



# CORTES GENERALES

## DIARIO DE SESIONES DEL

# CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Año 2004

VIII Legislatura

Núm. 83

## SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DE LA EXCMA. SRA. D.<sup>a</sup> MARGARITA URÍA ETXEBARRÍA

Sesión núm. 3

celebrada el martes, 28 de septiembre de 2004

	<u>Página</u>
<b>ORDEN DEL DÍA:</b>	
Comparecencia del señor subsecretario de Sanidad y Consumo (Puig de la Bellacasa y Aguirre), para informar sobre los proyectos de su departamento. A solicitud del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 212/000037.) . . . . .	2
<b>Preguntas:</b>	
— Del señor Martín Soledad (Grupo Parlamentario Popular en el Congreso), sobre previsiones acerca de la implantación de la receta electrónica. (Número de expediente 181/000036.) . . . .	22
— Del mismo señor diputado, sobre previsiones acerca de la creación de la especialidad de medicina de urgencias y emergencias. (Número de expediente 181/000038.) . . . . .	23
— Del mismo señor diputado, sobre previsiones acerca del desarrollo de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema	

de financiación de la las comunidades autónomas de régimen común y ciudades con estatuto de autonomía, para incrementar con carácter general los recursos destinados al Sistema Nacional de Salud. (Número de expediente 181/000039.) .....	24
— Del señor Gutiérrez Molina (Grupo Parlamentario Popular en el Congreso), sobre previsiones acerca del fomento de la investigación en enfermería. (Número de expediente 181/000101.) .....	25
— Del mismo señor diputado, sobre tanto por ciento del presupuesto del Instituto Carlos III que piensa reservar el Gobierno con cargo a los gastos institucionales de los proyectos de investigación para la dotación de bibliotecas en los hospitales y centros de investigación. (Número de expediente 181/000102.) .....	26
— Del mismo señor diputado, sobre puesta en marcha de proyectos relacionados con la biblioteca virtual en salud del Instituto Carlos III. (Número de expediente 181/0000103.) .....	26
— Del mismo señor diputado, sobre previsiones acerca de impulsar la investigación sobre medicamentos. (Número de expediente 181/000107.) .....	28
— Del señor Vañó Ferre (Grupo Parlamentario Popular en el Congreso), sobre previsiones acerca de la implantación de la tarjeta de crónicos por patologías. (Número de expediente 181/000110.) .....	29
— De la señora Salazar Bello (Grupo Parlamentario Socialista del Congreso), sobre comunidades autónomas que van a aplicar el estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud, en lo que se refiere a la anticipación de la jubilación, y facultativos afectados por la aplicación de esta norma. (Número de expediente 181/000184.) .....	30

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

**COMPARECENCIA DEL SEÑOR SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO (PUIG DE LA BELLACASA Y AGUIRRE), PARA INFORMAR SOBRE LOS PROYECTOS DE SU DEPARTAMENTO. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 212/000037.)**

La señora **PRESIDENTA**: Señoras diputadas, señores diputados, comienza la sesión de la Comisión de Sanidad y Consumo que, como todos ustedes conocen, tiene hoy un contenido eminentemente de control al Gobierno. En primer lugar, tal y como consta en el orden del día del que todos ustedes disponen, tenemos presente y damos ya la bienvenida tanto a él como al equipo que le ha acompañado, al subsecretario del ministerio, señor Puig de la Bellacasa, para explicarnos cuáles serán las líneas generales en lo que a él le compete de la actuación del ministerio. Como es costumbre, comenzaremos con la intervención del propio compareciente y, posteriormente, de la del grupo que ha solicitado la comparecencia, que todos ustedes conocen que es el Grupo Popular. A continuación, intervendrán las formaciones políticas que así lo deseen, de menor a mayor, cerrando siempre el grupo que apoya al Gobierno.

Sin más, damos comienzo a esta sesión dando la palabra al señor Puig de la Bellacasa, subsecretario del ministerio, para que nos informe del contenido de lo que será su quehacer dentro del mismo.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Puig de la Bellacasa y Aguirre): Señorías, es para mí un placer y un honor comparecer ante esta Comisión para comentarles las líneas generales de actuación del departamento en lo que afecta al ámbito de la subsecretaría a cuyo cargo me encuentro. Desde este puesto, quiero manifestarles, en primer lugar, mi total disposición de amplia colaboración con todos y cada uno de ustedes y de comparecer ante SS.SS. en cualquier momento y cuantas veces lo estimen oportuno, no sólo como una obligación inherente al cargo, sino también como un compromiso de transparencia y de comunicación; un compromiso que ya les anunció la ministra Elena Salgado en su comparecencia ante esta misma Comisión el pasado 21 de junio y que significa una filosofía de actuación del actual equipo ministerial. En esa misma comparecencia a la que acabo de referirme, la ministra ya expuso los objetivos y prioridades a desarrollar por el ministerio en esta legislatura y, como es lógico, la gestión a cargo de la subsecretaría está orientada por esos objetivos enunciados. Igualmente en esta Comisión, en junio, la ministra también adquirió determinados compromisos, a los que a lo largo de esta comparecencia me voy a referir porque, como no puede

ser de otra manera, ya estamos dedicados de pleno a las estrategias a desarrollar en el departamento.

Nuestra preocupación es que las acciones a emprender estén fundamentadas dando paso a una política de hechos que se fundamente en el rigor, y por tanto en actuaciones planificadas, con base en estudios previos y que cuenten con el apoyo presupuestario necesario. A lo largo de los tres primeros meses, los famosos cien días, nuestra principal dedicación ha sido evaluar la situación real en la que nos encontramos. Para ello, hemos mantenido innumerables reuniones y contactos, hemos mantenido comunicación con todos los sectores, tanto en el ámbito de la política farmacéutica como en la de los recursos humanos y del consumo, y el diálogo ha sido bastante fructífero.

Ahora, si me lo permiten, quisiera entrar con detalle en lo que afecta directamente a las competencias del ámbito de la subsecretaría. Voy a referirme, en primer lugar, al área de recursos humanos, porque en mi opinión resulta un área totalmente estratégica. Señorías, comenzaré expresando algo que todos sentimos y compartimos: la transcendencia que tiene el personal sanitario. Nuestros profesionales son el motor del sistema, su pilar básico; ellos nos atienden, nos escuchan, nos prescriben, nos operan, en definitiva, nuestra salud está en sus manos. Es necesario, por tanto, que cuenten con una buena carrera profesional y una buena formación especializada y continuada. Además, debemos avanzar hacia una sanidad más participativa, donde todos los profesionales se sientan implicados y contribuyan al diseño de las líneas básicas de las acciones en este campo. El personal constituye, sin lugar a dudas, el principal activo del Sistema Nacional de Salud, y en términos económicos es capital, ya que los recursos humanos representan casi el 40 por ciento del total del gasto sanitario público, agrupando a más de medio millón de profesionales, lo que representa casi el 4 por ciento de la población activa ocupada.

En estos momentos, el Ministerio de Sanidad y Consumo tiene la obligación de llevar a cabo el desarrollo de dos normas de gran relevancia para el sector, la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias y el Estatuto marco, y lo queremos hacer, señorías, con el máximo consenso posible con las comunidades autónomas, con los sindicatos, con las asociaciones de profesionales y con los colegios profesionales. Un consenso que nos permita establecer una política de personal fundada en criterios básicos compartidos, que posibiliten la cohesión del Sistema Nacional de Salud, que contribuyan a una gestión eficaz de los servicios de salud y de los centros e instituciones sanitarias y que fomenten la motivación y el desarrollo de los profesionales de la salud. Es necesario, pues, un trabajo intenso que sea sentido como un trabajo de todos porque el esfuerzo vale la pena y desde luego es imprescindible para conseguir el éxito en esta tarea.

