo usted a cabo. Me habla usted de llevar el Plan de nutrición del Consejo Interterritorial. ¿Usted recuerda que ya se llevó y que los consejeros socialistas se levantaron y se fueron? ¿Va a llevar usted el mismo Plan de nutrición que había presentado Ana Pastor o va a cambiarlo?

Señora ministra, en relación con las drogas nosotros le vamos a pedir una comparecencia en la Comisión correspondiente, pero he escuchado ya por parte de algunos ciudadanos y de algunas asociaciones cierta inquietud porque el Gobierno ha bajado el escalón administrativo del Plan Nacional sobre Drogas, y eso puede plantear problemas. Por eso le pregunto si va a suponer un cambio de funcionamiento de las políticas integrales del Plan Nacional sobre Drogas y si, por tener un menor escalón administrativo, se va a producir una reducción presupuestaria en el abordaje integral de estas drogas.

En fin, no tengo tiempo para más. Lo que le quiero decir, señora ministra, para terminar son tres cosas. Estoy preocupado porque usted no sabe de sanidad. **(Rumores.)** Nosotros tenemos el mejor concepto del Sistema Nacional de Salud. Llevamos muchos años trabajando y contribuyendo como la sociedad en general. Estamos abiertos al diálogo y al consenso como es natural. Cuento usted con los profesionales; cuente con los sindicatos; cuente, como ha contado el Grupo Popular en la redacción del estatuto marco, con la aprobación del estatuto marco por todos los interlocutores. Tiene la suerte de tener una gran herencia. La Organización Mundial de la Salud, que es la que más entiende de estas cosas, cataloga al Sistema Nacional de Salud español como el segundo mejor de Europa, como uno de los mejores del mundo; su labor es mejorable, y en eso le deseo suerte porque será en beneficio de la salud de todos los ciudadanos. También le deseo, señora ministra, que no ponga usted en duda el liderazgo que es necesario para llevar a cabo en el Ministerio de Sanidad y Consumo políticas de salud que atiendan a todos los ciudadanos.

La señora **PRESIDENTA**: Antes de proceder a dar el siguiente turno de palabra, quería, en nombre de la Mesa —estoy segura de ello, y quizá en nombre de toda la Comisión—, trasladar al «Diario de Sesiones» los votos que hacemos todos por el pronto restablecimiento de nuestro compañero de Comisión el secretario señor Arola, que según noticias evoluciona muy favorablemente y cuya voz en conversación telefónica con él sostenida sonaba bastante animosa.

Tras ello procede dar la palabra al representante de la siguiente formación política, solicitante de la comparecencia, que es el Grupo Catalán de Convergència i Unió. En su nombre hablará el diputado señor Xuclà.

El señor **XUCLÀ I COSTA**: Señora ministra, en primer lugar, quiero felicitarla por su nombramiento y desearle el mejor acierto en el desarrollo de sus funciones en el ámbito del Ejecutivo. En esta primera comparecencia, que como se ha apuntado ha sido amplia y en la cual ha profundizado en muchos aspectos, no pretendo en el cuarto de hora que tengo asignado hacer un repaso ni una consideración sobre todos los aspectos a los cuales usted ha hecho referencia. Quiero hacer una primera consideración sobre el sistema sanitario y tampoco creo que tengamos que hablar estrictamente de herencias en el corto plazo. Es evidente que el sistema sanitario español es un sistema sanitario más reciente que el de otros países de nuestro entorno jurídico-político, de nuestro entorno europeo. Algunos sistemas sanitarios nacieron con el Estado del bienestar, a partir de los años cuarenta, y en el Estado español en los años ochenta, la universalización de los servicios, por lo cual es evidente que en 1996 las cosas estaban mejor que en 1986 y es evidente que el año 2004 algunas cosas están mejor que en el año 1996. No es cuestión de compa-

rar en el corto plazo, sino de hacer un planteamiento global. En ese planteamiento global, también en su primera comparecencia, debemos tener en cuenta que en esta nueva legislatura usted se estrena con el traspaso de las competencias de sanidad a todas las comunidades autónomas. Hay un cambio importante, que hay un cambio significativo del papel de las funciones, de los contenidos, de las competencias del Ministerio de Sanidad y Consumo que usted tiene presente, y así lo ha demostrado en su intervención, y deberá tener presente durante la gestión en esta legislatura la existencia de las comunidades autónomas con competencias en materia de sanidad y también el creciente papel en materia de consumo, pero también en muchos aspectos de sanidad de la Unión Europea. Con estos actores, con la Unión Europea y con las comunidades autónomas, usted deberá trabajar. En este sentido celebramos que algunos planteamientos de fondo, si me permite la expresión, algunas leyes de fondo del pasado no se hayan reproducido en su intervención. No hemos escuchado ningún planteamiento de un proyecto de coordinación sanitaria, sino que creo que lo que se tiene que hacer es respetar la autonomía política y la autonomía en el ejercicio de las competencias y del poder político, lo que quiere decir también peculiaridades para gestionar de forma distinta realidades distintas.

Ahí está el artículo 139 de la Constitución española para garantizar iguales servicios a todos los ciudadanos, ahí están las mesas sectoriales y el Consejo Interterritorial, por lo cual celebraríamos que su discurso sobre la cooperación y sobre el trabajo en red no sea un discurso de jerarquía entre administraciones, sino de estricto respeto a la autonomía de las comunidades autónomas, y que entendiera que su ministerio entra en una nueva etapa con menos competencias y con menos funciones. Usted nos ha dado buena muestra esta tarde de los nuevos contenidos y de los nuevos retos que tiene su ministerio, pero para nada uno tiene que justificar las nuevas dimensiones del ministerio intentando crear mecanismos de coordinación o de autojustificación de una realidad que ha vivido un proceso de adelgazamiento. En todo caso, el gran problema actual de la sanidad española no es un problema de coordinación, es un problema de reevaluación de la financiación de la sanidad. Usted ha dado distintos datos referentes a la financiación de la sanidad y concretamente a la factura farmacéutica. Sin ningún ánimo de poner un acento más crítico ni más dramático de lo necesario, nos encontramos ante una situación crítica, y usted se encuentra ante la necesidad de afrontar uno de los grandes retos políticos de los próximos años, que es el de solucionar la financiación de la sanidad. Es una frase muy popular decir que la salud no tiene precio, y es cierto, la salud no tiene precio pero tiene coste, y el coste de la salud es creciente. Usted ha apuntado algunas causas: el aumento de la esperanza de vida, por tanto, también el envejecimiento, las enfermedades crónicas —se apunta que

diez millones de españoles padecen ya enfermedades crónicas que también aumentan la factura sanitaria—; los nuevos flujos migratorios; el incremento de población; y también algo que curiosamente algún día tendremos que estudiar, aunque seguramente no es objeto de las reflexiones ni de las consideraciones de hoy: la política de proximidad sanitaria, que genera más demanda en los servicios sanitarios. En esto también deberíamos introducir elementos de racionalidad.

Se han traspasado las competencias de sanidad a las comunidades autónomas, algunas desde hace muchos años, otras el año 2001, pero yo creo que en paralelo al traspaso de las competencias también se ha centrifugado, se han repartido los problemas de financiación. Las comunidades autónomas gestionan el gasto, pero hasta el día de hoy no han tenido mecanismos de control del gasto. Usted muy prudentemente ha apuntado quizás la necesidad de revisar el sistema de financiación de las comunidades autónomas a medio plazo, ha apuntado incluso la eventualidad de tener que activar los sistemas de nivelación de la LOFCA. Yo creo que tenemos que plantear ya ahora un nuevo pacto sanitario. Usted puede tener un problema político importante para afrontar la financiación de la sanidad durante los próximos años, puede ser un problema suyo, puede ser un problema del ministerio, puede ser un problema del Ejecutivo y puede ser un problema del partido que da apoyo al Ejecutivo, pero también puede ser un problema del conjunto de las Cámaras y del conjunto de los partidos políticos. Es el momento de afrontar un pacto sanitario para la financiación de la sanidad similar al Pacto de Toledo, en el cual en un momento determinado todos los partidos políticos —yo quiero recordar que a impulso de *Convergència i Unió*, pero en todo caso el activo es de todos los partidos políticos— supimos sustraer el debate de las pensiones del debate del desgaste entre partidos políticos por ser una situación importante. Usted también tendría que afrontar la necesidad de constituir alrededor de los partidos políticos y alrededor de otros actores del mundo de la sanidad un pacto sanitario. Nosotros le ofrecemos esta opción, nosotros ofrecemos a los otros grupos parlamentarios un pacto sanitario similar al Pacto de Toledo. Está sobre todo en manos del Gobierno y de la ministra aceptar o no esta oferta. En su momento el portavoz de mi grupo parlamentario en la Comisión de Economía propuso la creación de una subcomisión de estudio de financiación de las comunidades autónomas, con dos objetivos: primero, racionalizar el gasto sanitario y, segundo, mejorar el control del gasto sanitario para dar cumplimiento a mandatos constitucionales, al mandato constitucional de la suficiencia financiera en los servicios públicos, que hoy por hoy no se está cumpliendo, y también de lealtad institucional entre administraciones. La semana pasada planteamos la necesidad de hacer un pacto sobre temas de educación, para que con los cambios de Gobierno y de colores políticos en los gobier-

nos no haya alteración sustancial de los planteamientos en las políticas educativas. Este es un tema importante, pero muy ideológico. El pacto sanitario es importante y menos ideológico. Para garantizar las pensiones, para garantizar la suficiencia en la financiación de la sanidad el debate ideológico puede quedar mucho más temperado por la necesidad de dar respuestas concretas.

Usted no nos ha planteado el tema de la financiación de las comunidades autónomas en los parámetros que yo le estoy anunciando, de una situación de cierta gravedad. Es usted quien nos tiene que plantear algunas alternativas. En Cataluña, de forma poco acertada, de forma pésima se ha optado por hacer un recargo sobre la gasolina en el momento en que la gasolina está presentando sus precios más altos. Este no es un sistema óptimo. Usted nos tiene que decir si el sistema que piensa estudiar es o no el sistema equitativo, proporcional con la renta, como es el sistema holandés, o qué es lo que nos piensa ofrecer para negociar o para llegar a un acuerdo o no. Lo peor sería no reconocer que en el tema de la financiación sanitaria hay un reto de gran acuerdo y de incremento de las partidas presupuestarias. También está el reto de aumentar la receta de los genéricos. Permítame que le lea una pequeña referencia de una carta que nos ha enviado a todos los portavoces la presidente de la Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles, en la que nos manda un estudio que dice: Este estudio nos ha permitido citar la enorme importancia que el paciente, y el ciudadano en general, otorga al medicamento genérico como instrumento de ahorro para el Erario público. También hemos podido testar el alto nivel de confianza que se atribuye a los genéricos en comparación con sus equivalentes de marca y la gran incidencia que parece tener para una definitiva implantación de los medicamentos genéricos en nuestro país el hecho de que el 50 por ciento de las personas consultadas reconozcan que nunca les han recetado genéricos. Bien, este modesto diputado forma parte de ese 50 por ciento al que no le han recetado genéricos. Una de las responsabilidades que puede ayudar a la factura farmacéutica, sanitaria es impulsar, divulgar y hacer un tutelaje sobre la generalización de la política de genéricos. Usted también nos ha hablado de la información de calidad, con la independencia que la industria farmacéutica debe prestar a las personas que recetan. En ese sentido quiero recordar que hay un código de buenas prácticas de Farmaindustria, que funciona razonablemente bien, que es un sistema de autorregulación. En este caso, con diálogo con la Administración, tendría que continuar en esta línea.

Por lo que se refiere a las personas dependientes. El Grupo Parlamentario de Convergència i Unió quiere plantearle la necesidad de que el Gobierno, y si así no es nosotros lo plantearemos durante esta legislatura, presente a las Cortes Generales una ley integral de personas dependientes, contemplado desde una óptica del mundo sanitario, del Ministerio de Trabajo y Asuntos

Sociales y también desde la óptica de que no todas las personas dependientes deben estar en centros sanitarios o de la tercera edad. Debe haber una línea de política de ayuda a las familias, hasta el punto en el que sea posible. Desde un determinado modelo de convivencia familiar y desde un punto de vista de viabilidad del sistema público de percepciones sociales tendríamos que impulsar esta ley integral de personas dependientes, teniendo en cuenta las políticas de ayuda a la familia.

Unas cuantas consideraciones para ir terminando. Estoy absolutamente de acuerdo con la necesidad de incrementar las políticas de prevención como una de las dimensiones más importante de la política de salud en nuestro Estado. En este sentido de las buenas prácticas de prevención desearía —no ha hecho usted ninguna referencia a esto— que hubiera una persecución, si se me permite la expresión, de las malas prácticas o de las prácticas fraudulentas que llevan a engaño a personas con buena voluntad. Esto se ha producido, usted lo sabe perfectamente, y debe tener una respuesta contundente, rápida y punitiva por parte de los poderes públicos.

Usted ha hecho referencia a los contratos de adhesión, pues yo deseo formularle un pequeño contrato de adhesión. El contrato de adhesión de este grupo parlamentario y de este portavoz sería por la lucha decidida contra el tabaco en el sentido de que puede violentar los derechos individuales de las personas que no fumamos, visto el incumplimiento que hoy por hoy se da no de una nueva legislación que se debe producir sobre la regulación del tabaco, sino de los incumplimientos que se están dando en esta materia con las consecuencias en la factura sanitaria. No es sólo una cuestión de paternalismo de los poderes públicos, sino también una cuestión de sobrecarga del sistema sanitario.

Usted ha hecho referencia a la lacra de los accidentes de tránsito y a la necesidad de un mayor control. Hablando de este aspecto quería mencionar la excepción, y seremos muy insistentes durante la legislatura, aparte de plantearle un aspecto muy concreto para ver si usted coincide con mi grupo parlamentario. Usted sabe que en estos momentos las personas que padecen diabetes se tienen que sacar el carnet de conducir cada año. Estamos de acuerdo en que deben tener un control singular, pero nos parece excesivo este control anual. Nosotros debemos saber en estos momentos a través de esta simple pregunta, o a través de otros mecanismos de control, si su ministerio tiene previsto en coordinación con el Ministerio del Interior revisar esta exigencia, yo creo que excesiva, de la renovación anual del carnet de conducir para los diabéticos.

Otro aspecto muy importante es la incorporación de las nuevas tecnologías de la información, de la comunicación, de internet en el ámbito de la sanidad. Muchas cosas tienen que mejorar. Si me permite la digresión estoy convencido de que algún día no seremos convocados a los plenos y a las comisiones a través de fax, en el año 2004 y en plena era de la sociedad de la infor-

mación. Lo que le desearía transmitir creo que lo puedo resumir haciendo referencia al doctor Alejandro Jadad, director del Centro de Innovación de la Universidad de Toronto y de Nuevas Tecnologías, cuando dice: Espero que al menos el sistema sanitario incorpore internet y las demás TIC que ya tenemos. Con las nuevas herramientas los pacientes podrían en este momento evaluar los resultados de los tratamientos que reciben, pedir citas, leer sus historias clínicas, obtener prescripciones automáticamente y comunicarse electrónicamente con los profesionales sanitarios. Esto es particularmente importante en las enfermedades crónicas, como la diabetes, el cáncer o la hipertensión. Estoy absolutamente de acuerdo con la necesidad de incorporar las nuevas tecnologías en la relación entre los ciudadanos y la Administración sanitaria.

Para terminar, nos ha hablado de dos aspectos de la investigación con pre-embriones en la Ley de Reproducción Humana Asistida. Nos ha dicho que esto requiere reflexión y diálogo. Le quiero expresar por parte del Grupo Parlamentario de Convergència i Unió la predisposición a la reflexión y al diálogo, también a la necesidad de hacer pedagogía en el conjunto de la sociedad sobre este importante debate. Este no es un debate, señora presidenta, y con esto voy terminando...

La señora **PRESIDENTA**: Señor Xuclá, dése usted por avisado.

El señor **XUCLÁ I COSTA**: Este no es un debate que se pueda ni se deba vulgarizar. No podemos explicar un curso de física cuántica en una tarde, ni podemos explicar al conjunto de la sociedad estos retos y estos debates tan importantes en una tarde, pero sí que tenemos que hacer todos un esfuerzo de pedagogía para trasladar con precisión las posibilidades y los debates éticos que hay alrededor de estos aspectos.

Última consideración, en el ámbito del consumo. Ha hecho una referencia muy interesante a la modificación de los contratos de adhesión. Simplemente, le digo que seguiremos con interés lo anunciado por usted, que creo que es difícil y también le quiero preguntar con qué medidas quieren mejorar ustedes las garantías de los consumidores en el caso de los contratos de adhesión. Algo de esto nos ha dicho, pero seguiremos con atención y con especial interés este aspecto.

Termino mi parte de esta intervención en una tarde que, seguro, contribuirá a esos porcentajes del 40 y pico y 50 y pico por ciento de sedentarismo de los españoles, que nosotros practicamos como parlamentarios.

La señora **PRESIDENTA**: Si a los señores diputados les parece y la señora ministra así lo desea, parece conveniente que antes de dar entrada a las siguientes intervenciones se haga un pequeño descanso que

rogaría se cifre en los cinco minutos, más o menos. **(Pausa.)**

Señorías, reanudamos la sesión con las intervenciones de las demás formaciones políticas no peticionarias de la comparecencia, de menos a más, como es habitual, comenzando por la representación del Grupo Parlamentario Mixto, del Bloque Nacionalista Galego, señora Fernández Dávila.