Por ello, el pasado 16 de junio se constituyó en Bilbao la comisión de recursos humanos, presidida por la

ministra de Sanidad y Consumo, y con la participación de todas las comunidades autónomas y los departamentos de la Administración General del Estado con competencia en la materia, es decir, Economía y Hacienda, Educación y Ciencia, Defensa, Administraciones Públicas, Trabajo y Sanidad y Consumo. Como resultado de esta reunión, se han puesto en marcha las comisiones técnicas de personal, de desarrollo profesional y de formación técnica especializada. Estas comisiones comenzaron sus trabajos los días 1, 7 y 8 de julio pasado y se han reunido en plenario la de personal en una ocasión y la de desarrollo profesional y la de formación especializada en dos ocasiones cada una. De ellas, se han derivado, y están funcionando con normalidad y frecuencia, diversos grupos de trabajo. Todo esto supone una voluntad clara y manifiesta, como no puede ser de otra forma en un Estado descentralizado como el nuestro, de impulsar la corresponsabilidad del Estado y las comunidades autónomas en el diseño de la política de recursos humanos. De resultados de estos trabajos, en la segunda reunión de la comisión nacional, presidida asimismo por la propia ministra, y celebrada en Madrid el pasado día 16, hemos aprobado la convocatoria y fijado la oferta MIR 2005, que incluye 5.613 plazas de formación, mediante residencia para licenciados, la distribución de 270 de ellos correspondientes a especialidades multiprofesionales entre las distintas licenciaturas, la oferta de 173 plazas para la formación por el sistema de alumnado para licenciados y la oferta de 421 plazas para la formación mediante residencia de diplomados de enfermería. Por primera vez, señorías, las comunidades autónomas han fijado la oferta de común acuerdo y se ha establecido un cupo autonómico, de tal forma que todas ellas tengan garantizado un número mínimo de plazas en cada especialidad. Este es un primer paso, a nuestro entender, para tratar de adecuar la oferta a las necesidades de planificación de los servicios de salud de las diferentes comunidades autónomas.

La comisión de recursos humanos ratificó asimismo en esta reunión la propuesta para ampliar de tres a cuatro años la formación en medicina familiar y comunitaria y la aprobación de los nuevos programas de medicina de trabajo a partir de la próxima convocatoria, incluida por primera vez en el sistema de formación por residencia y medicina preventiva y salud pública. También ha informado favorablemente un proyecto de real decreto que amplía las vías de acceso al título de especialista en psicología clínica y abre un nuevo plazo, con el objeto de facilitar la incorporación de licenciados a esta especialidad. Este real decreto será aprobado por el Consejo de Ministros después del informe preceptivo del Consejo de Estado.

En los próximos meses abordaremos también cuestiones tales como el llamado estatuto del residente, la creación de las nuevas especialidades de enfermería o el análisis del impacto de la aplicación en los centros sanitarios de la jornada de 48 horas semanales.

En lo que se refiere a la relación laboral de carácter especial del residente, que el Gobierno tiene que regular conforme al artículo 20 de la LOPS, en los próximos meses se presentará un borrador a la comisión técnica de formación especializada con las líneas generales que, teniendo en cuenta las competencias del Ministerio de Trabajo en este ámbito, deberá negociarse de acuerdo con la previsión contenida en el artículo 11 de la Ley, en el ámbito del foro-marco para el diálogo social, que constituiremos en el último trimestre de este año.

Por lo que se refiere a las especialidades de enfermería, en las que en la convocatoria de 2005 se aprueban, como decíamos, 421 plazas de las especialidades hasta ahora reconocidas, matronas y salud mental, el ministerio tiene previsto remitir al Consejo de Ministros, antes de fin de año, un real decreto que las regule ampliando su número. El texto se encuentra actualmente en tramitación, habiéndose recibido ya la opinión de las entidades implicadas, muy especialmente la del comité asesor de enfermería y la del consejo general del Colegio Oficial de Enfermería, pero también la de las organizaciones sindicales más representativas, las sociedades científicas, las asociaciones y los departamentos ministeriales afectados. Concluido este trámite de audiencia y una vez analizadas las observaciones y propuestas de las comunidades autónomas en el ámbito de la comisión de recursos humanos, abordaremos la redacción definitiva buscando el mayor grado de consenso entre las lógicas reivindicaciones del colectivo implicado y las necesidades de las administraciones sanitarias, sin olvidar la movilidad de los profesionales en el Sistema Nacional de Salud y en el ámbito europeo, para enviar un proyecto al Consejo de Ministros, como les he dicho antes, antes de fin de año.

En relación con la jornada de 48 horas semanales, la comisión de recursos humanos aprobó en su última reunión la constitución y composición de un grupo de trabajo para coordinar la redacción del informe que, de acuerdo con el estatuto-marco, ha de realizar la propia comisión para analizar las implicaciones que sobre el Sistema Nacional de Salud tendrá la aplicación de la jornada especial de 150 horas al año.

Les he hablado de dos leyes sobre cuya importancia soy perfectamente consciente, pero cuyo valor quedaría muy limitado si no llegaran a desarrollarse de forma adecuada y con el debido consenso, tarea en la que el ministerio está concentrando sus esfuerzos y que debe asumir con responsabilidad y cautela, puesto que somos conscientes de que las medidas que se adopten deberán después aplicarse por las administraciones que gestionan los servicios de salud.

Por otra parte, en estos primeros meses uno de nuestros compromisos prioritarios ha sido también el de relanzar el proceso de consolidación de empleo, aprobado por unanimidad en este Parlamento en diciembre de 2001, y resolver definitivamente la situación histórica de interinidad de los profesionales del sector sanitario, que en los últimos años se ha desarrollado

con excesiva lentitud. Nuestro compromiso ha sido y es el de impulsar de forma decidida este proceso. Eso es precisamente lo que hemos hecho, porque el proceso ha experimentado un fuerte impulso en los últimos meses. En concreto, con respecto a los facultativos especialistas de área, el objetivo inicial fue que la mayoría de las especialidades se encontraran a finales del mes de junio en expectativa de destino y en fase de provisión antes del comienzo de verano, y lo hemos cumplido. Esperamos que la fase de provisión, con la que culmina el proceso, concluya a finales de 2004 para la práctica totalidad de las plazas de facultativos especialistas de área y en el segundo semestre de 2005 para las plazas de atención primaria. Para el resto de las categorías profesionales, la fase de provisión estaría finalizada antes de concluir el año 2005. Quiero concluir la parte de recursos humanos haciendo una breve referencia al personal que presta sus servicios en los servicios centrales del ministerio, así como en el Instituto Carlos III, la Agencia del Medicamento, el Instituto Nacional de Consumo y la Agencia Española de Seguridad Alimentaria, para agradecer su dedicación y profesionalidad al Servicio de la Salud y del Consumo en España.

En lo que se refiere a la política farmacéutica, quiero señalar en primer lugar su carácter estratégico —algo en lo que estoy seguro coincidirán SS.SS. conmigo—, ya que además de afectar a los laboratorios, a la distribución mayorista o a las oficinas de farmacia, tiene como eje central a los médicos y sobre todo a los ciudadanos como pacientes. No quiero empezar sin hacer una muy positiva valoración de lo que son y lo que representan los medicamentos y los productos sanitarios para los pacientes y para el Sistema Nacional de Salud. La oferta de medicamentos en España es de las más elevadas de Europa, con más de 18.000 presentaciones comercializadas a través de más de 20.000 oficinas de farmacia en todo el país, que se corresponden con más de 6.000 especialidades, de las que aproximadamente el 60 por ciento son financiadas por el Sistema Nacional de Salud. Se trata del sector que en el año 2003 facturó al Sistema Nacional de Salud más de 8.900 millones de euros, con un incremento del 12,5 por ciento respecto al año anterior y suponiendo alrededor de un 21 del gasto sanitario total, en el que la aportación del beneficiario fue de un 7 por ciento. Es indudable el impacto del medicamento sobre la salud y la calidad de vida, ya que en las últimas décadas es uno de los elementos que más han contribuido al aumento de la esperanza y a la mejora de las condiciones de vida en la sociedad actual. Además, desde el punto de vista industrial, nos encontramos ante un sector innovador, con fuertes inversiones en investigación, que emplea personal muy cualificado y que está contribuyendo de forma destacada a la riqueza del país.

En cuanto a la distribución, nos permite disponer en todo momento de los medicamentos necesarios en cualquier parte de nuestro país, merced a un sistema y unas estructuras totalmente consolidadas; en lo que

se refiere a las oficinas de farmacia dispensan los medicamentos en todo el territorio nacional, a través del trabajo de profesionales que disponen de una gran cualificación y que son altamente valorados por los ciudadanos, asegurando la accesibilidad al medicamento y ofreciendo además consejo sanitario, como establecimiento sanitario que es. Las oficinas de farmacia y los farmacéuticos en nuestro país son agentes de salud muy apreciados, con un campo de actuación muy amplio y que ofrecen uno de los mejores servicios a nivel europeo. Por todo ello, la política farmacéutica es de la máxima importancia y desde luego totalmente estratégica en el ámbito de la salud. Es precisamente por su carácter estratégico, señorías, por lo que hemos estado trabajando y consultando al sector para poder articular un plan de política farmacéutica que, según se comprometió la ministra, a lo largo del otoño será presentado al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Se están manteniendo contactos con todos los sectores implicados en el ámbito farmacéutico, para tener en cuenta sus puntos de vista en la elaboración de dicho plan, que se está llevando a cabo en contacto con todos los sectores interesados y en concertación con las comunidades autónomas.

Destacaría en primer lugar que hemos reactivado la comisión de farmacia del Sistema Nacional de Salud como un foro de propuestas y de ideas, como cauce de la participación de las comunidades autónomas en el diseño de la política farmacéutica. Entendemos que debe ser también un foro para el análisis de las cuestiones relacionadas con la calidad de la prestación farmacéutica y para el intercambio de análisis y experiencias entre administraciones sanitarias, ya que de esta forma se asegura su mejora continua. Esta comisión de farmacia del Consejo Interterritorial tuvo su última reunión con el Gobierno anterior el 27 de junio de 2002. Desde el mes de julio pasado, la comisión de farmacia se ha reunido en cuatro ocasiones, concretamente el 1 y 22 de julio y el 14 y 15 de septiembre, habiéndose abordado temas de interés común. Así, se ha propiciado una reflexión conjunta sobre los elementos esenciales que han de abordarse en el plan estratégico de política farmacéutica: la financiación selectiva de medicamentos por el Sistema Nacional de Salud, la promoción e información de medicamentos, la potenciación de los medicamentos genéricos y otras estrategias de mejora de la calidad de la prestación farmacéutica. También se ha trabajado sobre la mejora de los sistemas de información para la gestión de la prestación farmacéutica o en el análisis de los problemas de seguridad detectados en los medicamentos denominados antipsicóticos atípicos que ha provocado una gran preocupación en ámbitos profesionales.

Del intenso trabajo desarrollado por la comisión de farmacia se dio cumplida cuenta en el pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, celebrado en Barcelona el pasado día 22 de septiembre de 2004. Además, señorías, puedo informarles que

desde el mes de mayo pasado, tanto el director general de Farmacia y Productos Sanitarios, como yo mismo, hemos mantenido múltiples reuniones tanto con el sector farmacéutico como con los laboratorios, la distribución, las oficinas de farmacia y las asociaciones de pacientes, superando ampliamente el centenar de encuentros. A lo largo de estos encuentros y tras el análisis exhaustivo de la situación heredada ha quedado patente, entre otras cosas, la asimétrica relación de los diferentes agentes del sector con la administración. Cabe destacar así que, con el Decreto-ley 5/2000, se impone a las oficinas de farmacia el pago de una contribución que supone un monto en torno a los 300 millones de euros al año, mientras que con la industria farmacéutica se estableció un marco de relaciones con la Administración con la firma en el año 2001 de un llamado pacto que vincula la financiación de la investigación sanitaria pública a las aportaciones de la industria y éstas al crecimiento del gasto farmacéutico.

Creemos que las relaciones del Estado con los diferentes agentes del sector farmacéutico deben redefinirse para situarse en un contexto más adecuado al rol de cada agente y deben ser simétricas con todos ellos, como no podría ser de otra forma, un plan estratégico que se articula en torno al objeto esencial de asegurar un uso racional del medicamento, de tal forma que garantizar la calidad de la prestación farmacéutica sea el principal fin a conseguir en el Sistema Nacional de Salud de una forma eficiente. En este contexto debemos abordar la manera de hacer efectiva la aplicación del mandato de la Ley del Medicamento cuando establece, en su exposición de motivos, que la prestación de medicamentos por el Sistema Nacional de Salud a precios razonables y con un gasto público ajustado se posibilita mediante la financiación selectiva y no indiscriminada.

Queremos garantizar que todos los ciudadanos obtengan del Sistema Nacional de Salud los medicamentos que necesiten y al coste que sea necesario. No es un problema de gastar menos, sino de gastar mejor, sobre todo en el marco de un uso racional de los medicamentos. En este sentido, el actual sistema de precios de referencia, concebido para contener el gasto, no ha demostrado por el momento ser capaz de tener todo el impacto esperado en términos de ahorro para el Sistema Nacional de Salud y sin embargo su aplicación se hizo de tal forma que ha centrado sus efectos especialmente en la industria nacional, de manera especial en la industria relacionada con los genéricos.

Señorías, en el plan estratégico de política farmacéutica se van a considerar también medidas para potenciar el mercado de los medicamentos genéricos; un mercado actualmente estancado en torno al 6,4 por ciento del gasto, muy lejos de otros países de nuestro entorno, como Alemania con un 27 por ciento, Reino Unido con un 18 por ciento u Holanda con un 13 por ciento. En este marco nos planteamos diferentes acciones, entre las que pueden señalarse aquellas que permitan agilizar aquellos procedimientos administrativos que desde

la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios hay que seguir para la autorización de los medicamentos genéricos y otras medidas informativas y formativas para profesionales y ciudadanos.

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios ha de ser un referente científico de primera magnitud para el conjunto del sector y ha de ofrecer apoyo científico al conjunto del Sistema Nacional de Salud y a los profesionales sanitarios españoles. Adquirimos el compromiso, que estará presente en el plan estratégico, de agilizar todos los trámites que se realicen, tanto en el registro de medicamentos como en la asignación de precios, con lo que impediremos los retrasos y sus consecuencias para el sistema. Un elemento de indudable relevancia para el desarrollo de una política farmacéutica lo constituye el trabajo de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Nuestra apuesta por la potenciación de la Agencia y el refuerzo de su capacidad técnica para responder con la agilidad que exige la nueva normativa europea supone uno de los compromisos más destacables en esta legislatura para colocar a la Agencia entre las más competitivas a nivel europeo. La Agencia tiene también que asegurar que la información sobre medicamentos sea accesible para los médicos, tal como lo exige el artículo 84 de la Ley del Medicamento, y a ello se dedicará también su esfuerzo en los próximos años; una información que, tal y como destaca la ley, ha de estar basada en la evidencia científica y en la independencia porque hay que señalar que para el Ministerio de Sanidad y Consumo, y creo que para todos, el médico es una figura central para asegurar la calidad que pretendemos con la política farmacéutica en esta legislatura. Los profesionales médicos que hoy están recibiendo la información únicamente de entidades privadas recibirán información transparente, científica, ágil y actualizada directamente de la Agencia Española del Medicamento.

Asimismo, es importante señalar la importancia del buen desarrollo de la Comisión Interministerial de precios de los medicamentos. Hemos recorrido un camino importante en estos meses, ya que hemos pasado de analizar y resolver expedientes con más de 20 meses de espera a tratar en la última reunión de julio expedientes presentados menos de 30 días atrás. Eso ha sido posible ya que la Comisión se ha reunido en estos últimos meses en cinco ocasiones, el 27 de mayo, el 10 y el 24 de junio y el 13 y 29 de julio —la próxima reunión está prevista para dentro de 48 horas—, para solucionar las situaciones de estancamiento en las que se encontraban los más de 700 expedientes de resolver y solucionar la situación creada a partir de una serie de silencios positivos generados para diversos productos que habían solicitado revisión de precio y no la habían recibido.

Señorías, otro elemento relevante lo constituye la necesidad de erradicar las actuales prácticas de dispensación de especialidades farmacéuticas que precisan de receta médica y que se obtienen en las oficinas de far-

macias sin asegurar el cumplimiento de este requisito de previa prescripción con receta médica. Avanzar en esta dirección es una medida de calidad y de uso racional y es, al mismo tiempo, una medida que contribuirá a realzar el papel profesional de los farmacéuticos que tanto aportan y tienen que seguir aportando a la mejora de la salud de los pacientes. Precisamente pro ello, y esto tiene una gran importancia a medio y a largo plazo, se va a impulsar en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud la implantación de la receta electrónica, involucrando así a las comunidades autónomas como sector clave en su puesta en funcionamiento, que sin duda tendrá un gran impacto en los ciudadanos dada la enorme oportunidad que este proyecto puede suponer para mejorar la calidad y la accesibilidad de esta prestación; un proyecto que además permitirá un consumo de medicamentos racional ajustado a las necesidades del paciente y que evitará el almacenamiento de medicamentos en los hogares españoles.

Otro tema a abordar en este contexto lo constituye el uso de sustancias farmacológicamente activas con el único fin de mejorar el rendimiento físico, el dopaje, que viene aumentando en los últimos años. Se hace necesario articular estrategias para lograr una mayor eficacia en la lucha contra el dopaje en el deporte y sus consecuencias. Para ello, ya hemos enviado a las oficinas de farmacia un listado de los principales medicamentos que contienen sustancias prohibidas. Nos planteamos ahora abordar un registro de trazabilidad de estos productos para conocer su evolución, desde el fabricante hasta la oficina de farmacia o el hospital, así como crear una red de alertas para cuando se supere un límite de consumo determinado dentro de la distribución.