La señora **FERNÁNDEZ DÁVILA**: Señora ministra, en primer lugar quiero felicitarla por su cargo y desearle toda clase de éxitos, porque entendemos que serán los éxitos de la sanidad pública y de todos los ciudadanos del Estado español. Al mismo tiempo, también quiero pedir disculpas por llegar tarde a esta comparecencia, pero ha sido consecuencia de los avatares de la suspensión de vuelos, aunque hubiera sido de mi interés estar al inicio de la comparecencia. De todas maneras, señora ministra, en el tiempo que he estado escuchándola, su intervención, aunque de manera genérica, desprende una filosofía que podemos compartir en un principio. Otra cosa es que esa filosofía, ya que se plantea de manera genérica, tenga que ser corroborada progresivamente, y de acuerdo a como se vayan dando los tiempos de su gestión en el ministerio; es decir, si efectivamente se prioriza la sanidad pública, en comparación con lo que en los últimos años verificamos se estaba haciendo. Entendemos que serán cosas que tendremos que discutir en el futuro y no en esta primera intervención que, como digo, se da una visión filosófica de la sanidad muy genérica y sin unas concreciones en las que podamos entrar pormenorizadamente.

Mi grupo, y yo de manera especial, considera el modelo de sanidad del Estado español como uno de los mejores sistemas de sanidad pública que existen. Esto no quiere decir que no esté exento de una serie de deficiencias que pensamos que son necesarias superar. Si lo comparamos con otros sistemas, debemos reconocer que tenemos un buen sistema sanitario, pero que es necesario mejorar. En estos momentos somos muchos, y no solamente aquellos que tenemos una responsabilidad política en una institución, sino los usuarios de la sanidad pública, los que tenemos en los últimos tiempos unas grandes preocupaciones por la sanidad pública. No se trata solamente de mejorar la sanidad pública, sino que la sanidad pública que tenemos no tenga retrocesos. En los últimos años, en el sistema de la sanidad pública, se han producido retrocesos importantes en la calidad asistencial y en los diferentes servicios que tiene que prestar el sistema.

Una de las cuestiones que a mí me parecen más importantes son las progresivas privatizaciones que se han hecho de los nuevos servicios relacionados con las nuevas tecnologías y que se definen como una externalización de la sanidad pública, para escaparse de la definición que entiendo como la más concreta y específica, que es la privatización de estos servicios. Nosotros entendemos que por parte de los responsables

de la sanidad pública se han primado los beneficios mercantiles por encima de los beneficios de la sanidad, que debe ser el beneficio social, lo que ha ido en detrimento de que los usuarios de la sanidad pública tengan el mejor servicio.

Esperamos que estas políticas privatizadoras vayan en una dirección completamente distinta, no solamente para limitarlas sino para recuperar cuando menos algunos de los servicios privatizados. Es cierto que este tipo de políticas es desigual en las diferentes comunidades autónomas. El Bloque Nacionalista Galego —y creo hablar en nombre de todo el Grupo Parlamentario Mixto— entiende que las comunidades autónomas deben tener capacidad normativa y de gestión de la sanidad pública, aunque el Estado tiene que marcar los mínimos que deben garantizar esta sanidad, de tal manera que sea eficiente, igualitaria y, por tanto, que tenga una equidad en todo el territorio del Estado, independientemente de que cualquier comunidad autónoma que tenga capacidad y sobre todo voluntad política para mejorar los parámetros de calidad pueda hacerlo, porque esa debe ser la responsabilidad de los diferentes gobiernos autónomos.

Hay unos principios fundamentales que son responsabilidad del Gobierno central, del Ministerio de Sanidad y que derivan de la suficiencia de la financiación sanitaria. En estos momentos la insuficiencia de la financiación es evidente, y la señora ministra hizo mención a esta cuestión; es insuficiente porque los servicios se han incrementado y la calidad, por la propia dinámica y las mejoras técnicas de la sanidad, se ha desarrollado. Además hay algunos casos como el de Galicia en los que hay una insuficiencia de financiación sanitaria histórica. Nosotros —y lo tengo que decir como representante de un grupo nacionalista gallego— no podemos olvidarnos de que desde el momento en que se hicieron las transferencias sanitarias a la comunidad autónoma gallega existe una deuda histórica, que ahora tampoco se está teniendo en cuenta por parte del ministerio o del Gobierno, porque no todo es responsabilidad del Ministerio de Sanidad, sino también del Ministerio de Economía. Hay cuestiones que no se tuvieron en cuenta y que se siguen sin tener en cuenta, como son la población envejecida que tiene Galicia o la dispersión de la población existente, que encarecen el servicio sanitario, sobre todo en lo que respecta a los mayores, que necesitan una mayor atención, pues como está comprobado en todos los parámetros de la sanidad, los mayores son los que más gasto sanitario están teniendo en estos momentos.

Por otro lado, esa insuficiencia también está relacionada con la necesidad de mejorar desde la sanidad pública los programas sociosanitarios. Evidentemente, aquí nos encontramos otra vez con los programas sociosanitarios relacionados con personas mayores. En estos momentos existe en todo el territorio español una deficiencia en la atención de geriatría y, en definitiva,

de todas las políticas de personas mayores dependientes. En Galicia concretamente —y tengo que recalcar esta cuestión— estamos incluso muy por debajo de la media del Estado español. Por tanto, uno de los grandes problemas que nos planteamos es la necesidad de que el Gobierno plantee una mejora de la financiación de la sanidad pública en general. Nosotros reivindicamos esto concretamente para la sanidad pública gallega, porque no podemos olvidar la deuda histórica que existe en esta financiación.

Hay una cuestión que está relacionada con la comunidad en la que yo vivo y en la que por tanto disfruto y padezco la sanidad pública, pero también con todo el territorio del Estado, y que se refiere evidentemente a la mejora financiera, que es la necesidad de incrementar facultativos en el servicio de atención primaria, ya que si bien se avanzó en el nuevo modelo de atención primaria —que en algunos casos está al cien por cien y en otros casos, como Galicia, está aproximadamente en el 60 y tantos por cien—, una vez que se mejora la atención al paciente con ese modelo, es necesario un incremento de profesionales, de tal manera que los pacientes puedan tener cuando menos diez minutos de atención, cuestión que en estos momentos es imposible. Sin embargo, en muchos casos este nuevo modelo no mejora el anterior, ya que la atención a los pacientes está en escasos minutos, a veces no pasa de 3 ó 4.

Hay una asignatura pendiente de la que usted ha hablado, pero muy por encima, sin concreción y sin hacer siquiera mención a objetivos claros, que es la salud mental. La salud mental está en una situación de deterioro máxima, en un momento en el que, por las diferentes circunstancias que nos envuelven, en la sociedad en que vivimos probablemente haya un incremento de personas con problemas de salud mental. Es necesario que desde el Ministerio de Sanidad se afronte una política dirigida desde la perspectiva financiera y también profesional hacia programas de salud mental, de tal manera que se pueda atender en buenas condiciones y debidamente a estas personas no solamente en la patología en sí, sino en toda la asistencia social que necesitan. Estas personas se encuentran en situación de discapacidad funcional o a veces aunque no estén discapacitados sí requieren una participación de la Administración desde la perspectiva de personas con discapacidad, porque efectivamente no tienen autonomía propia para poder moverse, igual que las personas con drogodependencias o con VIH. Usted ha hecho mención al incremento de este tipo de prestaciones, pero en cambio no ha dicho nada concreto sobre programas específicos que mejoren el sistema de la salud mental que, vuelvo a decir, es una de las asignaturas pendientes de la sanidad pública, cuando además la atención psiquiátrica no es solamente un problema del sistema público, sino que está muy mal incluso en la sanidad privada. De todas maneras somos unos defensores acérrimos de que la sanidad tiene que estar

garantizada por el Estado y por lo tanto por el Sistema Nacional de Salud.

Existe una cuestión —y usted también lo mencionó— que nos preocupa: el gasto farmacéutico. No digo que en los últimos tiempos no se hayan dado algunos pasos positivos, aunque otros han sido negativos porque van en detrimento de los intereses de los usuarios. Sin embargo, en el gasto sanitario se necesita dar pasos para mejorar, y sobre todo para disminuir, este gasto farmacéutico, ya que de alguna manera está poniendo en peligro la propia suficiencia del sistema. Sería necesario que desde el Gobierno se estableciera —el portavoz de Convergència i Unió comentó algo parecido— un consenso con todas las fuerzas políticas y con las organizaciones profesionales para elaborar un programa de actuación, que tendría que ser a corto plazo, sin esperar demasiado. Desde luego, consideramos que el diálogo del Gobierno tiene que ser con la industria farmacéutica para limitar el incremento anual del gasto y que al mismo tiempo favorezca la innovación de la industria en los productos farmacéuticos. Este diálogo con la industria farmacéutica se debe coordinar también con las distintas comunidades autónomas, de tal manera que puedan tener capacidad decisoria en los precios de los productos farmacéuticos y que, por lo tanto, se mejore esta cuestión. Podríamos extendernos más en la cuestión del problema farmacéutico. Entendemos que la fijación de precios es algo muy importante, aunque sabemos que eso puede acarrear un problema, cuando menos de intereses, con Farmaindustria y que puede ser el gran escollo para resolver el problema del gasto farmacéutico. Desde el Gobierno se deberían dar pasos en este sentido porque no solamente hay que eliminar fármacos del listado que forman parte de los asumidos, sino que también hay que mejorar el precio de los mismos.

La señora **PRESIDENTA**: Perdón, señora Fernández. Usted ha llegado también a los 15 minutos.

La señora **FERNÁNDEZ DÁVILA**: Acabo, señora presidenta.

Señora ministra, entendemos que desde el Gobierno se tiene que establecer una política de mejora de la financiación de la sanidad y que es imprescindible garantizar la eficiencia y la equidad del servicio en todo el territorio, pero sin limitar las capacidades de las comunidades autónomas para mejorarla. Evidentemente, la gestión de los gobiernos autónomos es fundamental para que la eficiencia y la equidad del servicio se mantengan. Sin embargo, sí es responsabilidad del Gobierno central garantizar cuando menos la suficiencia sanitaria para que se pueda garantizar esa equidad.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señora Fernández, por su administración del tiempo.

A continuación, tiene la palabra el representante del Grupo Parlamentario de Coalición Canaria, señor Rodríguez Rodríguez.

El señor **RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ**: Señora ministra, bienvenida a esta Comisión. Quiero felicitarla por su responsabilidad, también a su equipo, ya he visto a algún histórico de la sanidad pública española entre su equipo y me parece una buena señal.

Señora ministra, desempeña usted a partir de ese nombramiento la responsabilidad de gestionar un ministerio que sustenta las competencias básicas pero que gestionan las comunidades autónomas. Usted ha impregnado su intervención de esta consideración, vital para el éxito de sus pretensiones la cooperación, el entendimiento, la complicidad con las comunidades autónomas porque, si no, no se podrá avanzar en nada. Por lo tanto, es una primera consideración positiva que tenga usted plena conciencia de que en el Estado español la responsabilidad del sistema sanitario público es claramente compartida, residenciándose en las comunidades autónomas precisamente lo sustancial de las prestaciones a los ciudadanos. **(La señora vicepresidenta, Grande Pesquero, ocupa la Presidencia.)**

Sería una legislatura para recordar si usted consiguiera lo que yo creo que es una necesidad del Sistema Nacional de Salud: un pacto de Estado por la sanidad. Como se ha dicho esta tarde aquí, hemos logrado un pacto exitoso en materia de pensiones y creo sinceramente que hay condiciones objetivas y desde luego absoluta necesidad de llegar a un acuerdo en materia de sanidad entre los partidos políticos, y en este caso entre los partidos políticos, la Administración central y las comunidades autónomas. Me parece esencial esta posibilidad.

¿Sobre qué entiendo que debe basarse un pacto político en materia de sanidad en el Estado español? Desde luego, en la financiación. Si algo tensiona y pone en crisis el sistema sanitario público español son las insuficiencias financieras, y esto no solamente representa un deterioro en la prestación de los servicios a los ciudadanos sino, lo que es más peligroso, un proceso de deslegitimación del sistema sanitario público entre los ciudadanos. La principal garantía de la continuidad de los servicios públicos, y este lo es en grado sumo, es que los ciudadanos defiendan estos servicios públicos y una de las claves para evitar el deterioro es que prestemos los servicios que se decidan de una manera adecuadamente financiada. Si no, y de eso ya tenemos algunos ejemplos, el alejamiento de la ciudadanía del sistema sanitaria pública se va a producir y ahí se generarán oportunidades para los que, con la boca chica, pretenden privatizar y trasladar al ámbito de lo individual lo que hoy es una garantía colectiva, que es el aseguramiento del Sistema Nacional de Salud.

Señora ministra, aunque no ha dicho nada sobre este tema, sería vital para la sostenibilidad futura del Sistema Nacional de Salud la necesidad de una alian-

za entre partidos políticos en esta materia que, aparte del juego político a corto, supondría la salvación de un elemento básico del Estado del bienestar como es el sistema sanitario, que desde luego se debe basar en un catálogo de prestaciones que podamos prestar de manera adecuadamente financiada. Es preferible 40 prestaciones bien financiadas que 60 mal financiadas porque al final se pierde más por el segundo camino que por el primero, y eso está más que contrastado. Es necesario definir un catálogo de prestaciones de acuerdo con la disponibilidad financiera que tenga el sistema, la que quieran los ciudadanos del Estado español, porque al final los recursos salen de los ciudadanos. Por lo tanto, me parece que incorporar prestaciones sin financiación es el peor favor que se puede hacer al futuro del sistema sanitario. Por eso creo que este debe ser un segundo elemento básico en cualquier pacto en esta materia, y desde luego tendremos que establecer estrategias de contención del gasto en medicamentos, porque además de los daños sobre la salud que causa el uso indiscriminado de los medicamentos, hay elementos de ineficiencia más que manifiestos en el gasto en medicamentos en nuestro país. Por supuesto, las materias de recursos humanos, de selección de personal, de formación, de investigación y desarrollo pueden tener contenido claramente en un pacto de esta naturaleza. Por tanto, señora ministra, pasará usted a la historia de la sanidad pública española si consigue una alianza política y una alianza entre las administraciones para establecer unos contenidos mínimos sobre el Sistema Nacional de Salud.

Con relación a la comunidad a la que pertenezco, Canarias, quiero hacerle algunas consideraciones que me parecen de justicia. El sistema financiero actual es discutible como todos los acuerdos financieros —quizá el elemento más discutible es la cantidad global que destinamos a sanidad en nuestro país—, y claramente debe establecerse en una estrategia de convergencia en el gasto relativo con los países de la Unión Europea, compromiso por otra parte adquirido por ustedes electoralmente en esta última campaña: la necesidad de que el gasto sanitario público español tenga un proceso de convergencia con el resto de los países de la Unión. En el sistema vigente hay elementos discutibles, como digo, pero hay otros claramente acordados y muy difíciles de cuestionar y es que una parte sustancial de los recursos se distribuyan sobre la base del criterio poblacional. Es verdad que el criterio poblacional sin más, sin ningún tipo de ponderación, puede generar algunos problemas de equidad, pero lo cierto es que el sistema básico en este momento es fundamentalmente poblacional. Hay comunidades como a la que pertenezco, donde el elemento poblacional ha evolucionado de una manera muy relevante en los últimos años y se ha producido un desfase impresionante entre los recursos que se destinan en base a la población del año 1999 y los recursos que se destinan en base a la población del

año 2004. Para que se haga una idea, más de 220.000 personas han residido en este cuatrienio en nuestra comunidad. Es una cantidad como ve muy significativa y que distorsiona claramente la suficiencia financiera del sistema canario de salud, en virtud de esa llegada masiva de nuevos residentes que no considera el sistema actual de financiación. En este sentido, no hay que cambiar el sistema, sino actualizar los problemas de dinámicas de población en relación con la distribución de los recursos actuales. También en relación con el propio sistema, le emplazo a que el Fondo de Cohesión destinado a compensar los desplazamientos entre nacionales y europeos compense a las comunidades claramente receptoras de la atención sanitaria a estos colectivos poblacionales, y Canarias lo es en grado sumo, en relación con la población europea. Le apunto también que seguramente en ese proceso, al que usted hacía referencia, de entendimiento con los países de la Unión, habrá que establecer un catálogo básico de prestaciones de manera que sean las más urgentes las que se sometan al intercambio, pero no todas las prestaciones, porque nuestro catálogo es superior al de muchos países de la Unión Europea y hemos detectado a lo largo de la historia reciente un uso pícaro de las prestaciones del sistema sanitario español por parte de ciudadanos de otros países de la Unión. Por tanto, este fondo se tiene que gestionar y tiene que repercutir en aquellas comunidades que somos receptoras netas de pacientes nacionales o europeos por motivos de desplazamiento.