Señorías, en los próximos meses tenemos la necesidad de trasponer una directiva comunitaria en esta materia y vamos a acometer, por tanto, la modificación de la Ley del Medicamento, incorporando a nuestro ordenamiento jurídico tanto la directiva comunitaria recientemente aprobada como el soporte legal necesario para las medidas que contemple el plan estratégico y que necesiten reflejarse en una ley de esta naturaleza. En definitiva, consideramos a la farmacia y al medicamento un sector estratégico sobre el que queremos hacer especial hincapié, sobre el que queremos incidir especialmente a través de dicho plan que, como les decía antes, daremos a conocer en las próximas semanas. Muy especialmente, señorías, queremos que nuestra política sea de sensibilidad con todos los sectores, abierta a sus necesidades y demandas, estable, que cree estabilidad en los sectores implicados y genere la complicidad de las demás administraciones en el seno del Consejo Interterritorial y de su comisión de farmacia.

Señorías, voy a entrar ya en el último gran bloque de competencias de la subsecretaría referidas a las políticas de consumo. Nuestra intención es dedicarnos con detenimiento a este tema porque tiene una gran repercusión en los ciudadanos, porque todos somos

consumidores y porque la protección al consumidor es un compromiso y una obligación en una relación comercial en la que el usuario o el consumidor, en caso de desprotección, se encontraría en una posición de debilidad e indefensión. En conclusión, vamos a dedicar a la defensa de los derechos de los consumidores el protagonismo que se merece en su contribución al bienestar de los ciudadanos. Es cierto que en los últimos años se han dado avances significativos en materia de protección al consumidor, muchos de ellos por la vía de la trasposición de directivas comunitarias, si bien nos hemos encontrado con grandes carencias en sectores estratégicos. La protección del consumidor nos preocupa y queremos construir mercados que sean cada vez más transparentes y que esté garantizada la seguridad y la calidad de los productos, para lo que estamos emprendiendo actuaciones que comprendan desde el momento previo de la contratación, exigiendo más y más clara información para fomentar un consumo responsable, hasta la solución de los conflictos entre empresas y consumidores.

Como ya he dicho, hay cuestiones que nos preocupan especialmente porque afectan a la práctica totalidad de la población, como es la contratación de ciertos servicios básicos, como son el suministro de agua, teléfono, servicios financieros, electricidad, gas, en los que los ciudadanos deben adherirse a unas cláusulas sin capacidad de negociación y, en muchos casos, con sistemas diferentes de altas y bajas que perjudican de forma desproporcionada los intereses de los consumidores. Existe un desequilibrio de intereses que queremos corregir. La resolución de las cláusulas abusivas afecta a la Ley de Condiciones Generales de Contratación, Ley de 1998, competencia del Ministerio de Justicia, por lo que se ha constituido un grupo de trabajo para el estudio de las modificaciones normativas precisas.

Otra cuestión que nos preocupa es el sobreendeudamiento de los consumidores. Queremos que el comportamiento de los ciudadanos se acomode a su capacidad de gasto y para ello estamos estudiando la elaboración de una norma, para no sólo solventar las situaciones de sobreendeudamiento sino también prevenirlas, que incluya una regulación más clara del desistimiento y de las garantías para el pago de los créditos. Vamos a fortalecer el sistema arbitral de consumo, queremos estimular este sistema que supone una forma rápida, voluntaria, fácil y gratuita de solucionar de forma extrajudicial los conflictos entre los consumidores y los proveedores de bienes y servicios. El arbitraje de consumo es un sistema extrajudicial crecientemente utilizado por los consumidores y usuarios. Así, en el año 2003, el número de reclamaciones tramitadas por los consumidores a través de este sistema fue de 58.504, lo que representa un aumento del 39 por ciento con respecto al año anterior. A este sistema queremos darle un nuevo planteamiento, que presentaremos en la Conferencia sectorial de Consumo, que se celebrará el próximo día 1 de diciembre en Madrid, con las mejoras

que queremos introducir. Se va a fomentar la mediación estableciendo protocolos de mediación y la formación y especialización de mediadores que actúen en las juntas arbitrales, potenciando la mediación previa al inicio del procedimiento arbitral, con lo que se conseguirá la solución amistosa de los conflictos, introduciendo de esta forma mayor rapidez y economía. Se fomentará la adhesión empresarial al sistema; actualmente el número de empresas adheridas al sistema es de 102.049.

También tenemos otros retos a afrontar, algunos de gran envergadura, como el de la elaboración del texto refundido de la Ley 26/1984, general para la defensa de los consumidores y usuarios, en ejercicio de la habilitación contenida en la disposición adicional cuarta de la Ley 23/2003, de garantía de venta de bienes de consumo, de 10 de julio de 2003 (plazo concedido de tres años), habiéndose iniciado ya contactos con la comisión de codificación del Ministerio de Justicia para la realización de este trabajo. Asimismo, tenemos que desarrollar plenamente el Real Decreto sobre seguridad general de los productos en aspectos como los sistemas de comunicación de riesgos a los consumidores y la puesta en marcha de mecanismos de gestión de riesgos.

Por último, no podemos dejar de destacar el papel imprescindible que desempeñan las asociaciones de consumidores y usuarios, cuyos planteamientos, necesidades, esfuerzos, siempre serán considerados. Nos proponemos promover la normativa que establezca el marco jurídico de estas asociaciones, excluidas de la regulación de la reciente Ley Orgánica de Asociaciones. Asimismo, se va a elaborar un nuevo real decreto regulador del consejo de consumidores y usuarios, que introduzca modificaciones que reconduzcan la participación de las organizaciones de consumidores dando una nueva estructura al consejo.

Ya para finalizar, señorías, y en otro orden de cosas, como presidente de la Comisión Nacional de Reproducción asistida me gustaría hacer unos rápidos comentarios sobre el trabajo realizado a lo largo de estos meses y los que tenemos previsto desarrollar en los próximos. En concreto, en estos primeros meses se han celebrado dos reuniones de la comisión nacional y se han constituido varios grupos de trabajo. A instancias de la misma comisión y como paso previo a la futura nueva ley de reproducción asistida, se ha aprobado el pasado mes de julio el Real Decreto de condiciones de fecundación e implantación de ovocitos. Igualmente, se está tramitando otro real decreto, sólo pendiente de informe del Consejo de Estado, que tiene prevista su aprobación por el Consejo de Ministros en octubre, por el que se establecerán los requisitos y procedimientos para solicitar el desarrollo de proyectos de investigación con células madre embrionarias. Todo esto, señorías, forma parte de un proyecto más ambicioso de modificación de la Ley de Reproducción Asistida de 1988, para adaptarla a las necesidades, demandas sociales y nuevas posibilidades técnicas actuales.

Señora presidenta, señorías, en esta comparecencia me he referido a través de esta exposición a las grandes líneas de acción en el ámbito de las competencias de la Subsecretaría de Sanidad y Consumo, y les agradezco la atención que me han dispensado. Como han podido comprobar, tenemos una agenda densa de trabajo. Espero y deseo que sea un trabajo conjunto, una actividad compartida de diálogo en el Congreso de los Diputados y en esta Comisión de Sanidad, de trabajo conjunto con las comunidades autónomas, con los agentes sociales y, en general, con todos los representantes de la sanidad y de los consumidores y usuarios, trabajar en colaboración para conseguir una mejor sanidad y un mayor bienestar físico y social de todos los ciudadanos. En esta meta, saben que cuentan conmigo para comparecer ante esta Comisión cuantas veces sea necesario. Ahora quedo a su disposición para responder a todas las cuestiones o aclaraciones que SS. SS. deseen plantearme sobre los temas objeto de esta comparecencia.

La señora **PRESIDENTA:** Pasamos a continuación a las intervenciones de los grupos, comenzando por el peticionario de la comparecencia. Con carácter previo deben hacerse las advertencias de orden temporal. Esta presidencia será generosa en el uso del tiempo para todos los intervinientes, pero sí quisiera señalar que tenemos el límite de la propia extensión del orden del día.

Sin más, tiene la palabra la señora Roldós Caballero para intervenir en nombre del Grupo Popular.

La señora **ROLDÓS CABALLERO:** Buenos días, señor subsecretario.