Asimismo, le voy a retar señora ministra, en el buen sentido del término, a resolver un problema grave que tiene nuestra comunidad. Nuestra comunidad es una comunidad insular alejada, al lado del continente africano, que lo importa prácticamente todo. Nuestras fronteras sanitarias son fronteras débiles y vulnerables. El dispositivo de sanidad exterior, que a lo mejor en algunas comunidades continentales no tienen ninguna importancia, en nuestro caso es un dispositivo esencial, vital. En ese sentido, le he de decir que desgraciadamente el dispositivo de sanidad exterior de nuestra comunidad es un completo desastre y que en los últimos años es responsable por ejemplo, cara al descontrol fitosanitario de esas fronteras, de que 70 ó 80 plagas hayan arrasado los cultivos tradicionales y las plantas y productos autóctonos de nuestra comunidad. Le emplazo a un acuerdo con la Comunidad Autónoma de Canarias. La sanidad exterior de nuestra comunidad sólo afecta a la Comunidad Autónoma de Canarias. Es distinta que la sanidad exterior de las comunidades continentales. Le emplazo en el marco de la Constitución, del actual estatuto de autonomía a un acuerdo, a un convenio para cogestionar la sanidad exterior entre la Administración Central del Estado y la comunidad autónoma para dar solución a un grave problema de abandono sanitario de nuestras fronteras por parte de este dispositivo, seguramente por falta de medios y no por falta de diligencia de los profesionales.

Por último, también tenemos un problema común al Sistema Nacional de Salud, pero que se agrava en una comunidad alejada e insular, que es el déficit de determinadas especialidades médicas y de enfermería que tiene el Sistema Nacional de Salud, pero teniendo en cuenta que las comunidades alejadas tenemos menos posibilidades de competir que las comunidades en una posición más central dentro del Estado español.

Por todo ello, y sin pasarme un solo minuto del tiempo, le deseo éxito y suerte en su gestión. Le emplazo a que inicie un proceso de alianzas para articular un pacto de Estado en materia de sanidad que garantice una financiación sostenible y convergente con Europa, que garantice un catálogo de prestaciones de acuerdo con las comunidades autónomas, que recoja elementos claros de lucha a favor de un uso eficiente de los medicamentos y que coopere con las comunidades autónomas en materia de recursos humanos y en investigación y desarrollo. Con relación a la Comunidad Autónoma de Canarias, no se olvide usted de que el sistema actual está provocando graves injusticias en la distribución de los recursos en virtud del hecho poblacional, comprométase a buscar una alianza que resuelva los problemas de la sanidad exterior y que los problemas de los desplazados y de los déficit en especialidades médicas los pueda gestionar dentro del actual marco de responsabilidades.

Éxito y suerte. Aquí tendremos oportunidad, a lo largo de la legislatura, de hacer referencia a los aspectos más concretos de los que usted ha hablado a lo largo de su exposición. Hoy he querido mencionar los aspectos generales del sistema y especialmente la demanda de la Comunidad Autónoma de Canarias para que en justicia se dé respuesta a ella.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Grande Pesquero): Tiene la palabra el representante de Izquierda Unida, Ángel Pérez.

El señor **PÉREZ MARTÍNEZ**: Muchas gracias, señora ministra, por su comparecencia, que nos ha parecido detallada. No voy a utilizar mucho tiempo. En primer lugar quería disculpar la asistencia a esta Comisión de mi compañera Carme García, que me ha pedido que la sustituya, cosa que intentaré hacer con más voluntad que posiblemente acierto.

En cualquier caso, quisiera decirle como primera cuestión que le deseamos éxito porque compartimos el sentido general de su intervención en la medida en que su primera parte es la que más ha disgustado a algún otro portavoz parlamentario, es precisamente aquella que más compartimos. Quizá en el desarrollo de las políticas concretas pudiéramos tener más matices, pero nosotros compartimos que el balance actual de la sanidad, si es que hemos entendido bien, no es satisfactorio, y créame, señora presidenta, que no es por polemizar con ningún Gobierno pasado, que esa no es ya la cuestión, pero sí por el derecho a seguir

debatendo modelos de sanidad que tienen que ver con modelos sociales. No son, por tanto, debates con ningún Gobierno, son debates con modelos que están ahí, que son legítimos, que están vivos en la sociedad española, que tienen representación amplia en la sociedad española y que siguen defendiendo sus criterios de modelos de sociedad y, por tanto, también modelos a la hora de hablar de la sanidad en nuestro país.

Una de las características de la regresión en el Estado del bienestar, al que nosotros aspiramos, tiene que ver con los procesos de privatización y de regulación, que no son sólo las nuevas experiencias de gestión, son a menudo también procesos que se defienden en nombre de la libertad de elección, como si el tener más o menos recursos económicos fuera una cuestión de opción. Sencillamente nos parece una forma de pensar legítima pero para nosotros no aceptable desde la propia observación de la realidad. No se trata además sólo de privatizaciones o de procesos de liberalización dudosa, sino que a veces esos procesos de privatización tienen que ir, para que culminen con éxito, acompañados de procesos de deterioro de lo público, y en ese sentido nosotros, como tenemos una concepción de un modelo de sociedad y de un modelo sanitario, confrontamos con las fuerzas políticas que representan otras opciones. En este derecho creo que estamos todos. Además no sólo son procesos que se hayan dado o que se estén dando en Galicia, en Valencia o en la Comunidad de Madrid, donde han gobernado y gobiernan partidos de corte que nosotros entendemos conservador; creemos que también comunidades autónomas como Cataluña o Andalucía en algún momento han participado y participan de ese moderno discurso de los modelos de gestión que parten de criterios privados o privatizadores.

Esa es nuestra posición inicial. El hecho de que en nuestro país estemos por debajo de la media de la Unión Europea en 4,8 puntos en lo que se refiere a la provisión pública de servicios sanitarios son datos relevantes que no permiten las alegrías que en algún momento algunos representantes públicos han manifestado en tiempos no tan pasados. Creemos que hechos como que la evolución del gasto sanitario nos diga que el gasto privado se incrementa en un 3,1 por ciento en los últimos años quiere decir que las políticas de externalización de prestaciones, a través de gestión de fundaciones o de acuerdos con entidades privadas, lo que están haciendo es transferir recursos públicos a la iniciativa privada y que eso además se hace renunciando a optimizar las potencialidades que tiene el Sistema Nacional de Salud. Nosotros estamos confrontados con esa forma de entender el Sistema Nacional de Salud y el modelo sanitario en nuestro país. Además creemos que es una apuesta de fondo. Es una apuesta de fondo que tiene que ver con ese modelo económico y con ese modelo social que se defiende.

Desde esa perspectiva nosotros no entraremos nunca en un debate sobre si las cosas están mejor o peor. Para

nosotros las cosas están mejor o peor según quién las analiza y qué políticas concretas son las que se aplican. Entendemos que está en su derecho quien comprenda que avanza cuando se incrementa el peso privado relativo dentro del modelo sanitario. Estará en su derecho a decir que las cosas van bien pero nosotros creemos que van mal. Como tenemos una filosofía básica esencial y es que entendemos que un enfermo es un usuario del Sistema Público de Salud y no un cliente de un sistema que puede permitir incluso el negocio y la rentabilidad, a partir de la explotación de la sanidad, sinceramente no podemos compartir ese tipo de filosofías. Es cierto que en nuestro país ha crecido el gasto sanitario total, pero también ha crecido el gasto privado, que gana ese peso relativo. Eso lo que quiere decir es que se está privatizando el gasto sanitario. De otra parte, el incremento de la imposición indirecta en la financiación sanitaria lo que hace es reforzar precisamente esa transferencia de lo público a lo privado. Consecuencia de todo ello es que, junto a algunas leyes que creemos que no resuelven los problemas, alguna otra que falta también y otras que no cumplen, podríamos declarar solemnemente que en nuestro país han aumentado las desigualdades y los desequilibrios en cuanto a sanidad se refiere. En otros temas también, pero hoy estamos hablando de esto. A partir de ahí es difícil no compartir que el reto es el que usted señala: equidad, solidaridad, calidad, que eso hay que hacerlo con más recursos, controlando el gasto y coordinando esfuerzos. Si, además, usted añade, que hay que hacerlo en coalición con la sociedad y con la participación, es muy difícil no estar de acuerdo con el diagnóstico y con los objetivos globales. Por eso le digo que compartimos plenamente ese análisis inicial.

En la última legislatura, y tocaré algunos temas muy concretos, muy deprisa para intentar no apurar el tiempo, se completó el proceso de transferencias. Se han creado diferentes servicios de salud y la Ley de cohesión y calidad pretendía dar coordinación a esta nueva realidad. Hasta donde nosotros sabemos el consejo interterritorial lo que ha conseguido hasta ahora ha sido unificar calendarios para la administración de vacunas en toda España. Por tanto, gloria al consejo interterritorial y bienvenidas las intenciones de que ese consejo tenga una actuación más dinámica, más decidida y una mayor capacidad de coordinación y de ser más interterritorial y más consejo. No se trataría, por nuestra parte, de ampliar competencias del Gobierno, en detrimento de los servicios de salud de las comunidades autónomas, pero, quizá, cabría hablar, valga como término para explicar lo que quiero decir, no tanto como para abrir un debate en torno a la terminología, de un pacto federal que, desde el respeto a las competencias, asegurara mecanismos de funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, tales como pueden ser la información sanitaria para conocer, seguir, coordinar la actividad de las comunidades autónomas, un catálogo

homogéneo de prestaciones, el garantizar el acceso a los recursos, con independencia del lugar de residencia, o definir los objetivos de la nivelación no financiera en lo que se refiere al aspecto sanitario. Abrir la participación a organizaciones específicas en sintonía con la declaración de Barcelona nos parece un aspecto, que usted evidentemente tocaba, acertado.

En otro orden de cosas, contener el gasto era un reto que no se ha conseguido. Una de las causas seguramente es el gasto farmacéutico al que usted ha aludido que ha crecido por encima de las previsiones. Nuestra opinión concuerda con aquellos que opinan que el establecimiento de los precios de referencia o el acuerdo con Farmaindustria no han resuelto los problemas. Por tanto, estaríamos más en la línea de incentivar la utilización de genéricos, de la monodosis, adecuar la presentación a la prescripción, un nuevo pacto con Farmaindustria no condicionado a los intereses del sector, modificar la Ley del Medicamento, invertir en tecnologías que hagan posible la receta electrónica; es decir, una serie de medidas que seguramente nos llevarían a éxitos que hasta ahora no se han conocido en esta materia.

En cuestión de las listas de espera, esta legislatura ha mostrado que el problema, en nuestra opinión, no es de coyuntura, sino de estructura y que tiene bases en los aspectos financieros y de gestión administrativa. Aquí se vuelven a repetir las necesidades que en otras políticas más concretas se ven: la necesidad de más inversión, de más profesionales, la reestructuración de hospitales; es decir, medidas que consideramos urgentes para el sistema sanitario español.

En este marco creemos que los planes de choque que ha habido hasta ahora han hecho justamente lo que se corresponde con su nombre: chocar con la realidad de manera estrepitosa. Los damnificados de esa colisión han sido algunas promesas electorales, que de momento se han incumplido en algunas comunidades autónomas, que se van a seguir incumpliendo, algunos compromisos de Gobierno que no se van a realizar, y por supuesto los usuarios que siguen esperando hasta ocho meses para algún tipo de intervención, como es el caso de la Comunidad de Madrid. Es cierto que hay reducción en alguna comunidad autónoma, pero hemos sabido que en otras eso no es tan cierto y nos hemos enterado de que incluso después de hacer ciertas promesas las mismas se reducían a determinadas intervenciones un tanto simples, como puedan ser las cataratas o los juanetes. Entiendo que son muy necesarias, es una cuestión que evidentemente nos llena de satisfacción y de cuya eficacia no dudamos para ver en todo momento por dónde se camina; es decir, nos parecen intervenciones fundamentales, pero no responden a las expectativas de esos ciudadanos que en comunidades como ésta en la que ahora estamos debatiendo esperan hasta ocho meses para una intervención, a pesar de lo bien gestionado y a pesar de las amplias experiencias de consenso que se

han tenido en esas comunidades autónomas, como en el proceso de aprobación de la Lofcam, por ejemplo, en la Comunidad de Madrid.

En lo que se refiere a la atención primaria se sufren estancamientos y retrocesos, puede ser el caso de comunidades autónomas como Galicia o Cataluña, y a comienzos de este siglo XXI, en el corazón del mundo civilizado, que es una cuestión de la que nos ufamamos con frecuencia, hay plataformas que están pugnando por conseguir diez minutos de atención en consulta. Esos son los sistemas reales que vive la ciudadanía, y si alguien quiere comprobarlos no tiene nada más que ir ahora a las urgencias de Móstoles o de cualquier otro hospital. Esa es la realidad por encima de los datos y de muchas intervenciones que nosotros queramos hacer en el marco de esta Comisión, que considero absolutamente necesarios y por supuesto muy útiles.

Pensamos que es necesario integrar la atención primaria y la especializada en las áreas de salud, junto con la atención sociosanitaria y la salud mental. Eso significaría, entre otras cosas, simplificar las gerencias para que hubiera una coordinación real y operativa en estas cuestiones. En la salud mental debería regir el principio fundamental de proximidad, esto es, más profesionales, más infraestructuras, desde esa propia atención primaria.

De los mismos problemas exactamente podríamos hablar en relación a políticas sociosanitarias: falta de inversión, falta de infraestructuras, de centros de día; necesidades acuciantes como la teleasistencia, que hoy por hoy sigue siendo ínfima con respecto a las necesidades; cuestiones como el transporte sanitario que se dan en las comunidades autónomas y que se dan más como fuente de titulares, impropios de un país desarrollado, que como un servicio público, que debería existir de manera más respetuosa a lo que son usuarios y no clientes, repito.

Seguimos sin la ley de atención a personas dependientes. Nosotros entendemos que proveer un derecho a personas de pleno derecho ante la dependencia o ante la enfermedad es eso, atender derechos, y desde luego o se hace desde el presupuesto público o no tardarán en surgir, ya surgen, iniciativas privadas dispuestas a hacer negocio de esas dependencias. Atender esto desde el presupuesto público significaría liberar a familias y principalmente a las mujeres, que son las que están cubriendo y tapando esos abandonos y que hoy están sustituyendo al Estado en una obligación para con esas personas dependientes que, repito, son ciudadanos y ciudadanas de pleno derecho, que nadie cuestiona pero que yo quería recalcar.

Entendemos que una red pública bien dotada presupuestariamente, bien organizada, jugaría un papel en la lucha contra los malos tratos a la hora de detectar en los primeros momentos si son malos tratos. También en cuanto a la ayuda personal, familiar, de orientación, de carácter psicológico, etcétera. Por tanto, una red públi-

ca de atención sociosanitaria que englobe todos estos aspectos nos parece una urgencia real.

En cuanto a los profesionales, los MIR siguen solucionando gran parte de problemas a cambio de muy poco. El personal de enfermería sigue reivindicando esa aspiración de su licenciatura, y leyes como la de Ordenación de Profesiones Sanitarias no responden ni a éstas ni a nuevas posibilidades. Creemos importante lo que usted señalaba sobre la investigación, que hoy está mayoritariamente en manos del capital privado y de la industria farmacéutica, y le pedimos aquí el 1 por ciento del gasto sanitario en investigación. Financiación, control y transparencia, eso es lo que le pedimos para la investigación, en una línea más concreta quizá de lo que usted decía.

Voy a ir terminando. Señora ministra, cuestiones como las vacas locas, legionella, dioxinas, antibióticos, transgénicos y otras palabras de estas características crean alarma, pero nosotros creemos que la alarma social no la suele crear la propia sociedad sino algunos responsables que no juegan bien su papel. Frente a la tranquilidad de excelentes cocineros que hay en nuestro país como Argiñano, Arzak o Ferrán Adriá, la imagen de responsables políticos intentando explicar el proceloso, arduo, y complejo proceso de elaborar un caldo —en un país en donde la tradición culinaria está fuera de toda duda— genera evidentemente serios problemas de alarma social. Creo que esta es una cuestión que usted y su equipo deberían intentar neutralizar cuanto antes para que la salud pública —como diría el cocinero vasco— tenga fundamento. En ese sentido, la Agencia de Seguridad Alimentaria debería contar con el presupuesto necesario, y desde luego ser una realidad cierta y operativa en las comunidades autónomas.

Mucho por hacer en salud laboral, aun teniendo en cuenta los datos maquillados y bastante trucados de las mutuas patronales. Mucho por desarrollar en la Ley de prevención de accidentes, que debe ser aplicada y desarrollada. Hay que completar la política que tiene que ver con las enfermedades profesionales, su detección, prevención y tratamiento. La participación de los sindicatos y de los agentes sociales en todo esto nos parece una cuestión absolutamente vital, así como un cambio de cultura sobre las drogas y el acercamiento a su problemática social y sanitaria. Hay cuestiones a las que usted se ha referido con las que coincidimos: lo que tiene que ver con el sida; la salud sexual y reproductiva —hoy prácticamente ausente—; el acceso a la píldora del día después; la interrupción voluntaria del embarazo, que en los supuestos actuales ya representa serios problemas muchas veces para las mujeres, que se incrementarán si se amplían los supuestos, como es desde luego nuestra intención y lo apoyaríamos. Todas esas son las cuestiones que marcan la diferencia entre un modelo sanitario para la sociedad y otro que parte de integrar el modelo sanitario en una filosofía de mer-

cado que no compartimos. En esa orientación, señora ministra, contará con nuestra modesta ayuda.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Grande Pesquero): Tiene la palabra la representante del Partido Nacionalista Vasco, doña Margarita Uría.