El Grupo Popular le da la bienvenida a esta Comisión, no sin reconocer que a nuestro grupo le habría gustado que esta comparecencia se hubiera producido antes del verano pero ello no fue posible. Nos habría gustado que en esa comparecencia de antes del verano se hubieran explicado con una mayor concreción las líneas generales de su departamento y que hoy hubiéramos tenido aquí a la ministra para que nos diera información de todo lo acaecido durante este verano, que no ha sido poco. Ha acaecido, por ejemplo, en Zaragoza con un brote de legionela, que tuvo un balance de siete muertos; ha acaecido durante los dos consejos interterritoriales celebrados, a los que las comunidades del Partido Popular no pudieron asistir porque la primera vez la Comisión delegada fue levantada de manera unilateral por el secretario general de Sanidad, sin atender a las peticiones de orden del día de las comunidades gobernadas por el PP, y la segunda, en la que hay un acuerdo unánime de todas las comunidades y del propio secretario, la propia ministra fue quien decidió, de manera unilateral y sin respetar las decisiones de esa Comisión delegada, por tanto, de las comunidades autónomas, contradiciendo a su propio secretario general, cambiar el orden del día y no hablar de los asuntos importantes para la sanidad. No quiere hablar de financiación sani-

taria, pese a que aquí, en su única comparecencia, y me remito a la página 10 del «Diario de Sesiones» de esta Comisión de Sanidad, la propia ministra, cuando hacía críticas al modelo de financiación sanitario, aprobado por cierto por todas las comunidades autónomas, y hablaba de las insuficiencias presupuestarias, decía que las previsiones para su acomodación o regulación se llevarían a cabo en el Consejo interterritorial y en el Consejo de Política Fiscal y Financiera. Sin embargo, poco después dice que al Consejo interterritorial no van las políticas de financiación y que no quiere hablar de eso porque no tiene criterio.

Hemos vivido todo un verano de globo sonda a partir de destacados dirigentes socialistas, llámense del tripartito catalán, cuando nos anuncian un euro por consulta médica, llámense del secretario de Estado de Hacienda, señor Fernández Ordóñez, o llámense del propio señor Solbes, con el copago o no copago con arreglo a los ingresos de nuestros mayores o con la regulación de ese euro sanitario. Hoy el propio ministro de Hacienda estará entregando aquí los Presupuestos Generales del Estado para 2005 y nosotros queremos saber, porque nuestro grupo está preocupado y lo están todas las comunidades, y usted nos hablaba de esa buena relación y sintonía con las comunidades autónomas y sin embargo la realidad es que de los asuntos importantes no se habla. Usted mismo hoy aquí no nos ha hablado nada de investigación, esa estrella en el discurso de investidura del señor Zapatero. No nos ha hablado nada. Y, señor subsecretario, tenemos muchas preguntas, porque repito que en su intervención ha sido poco concreto. Por ejemplo, tenemos muchas preguntas con relación a los recursos humanos. Usted mismo hace pocas fechas, en una visita a un sindicato médico, decía que iba a impulsar la carrera profesional; no solamente eso, sino que hablaba de mejoras retributivas para los médicos. Nos gustaría que concretara en esa carrera profesional que ha sido la gran esperanza durante muchos años y fue el Partido Popular, cuando gobernó, el que impulsó las normas —y algunas de ellas eran de la época preconstitucional, como el estatuto marco— dotando así a este nuevo Gobierno socialista de los mimbres necesarios para que ustedes de una vez empiecen a hacer el cesto. Llevamos casi seis meses de Gobierno socialista y ese cesto no está ni siquiera iniciado.

Queremos preguntarle cuál es el calendario para esa carrera profesional. Queremos preguntarle cuál es el calendario de desarrollo de la Ley y del estatuto marco. Queremos preguntarle, señor subsecretario, por qué a la señora ministra el decreto de especialidades en enfermería no le gusta, no importándole que 220.000 enfermeros y enfermeras de toda España estén a punto de ir a la huelga, porque ven sus esperanzas absolutamente frustradas y dilatadas en el tiempo. Queremos preguntarle, señor subsecretario, en materia de recursos humanos, sobre ese impulso enorme que iban a dar ustedes a la OPE, que fue iniciativa del Gobierno del Partido Popular para dar estabilidad en el puesto de tra-

bajo a más de 36.000 trabajadores de todo el territorio nacional; queremos saberlo porque, según respuesta parlamentaria a una diputada de nuestro grupo, la gran mayoría de los trabajadores que han concurrido a esa OPE no la van a tener resuelta hasta el tercero y el cuarto trimestre del año 2005. Me refiero a los médicos de familia, a las enfermeras, a las auxiliares de enfermería, a los celadores, a los administrativos, el gran grueso de los trabajadores; finales de 2005. Son sus propias previsiones en respuesta parlamentaria. Quisiera preguntarles también sobre unas declaraciones de su director general de Farmacia a principio del verano, con respecto a la acreditación en el ámbito de la formación, en la que ponía en tela de juicio la acreditación por parte de los colegios profesionales. Los presidentes de los colegios profesionales se quedaron muy preocupados, porque hay una directiva europea y ellos están avalados por ello para esa acreditación de la formación continuada, sin embargo, la ponía en tela de juicio su director general de Farmacia y decía que fuera la propia Administración la encargada de la acreditación de esa formación continuada. Queremos que nos cuente algo acerca del diseño troncal de las especialidades en ciencias de la salud; queremos que nos hable de cómo piensan reforzar los planes de formación continuada en jornada retributiva de los trabajadores sanitarios. ¿Van a presentar ustedes algún plan de formación? Queremos en definitiva saber cómo van ustedes a desarrollar esos mecanismos que con los gobiernos del Partido Popular se aprobaron aquí en sede parlamentaria por abrumadora mayoría, porque ha sido la gran esperanza. Coincidimos con usted en una cosa y es en que esas carreras profesionales, que esas especialidades para los profesionales sanitarios, son el verdadero motor para su incentivación, para su motivación, porque ellos son los que están a pie de obra y los que prestan la asistencia sanitaria.

Sé que tengo poco tiempo pero quisiera que me concretara cosas importantes en política farmacéutica, porque lo que hemos oído ha sido una atractiva concepción filosófica, pero le ha faltado concreción. No ha hablado usted nada —cuando usted y su grupo parlamentario siempre han criticado las órdenes de precio de referencia y usted hoy ha dicho que no había demostrado sus efectos— de que los primeros seis meses de 2004 la incidencia de esa orden de precio de referencia, aprobada el 1 de enero de 2004, ha producido una rebaja de cinco puntos en el gasto en medicamentos; tampoco han difundido la disminución de la aportación por parte del usuario, que ha sido del 8 por ciento con respecto al año anterior. Si ustedes no están de acuerdo con los precios de referencia, ¿por qué los llevan a cabo? Nada más entrar en el Gobierno lo han hecho. Si no están de acuerdo con los precios de referencia, tienen ustedes preparada una nueva orden de precio de referencia en la que podían incorporar 25 grupos terapéuticos y nada más que van a incorporar cuatro, con lo que ello supone para las comunidades autónomas. ¿Les van a explicar

ustedes a las comunidades autónomas que esa factura farmacéutica, que ellas son las que la pagan, va a ser incrementada y podría ser reducida si se introdujeran esos 25 grupos terapéuticos? ¿O se lo van a explicar ustedes a los usuarios que tendrán que pagar? Quisiera adelantar más cosas. Ustedes han hablado, según sus palabras, del llamado pacto con la industria. No es llamado, es el Pacto de Estabilidad, firmado en el año 2001. Por cierto, con magníficos resultados porque con ese Pacto de Estabilidad entre el año 2002 y 2004 ha habido 300 millones de euros, más de 11.000 investigadores se han beneficiado, ha habido 290 instituciones que han podido desarrollar su labor investigadora con 68 redes temáticas y además ha habido un salto cualitativo importantísimo en la investigación biomédica gracias al dinero aportado por ese Pacto de Estabilidad con la industria farmacéutica. ¿Qué van a hacer ustedes? Porque el programa socialista dice que dan por roto el pacto con Farmaindustria; viene la ministra aquí y dice que no, que quien lo ha dado por roto es la industria farmacéutica por la orden de precio de referencia. ¿Está usted negociando un nuevo pacto a espaldas quizá de las comunidades autónomas?