La señora **URÍA ETXEBARRÍA**: Señora ministra, en esta condición de ser la única representante de mi grupo en la Comisión, me toca también, además de presidirla, fijar postura por mi formación política, en nombre de la cual la felicito por su nombramiento y le agradezco enormemente las explicaciones que nos ha dado.

Al ser elegida presidenta de la Comisión hice una reflexión que creo vale para trasladársela también a usted, y que en alguna medida se ha podido desprender del hilo de su intervención. Nos toca afrontar la materia de sanidad en un momento interesante, si por interesante entendemos sometido a retos. Se ha producido ya la total compartimentación, la asunción de competencias por parte de las comunidades autónomas (en algún feliz titular he leído que se decía que la sanidad ya se ha convertido en autonómica, con muchísimos flecos pero no obstante es una de las características de este momento), si bien justo es decirlo siempre quedará la coordinación general que le corresponde al Estado y además entendida, o al menos así se hace desde mi formación política, en sentido solidario con las demás comunidades autónomas, solidaridad que creemos debe hacerse efectiva a través de una financiación acertada de la cartera de servicios sin que ocurra, como hasta ahora en tantas ocasiones, que desde las instancias centrales se imponen obligaciones que luego las comunidades autónomas tienen que asumir y financiar cuando no han tenido capacidad de poder formar parte de la decisión. A este respecto, en frase gráfica, cuando era ministra la por mí tantas veces recordada Ángeles Amador y era consejero de Sanidad en la comunidad vasca Iñaki Azkuna, hoy alcalde de Bilbao, solían decir que coordinación general sí, pero sin estorbarnos. Es posible llegar a acuerdos —era la frase gráfica que entre ellos empleaban— y fue un tiempo en el que yo creo que las cosas discurrieron en lo central, lo que correspondía al Servicio Nacional de Salud entendido como lo que le quedaba al Estado y lo que correspondía a las comunidades autónomas, con cierta racionalidad. El otro aspecto al que yo me refería aquel día y también hoy se lo digo, es el de que estamos hablando de una materia que hace referencia muy directa al Estado social de derecho, que es especialmente grato a la formación política que represento y respecto del cual he visto salpicada en numerosas ocasiones la intervención que usted ha efectuado. Creo que en esto coincidiremos. Para nosotros el derecho a la salud es un derecho ciudadano básico para todos, que debe revertir hacia los ciudadanos como producto de la redistribución de la riqueza del país y que tiene mucho que ver con la justicia social aspectos estos que

ha señalado cuando ha hecho referencia a determinadas cuestiones como podía ser introducir las materias de la salud referida a mujeres, o cuando ha hablado de una sanidad en el ámbito internacional y lo ha referido no sólo a los parámetros de salud europeos, sino también a las obligaciones de cooperación con los países que son más desfavorecidos.

Hay una tercera cuestión sobre la que me gustaría preguntarle. Cumplida ya la redistribución en la materia competencial, sería conveniente hacer un estudio a fondo sobre cuál es el modelo, cuál es el escenario en la sanidad española. Desde el informe de Abril Martorell —que acabó en nada—, no ha habido un estudio en profundidad del sistema, ha habido un seguir funcionando y —si se me permite decirlo y coincidir con usted en algo, aunque también me parece que hay que hacer justicia—, en las dos legislaturas en las que ha gobernado el Partido Popular sus ministros han sido efectivamente más reactivos que proactivos, si exceptuamos los dos últimos años de la ministra Pastor en los que sí hubo alguna reacción en la medida que se presentaron importantes textos legislativos, que son hoy ejes o bases del sistema, pero en lo demás creemos que se ha funcionado mucho por inercia, y lo único que se puede decir en todo este tiempo es que el cambio más importante ha sido que se ha culminado el mapa transferencial; mapa transferencial que por otra parte, no ha ido acompañado de los requisitos de financiación suficiente no sólo para las comunidades de régimen común, materia respecto de la cual tienen importantes quejas, sino también respecto de las que estamos en régimen de concertación que todavía tenemos asuntos pendientes, que la señora ministra irá conociendo poco a poco, pero me parece importante que se vayan exponiendo y haré cita de ellos en esta Comisión.

El gran reto que le corresponde a usted, además de intentar redefinir el sistema, es dar un giro radical en la forma de entender la coordinación general. Para nosotros en este tiempo la coordinación general hay que concebirla como parte de un liderazgo que sea capaz de aunar voluntades. En la forma que creemos debe funcionar el Consejo Interterritorial de Salud, la capacidad de coordinación del ministerio vendrá dada por la capacidad que tenga para aunar esas voluntades en el consejo y que se pueda funcionar como hasta ahora ha existido con consensos importantes. Por cierto, me es grato que el primer consejo interterritorial de su mandato se vaya a realizar de manera descentralizada —ya se ha hecho en otras ocasiones— y en este caso concreto le vaya a corresponder a la Comunidad de Euskadi ser sede de su celebración.

Le hablaba de flecos que han quedado del sistema de competencias. Usted no me habrá oído nunca, porque no tiene por qué seguir las intervenciones, pero es vieja materia respecto de la cual una y otra vez he hecho gala de preguntas a los distintos gobiernos en los tiempos pasados, y es que cuando se habla de los recursos nece-

sarios para hacer frente a las competencias asumidas todavía tenemos ahí pendiente el traspaso definitivo de los inmuebles que procedían de la Seguridad Social a las comunidades autónomas que asumimos competencias en los tiempos iniciales. Si usted lee los decretos de traspaso —me refiero al de Euskadi, pero sucede lo mismo con el de Cataluña—, allí se manifiesta que se da el uso de los inmuebles, algo más que el usufructo, no se dice exactamente el usufructo, pero que se producirá la transferencia definitiva en el momento que la financiación de la Sanidad ya no se haga a través de las cuotas, sino que sea íntegramente presupuestaria y completado el mapa transferencial. Esta circunstancia se produjo en el año 2002. Desde entonces en preguntas orales y también en las leyes de acompañamiento de todos los años he formulado la misma pregunta y he obtenido variadísimas respuestas. Como gráfica le indico una que me hizo un vicepresidente del Gobierno diciendo que jurídicamente tenía yo razón, pero que no estaba en la voluntad del Gobierno proceder a esas transferencias. Es algo que se nos debe a las comunidades autónomas que tenemos así asumida la competencia y ahí está. Ciertamente es que a las 13 últimas que han asumido competencias, ante la reivindicación que hacíamos las de la primera etapa, se les han hecho los decretos diciendo que jamás tendrán la propiedad. Hay esa diferencia entre unas y otras, pero en nuestros decretos de transferencias, que fueron pactados y son normas establecidas como reales decretos del Gobierno, figura que se nos transferirá la propiedad de esos inmuebles, no la tenemos, afecta a un número importantísimo de inmuebles, al menos en el caso vasco, y estoy segura de que sucede igual en el caso catalán o en el valenciano.

Hay otra cuestión a la que me quería referir y a la que todos han hecho mención en relación con Farmaindustria y el llamado cheque farmacéutico. Usted ha manifestado hoy también, pero yo lo había leído en declaraciones previas, que no quería vincular en absoluto el crecimiento del gasto sanitario con la investigación, ese supuesto cheque que se daba para investigación en la medida que el gasto crecía. Me parece bien el análisis, desde luego es justo, pero se olvida en el planteamiento que también existen las comunidades autónomas como clientes más importantes del sistema y que el aumento del gasto se debe al incremento del gasto que hacen los sistemas sanitarios de las comunidades autónomas. El esquema del cheque de Farmaindustria, que a alguna formación política parece gustarle, es el de una vieja trayectoria histórica de la Administración sanitaria con la administración corporativa profesional y con la industria farmacéutica que, insisto, obedece a un esquema pasado. La industria hoy día no tiene nada que ver con la industria nacional, ahora son las grandes multinacionales que con mecanismos internacionales y con protección de su actividad de fabricación y elasticidad han demostrado poder acoplarse a los cambios,

manteniendo su posición saneada y sacando adelante alianzas estratégicas en los modelos más intervencionistas que el español. Ya no se puede decir que la administración corporativa profesional sea un interlocutor único, también en esto ha habido asunción de competencias por las comunidades autónomas, y por tanto los consejos y los colegios radicados en las comunidades autónomas y por ellos reguladas tienen algo que decir al respecto, y qué decir de la diferencia que hay entre una Administración sanitaria unitaria y la compartimentación que existe en este momento. Creemos que efectivamente ha llegado el momento de dar un giro a esta cuestión y de que estos tres interlocutores que negociaban el pacto con Farmaindustria tengan ahora distinta ubicación en el sistema y se haga desde unas perspectivas distintas. Ocurre además que en el reparto que luego se hacía para dedicar a la investigación esos dineros que revertían dados por la industria farmacéutica, la Comunidad Foral de Navarra y la Comunidad Autónoma vasca salíamos perdiendo puesto que como funcionamos con concierto o convenio no nos tocaba nunca percibir nada en el reparto, cuando participábamos, al menos la comunidad vasca, en las cargas generales del Estado. Luego hacemos por nuestra cuenta la investigación, y al no habérsenos transferido nunca la investigación científica y técnica no revertía una sola peseta a la comunidad autónoma. Quiero decir que desde mi comunidad se ha pagado dos veces el gasto en investigación. Hay que admirar cómo funciona este sistema. Creemos conveniente separarlo del crecimiento del gasto, como la señora ministra ha manifestado, pero sobre todo que también se tenga en cuenta a la hora de decir cómo revierte eso a los auténticos consumidores, que son los ciudadanos los que se benefician luego de los sistemas que hay en las comunidades autónomas, pueda haber un sistema de reparto que resulte para todos satisfactorio.

Ha hablado usted de modificaciones en leyes relacionadas con la medicina regenerativa y de la Ley de reproducción asistida que se aprobó en la pasada legislatura. Creo que en este aspecto nuevamente, en lo que tiene de científico no exento de ética, mi formación política sostuvo parecidas posturas a las del Grupo Socialista, sin entrar en consideraciones religiosas, puesto que a pesar de lo que se suele manifestar el Partido Nacionalista Vasco es un partido laico, y por tanto lo científico y ético es también lo que nos ha movido. Creo que en las modificaciones que he oído que la señora ministra anuncia habría coincidencia de planteamientos. No los habría otra vez más en lo competencial, en que se intente centralizar las posibilidades de investigación o que haya una única posibilidad respecto de las líneas celulares a investigar, estando también todo el sistema centralizado. Fue ya objeto de importante tacha por parte de enmiendas presentadas por mi formación política, entendiéndolo que ello perjudicaba no sólo a las competencias propias de las comunidades autónomas,

sino también a la propia eficacia de la investigación. No tiene por qué no haber una coordinación general en el sistema y puede haber fuentes, lugares o centros distintos de investigación, pero una vez que se nos presente el proyecto, si tenemos ocasión de intervenir en el anteproyecto mi formación política estará encantada de colaborar.

Algún representante de otras formaciones políticas ha aludido a la píldora del día de después o a otras prestaciones sanitarias. Nos parece bien, pero nos gustaría que se cuente con las comunidades autónomas que son las que lo van a financiar. Está bien —lo he indicado antes— decir gratis total, yo te digo que tú lo haces y tu, comunidad autónoma, lo pagas. Debiera haber ese acuerdo previo, esa capacidad de liderazgo para coordinar las voluntades, para que cuando se asuman determinados gastos a cargo del sistema todo el mundo haya dado antes su aquiescencia y todos sepamos en qué medida nos estamos comprometiendo.

Quiero alertarle, señora ministra, de un problema que usted hereda y que puede costarle bastante dinero —no sé que le dirá el vicepresidente Solbes— y que también trae causa de los tiempos de Gobierno del Partido Popular, que hasta ahora era nada más una exposición teórica que yo solía soltar cuantas veces venía a cuento y se hablaba de financiación del sistema, pero en este momento existen ya dos resoluciones judiciales en las que la Administración del Estado, el ministerio está condenado a hacer pagos importantes, y me estoy refiriendo a las entidades colaboradoras de la Seguridad Social. Este sistema había existido tradicionalmente, pero en el año 1998 y por la Ley de acompañamiento, como tanto gusta hacer a los gobiernos centrales, se decide que es una técnica a extinguir. Sin embargo, se mantiene todo lo que existe, es decir, que se consolidan todas las empresas que existen —en Euskadi son muchas, pero en España son muchísimas—, que funcionan como entidades colaboradoras de la Seguridad Social y que anualmente recibían unos dineros con cargo a la Administración del Estado. Se dice que se consolida todo lo que tenemos, pero que ya no va a existir más este sistema. A partir del año 1998, la Administración, el Gobierno, no pasa ni una sola peseta más a estas entidades; por tanto desde 1998 a 2004 hay cantidades anuales importantes, porque hay empresas importantísimas y con numerosísimos trabajadores que tienen este problema. Hay una sentencia de la Audiencia Nacional, que está notificada en abril de este año, en la que existe una condena expresa y en la que se cita otra, de diciembre de 2003, que indica es posible cambiar el sistema, que podrá decidirse ir a una cosa distinta derogando el artículo 77 de la Ley de Seguridad Social, pero desde luego no libra a la Administración central de los pagos de los años ya devengados. Es una cuestión que si se suma es mucho dinero, y que de consolidarse esta jurisprudencia —creo que sí— correría a cargo de la Administración central del

Estado. No le digo que no nos apeteciese asumirlo a las comunidades autónomas; transfíranos la Seguridad Social y verá como desde instancias vascas asumimos todo lo que tenemos que asumir a este respecto. Insisto, señora ministra, y sé que le sorprende al sacárselo aquí, pero compruébelo; es mucho dinero y son muchos los trabajadores que están afectados por esta cuestión.

Punteando ya algunas cuestiones a las que se ha referido y otras a las que no pero sobre las que me gustaría incidir, la única iniciativa que había llegado a esta Comisión hasta hace unos días hacía referencia a otra sentencia de la Audiencia Nacional referida a los ficheros en relación con personas infectadas por el VIH. Se ha referido usted a la necesaria informatización, a los sistemas tecnológicos en materia de sanidad, que es un ámbito muy delicado por la confidencialidad de los datos clínicos, y el anuncio que se hacía desde el ministerio —es lo que le pregunto— era que iban a recurrir la sentencia y que de momento no iban a eliminar las fichas para no perder esos datos. La garantía de los intereses llevados a pleito por las personas recurrentes sugerirían quizá que por lo menos debería haber una reserva respecto a esas fichas durante el tiempo que dure el recurso de casación, porque el bien de la investigación o de la gestión no es un bien que esté por encima de la privacidad o del derecho a la intimidad de la esfera personal que tienen determinadas personas y me gustaría que se tuviese alguna consideración al respecto.

Quisiera felicitar a usted, y al Gobierno socialista, porque ha tenido a bien sacar el Plan nacional de las drogas del ámbito de Interior, de lo que es puramente seguridad o represión, para enviarlo al ámbito sanitario, lo que desde nuestra perspectiva resulta más grato. De la misma manera que le agradezco las referencias que ha hecho a Tráfico y a la necesidad de que desde el Ministerio de Sanidad se vaya a tener especial atención a los daños que resultan de esta importantísima lacra. Aquí le quiero realizar una petición. Una y otra vez he pertenecido, por ser miembro de la Comisión de Interior, a subcomisiones de estudio en materia de Tráfico y siempre pregunto por qué la revisión de los permisos de conducir no se hace por el Sistema Nacional de Salud, por la atención primaria, y por qué se nos obliga a ir a esas entidades que tienen menos capacitación profesional —si se me permite decirlo—, ya que no tienen oculistas ni otorrinos, cuando los propios médicos de cada uno de nosotros, nuestro médico de atención primaria sabría con bastante más certeza cuáles son nuestros padecimientos o en qué condiciones concretas estamos para poder seguir teniendo un permiso de conducir. Con esto enlazo la petición que respecto de los diabéticos se hacía por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) que también podría residenciarse en el médico habitual de estas personas concretas.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Grande Piqueiro): Señora Uría, en la línea que ha marcado la pre-

sidenta de la Comisión tan sabiamente, ha concluido su tiempo.

La señora **URÍA ETXEBARRÍA**: Concluyo inmediatamente.

Únicamente quería trasladarle, como no le sorprenderá señora ministra, que le hable de la cierta sospecha que a una opción nacionalista como la mía le suscita el número de planes generales que usted ha anunciado. Veremos en qué términos se produce cada uno de ellos y nos iremos posicionando sobre los mismos.

En relación con el consumo, también le quiero hacer una referencia. Usted decía que se había hecho poco y casi todo referido a trasposición de directivas europeas. En alguna medida esto es lógico, puesto que el consumo es materia asumida también por las comunidades autónomas, pero también es materia de una extraordinaria sensibilidad ciudadana y así nos lo acredita el asociacionismo tan activo que hay en esta materia. En esto también deberá acreditar capacidad de liderazgo en la Comisión de cooperación de consumo, puesto que el control, la seguridad de los productos o la necesidad de coordinación es evidente en la materia y sobre todo de cara a Europa. Cuando se tomen decisiones en Europa nos gustaría que las comunidades autónomas hayamos podido tener que decir algo.