Nosotros queremos saber muchas cosas y por eso le hacemos preguntas concretas. Con respecto a los genéricos hemos oído también a su director general de Farmacia que tiene previsto que pasemos en España del 6 al 20 por ciento en incremento de uso de genéricos. ¿Cómo lo van a hacer? Porque sabrá usted, señor subsecretario, que durante los meses de junio y julio el mercado de genéricos no solamente ha bajado en unidades sino que ha bajado en valores. Por tanto, esa incentivación ¿se va a hacer a través del usuario? ¿Se va a hacer a través del prescriptor? ¿Cómo lo van a hacer ustedes? Con respecto a la receta electrónica, que nosotros entendemos que es un magnífico mecanismo para contener el gasto en medicamento y sobre todo para hacer un uso racional del medicamento ¿cómo lo van hacer ustedes? ¿Tienen acaso un plan de informatización de las consultas de los profesionales sanitarios que pueda posibilitar que la receta electrónica se pueda instaurar de una vez en nuestro país? ¿Cuál es el calendario que tienen previsto para la instauración de esa receta electrónica? Hay muchísimas cosas que usted no ha concretado sobre la política farmacéutica. Es verdad que hace ya más de dos años que no funciona como tal la comisión de farmacia del Consejo interterritorial, que usted ha defendido que se ha reunido ya en cinco ocasiones, pero quizá usted desconoce que los asuntos de farmacia se trataban en la Comisión delegada del consejo por acuerdo de todas las comunidades autónomas. Ustedes critican el Real Decreto-ley 5/2000. ¿Lo van a derogar? A los silencios positivos de productos para los que habían solicitado revisión de precios de referencia también hizo alusión la ministra cuando compareció, cifrándolo incluso en un posible perjuicio económico para las arcas del Estado de 33 millones de euros. ¿Sabe usted que fue su Gobierno, el actual, el

que de verdad hizo el registro de esos medicamentos? ¿Y sabe usted que la Administración seguramente se habrá ahorrado muchísimo dinero por ese silencio, porque eran medicamentos que llevaban muchísimos años sin actualizar su precio por lo que tenían precios más bajos?

Quisiera dedicar aunque sólo sea unos minutos al tema de la investigación. Y me refiero también al que usted ha citado llamándole pacto con la industria, ese pacto que aportaba, como decía antes, 300 millones de euros para la investigación en red en nuestro país. ¿Cómo van a financiar ahora esos proyectos de investigación en red en todo el territorio nacional? ¿Cómo van a hacer una coordinación efectiva con el plan de I+D+i? ¿Cómo van a establecer la coordinación con las comunidades autónomas, con las universidades y con el Consejo Superior de Investigaciones Científicas? Han hablado de una nueva ley de investigación en biomedicina. Espero que no esté centrada únicamente en medicina regenerativa, porque quizá la investigación biomédica es el área más puntera de toda la investigación en nuestro país y no está sólo limitada a la medicina regenerativa. Nosotros entendemos que en materia de investigación sólo ha habido una política de gestos y además partidaria y sectaria. Tenemos el ejemplo de la financiación de los proyectos en medicina regenerativa para Cataluña y para Andalucía, sin embargo obviando a una comunidad como la valenciana, que, por ser del Partido Popular, pese a que ha hecho un descubrimiento importantísimo de dos líneas celulares, que ha sido reconocido por la comunidad científica internacional, para ustedes no ha sido prioritario y a día de hoy todavía no hay firmado un convenio de colaboración con esa comunidad autónoma. Si lo que vamos a tener en estos cuatro años es una investigación sólo para amigos, nos gustaría que nos lo confirmara en esta comparecencia.

Debo destacar que para ustedes el área de consumo decían que era un objetivo prioritario. En el área de consumo, aparte de la ausencia de la ministra en el conflicto de las grúas que hubo este verano que —gracias a Dios pudo ser resuelto sin que ella participara—, en un momento clave como era la operación retorno, y aparte de la campaña de buenos hábitos-buen negocio, que creo que se inició con todo el marketing en un establecimiento de restauración cercano a esta casa, no hemos visto nada más. Han anunciado una nueva ley para asociaciones de consumidores y usuarios. ¿Cuál es el calendario? ¿Cuándo la vamos a tener? ¿Con qué criterios? Sobre la creación de una figura específica que potencie la defensa de los derechos colectivos de los consumidores, le pregunto lo mismo: calendario, concreción. ¿Cuándo van a traer la refundición en un texto único de la Ley general para la defensa de los consumidores y usuarios con la incorporación de las directivas europeas? Porque la ministra dijo que la iban a hacer en trámite de urgencia. Queremos saber qué mecanismos van a utilizar para el fortalecimiento del sistema arbitral en colaboración con comunidades

autónomas y ayuntamientos, como no puede ser de otra manera. Queremos saber si tienen planes de educación sobre consumo en la enseñanza reglada; qué han hecho en estos casi seis meses de gobierno con respecto a la revisión de las cláusulas de los contratos de adhesión a los servicios básicos para los ciudadanos, para el agua, para la luz, para el gas, para el teléfono; qué hay de que sobre los espacios informativos para los consumidores haya espacios en los medios de comunicación públicos; todavía no los hemos visto y llevamos casi seis meses del Gobierno actual. Nos gustaría que nos aclarara algo sobre esa nueva concepción que quieren dar a la agencia de seguridad alimentaria. No quisiera terminar sin pedir que me aclarara algo que se me ha quedado atrás sobre la política farmacéutica; ustedes hablan de financiación selectiva y no financiación indiscriminada y me gustaría que nos pudiera ampliar ese criterio.

Señor subsecretario, en nombre de mi grupo, el Grupo Parlamentario Popular, grupo prácticamente único en la oposición y grupo muy mayoritario, le quiere dar las gracias por su presencia. Nos ofrecemos a un diálogo constante con su secretaría y con su área de desarrollo, porque, en la medida en que podamos avanzar en todas las áreas de su competencia, que tienen una gran repercusión en los usuarios de la sanidad y en los trabajadores de la sanidad, en la medida en que podamos colaborar y avanzar, será positivo para los usuarios y para los profesionales de la sanidad.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señora Roldós, ha sido usted prudente en la utilización del tiempo. A continuación pasamos a las intervenciones de los representantes de las demás formaciones políticas. ¿Desean tomar parte en el debate? (Pausa.) En primer lugar daremos la palabra a la representante del Grupo Parlamentario Mixto, del Bloque Nacionalista Galego, señora Fernández Dávila.

La señora **FERNÁNDEZ DÁVILA**: Voy a hacer una intervención breve. Primero quiero agradecer la exposición que acaba de hacer el subsecretario, informándonos de los tres aspectos fundamentales que son responsabilidad de su Subsecretaría, para después decir algunas cosas de su intervención que nos gustaría que nos explicara más a fondo.

La exposición del subsecretario ha sido genérica y muy somera, pero, dado que la sanidad en estos momentos es una competencia autonómica y que tiene que desenvolverse en las diferentes comunidades autónomas, entendemos que en la Subsecretaría tiene que haber unos criterios y una política que luego se desarrollen en las diferentes comunidades autónomas, sobre todo en los puntos que usted acaba de exponer: recursos humanos, el estatuto marco y la política farmacéutica y de consumo. El estatuto marco, al que usted hizo alguna referencia concreta, nos preocupa. Ya nos preocupó en el momento en que se debatió en esta casa el proyecto de modificación del estatuto marco, algo que

usted también mencionó en la explicación. Me refiero a la movilidad de los trabajadores sanitarios, no sólo en el Estado sino también en la Unión Europea. Ese era uno de los problemas, señor subsecretario, que más preocupaba a los trabajadores de sanidad: la facilidad impositiva de movilidad de los trabajadores sanitarios. Es necesario un estatuto marco que cree las condiciones laborales, de tal manera que el personal sanitario pueda adaptarse a las nuevas circunstancias de las necesidades sanitarias. Esa necesidad de modificación del estatuto marco es una realidad imperiosa, además en un momento en el que los agentes sociales son proclives a esa modificación.

Usted ha mencionado la oferta de 500 plazas MIR. Efectivamente es una competencia de la Subsecretaría, pero lo que a mí me preocupa es si en esta oferta de plazas MIR hay un criterio distributivo, no sólo en cuanto a las comunidades autónomas sino referido a las diferentes necesidades de especialidades que puedan existir, globalmente en el Estado y por las desigualdades que a ese respecto se puedan dar en las comunidades; concretamente en Galicia hay grandes carencias en ciertas especialidades, como en pediatría y matronas, y usted mismo lo acaba de decir. Me gustaría saber si, en esa distribución de plazas MIR, también existe para las comunidades autónomas el criterio de la necesidad urgente de ciertas especialidades.