Nuevamente —y con esto sí concluyo— otra vez los dineros de la sanidad. Ha hablado usted de los arbitrajes en materia de consumo. Estos arbitrajes se efectúan por las comunidades autónomas con órganos propios. Ellas los pagan, en el caso de las de régimen común no reciben nada por ello, y en el caso de las concertadas, como la nuestra, tampoco se computa para nada a efectos del cupo. Señora ministra, el sistema creo que no está suficientemente asentado, creo que debiéramos ir a una revisión general del sistema, le corresponderá a usted, esta es una buena época para hacerlo, contará con la colaboración de mi grupo y como ya le manifesté a su compañero de gabinete, el ministro de Justicia, me gustaría más que los encuentros superen en nuestras relaciones a las posibles fisuras.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Grande Pesquero): Tiene ahora la palabra la diputada Rosa Bonás, como portavoz de Esquerra Republicana de Cataluña.

La señora **BONÁS PAHISA**: Señora ministra, desde mi grupo de Esquerra Republicana le transmito nuestra felicitación por su nombramiento y le deseamos que pueda realizar una buena labor en unos temas tan sensibles para la sociedad como son la sanidad y el consumo, ya que afectan a cada uno de los ciudadanos.

A medida que aumenta el nivel de vida de los ciudadanos crecen las exigencias en cuanto a la calidad de la atención sanitaria. Mayor calidad asistencial significa invertir mayores recursos. En la sociedad catalana se está produciendo hoy un debate acerca de la financiación de la sanidad catalana en particular y de la sanidad

pública en general. El nuevo Gobierno de la Generalitat está estudiando cómo mejorar la asistencia sanitaria, afrontando el enorme déficit que padece. El déficit de la sanidad pública catalana supera ya los 2.900 millones de euros. Este déficit no es achacable a una mala gestión. La gestión siempre es mejorable, pero las cifras dicen que el gasto de la sanidad catalana se sitúa sobre el 4,5 por ciento del PIB, el menor de todas las comunidades del Estado. Si comparamos Cataluña con otras regiones europeas de nivel de vida similar, se observa cómo el gasto sanitario es muy superior en estas regiones. Nuestro gasto sanitario está un 60 por ciento por debajo del que nos correspondería por nivel de renta. La sanidad catalana ha hecho un esfuerzo organizativo. Cataluña presenta unos porcentajes de ocupación hospitalaria superiores al resto del Estado y la estancia media por paciente no es más reducida. A pesar de los esfuerzos realizados en Cataluña para mejorar la asistencia sanitaria, la población catalana es la que manifiesta el mayor grado de insatisfacción en cuanto a tiempo de espera, tiempo que un médico puede dedicar a la visita y calidad percibida. Así, mientras que existe responsabilidad política para desarrollar programas propios de salud, ésta sería limitada por la capacidad financiera de la Generalitat. Urge revisar la financiación. En este aspecto, creemos que hay que revisar, como ya se ha mencionado, el fondo de cohesión sanitaria vigente desde 2002. Este fondo se ha revelado claramente insuficiente para financiar la asistencia a desplazados en Cataluña. Por una parte, el decreto que regula la aplicación de los fondos para asistencia a desplazados de otras comunidades no prevé casos de desplazamiento por turismo, motivos familiares, etcétera; y por otra parte los ingresos hospitalarios sólo suponen el 73 por ciento del gasto. El resto corresponde a atención primaria, transporte, gastos que corren a cargo del Sistema Catalán de la Salud. **(La señora presidenta ocupa la Presidencia.)**

En general, el actual sistema de financiación transfiere el porcentaje de recursos en función de la población y edad; no tiene en cuenta la población extranjera no regularizada. Los datos de población sin regularizar que recibe asistencia médica en Cataluña nos indican que están por encima de las 250.000 personas. Los estudios de población en que se basa el actual sistema de financiación están desfasados y no se adaptan a la realidad poblacional de Cataluña ni a la demanda de calidad asistencial. La mejora de financiación de la sanidad catalana es fundamental. Durante años los ciudadanos de Cataluña han estado pagando solidariamente con sus impuestos el progreso de otras autonomías; ahora ha llegado el momento de reducir el déficit fiscal de Cataluña. Para la sociedad catalana sería difícil de entender que una parte importante de sus impuestos se invierta fuera de Cataluña y que a ellos se les pida pagar por su salud. En sanidad es imposible aplicar el déficit cero sin incidir en la calidad asistencial, tanto más si

la sanidad viene arrastrando un déficit ya endémico. Hay que poner más recursos en sanidad, como usted ha dicho hay que gastar más, pero gastar mejor.

El tema pendiente que debe afrontar su ministerio es la contención del gasto farmacéutico. Un aspecto importante es racionalizar el gasto farmacéutico. Además de solucionar la sobreutilización y la mala utilización de medicamentos, hay que seguir potenciando el uso de medicamentos genéricos. La aplicación de los precios de referencia es un buen instrumento que no ha dado sus frutos por cuestiones coyunturales, pero que a la larga incidirá en una mejor utilización de genéricos. De todas formas, el incremento de los genéricos no será suficiente para contener el gasto farmacéutico. Las grandes multinacionales están en condiciones de introducir en el mercado nuevos medicamentos sofisticados y muy caros que una pequeña parte de la población va a poder pagar y el resto va a exigir que la sanidad pública se haga cargo. En este aspecto también pedimos que las comunidades autónomas tengan protagonismo en la revisión de precios y en la determinación de nuevos medicamentos que vayan a ser financiados, y ya que los recursos no son infinitos y queremos seguir apostando por una sanidad pública de calidad, creemos necesario que se establezca un gran pacto sanitario entre industria farmacéutica, mayoristas, oficinas de farmacia y comunidades autónomas. Hay que consensuar políticas de ahorro en el gasto público y no creemos viable la presión exclusivamente sobre la industria farmacéutica. No debe olvidar que la industria farmacéutica autóctona está en trance de desaparición y con ella puestos de trabajo para licenciados y técnicos que el sistema público no puede absorber. En estas circunstancias el ministerio debe poner especial atención en no retrasar innecesariamente los registros de las especialidades farmacéuticas autóctonas. Un año, dos o tres años de espera para adjudicar un precio a una especialidad tiene un elevado coste que merma la competitividad de estas empresas y repercute en el precio final. En cambio las multinacionales han gozado tradicionalmente de un trato de favor, como muestra el hecho de que Madrid sea uno de los lugares preferidos de Europa para registrar sus especialidades.

Otro aspecto que su ministerio deberá asumir es el traspaso del establecimiento de las cuotas de especialistas, de MIR, a la Generalitat. El actual sistema es inoperante. La Generalitat no puede planificar, pues las cuotas establecidas desde Madrid no se adaptan a la realidad poblacional de Cataluña, y ello se traduce en carencias agudas de determinadas especialidades que crean malestar entre la población. Es el momento de descentralizar a fin de mejorar la eficacia y el servicio.

Deberá también modificarse la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias. Existe una demanda social para la asistencia de psicólogos en los centros de asistencia primaria. Muchos médicos de asistencia primaria seguramente reconocerían que gran número de sus

pacientes asiduos necesitan un psicólogo. La presencia de psicólogos en los centros de atención primaria aliviaría la presión asistencial de los médicos de familia. Creemos que debería impulsar el reconocimiento profesional de los psicólogos.

Hay unas enfermedades hasta ahora poco conocidas frecuentes en las mujeres, como la fatiga crónica y la fibromialgia. Pedimos a la ministra que fomente la formación de los médicos de cabecera. El desconocimiento de estas patologías hace que se retrase mucho su diagnóstico, con el consiguiente sufrimiento de las personas afectadas. En el siglo XXI la mujer puede ser considerada un ser suficientemente responsable para decidir sobre su embarazo. En la práctica ya es así, porque la sociedad avanza más rápido que los legisladores, pero si bien para una mujer con solvencia económica no supone ningún problema interrumpir su embarazo durante las primeras semanas de vida, para una mujer con problemas económicos no es tan fácil y deberá someterse a la humillación de explicar sus problemas íntimos ante unos extraños que deberán decidir sobre la idoneidad de sus motivos. Ha llegado el momento de corregir esta anomalía y reconocer el derecho al aborto libre y gratuito.

Se están produciendo importantes avances en el estudio de enfermedades degenerativas y metabólicas gracias a la investigación de células madre, que está abriendo una puerta de esperanza a numerosos enfermos. En este sentido la modificación de noviembre de 2003 de la Ley de técnicas de reproducción asistida supuso un paso atrás, no sólo porque limita las posibilidades de embarazo, sino porque limita la disponibilidad de crear líneas de células madre. Aplaudimos sus recientes declaraciones de respaldo a la Comisión nacional sobre reproducción asistida, de la selección de embriones para salvar vidas de niños enfermos. Animamos a la ministra a legislar para bien de toda la sociedad. Ya que ninguna confesión tiene carácter estatal, los criterios de la Conferencia Episcopal no pueden prevalecer por encima de los intereses del bien común.

Respecto a consumo queremos remarcar que el crecimiento económico de los últimos años se ha basado en gran parte en el consumo interno. Gracias al bajo interés de los créditos las familias asumen deudas para mejorar su calidad de vida. Estamos observando una proliferación de empresas dedicadas a préstamos de créditos al consumidor, hasta tal punto que el nivel de deuda de las familias del Estado español es el más alto de Europa. Proponemos a la señora ministra que tome la iniciativa y que emprenda un programa que incite al consumo responsable no sólo para reducir el nivel de deuda de las familias, sino para introducir criterios de sostenibilidad en el consumo y, por otra parte, aumentar la conciencia de comercio justo entre los consumidores, ayudando a paliar las diferencias entre países económicamente desarrollados y países económicamente explotados.

En cuanto a defensa de los derechos del consumidor existen varios puntos que su ministerio deberá afrontar. Un porcentaje elevado de las denuncias de los consumidores ha sido causado por problemas en la construcción de nuevos edificios. La múltiple responsabilidad de arquitecto, promotor, constructor, hace muy difícil, a veces imposible, delimitar responsabilidades. Hay una cierta sensación de desamparo entre los consumidores hasta el punto que renuncian a demandar.

Otro porcentaje elevado de las quejas ha sido causado por empresas de telefonía, como usted ha dicho, donde también la multiresponsabilidad se traduce en ninguna responsabilidad. Existen otras nuevas modalidades de comercio telemático e internet donde puede haber vacíos legales que se prestan a abusos ante los que la Administración debe actuar con agilidad. En esta legislatura hay unos cambios y la ciudadanía tiene una cierta esperanza de que las cosas pueden cambiar. Nos ha gustado en líneas generales su exposición, coincidimos en muchos aspectos de su filosofía. Nos ha preocupado un poco el tema de coordinación, si va a significar recorte de las competencias autonómicas o si realmente va a existir una mesa de coordinación donde todos vamos a tener voz. Si sigue en esta línea tendrá nuestra colaboración, no lo dude señora ministra. Le deseo mucho éxito.

La señora **PRESIDENTA**: A continuación y concluyendo el primer turno de intervenciones tiene la palabra la representante del Grupo Socialista señora Pozuelo.

La señora **POZUELO MEÑO**: Bienvenida, señora ministra, a esta Comisión en esta primera comparecencia para explicar el proyecto de Gobierno que va a desarrollar durante estos próximos años. Le deseamos a usted y a todo su equipo los mejores éxitos en su gestión porque ello va a redundar, sin duda, en la mejora de las condiciones de vida y de la salud de todos los españoles, así como también en la consolidación definitiva del Sistema Nacional de Salud.

Mi grupo lamenta profundamente el relevo parlamentario que le ha hecho la anterior ministra, Ana Pastor, acudiendo a manifestarse delante de las puertas del Congreso e increpando con reivindicaciones que probablemente serán legítimas, pero de las que ella ha sido responsable para darle solución hasta hace poco más de un mes y fue incapaz de darles solución hasta ahora. Probablemente se ha hecho en connivencia o de manera convenida con el representante portavoz del Grupo Popular, ya que el tono impertinente, intolerante y ofensivo que ha utilizado para posicionar a su grupo ante la intervención de la ministra nos parece de todo punto fuera de lugar. Nunca ningún portavoz de mi grupo parlamentario utilizó ese tono en las primeras comparecencias que hicieron ninguno de los ministros del Partido Popular a lo largo de estos ocho años, ni del señor Romay, ni de la señora Villalobos, ni de la señora Pastor. Afortunadamente la diferencia con el tono que

ha utilizado el resto de los grupos, que han expresado su posición política, sus coincidencias y sus divergencias de criterios legítimos con los que ha expuesto la ministra, pone de manifiesto cómo el Grupo Popular probablemente está siguiendo consignas que no se corresponden en absoluto con la exposición que nos ha realizado esta tarde. Es cierto, señora ministra, que su departamento no ejerce competencias en la prestación de servicios sanitarios directos una vez que se han realizado todas las transferencias sanitarias a las comunidades autónomas, pero esta no es la razón principal que hoy justifica desde mi punto de vista la existencia del Ministerio de Sanidad y Consumo. La razón básica es el ejercicio de funciones fundamentales de autoridad sanitaria que le confiere la Ley General de Sanidad y la nueva Ley de cohesión del sistema sanitario, funciones que tienen una enorme trascendencia y que se sintetizan en que el ministerio tiene que orientar sus actuaciones a garantizar la igualdad sustancial de todos los españoles en el ejercicio del derecho a la protección de la salud, con independencia del lugar en el que vivan, del sector social al que pertenezcan y de la entidad o la administración que tenga a su cargo la gestión de las prestaciones a través de las cuales ese derecho se hace efectivo.

El sistema sanitario hoy en España es una realidad compleja que necesita de la lealtad y de la cooperación institucional entre todas las comunidades que lo gestionan, de todos los sectores profesionales que lo protagonizan y de los usuarios que lo utilizan, y en algunas ocasiones lo sufren. El Sistema Nacional de Salud es un pilar esencial del bienestar social de los españoles y una de las instituciones que más beneficios han producido a millones de ciudadanos y ciudadanas de nuestro país. Es una fuente de cohesión social y de seguridad para las personas, su defensa y su mejora es un asunto de todos, que debe liderar usted como máxima autoridad sanitaria del país. Para el Grupo Parlamentario Socialista la mejor manera de conseguirlo es trabajar tomando como base los principios que constituyeron el Sistema Nacional de Salud, los principios de universalidad, de equidad y de aseguramiento único y público. Desde nuestro punto de vista la situación actual no es la mejor posible. El sistema público se ha debilitado y está estancado tras un proceso de descapitalización que ha provocado una disminución de medios, que ha impedido recibir recursos suficientes para realizar inversiones en tecnología, investigación y capital humano, que no ha permitido abordar con suficiente capacidad de respuesta las nuevas demandas sociales y la transformación profunda que se está produciendo en nuestra sociedad, la inmigración y el envejecimiento de la población. Estos fenómenos hubieran necesitado sin duda mayores recursos, pero sobre todo un replanteamiento de las estructuras y de los servicios socio-sanitarios con los que cuenta nuestro país. Uno de los grandes asuntos pendientes es la adaptación de nuestro

sistema a una nueva realidad social y, por lo tanto, a unas nuevas demandas a las que hay que dar respuesta desde el sistema público.

La financiación sanitaria, a la que se ha hecho mención reiteradamente esta tarde, que se aplicó con mayor o menor acuerdo entre las comunidades autónomas durante estos años, no ha garantizado ni la suficiencia financiera ni la igualdad ni la equidad territorial. Prácticamente, como hoy hemos visto aquí, todas las comunidades consideran injusto e insuficiente en mayor o menor medida el sistema por distintas causas y razones. Sin duda habrá que esperar a tener una evaluación de la aplicación del método actual, pero también habrá que tener en cuenta desde mi punto de vista dos cuestiones: en primer lugar, que el Ministerio de Sanidad durante estos años ha legislado y ha tomado decisiones con gran repercusión de gasto para las comunidades sin contar con su acuerdo y, por supuesto, sin transferir recursos complementarios; en segundo lugar, que las comunidades del antiguo territorio Insalud necesitarán una atención y una evaluación específica por las condiciones en que recibieron las transferencias. El principal problema con el que nos encontramos es sin duda la descapitalización del sistema público sanitario que se ha producido a lo largo de estos ocho años de forma incomprensible, al tener España un periodo de estabilidad y de crecimiento económico superior al de la media europea. Es uno de los ejemplos evidentes de nuestra falta de convergencia real con Europa, que debía haber nos obligado a aumentar nuestro gasto sanitario para equipararnos al resto de los países de la Unión, pero sobre todo es un claro ejemplo del modelo de Estado que ha desarrollado el Gobierno del Partido Popular durante estos años.

El gasto sanitario público en España ha caído en más de un punto del producto interior bruto entre los años 1997 y 2001, según ha puesto de manifiesto el último informe de la Organización Mundial de la Salud. Además se ha producido durante estos años una transferencia del gasto público al gasto privado. Mientras que en 1997 en España el 72,5 por ciento del gasto sanitario que se producía provenía de fondos públicos y el 27,5 por ciento de fondos privados, en el año 2001 el gasto público había caído al 71,4 por ciento y el privado se elevó al 28,6 por ciento. Por otra parte, el informe de la Organización Mundial de la Salud, como usted misma ha dicho, expone que España es el único país de nuestro entorno más cercano (Francia, Portugal e Italia) que no elevó su gasto sanitario público y formamos parte del grupo minoritario de países de la Unión en los que se redujo el gasto sanitario público. Estos datos no son más que el resultado de ese modelo sanitario desarrollado durante estos años por el Partido Popular, que ha propiciado la privatización del aseguramiento, creando un sistema dual y de estratificación social en el que el acceso a los servicios y a la calidad de las prestaciones dependen del nivel de renta y de la clase

social de los ciudadanos. El mayor gasto sanitario no se ha financiado a través de un mayor aporte público; por el contrario, el sector público ha tenido que atender con los mismos recursos unas mayores necesidades sanitarias, con lo que tenemos una sanidad de menor calidad, más injusta y más insolidaria que hace ocho años.

Señora ministra, durante estos años el Grupo Parlamentario Socialista se ha opuesto frontalmente al desarrollo de este modelo que se expresaba así en las leyes presupuestarias, y leo textualmente: Hay que precisar el ámbito del aseguramiento público, definiendo cuál es la responsabilidad del Estado y cuál es la responsabilidad de los individuos. En este sentido quiero manifestar con toda rotundidad y claridad que el Grupo Socialista se opuso siempre a lo largo de estos años a los planteamientos realizados por parte del Gobierno del Partido Popular de establecer procedimientos de gestión sanitaria sobre la base de fundaciones de derecho privado y a las concesiones administrativas, que concedieron la asistencia sanitaria de especialidades a empresas aseguradoras privadas en régimen de monopolio, como fueron los casos de Alcira, de Manacor o el caso de las fundaciones como la de Verin. Señora ministra, a esta pérdida de recursos públicos, a esta falta de equidad territorial y social, a la transferencia del gasto público al privado hay que añadir la mala gestión en el gasto farmacéutico, que además de no tender a un mejor uso racional de los medicamentos, de no mejorar la información y la formación de los usuarios y del personal facultativo ha generado un crecimiento incontrolado del gasto en farmacia que supone actualmente casi el 23 por ciento del gasto total sanitario.

Esta grave realidad hace que se ponga en riesgo el propio sistema público al no ser sostenible no porque haya un exceso de financiación pública como ya hemos visto, sino porque la factura farmacéutica absorbe cualquier incremento posible restando recursos al conjunto del sistema. Durante muchos años hemos visto cómo los aumentos presupuestarios que se producían en el Ministerio de Sanidad sólo se dedicaban a pagar la incontrolada factura farmacéutica. Señora ministra, sin duda es uno de los ámbitos prioritarios de su actuación. La Agencia Española del Medicamento ha sido un fracaso y la dirección política no ha sido acertada ante aspectos tan fundamentales como el control, la inspección y la farmacovigilancia, ante la selección de medicamentos que deben ser excluidos de la financiación pública. La Agencia Española del Medicamento ha tenido una gestión opaca, nada transparente, a pesar de que recibió la práctica totalidad de competencias que anteriormente ejercía la Dirección General de Farmacia, competencias, por ejemplo, en el asesoramiento a terceros, en evaluación, ordenación, autorización y control de los medicamentos. En un organismo de esta naturaleza, señora ministra, no pueden existir dudas. La transparencia en su financiación y en la objetividad de sus decisiones debe ser total. Por eso le solicitamos

una información continua en el Parlamento de la que no hemos podido disfrutar durante estos años.

Señorías, en cuanto a la promoción y el uso de los genéricos el establecimiento de adecuados precios de referencia, los acuerdos con la industria farmacéutica, etcétera, llevamos años coincidiendo todos los grupos políticos de esta Cámara en la necesidad de su potenciación y su promoción, sin que hasta el momento las medidas adoptadas hayan sido medianamente eficaces. Mención especial merecen los acuerdos con Farmaindustria a los que además otros grupos han hecho referencia. Además de ineficaces y erráticos —los resultados a la vista están porque han sido recurridos en los tribunales— nadie sabe qué ha ocurrido con las estipulaciones de aportación económica al Ministerio de Sanidad que se contemplaban en estos acuerdos con la industria farmacéutica. A mi grupo le gustaría tener acceso a esa información, que es una información legítima que no puede seguir hurtándose a esta Cámara. Estos ingresos, tanto los del primer acuerdo como los del segundo, no se recogieron nunca en los Presupuestos Generales del Estado. Queremos saber qué cantidad se ha ingresado en cada uno de estos ejercicios presupuestarios y a qué proyectos se ha destinado; queremos saber dónde se han ingresado los de los últimos años, cuando iban destinados a investigación, a qué proyecto y a qué comunidades autónomas se han dirigido.

Ya que hablamos de investigación, coincidimos plenamente en la importancia decisiva que tiene para el futuro de nuestro país y en el decidido apoyo a la investigación básica y aplicada que usted ha manifestado aquí. Las políticas de investigación y formación en los centros hospitalarios, en los centros nacionales deben tener un claro impulso y mejorar sensiblemente su coordinación y financiación para permitir un trabajo en red con todos los centros de investigación nacionales e internacionales. Nuestra comunidad científica es de una gran excelencia y reconocimiento internacional. Saber establecer las mejores oportunidades para desarrollar estas capacidades será sin duda un elemento vital para mejorar nuestros objetivos y nuestro desarrollo científico y médico. La felicitamos sinceramente por su decisión de permitir sin cortapisas la investigación con células madre, una de las líneas pioneras de investigación científica, en la que España puede ofrecer un magnífico trabajo al contar con profesionales de relieve internacional, y que sin duda abre amplias esperanzas a la solución futura de enfermedades. No podemos permitir que en el siglo XXI planteamientos inquisitoriales intenten impedir el desarrollo científico en nuestro país situándonos en posiciones decimonónicas. Esta sociedad, la española, ha hecho un enorme esfuerzo en muy pocos años y no tiene sentido ni sería justo parar e impedir su desarrollo basándose en principios religiosos, muy legítimos, pero que deben quedar en la esfera de lo privado.

Voy a referirme, señorías, señora ministra, a las fundaciones que dirigen y gestionan una parte muy importante de la investigación sanitaria.

La señora **PRESIDENTA**: Señora Pozuelo, sus quince minutos han pasado, se lo aviso a los efectos pertinentes.

La señora **POZUELO MEÑO**: Muchas gracias, señora presidenta. Intentaré sintetizar al máximo mi exposición.

La forma jurídica de fundaciones privadas con la que se crearon el Centro Nacional de Investigación Oncológica o el de Investigaciones Cardiovasculares no ha permitido que este Congreso de los Diputados, esta Cámara, esta Comisión tenga acceso a una información puntual y exhaustiva de sus presupuestos, de sus objetivos, de sus estrategias de investigación, etcétera. Queremos que esta Comisión de Sanidad, este Parlamento, tenga una información puntual y normalizada en las relaciones que estos centros de investigación deben tener con el Parlamento.

En cuanto a la seguridad alimentaria, los ciudadanos exigen a los poderes públicos que la protección de la salud no sea solamente un derecho constitucional, sino que prevalezca sobre cualquier otro tipo de interés. Garantizar la seguridad alimentaria es proteger la salud de los españoles. Para garantizar que los productos alimenticios sean seguros y de calidad hay que asegurar que en cada una de sus fases, en un proceso de trazabilidad desde la producción inicial hasta el consumo final, haya un control alimentario y de calidad de estos alimentos. Por tanto, recibimos de manera muy positiva el anuncio que ha hecho de poner la Agencia de Seguridad Alimentaria a la altura y de manera homogénea al trabajo que están haciendo el resto de las agencias europeas. En nuestro caso, me permito solicitarle también que en cuanto a la enfermedad de la encefalopatía que se produjo en España y que propició la aprobación de la ley de la Agencia de Seguridad Alimentaria se vuelva a continuar en el establecimiento de un plan coordinado de esa enfermedad. Esa enfermedad no ha concluido, necesita continuar con la coordinación entre todos los departamentos ministeriales, las comunidades autónomas y los sectores agroalimentarios, teniendo este Parlamento una información puntual para su mejor seguimiento, control y erradicación.

En cuanto a la protección de los consumidores, las medidas que nos ha propuesto, señora ministra, nos parecen verdaderamente interesantes. Este año se cumple el vigésimo aniversario de la promulgación de nuestra Ley general de defensa de los consumidores y usuarios. Sin duda, un acontecimiento histórico en la defensa de los consumidores españoles en la que en su comparecencia en el Pleno de esta Cámara el ministro Ernest Lluch se preguntaba —creo que siguen siendo válidas esas posiciones— por las razones de su presentación. Daba entonces —hablamos de febrero de

1984— tres motivos que hoy justifican aun en mayor medida una actitud decidida para apostar desde el Gobierno por la defensa de los consumidores como una prioridad política: la desigualdad manifiesta del consumidor en el mercado, su aislamiento y ausencia de articulación como auténtico contrapeso económico y la desasistencia que le provoca la falta de formación e información en su toma de decisiones. Es verdad, señora ministra, que en ese segundo apellido que lleva el Ministerio de Sanidad tiene usted una de las responsabilidades más importantes dentro de la acción política del Gobierno, y es una de las que más cerca está de los problemas cotidianos de los ciudadanos. Como afirma el sociólogo Baumann, la sociedad moderna ha pasado de forma gradual pero implacable de ser una sociedad de productores a ser una sociedad de consumidores, de una sociedad orientada por la ética del trabajo a otra gobernada por la estética del consumo. En el nuevo mundo de los consumidores la producción masiva no requiere mano de obra masiva. Por ello, una cosa es ser pobre en una sociedad industrial, con trabajo para todo o para casi todo, y otra totalmente diferente es serlo en una sociedad de consumidores. Si en otra época ser pobre significaba estar sin trabajo, hoy alude fundamentalmente a la condición de consumidor expulsado del mercado. Señora ministra, tiene por delante una tarea apasionante en la que, por un lado, estará cerca de los problemas más inmediatos, que de verdad importan a los ciudadanos, y a la vez tendrá que tener en cuenta en sus decisiones el tipo de sociedad que debemos de construir para tener un mundo más sostenible y hacerlo más solidario. Usted ha propuesto un cambio de modelo de consumo más acorde con los retos que plantea la sociedad actual, donde el consumo gire en torno al consumidor como una orientación marcadamente social y sobre la base de la igualdad y de la solidaridad.

Voy a terminar, señora presidenta, para no abusar de su amabilidad, diciéndole, señora ministra, que su posición ha sido muy extensa y que no puedo por falta de tiempo, que no de interés, pronunciarme sobre cada uno de los aspectos que ha marcado como programa de esta legislatura. Sin duda tendremos tiempo de seguir analizando y debatiendo estos proyectos. En el Grupo Socialista tendrá usted todo el apoyo para llevarlo hacia adelante. Quiero además reiterar ante todos los grupos parlamentarios que al Grupo Socialista le parece tremendamente interesante la oferta que se ha producido por parte de la práctica totalidad, excepto del Grupo Popular, de los grupos de la oposición que proponen la necesidad de que en este Congreso de los Diputados, en este Parlamento, se pueda alcanzar a lo largo de esta legislatura un pacto de Estado por la sanidad. En ese sentido tendrá toda la capacidad de diálogo, todo el entendimiento de mi grupo parlamentario, para apoyar algo que creemos que es totalmente imprescindible para consolidar el Sistema Nacional de Salud tan queri-

do, tan apreciado y respetado por la mayoría aplastante de los ciudadanos de este país.

La señora **PRESIDENTA**: Creo que finalmente ha igualado usted en tiempo al señor Mingo. No quisiera haber tenido un problema de falta de equidad por el desequilibrio en los tiempos de las distintas formaciones políticas.

A continuación, concluido el turno de intervenciones, vuelve a ser suya, señora ministra, la palabra para contestarnos.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Salgado Méndez): En primer lugar, quiero agradecer muy sinceramente la bienvenida y los buenos deseos que han expresado los grupos parlamentarios y también el sentido de sus intervenciones. Contestaré a lo que he tomado nota; entiendan que si hay algo que no contesto es porque no tengo aquí los datos, y con mucho gusto los buscaré y daré respuesta cumplida en un plazo breve.

En cuanto a lo que ha planteado el Grupo Socialista me alegro sinceramente de que haya dejado claro, señora Pozuelo, que el Grupo Parlamentario Socialista no apoyó la gestión sanitaria con fundaciones de derecho privado, lo que en el argot sanitario creo que se conoce como el modelo Alcira. Me congratula saber que es cierta la opinión que yo tenía de que el Grupo Parlamentario Socialista considera, igual que lo hace el Gobierno, que es una forma de transferir recursos del sector público al privado sin que de ello se derive ninguna ventaja para nuestros ciudadanos.

En cuanto a la información que usted solicita sobre los llamados retornos de este pacto con Farmaindustria, me comprometo a comparecer ante esta Comisión para dar cumplida cuenta de los dineros que se han obtenido y de qué forma se han distribuido. Tal vez en ese sentido encontremos la sorpresa de que una buena parte de los fondos han ido a financiar dos fundaciones privadas, las dos a las que usted se ha referido como macrocentros de excelencia en investigación, pero que seguramente responden a una forma de entender la investigación que no es la nuestra, porque sin cuestionar la oportunidad de crear esos centros de excelencia nos parece, como ya he tenido oportunidad de decir en mi intervención, que también hay que favorecer la integración en los sistemas de investigación de investigadores jóvenes y de muchos grupos distribuidos a lo largo y ancho de todo el país.

Sobre lo que usted ha planteado de la Agencia de Seguridad Alimentaria y el seguimiento del llamado mal de las vacas locas las noticias que yo tengo son que se está realizando un seguimiento razonable, por tanto, no hay en este momento ningún riesgo que merezca la pena ser anotado para la salud de los españoles. En cualquier caso, también me comprometo a dar cumplida cuenta de los desarrollos en esta materia.

En cuanto al Grupo de Esquerra Republicana, yo he mencionado en mi intervención que hay un problema con la financiación de la sanidad en Cataluña. Efectivamente para muchos ha sido una sorpresa relativa la cuantificación de un déficit tan importante como el que usted ha mencionado, pero nos parece que hay un problema derivado seguramente en parte de esa diferencia entre la población de derecho y la de hecho; por tanto, probablemente merezca la pena revisar los mecanismos de financiación, lo que se ha comprometido a hacer el Consejo de Política Autonómica, como usted sabe.

Acerca de los registros de las especialidades farmacéuticas autóctonos y la facilidad con la que se registran especialidades farmacéuticas procedentes de multinacionales, más adelante me referiré a algunos aspectos relativos a lo que podrían ser estas actuaciones de la Agencia de Evaluación de los Medicamentos en el pasado, pero tenga usted la seguridad de que vamos a reforzar la independencia, la solvencia y el cuidado de dicha agencia de manera que no sólo dé un tratamiento igual a todas las especialidades, ya procedan de laboratorios españoles como de multinacionales, sino que además piensen en el Sistema Nacional de Salud y en las necesidades de los españoles, porque no debe ser casual que tengamos autorizado en España un número de especialidades farmacéuticas que a veces triplica el de otros países de la Unión Europea.

En cuanto a la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias entiendo que se refiere usted al problema de los psicólogos clínicos. Por parte del Ministerio se han establecido conversaciones. Está bastante avanzada la posibilidad de que el número de profesionales con la titulación de psicólogo que puedan acceder a esta especialización de psicólogos clínicos se incremente extraordinariamente con respecto a lo que estaba previsto. Por tanto, entiendo que vamos a encontrar vías de solución a ese problema que usted plantea. Coincido con usted en que los criterios de la Conferencia Episcopal no deben prevalecer sobre los criterios que se refieran a la mejora de la salud de los españoles y no sólo a la salud actual sino la de generaciones futuras, en el sentido de apoyar las líneas de investigación. En cuanto a la preocupación con respecto a los derechos de los consumidores que pueden plantear las nuevas modalidades de comercio electrónico e internet, está usted en lo cierto —es verdad que no lo he mencionado en mi intervención—, pero créame que lo tenemos en nuestro programa de actuaciones.

Con referencia a los planteamientos del Grupo Vasco, querría decirle, señora Uría, que algunas de las cuestiones que usted ha planteado, sinceramente no tienen solución en nuestro ministerio y, por tanto, voy incluso a evitar mencionarlas directamente. Por ejemplo, el traspaso de inmuebles, es un tema en el que no es la sanidad quien tiene que hablar; en cuanto a las entidades colaboradoras, es verdad que ahí tenemos un problema heredado, un problema del que estamos exa-

minando su importancia. En cuanto a las posibilidades de que los exámenes médicos para el carnet de conducir se planteen en el Sistema Nacional de Salud, creo que es una idea positiva. Vamos a estudiar esa propuesta. He mencionado que, en todo caso, la participación de las autoridades sanitarias debería ser mayor a la hora de establecer los criterios de esos exámenes médicos. Usted da un paso más y me parece una propuesta interesante que vamos a tener en cuenta.