En materia de gasto farmacéutico, supongo que el subsecretario sabe que las distintas comunidades autónomas tienen hechos muchos estudios —aparte de los que hayan hecho a nivel estatal— del gasto farmacéutico y que en todos ellos hay resoluciones que en algunos casos —al menos por lo que yo conozco— pueden ser muy positivas si se llevan adelante. La pregunta es si desde el ministerio y desde su subsecretaría se van a tener en cuenta estos trabajos —supongo que ustedes entienden que no hay que empezar desde cero, que tendrán en cuenta los trabajos realizados con anterioridad— que se han elaborado sobre el gasto farmacéutico, con resoluciones atractivas en las distintas comunidades.

Genéricos. Nosotros somos partidarios de que se incremente el gasto en genéricos. Sabemos que en este momento se hace poco uso de los mismos, aunque también es cierto que hace poco tiempo que se ha implantado el genérico para uso farmacéutico. Nos preguntamos si desde la Subsecretaría se han estudiado los mecanismos para superar las reticencias del prescriptor, más que del usuario —del usuario también, por la falta de práctica y la desconfianza—, a recetar genéricos; si en el Ministerio se ha planteado alguna política que vaya en esta línea. Somos conscientes de que en política farmacológica, concretamente en el gasto farmacéutico, es necesario un impulso que elimine un gasto que en estos momentos entendemos que es excesivo porque se puede aminorar con muchísimas medidas.

Tenía algunos otros asuntos, pero fundamentalmente lo que me gustaría decir al subsecretario es que me

parece muy importante que las políticas que en materia de sanidad se establezcan desde el ministerio se realicen con una coordinación adecuada con las distintas comunidades autónomas. Somos perfectamente conscientes de que para que el Consejo interterritorial funcione no solamente tiene que haber voluntad por parte del ministerio sino también de las diferentes comunidades, concretamente en lo relativo a sanidad; pero también es cierto que hay que esforzarse para conseguir aunar esas voluntades y en este caso, dado el conflicto existente en el Consejo interterritorial, pensamos que desde el ministerio se tiene que hacer un esfuerzo para resolver esos asuntos. Si el problema es el orden del día de determinados asuntos —que a nosotros también nos parecen importantes—, pensamos que no es una razón para no ir al Consejo interterritorial ni tampoco lo es para no incluirlas en el orden del día de ese consejo, aunque sí que tendrán que estar en cartera para tratarse posteriormente. No decimos que la cuestión financiera se tenga que resolver desde el ministerio, pero sí entendemos que para una mejor coordinación de la política sanitaria es importantísima la coordinación financiera; por tanto nos parece fundamental una buena actuación en el Consejo interterritorial y sobre todo una mayor voluntad en el Gobierno —y digo Gobierno para no inmiscuir exclusivamente al Ministerio de Sanidad en esa financiación—, que haga posible desarrollar la sanidad en las distintas comunidades autónomas.

La señora **PRESIDENTA**: El señor Mardones me ha hecho la advertencia de que el portavoz del Grupo de Coalición Canaria en esta Comisión, señor Rodríguez Rodríguez, se encuentra en estos momentos presidiendo la Comisión de Administraciones Públicas y que por tanto le resulta imposible acudir. Lo manifiesto para conocimiento de todos ustedes y para que así conste en el «Diario de Sesiones».

A continuación tiene la palabra el siguiente petionario de ella, el representante del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), señor Xuclà i Costa.

El señor **XUCLÀ I COSTA**: Señor subsecretario, en primer lugar, en nombre de mi grupo parlamentario, quiero darle la bienvenida a esta Comisión de Sanidad. Como diputado por la demarcación de Girona, a un Puig de la Bellacasa, que tiene sus orígenes y su masía, su casa pairal, en esta demarcación, quiero darle especialmente la bienvenida y evocar este hecho.

Voy a realizar una intervención muy breve, centrada en dos aspectos: en el gasto farmacéutico y en el conjunto de la política sanitaria del Gobierno. Se ha recordado por parte de otros portavoces que estamos cerca del primer medio año del nuevo Gobierno. El viernes fue aprobado en Consejo de Ministros el proyecto de ley de Presupuestos Generales del Estado y hoy entra en las Cortes Generales para su trámite parlamentario. No hay duda de que la financiación de la sanidad es un asunto que el Gobierno, el ministerio y sin duda,

desde el punto de vista de gestión diaria del Ministerio, el subsecretario deberán afrontar. A fecha de hoy, con la presentación de los presupuestos, con las cuentas para el año 2005, el conjunto de la sociedad, este Parlamento no tiene un planteamiento claro por parte del Gobierno para afrontar la necesaria reforma de la financiación y en algunos casos de la reducción de la factura farmacéutica y del conjunto del gasto sanitario. El Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), que representa a unas formaciones políticas con vocación de gobierno —aunque transitoriamente, en un período que deseamos que sea corto, no ejercemos estas responsabilidades de gobierno—, no viene a esta Comisión a practicar un desgaste sistemático, sino a desear que algunas cosas se encaucen oportunamente en la vida política y en la vida administrativa de este país.

Nosotros echamos en falta una propuesta clara por parte del ministerio para reconducir algunos aspectos de financiación de la sanidad, concretamente una postura clara del Gobierno en cuanto a la factura sanitaria. Se ha hecho referencia a que en el partido del Gobierno ha habido una cierta transición, un cierto cambio de postura, un cierto giro, que voy a calificar de copernicano, desde el momento en el que ganaron las elecciones hasta ahora respecto al Pacto de Estabilidad y a las relaciones con Farmaindustria. Se hizo un anuncio inicial de que se habían roto las relaciones, que se había roto este pacto, y después se realizó este planteamiento actual de renegociación del mismo. La facturación en gasto sanitario se ha incrementado un 12 por ciento, lo que requiere una respuesta inmediata por parte del Gobierno y un planteamiento de conjunto; no podemos poner parches, no podemos hacer planteamientos descoordinados entre las distintas comunidades autónomas. Personalmente creo que la solución no es la de un euro por receta, sino un incremento en el tramo autonómico de la gasolina en algunas comunidades autónomas. Ustedes tienen la responsabilidad de dar una respuesta y plantear, de manera concertada con las comunidades autónomas, una forma de reducción, de minoración, de racionalización del gasto farmacéutico. No sé si es función de este grupo plantear abiertamente la palabra tabú en esta Comisión y en el debate político del momento, que es el copago. ¿Usted está a favor o en contra del copago? ¿Usted está a favor de este sistema de copago un tanto irracional y poco pensado de un euro por receta planteado por la consejera de Sanidad del Gobierno de Cataluña o está a favor de un copago inspirado en el modelo holandés en función y en proporción a la renta de cada una de los consumidores y de cada una de las personas que participan en el Sistema Nacional de Salud? Esta ficha la debe mover el Gobierno, esta ficha la debe expresar usted. Usted debe dar respuesta a este incremento del 12 por ciento de la factura farmacéutica durante el último año.

En cuanto a los genéricos, se ha hecho referencia a que la política del Gobierno de estímulo del consumo

de genéricos es reciente. Me gustaría que de una forma enunciativa usted nos planteara qué medidas desean impulsar para que el consumo de genéricos supere este porcentaje del 6,4 por ciento y llegue a niveles europeos. Este anuncio del director general consistente en querer llegar a un horizonte del 20 por ciento debe tener —y nos gustaría conocerlo— una canalización y unas previsiones. Saludamos muy positivamente el anuncio de la receta electrónica, estamos a favor y creemos que es algo que se debería priorizar y a lo que se debería dedicar el dinero suficiente por parte del Gobierno. En esta cuestión casi se me plantea la formulación clásica periodística: qué, cómo y cuándo. Qué, cómo y cuándo ustedes desean implantar la receta electrónica en un país que, por cierto, no llega, desgraciadamente, a las medias europeas en cuanto a gestión de las nuevas tecnologías en la vida diaria de los ciudadanos. Considero que este es un proyecto muy interesante, en la línea de lo que algunos gestores de la sanidad del ámbito internacional, y concretamente a través de un grupo de expertos articulados alrededor de algunos gestores colombianos con prestigio internacional, han planteado sobre la implantación de internet en el mundo sanitario para la racionalización de la gestión sanitaria. Este es un anuncio muy bueno, pero no nos podemos quedar sólo con el anuncio, sino que nos gustaría conocer un calendario de desarrollo de esta política de la receta electrónica.