En lo que se refiere al fichero del SIDA, es verdad que la resolución se ha recurrido, pero estamos estudiando ya en detalle la posibilidad —sin esperar a la confirmación de la sentencia— de eliminar de ese fichero aquello que ha hecho que fuera declarado como no conforme a derecho, que es la introducción de las iniciales de la persona afectada. Quiero insistir en que el conocimiento de la distribución de los enfermos de SIDA es muy importante a la hora de luchar contra la extensión de la enfermedad y, por tanto, sinceramente creo que lo que hay que hacer es que la recogida de datos no sólo atienda a las recomendaciones de la Agencia de Protección de Datos, sino que además de eso tengamos todos la garantía de que no atenta contra la intimidad de las personas afectadas. Pero, en cualquier caso, ya digo que para el estudio de la enfermedad sí es necesario establecer un censo con algunos de los datos que estaban incluidos en ese fichero.

En cuanto a este cheque de Farmaindustria, repito lo que le he contestado al representante del Grupo Socialista. Efectivamente, no se ha presentado ante este Parlamento mucha información sobre esos retornos. Nosotros queremos hacerlo con carácter retroactivo y, en todo caso, el pacto o acuerdo con Farmaindustria, diré aquí que han sido los propios laboratorios, Farmaindustria, quien en declaraciones públicas ha dicho que lo da por roto, por concluido, con la aprobación de los precios de referencia pero, en todo caso, nos parece que hay algunas formas mejores de llegar a un uso racional de los medicamentos y, por tanto, a controlar ciertamente el gasto farmacéutico.

Respecto a esa observación que hacía la representante del Grupo Vasco sobre a ese centro nacional de investigación en células madre y la centralización de las líneas y de las decisiones sobre investigación, quiero decir que comparto su criterio y que nos parece —así lo hemos manifestado en algunas declaraciones anteriores a esta comparecencia en el Congreso— que no tiene mucho sentido colocar un centro como centro nacional de referencia en este tema, sino que, más bien, deberíamos hablar de centros, iniciativas y equipos trabajando en red.

Por lo que se refiere al Grupo de Izquierda Unida, la verdad es que he encontrado una coincidencia general de planteamiento, tal vez una insistencia en algunos temas. El presidente del Gobierno se ha referido a la Ley de atención a personas dependientes como una de sus primeras prioridades. Su elaboración va a corres-

ponder al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, pero no cabe ninguna duda de que en esa ley la atención sanitaria va a ocupar un lugar importante, una atención sanitaria que vamos a intentar que se desarrolle a domicilio, porque nos parece que es la mejor forma en la que se puede cooperar a una mayor calidad de vida de las personas dependientes.

En cuanto al criterio de transparencia en el gasto sanitario, desde luego yo quiero comprometerme con esta Comisión en tener una actuación absolutamente transparente y traer aquí de manera habitual todos los datos económicos que sean precisos para que, no sólo las comunidades autónomas, sino también esta Comisión, tenga información completa y cumplida de todo lo que se refiere al gasto en sanidad.

Respecto a los planteamientos sobre la financiación, yo creo que son comunes a la mayoría de los grupos y también son comunes entre las distintas comunidades autónomas. En cualquier caso, hay que decir que la situación con respecto al año 1999, que es un año que se tomó de base para el nuevo sistema de financiación, ha variado mucho, que las exigencias en materia de sanidad son mucho mayores, que se nos exige mucha mayor atención y con mucha mayor calidad y, por tanto, en la medida en que ello sea posible mi ministerio va a impulsar una mejora de la financiación de la sanidad a lo largo y a lo ancho de todas las comunidades autónomas. Eso tiene planteamientos distintos en unas u otras comunidades, pero todas las comunidades nos advierten de la necesidad de una mayor financiación.

El Bloque Nacionalista Galego se ha referido a una insuficiencia sanitaria histórica de Galicia, con una población más envejecida, con una cierta dispersión, con una mayor necesidad de unos programas sociosanitarios de dependencia junto a una asignatura pendiente, que ha mencionado expresamente, que es lo que se refiere a la salud mental. En esa preocupación nosotros también coincidimos. Creemos que la salud mental ha sido uno de los ámbitos que menos atención ha recibido en los últimos años y nuestra intención es otorgarle la máxima prioridad.

Aparte de Coalición Canaria, varios grupos han mencionado la conveniencia de un Pacto de Estado por la Sanidad. Debo decir que nada me gustaría más, y que ello fuera posible. En todo caso, sepan ustedes que desde el ministerio vamos a trabajar para tener el máximo acuerdo en lo que se refiere a las políticas sanitarias para el futuro, porque nos parece que la sanidad es uno de los pilares del bienestar social de nuestro país, que tiene muchas cosas buenas, que el Sistema Nacional de Salud, aun con sus defectos y aun con el empeoramiento relativo que ha experimentado en los últimos años, sigue siendo una garantía de justicia social y, por tanto, deberíamos tratar de hacerlo sostenible y mejorable en el futuro.

Sobre el pago de la asistencia a desplazados, quiero manifestarle que ya en el Consejo de Ministros infor-

mal de la Unión Europea, que se celebró en Cork, por parte del Gobierno español se expuso la necesidad que usted ha mencionado, de que existiera un catálogo básico de prestaciones, y nuestra oposición a que los servicios de sanidad fueran considerados como mercadería y, por tanto, incluidos en la directiva del mercado interior. Quiero decirle que somos conscientes de los problemas que usted menciona de la sanidad exterior y que hemos solicitado y conseguido del Ministerio para las Administraciones Públicas, que es de quien depende funcionalmente la sanidad exterior, una ampliación de plazas, que va a ser efectiva en muy cortísimo plazo.

El Grupo Catalán (Convergència i Unió) ha mencionado alguna cuestión menor como el carné de conducir para los diabéticos. Se corresponde un poco con lo que hemos mencionado a propósito de la iniciativa del Grupo Vasco (EAJ-PNV). Hasta donde yo sé, la revisión anual de los diabéticos es debido a que la diabetes produce muchas veces alteraciones graves en la visión, pero estoy de acuerdo con usted en que tal vez sea excesiva la necesidad de obtener el carné de conducir cada año, por tanto, me comprometo a que lo estudiemos. Usted también ha hablado de un nuevo pacto sanitario, similar al Pacto de Toledo. Hago la misma observación que en el caso anterior: desde luego sería muy interesante llegar a un gran acuerdo sobre el futuro del sistema sanitario. Como decía también otro de los intervinientes, seguramente es preciso realizar un nuevo informe similar en cuanto a sus planteamientos y profundidad al denominado informe Abril, aunque en otra situación, con otros planteamientos y seguramente con mayor utilidad porque, como se ha manifestado aquí, las conclusiones del informe Abril no se pusieron en práctica.

En cuanto al incremento del uso de genéricos, según los últimos datos que tenemos del año 2003, que se los daré después, en España la cuota del mercado de los medicamentos genéricos es del 7 por ciento mientras que en el caso de Holanda es del 13 por ciento, en el caso de Alemania es del 27 por ciento, en el caso del Reino Unido es del 18 por ciento, en el caso de Noruega es del 11 por ciento y en el caso de Grecia es del 10 por ciento, es decir que estamos en la banda baja en cuanto a la cuota de mercado de los productos genéricos. Por tanto, en la medida que eso sirva para controlar el gasto farmacéutico, vamos a impulsar una política de genéricos.

El código de buenas prácticas de Farmaindustria atiende más a la promoción de los medicamentos que estrictamente a lo que se refiere a las visitas médicas. En cualquier caso, y por muchos códigos de buenas prácticas que lleve a cabo Farmaindustria para organizar la visita médica, entendemos que tiene que haber un sistema de información que sea independiente de la industria farmacéutica, y es lo que queremos impulsar a través de la información que tiene la Agencia de Evaluación de Medicamentos.

En su referencia de prevención contra el tabaquismo, está usted ante una activa militante contra el hábito de fumar, así que, en ese sentido, tenga la seguridad de que todos los apoyos serán bienvenidos.

Estamos absolutamente a favor de la incorporación de nuevas tecnologías en la relación de ciudadanos y Administración —también la administración sanitaria—, aunque es verdad que no lo he mencionado en mi intervención. La receta electrónica será la primera expresión de la incorporación de nuevas tecnologías, pero, sin ninguna duda, puede haber muchas más en el futuro.

En cuanto a la investigación con pre-embriónes, agradezco la opinión casi generalizada de apoyo a la eliminación de las limitaciones que se han impuesto a las líneas de investigación con células madre y, por tanto, con los pre-embriónes sobrantes de los procesos de reproducción asistida. Le quiero manifestar aquí que nosotros vamos a tener un gran debate y a contar con el asesoramiento, no sólo de la Comisión Nacional de Reproducción Asistida, sino con esta comisión de bioética, cuya creación les he anunciado.

Tengo que agradecer especialmente al representante del Grupo Parlamentario Popular que, sin ser licenciada en medicina, acepta que pueda ser ministra de Sanidad. Le agradezco mucho esa deferencia. Simplemente le recuerdo que desde la Segunda República sólo durante 19 meses ha habido un ministro de Sanidad que fuera licenciado en medicina. Por tanto, no sé de medicina, pero le aseguro que ya sé mucho de sanidad. Por otra parte, no es tan difícil, porque simplemente es cuestión de estudiar, de escuchar y de contar con buenos colaboradores, como con los que creo que cuento.

No he entendido ese deseo de saber si estoy con Solbes, con Jordi Sevilla o con Maragall. Este es un juego en el que a mí nunca me encontrará. Tengo la suerte, así se lo digo siempre al vicepresidente económico, de haber pasado por la Secretaría de Estado de Hacienda durante varios años y, por tanto, soy consciente de que esa dialéctica, entre los ministerios del gasto y los ministerios de los recursos, es siempre interesante y viva, y sería muy sorprendente que no existiera. Desde luego, entre el año 1985 y 1991 la he vivido en Hacienda y desde el año 1991 a 1996 en un ministerio del gasto. De esa dialéctica siempre ha salido adelante lo que era posible —y ahora en un marco de estabilidad presupuestaria tiene más sentido—, pero también lo que era mejor para el desarrollo de los planes del Gobierno respectivo. Por tanto me va a encontrar en esa dialéctica. Siempre voy a decir que el presupuesto de sanidad tiene que incrementarse. Siempre lo voy a decir, aunque siempre voy a escuchar, por parte del vicepresidente segundo del Gobierno y ministro de Economía y Hacienda, que ese incremento del presupuesto sanitario tiene unos límites marcados por el Pacto de Estabilidad. En ese marco nos vamos a tener que mover.

En cuanto a algunas otras cuestiones de menor calado a las que se ha referido, a mí me sorprende que sea usted el que anuncie en esta Comisión la convocatoria de una huelga. Quiero decirle aquí que, en todo caso, es su huelga. Porque me parece sorprendente que, después de dos años y tres meses de retraso en la gestión de esa oferta pública de empleo extraordinaria, se pueda plantear una huelga a un gobierno que sólo lleva, exactamente en el día de hoy, 6 semanas. Por tanto, entiendo que de una u otra manera esa es su huelga. Por otra parte, los convocantes tendrán que explicar muy bien a la ciudadanía las razones de este comportamiento tan atípico y al que espero que no le sigan el resto de las organizaciones sindicales.

Por lo que se refiere al decreto de especialidades de enfermería, le quiero decir que su tramitación está únicamente pendiente de la creación de la Comisión de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud, que no se puso en marcha con el Gobierno anterior.

En cuanto a la tarjeta sanitaria en todo el territorio, quiero decirle que nosotros estamos intentando agilizar al máximo posible la incorporación de los datos por parte de las comunidades autónomas que faltan. Si usted pudiera echarme una mano con la comunidad Navarra, se lo agradecería.

Respecto al uso tutelado de las nuevas tecnologías, estamos completamente de acuerdo. Estamos dispuestos a estudiar el tema de la salud bucodental de los mayores de 65 años.

Hay otras cuestiones que no he entendido muy bien, porque ha dicho que discrimino a las comunidades autónomas del Grupo Popular. A mí me gustaría que explicara algo más este extremo. No creo que se refiera a las visitas que he realizado. He visitado las comunidades autónomas que me han invitado. Estaré encantada de visitar las comunidades autónomas con gobiernos del Partido Popular tan pronto como reciba una invitación. La única iniciativa de visita de un centro hospitalario de una comunidad autónoma gobernada por el Partido Popular, que fue los centros hospitalarios donde había heridos por el atentado del 11 de marzo, se saldó con el cese, a los cinco minutos de salir yo del hospital, del gerente del hospital del Gregorio Marañón. Entienda mi preocupación por visitar centros hospitalarios en comunidades autónomas que estén gobernadas por el Partido Popular. Me gustaría que esos comportamientos no se reprodujeran.

Respecto al derecho a la segunda opinión, hay algunas comunidades autónomas que ya lo tienen establecido. No tengo ningún inconveniente en llevar al Consejo Interterritorial de Salud la posibilidad de extensión de este derecho a la segunda opinión para todas las comunidades autónomas.

Por lo que se refiere al plan integral del cáncer de colon, ya está incluido. En cuanto al plan de nutrición presentado por doña Ana Pastor, creo que sus datos no son correctos, porque ese plan ni tan siquiera está

empezado. Creo que sería bueno que quien sabe tanto de la sanidad tuviera los datos correctos.

También querría referirme a los convenios firmados con Valencia y Barcelona. Me pregunta si vamos a posponer los acuerdos con Valencia y Barcelona que permiten ya la investigación con células madre. En primer lugar, la investigación con célula madre no está permitida todavía, porque por el Gobierno anterior no se desarrolló el decreto que establecía el procedimiento para la donación de embriones. En segundo lugar, uno de estos convenios se firmó en los últimos días de marzo y el de Valencia el día 6 de abril. Por tanto, cuando el Gobierno del Partido Popular sabía perfectamente que no iba a ser Gobierno muy pocos días después. Me da la impresión, aunque tal vez esté equivocada, que ninguno de estos dos convenios entra dentro de los temas urgentes que puede aprobar un gobierno en funciones. En todo caso, sí le quiero decir que nosotros estamos por apoyar la investigación con centros organizados en red, nos parece que la organización que se plantea en la Ley de Reproducción Asistida de un centro nacional que autoriza a todo el resto no es la más adecuada. Por tanto, estamos estudiando su posible modificación, así cómo salir de las complicaciones inducidas por la aprobación de un convenio para penalizar a la Comunidad Autónoma de Andalucía, que ya había desarrollado un centro de investigación con células madre. Ninguno de estos convenios —y eso pasa con casi todas las cuestiones aprobadas por el Gobierno anterior en materia de sanidad en los últimos meses— lleva una financiación asociada, y eso es algo repetible de muchos de los planes, de las prestaciones y de las promesas que se hicieron a los ciudadanos. Esa es también la razón por la cual las comunidades de gobiernos socialistas se levantaron en la última sesión del Consejo Interterritorial, a la vista de que se presentaban planes y actuaciones de los que ni tan siquiera se llevaba una evaluación económica.

Querría decir algo de ese pacto con Farmaindustria y de la financiación de la investigación, que a usted le preocupa tanto. Me preguntaba si nosotros vamos a romper el pacto con Farmaindustria. El pacto con Farmaindustria lo ha considerado roto la propia industria farmacéutica, porque entiende que la modificación de los precios de referencia está fuera del pacto y por tanto supone un incumplimiento, tan lo ha dado por roto que no ha revertido la cantidad establecida en esos acuerdos, sino únicamente la parte que era fija y que no estaba relacionada con el gasto farmacéutico. A ese respecto me gustaría decirle, ya que está usted tan preocupado, que una de las razones del crecimiento del gasto farmacéutico ha sido que durante el año 2003 y los primeros meses de 2004 varias empresas farmacéuticas han solicitado la ejecución de su derecho a ejercer el llamado silencio administrativo positivo, lo que les ha permitido subir los precios de sus medicamentos a los niveles que pretendían. El coste estimado de estos

silencios positivos de los medicamentos afectados por falta de decisión administrativa de la anterior Administración asciende, en la última evaluación que hemos hecho únicamente de los datos del último año, a 33,34 millones de euros al año. Esta cantidad, con ser importante, lo que pone de manifiesto es que los mecanismos de control del gasto farmacéutico han brillado por su ausencia durante la etapa anterior.

Para finalizar mi intervención, cuestionaba usted mis afirmaciones sobre el deterioro relativo de la sanidad en nuestro país. Le diré también que en el reciente informe sobre la salud en el mundo en el año 2004, la Organización Mundial de la Salud pone de relieve que en España no sólo se ha incrementado el gasto sanitario global, sino que su composición mantiene una tendencia lenta, pero sostenida al incremento del gasto sanitario privado, y por esa razón no es extraño que del año 1996 al año 2003 hayamos descendido del noveno al decimonoveno puesto en el índice de desarrollo humano de la Organización de Naciones Unidas. Si usted quiere más datos sobre el gasto sanitario y el porcentaje del PIB en los años de Gobierno del Partido Popular, con mucho gusto se lo daré.

Antes he mencionado el porcentaje de genéricos en los distintos países, ahora quiero mencionar también que el porcentaje de especialidades farmacéuticas nuevas aprobadas en España es muy superior, como he dicho, al de otros países, como se pone de manifiesto si uno examina la cuota de mercado de los nuevos productos lanzados en los cinco años anteriores. Esa cuota de mercado es de 15 por ciento en Japón, 16 por ciento en el Reino Unido, 20 por ciento en Finlandia, 21 por ciento en Portugal, 22 por ciento en Austria y en Italia, 23 por ciento en Francia y en Bélgica, 25 por ciento en Alemania, 27 por ciento en Suiza y 30 por ciento en España. Es decir, de todos esos países que he mencionado, países fundamentalmente de la OCDE, España es el que tiene una cuota de mercado mayor de los productos nuevos lanzados en los años anteriores, y eso no parece que se haya traducido en una mejora de la salud, porque le vuelvo a repetir que un 33 por ciento de las atenciones de las urgencias hospitalarias están relacionadas con un mal uso de los medicamentos.

Por mi parte, señora presidenta, he terminado.

La señora **PRESIDENTA**: A continuación, pongo en conocimiento de los señores portavoces que la previsión del Reglamento respecto a este tipo de debates dice: En casos excepcionales (y excepcional es, entiendo yo, la primera comparecencia de una ministra para explicarnos las líneas generales de la política de su departamento) se podrá abrir un turno para que los diputados puedan escuetamente —escuetamente, les insisto— formular preguntas o pedir aclaración sobre la información solicitada. Por tanto, por el mismo orden en el que se han producido las primeras intervenciones, daría un turno con este carácter de escueto a los señores portavoces que así lo soliciten.

Por el Grupo Parlamentario Popular tiene la palabra el señor Mingo.

El señor **MINGO ZAPATERO:** Señorías, señora ministra, estoy asombrado de que en la primera intervención de una ministra de Sanidad y Consumo del Reino de España, con la colaboración de la portavoz del grupo de Gobierno, se haga una crítica a la gestión anterior. No discuto si gusta o no gusta el tono de mi intervención, eso es un criterio personal que desde luego estoy dispuesto a asumir con todas sus características, pero nunca un portavoz, señora presidenta, del grupo parlamentario que apoya al Gobierno ha hecho en la historia de los últimos años de este Parlamento una crítica tan feroz del Gobierno anterior sin nadie que le pueda defender. **(El señor Fidalgo Francisco: Para eso estais.—La señora López i Chamosa: «Diario de Sesiones».)** No lo hicimos, ni tampoco el ministro Romay, ni la ministra Villalobos, ni la ministra Pastor hicieron unas intervenciones en relación con sus objetivos.

Segundo asunto. Señora ministra, el Grupo Socialista votó a favor de las nuevas fórmulas de gestión por derecho privado en las Cortes Generales. Le pido a la presidenta de la Comisión que le aporte oficialmente el resultado de la votación en la legislatura correspondiente. Señora ministra, usted y todos los ciudadanos españoles tienen los datos de Farmaindustria en la página web del ministerio. Usted sabe qué fondos han ido al Centro Nacional de Investigación Oncológico y al Centro Nacional de Investigación Cardiovascular porque los consejeros socialistas forman parte de esos centros nacionales y porque —repito— está en la página web del ministerio. Luego, no hay mengua de transparencia en la gestión anterior. Tengo la impresión de que las palabras de la ministra y las palabras de la portavoz socialista hacen de la media verdad la gran mentira.

¿Se acusa a la ex ministra Ana Pastor de convocar una manifestación? ¿Es que se quiere callar la libre expresión de los ciudadanos? **(Risas.)** Me acaban de pasar una nota diciendo que hay, señora ministra, una plataforma de Extremadura con protestas sanitarias y que quieren que usted les reciba. Le pido que en su talante les reciba y les escuche.

La financiación sanitaria, señora ministra, en los últimos ocho años del Gobierno popular se ha incrementado el 65 por ciento y lo dice el propio informe. El incremento de la mejora de la atención sanitaria y de los servicios de salud —repito que esa cifra que da usted es una cifra parcial que sólo atiende alguno de los parámetros— indica que en la cifra global España es el segundo país de Europa y el octavo del mundo. Volvemos otra vez al mismo tema: ¿están ustedes haciendo oposición de la oposición? **(Risas.)** Señora ministra, lo importante es que la herencia recibida es buena. Continúe usted preocupándose y siga usted marcando las pautas que han marcado los gobiernos del Partido Popular, que han mejorado la asistencia sanitaria de una

manera definitiva. Usted va a tener una oposición que es exigente y leal y que buscará, por supuesto, posibilidades de consenso. Reciba —repito— a la plataforma de Extremadura de los ciudadanos española que tienen el derecho de que les reciba su ministra de Sanidad. Las fórmulas de gestión que se están aplicando en distintas comunidades autónomas son fruto de esos acuerdos y de esas competencias. Le pido que siga usted tratando a todas las comunidades autónomas no como las está tratando hasta ahora, sino con un acuerdo y una actitud global de igualdad de derechos, ya sean del Partido Socialista o sean del Partido Popular.

La investigación de células madre es posible gracias a una ley que presentó el Partido Popular, señora ministra, lo demás es demagogia. La Ley que permite la investigación con células madre la elaboró en la pasada legislatura el Partido Popular. Decir que la está haciendo el Partido Socialista es sencillamente no decir la verdad.

Señora ministra, el Partido Popular no ha convocado ninguna huelga. Los médicos interinos, en los medios de comunicación, han anunciado convocatorias de huelga, en el próximo mes, en virtud del retraso en la convocatoria, del retraso en finalizar la fase de selección y de no entrar en la fase de provisión de plazas. Esa es la línea global, señora ministra. Por lo tanto, no diga usted que el Partido Popular está convocando una huelga.

Por último, señora ministra, tengo la impresión de que esta oposición de la oposición, de que esta crítica feroz a lo hecho por los gobiernos del Partido Popular sólo esconde una situación: quiere usted bajar el listón del Sistema Nacional de Salud para evitar, ante posibles fracasos, una justificación. De todas maneras, una vez más, el Grupo Parlamentario Popular le dice que nosotros queremos que acierte, en beneficio de todos los ciudadanos, porque el primer objetivo del Grupo Parlamentario Popular en esta Comisión de Sanidad es mejorar los resultados del sistema sanitario español.

La señora **PRESIDENTA:** Muchas gracias, señor Mingo, por haberse ceñido al requisito de ser escueto.

A continuación, tiene la palabra el representante del Grupo Parlamentario Catalán de Convergència i Unió, señor Xuclà.

El señor **XUCLÀ I COSTA:** Señora presidenta, intentaré cambiar el enfoque de mi aportación en este segundo y último turno. Brevemente, aquello que en lenguaje informático se llama *reset*, pues *reset* para intentar retomar el hilo de lo que han manifestado distintos portavoces parlamentarios y para ver si podemos poner las primeras piedras de este consenso alrededor del pacto de Estado en materia de sanidad.

Después de oír las dos intervenciones de la ministra, yo creo que se puede hacer un buen trabajo en esta Comisión en materia de consensos políticos de futuro. La portavoz del Grupo Socialista ha expresado la

predisposición del partido de la mayoría a este pacto y también lo han hecho los portavoces de Coalición Canaria, de Esquerra Republicana, yo he iniciado este planteamiento y la ministra también se ha manifestado en este sentido. Creo que no solamente tenemos que plantear una declaración de buena voluntad a la espera del informe que tendremos dentro de unos meses, sino plantear, ya desde ahora, una situación importante que debe afrontar el Ministerio de Sanidad.

Cuando hablamos del ejemplo del Pacto de Toledo, hablamos de la voluntad política de distintos grupos parlamentarios de, si me permiten la expresión, enclaustrarse, encerrarse en una sala y, en nombre de la lealtad institucional y de la necesidad de afrontar un tema de Estado, llegar a unos puntos de acuerdo. Cuando yo hablo de este pacto no es para hacerlo de forma difusa sino para ver si, en pocos meses, todos los grupos parlamentarios podríamos llegar a este pacto de Estado. Tenemos una oportunidad que el grupo de la mayoría puede expresar a través de su voto o, si quieren, podemos hablar de modificarla. El Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) ha presentado una propuesta de creación de una subcomisión en la Comisión de Economía del Congreso de los Diputados, para estudiar la financiación de la sanidad y la nueva situación. Esta subcomisión puede ser el núcleo de este futuro pacto de Estado. Lo someto a consideración de la señora ministra, pero también de los portavoces de los distintos grupos parlamentarios. Telegráficamente diré que celebro la predisposición de la ministra a incorporar las nuevas tecnologías en la relación entre los ciudadanos y las administraciones, el anuncio de la receta electrónica. Para ponerle un ejemplo, de pasada, Letonia que se acaba de incorporar a la Unión Europea, tiene un sistema ejemplar de relación a través de nuevas tecnologías en la prestación de servicios, también de servicios sanitarios. Ha hecho una referencia en respuesta al portavoz de Coalición Canaria, al aumento de dotación de personal en la inspección fitosanitaria. Celebro este anuncio y anuncio, desde el Grupo Parlamentario Catalán, que insistiremos en esta materia porque en estos momentos el servicio que se prestaba era más que deficiente. Le podría poner algunos ejemplos, pero no es el momento oportuno. Celebro también su predisposición a estudiar la revisión de la actual previsión de examen anual para los diabéticos. Es razonable, hay personas que pueden tener peligro de sufrir algún tipo de enfermedad cardiovascular y que no pasen el examen anualmente, por lo que podemos estudiar este tema por paralelismo.

Para terminar, me referiré a un tema más de filosofía que de fondo y hablo desde Catalunya. Las mutuas no nacen muchas veces de una voracidad privatizadora de la sanidad, sino que nacen de un sentido comunitarista previo al propio sistema público de sanidad. Este es un punto para discutir seguramente otro día, pero el comunitarismo, la colaboración entre el sector público y el

sector privado a veces no nace de una fiebre privatizadora, sino de un sentido comunitario de los servicios públicos.

La señora **PRESIDENTA**: Tenía pedida la palabra la representante de Esquerra Republicana de Catalunya, señora Bonás.

La señora **BONÁS PAHISA**: La felicito, señora ministra, por su decisión de afrontar los problemas de la sanidad en profundidad. No me ha contestado respecto al traspaso de las cuotas de especialistas a la Generalitat de Catalunya, si piensa estudiar el tema. Como le he comunicado, hay un problema de planificación que no se podía hacer desde Catalunya porque los datos nos vienen desde Madrid y no están adecuados. Le felicito por reconocer el déficit de la sanidad catalana y su comprensión. Espero que entienda que en Catalunya en estos momentos se está discutiendo sobre el copago porque se ha visto que los recursos de los que disponemos en la sanidad son insuficientes y los catalanes no entenderían muy bien, si tienen que hacer un esfuerzo suplementario, para qué están en este Estado si tienen que pagar todos nuestros gastos.

La señora **PRESIDENTA**: Finalmente, tiene la palabra la representante del Grupo Socialista, la señora Pozuelo.

La señora **POZUELO MEÑO**: Con muchísima brevedad, querría decir dos o tres cuestiones para precisar. En primer lugar, dejo rotundamente claro que el Grupo Parlamentario Socialista nunca apoyó las fundaciones basadas en el derecho privado para gestionar la sanidad ni las concesiones administrativas de servicio sanitario de especialidad. Es probable que el señor Mingo, portavoz del Grupo Popular, se confunda con una pequeña trampa, llamémoslo así, que hizo en aquel momento el Partido Popular a la hora de la aprobación del decreto-ley que reguló inicialmente, y que trajeron por urgencia en una de las primeras actuaciones de Gobierno en el año 1996, para la creación de las fundaciones sanitarias de derecho privado a las que nos opusimos radicalmente y a las que votamos en contra y la modificación que se hizo cuando ese decreto-ley se tramitó como ley. Aquellos diputados que estábamos en la Cámara recordaremos cómo se modificó entonces, mediante las enmiendas que el Grupo Socialista y otros grupos parlamentarios presentaron, ese carácter de derecho privado de las fundaciones al derecho público y a la titularidad pública. Ahí si votó favorablemente el Grupo Socialista. La pequeña gran trampa que hizo en aquel momento el Gobierno del Partido Popular fue que siguió poniendo en marcha y gestionando fundaciones y hospitales sobre la base del decreto que anteriormente, y cuando ya estaba derogado por la ley aprobada, se había puesto en marcha. Nos opusimos reiteradamente, los «Diarios de sesiones» de esta Cámara están a dispo-

sición de todos y en ellos queda claramente evidenciado y demostrado.

En segundo lugar, quiero aclarar para los que no lo sepan que la comunidad andaluza no tiene ningún centro sanitario, ni de atención primaria, ni de servicios de especialidades ni de ninguna otra clase que funcione bajo una fundación de derecho privado, sino que todos los hospitales son de titularidad pública y están gestionados por formas públicas de gestión.

Hay una cuestión que me parece lamentable en la intervención del portavoz del Grupo Popular y en la actuación que está en estos momentos teniendo la anterior ministra del Partido Popular, quien no podrá quejarse jamás del respeto que le mostramos todos los grupos en esta Cámara mientras fue ministra. Ese respeto no lo está teniendo ella durante la sesión de esta tarde y se está produciendo un doble hecho insólito. En primer lugar, el que denunciaba yo en mi primera intervención de ponerse al frente de la manifestación que reclama reivindicaciones que podrían ser muy legítimas pero que son un ejemplo de la eficacia de su gestión: que existen listas de espera interminables y sanitarios en paro. Este es el listón, señor Mingo, que dejó su Gobierno, este es el listón del que partimos y que ahora extrañamente reivindica la anterior ministra Ana Pastor. En segundo lugar, en este momento la ex ministra Ana Pastor está protagonizando una doble comparecencia, mientras usted está aquí compareciendo ante la Cámara la ex ministra Pastor está compareciendo ante los medios de comunicación en la puerta de esta sala, lo cual me parece verdaderamente irrespetuoso e indigno para esta Cámara y para todos los diputados que estamos aquí atendiendo a esta comparecencia.

La señora **PRESIDENTA**: Nuevamente, señora ministra, tiene usted la palabra.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Salgado Méndez): Yo no voy a referirme en concreto a la ex ministra. Yo tuve la oportunidad de decir en su momento que la transición, tal como se manifestaba, era formalmente correcta. Después de llegar al Ministerio y de ver la cantidad de convenios, acuerdos y proyectos firmados después del 14 de marzo, mi opinión seguramente ya no es la misma, pero en todo caso no quisiera yo hacer de esto cuestión aquí en este momento.

De la misma manera tampoco he dicho que el Partido Popular haya convocado esta huelga de interinos. No, lo que he dicho es que es su huelga. Entiendo que la asociación de médicos interinos no ha debido enterarse de que ha habido un cambio de Gobierno, porque supongo que la huelga deberá dirigirse contra aquellos que han mantenido retrasada la solución de esta oferta extraordinaria durante dos años y medio y no contra quien sólo lleva seis semanas en el cargo. Por eso digo

que es su huelga, en el sentido de que seguramente la hacen contra el Partido Popular.

En cuanto a si debo o no recibir a la plataforma de Extremadura, yo tengo por costumbre decidir sobre lo que yo hago o no hago de manera autónoma, y por tanto me parece un poco sorprendente que el representante del Grupo Popular diga que debo recibir a la plataforma de Extremadura.

En cuanto a la Ley de investigación con células madre, es verdad —tiene usted toda la razón y así lo hemos dicho varias veces— que el Partido Popular y la ministra Ana Pastor se dio un paso adelante en el sentido de decidir qué se hacía con los preembriones sobrantes y que estaban criopreservados hasta el momento de aprobación de la ley. Sin embargo, esa ley no se desarrolló y de hecho a día de hoy no sólo no ha habido todavía investigación con células madre, sino que la comunidad autónoma que pretendió iniciar esa investigación se encontró con un recurso de inconstitucionalidad planteado por el Gobierno del Partido Popular.

Finalmente, en cuanto a los datos sobre el gasto sanitario público en los últimos años, parece que los datos de la Organización Mundial de la Salud, de la Comisión Europea y de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico están todos ellos equivocados. Le rogaría, sería buenísimo para todos, que enviara usted la rectificación correspondiente y que, además de eso, consiguiera la aceptación y por tanto la inclusión en las estadísticas de los datos que usted estima como correctos. En cuanto a la satisfacción con el sistema sanitario, quiero simplemente referirle unas cifras que corresponden a un informe que ha sido elaborado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, denominado barómetro sanitario, elaborado por el Instituto de Información Sanitaria. Le voy a referir únicamente los datos de 1995 y 2003, tengo entre medias los de 1999, pero por no quiero extenderme. Atención primaria, año 1995, índice de satisfacción, 7,35; año 2003, 6,83. Atención especializada, año 1995, 7,17; año 2003, 6,56. Hospitalización, año 1995, 7,60; año 2003, 6,96. Etapa previa al servicio, año 1995, 5,62; año 2003, 4,97. Información institucional, año 1995, 5,06; año 2003, 4,64. Y accesibilidad en atención primaria, año 1995, 7,57; año 2003, 6,88. Estos son datos que proceden de una información elaborada por los servicios del Ministerio de Sanidad y Consumo. En todos los índices, absolutamente en todos, ha habido un deterioro entre el año 1995 y el año 2003.

La señora **PRESIDENTA**: Señorías, concluido el orden del día que hoy nos traía, se levanta la sesión. Muchas gracias.

Eran las nueve y cincuenta y cinco minutos de la noche.

Edita: **Congreso de los Diputados**

Calle Floridablanca, s/n. 28071 Madrid

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

Imprime y distribuye: **Imprenta Nacional BOE**

Avenida de Manoteras, 54. 28050 Madrid

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



Depósito legal: **M. 12.580 - 1961**