Voy a aludir otra vez al tema presupuestario en tanto en cuanto las competencias en Sanidad están traspasadas en un grado muy importante a las comunidades autónomas. No entraré en un aspecto muy importante sobre el cual, por cierto —y se ha dicho de paso—, el Gobierno debería tener una actitud más beligerante en defensa de los consumidores. Usted ha anunciado algunas medidas positivas, pero creo que todos tenemos que saber que estamos pagando la factura de móviles más cara de toda Europa y que estamos viviendo situaciones y posiciones absolutamente abusivas, en las cuales el libre mercado y el arbitraje de la competencia debe estar estimulada por parte del Gobierno. Cuando usted ha hablado de consumo se refería al intento del Gobierno de frenar el sobreendeudamiento de los consumidores. Hay otro sobreendeudamiento que se tiene que frenar, que es el de la financiación de la sanidad. Al inicio de esta legislatura este grupo parlamentario planteó la necesidad de llegar a un acuerdo, a un pacto de Estado sobre la financiación de la sanidad y sobre la financiación de las comunidades autónomas. Hemos tenido un mal inicio de camino sobre la posible génesis y consecución de este pacto de Estado, que se puede imputar —y no quiero hacer de juez— a varias partes cuando las comisiones interterritoriales no llegan a buenas conclusiones. Este pacto de Estado debe estar impulsado por el Gobierno, este pacto de Estado requiere de la participación de los gobiernos autonómicos y de la participación de distintos colores políticos, pero ese pacto de Estado es urgente y, de la

misma forma que hemos llegado a los Presupuestos Generales del Estado del año 2005 sin una concreción de los planes para la contención del gasto farmacéutico, están pasando los meses y más allá del talante no hay una posición concreta de valentía sobre la necesidad de este pacto de Estado. Esto está en sus manos, en las manos del Gobierno. Expresamos una vez más —por segunda vez en esta Comisión— la predisposición del Grupo Parlamentario Catalán de *Convergència i Unió* a sustraer del debate político y del desgaste político del día a día algunos temas muy troncales de la viabilidad del sistema sanitario.

Termino con una reflexión que sirve para esta Comisión y para otras comisiones y que los portavoces del Grupo Parlamentario de *Convergència i Unió* estamos planteando en el inicio del nuevo período de sesiones. Desde el comienzo de la legislatura, parece que en este Parlamento hay un debate bastante quintaesencialista sobre quién es oposición y quién es el único grupo de la oposición. *Convergència i Unió* no tiene vocación especial de manifestarse como un grupo que se quiere bañar en flashes de apoyo al Gobierno en el mes de agosto negociando unos presupuestos de los cuales tan sólo conocemos las líneas macro y micro. No es esto; simplemente desearía destacarle hoy aquí —mañana en la Comisión Constitucional, en la Comisión de Asuntos Exteriores o en la Comisión de Administraciones Públicas— que este es un Gobierno con mayoría relativa, que tiene dos opciones: o concertar algunos grandes acuerdos a medio plazo o improvisar cada semana sus apoyos y sus líneas. No es malo gobernar con mayoría relativa; es malo gobernar con mayoría relativa y no tener conciencia de esto ni tener conciencia de la importancia del Parlamento en la aprobación de algunas leyes que durante los próximos meses veremos en esta Comisión. Insisto en que sin tener la vocación de ser la novia más querida de esta aritmética parlamentaria abierta que plantea el Congreso y también el Senado, sino simplemente porque hemos tenido la sensación de que durante este casi primer año de gobierno el Gobierno ha desarrollado buenas políticas que en su momento tendrán su aprobación o no a través de las votaciones de las Cortes Generales pero que pecan de una cierta improvisación en cuanto al diálogo con otras fuerzas políticas.

La señora **PRESIDENTA**: En último lugar procede dar la palabra a la señora Pozuelo Meño que intervendrá en nombre del Grupo Parlamentario Socialista.

La señora **POZUELO MEÑO**: Señor subsecretario, bienvenido a esta Comisión de Sanidad en nombre del Grupo Parlamentario Socialista. Le agradecemos su presencia y la presentación de sus iniciativas políticas de actuación para esta legislatura dentro de los ámbitos de su responsabilidad y competencia en el lugar que ocupa dentro del Ministerio de Sanidad y Consumo, competencias que son verdaderamente estratégicas para

asegurar un buen funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y garantizar a los ciudadanos el mejor y más eficiente servicio público. Sin duda, las políticas que se desarrollen desde el ministerio en materia de recursos humanos, de política farmacéutica, de consumo y de investigación son estratégicas por su transversalidad, por la gestión compartida entre el Gobierno de la nación y los gobiernos autonómicos, por el efecto económico y de innovación que producen y por el bienestar y la satisfacción que pueden trasladar al ciudadano como receptor final de estos servicios. Por eso una de las cuestiones que me parece realmente importante de su intervención es comprobar el cambio de actitud y la relevancia que el Gobierno —y de manera muy especial su ministerio— da al reconocimiento del Estado autonómico y la cooperación con las comunidades autónomas. Durante muchos años hemos visto cómo se gobernaba olvidando la existencia de gobiernos y parlamentos autonómicos e intentando restituir un Estado centralista preconstitucional. Ahora lo comprendemos, después de escuchar al presidente Aznar referirse y remontarse al siglo VIII para explicar sus problemas —que no los de este país— con el mundo islámico y provocando un enfrentamiento inusitado y continuado con las comunidades autónomas.

Los servicios sanitarios y de consumo están transferidos a las comunidades autónomas. Por tanto, creemos sinceramente que el Ministerio de Sanidad y Consumo no debe tomar ninguna medida o decisión que tenga repercusión económica o de gestión y que no sea conocida ni consensuada con los gobiernos autonómicos dentro de lo posible. En la pasada legislatura se llegó a acuñar en esta Cámara una expresión que era la de yo invito y tú pagas, como ejemplo de la generalizada actuación política del Partido Popular. Se tomaban las decisiones y se legislaba sin tener en cuenta la repercusión económica y de gestión que tendría sobre los gobiernos autonómicos. Señor subsecretario, en este sentido, me parece muy relevante y curiosa la información que nos facilita sobre la constitución de la Comisión de recursos humanos, en la primera reunión del Consejo Interterritorial de Salud, a mediados de junio, y sobre los distintos grupos de trabajo y comisiones técnicas que se han constituido y que están trabajando, cerrando acuerdos sobre el desarrollo profesional, la formación especializada, las modificaciones de especialidades o las relaciones laborales, en relación con el personal que presta sus servicios en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. También me parece relevante que se atienda por primera vez una reclamación tan evidente y obvia como que la convocatoria MIR se haga a demanda de los gestores del sistema, es decir, de los gobiernos autonómicos. Ellos son sin duda los que conocen las necesidades y la demanda de especialidades conforme al servicio que están prestando y, por tanto, esta es la única manera de que adecue la formación de los profesionales a las necesidades sociales y asistenciales. Todo ello es relevante, porque no

podemos continuar como estábamos si pretendemos ofrecer el mejor y más eficiente servicio público sanitario. También es curiosa, por incongruente, la actitud del Partido Popular. ¿Cómo es posible que los responsables autonómicos del Partido Popular estén participando en los trabajos de estas comisiones y, cuando la ministra convoca el Consejo Interterritorial de Salud, no acudan sobre la base de absurdas justificaciones como la de que no se va a debatir sobre financiación sanitaria, cuando el Partido Popular jamás llevó al Consejo Interterritorial de Salud debates, acuerdos ni propuestas sobre financiación sanitaria en los ocho años que estuvo gobernando?

Aprovecho, señorías, para hacer algunos comentarios acerca del debate que existe sobre financiación sanitaria. Mi grupo cree que la situación está bastante centrada y bastante clara. Hay un órgano con competencias y con funciones claras y evidentes, que es el Consejo de Política Fiscal y Financiera, en el que deben analizarse los problemas financieros que causa la financiación autonómica y la financiación sanitaria, que no tiene autonomía por sí misma, como todos ustedes saben, sino que está negociada y acordada dentro del sistema general de financiación autonómica. Por tanto, este órgano, el Consejo de Política Fiscal y Financiera, es el que tiene que analizar cuáles son los déficit que se han generado a lo largo de la aplicación del sistema. Por cierto, todavía no hay ni siquiera una primera liquidación definitiva del mismo, y habrá que conocer esos datos para evaluar realmente dónde se producen esos déficit y por qué razón. Probablemente habrá déficit estructurales generados por el sistema en la financiación sanitaria, pero creemos sinceramente que debe ser dentro de ese ámbito donde debe analizarse cuáles son esos déficit estructurales que la sanidad está generando a lo largo de los años. No se pueden mezclar unas cuestiones con otras, ni unas razones con otras. Los déficit acumulados que presentan algunas comunidades autónomas no son iguales en las comunidades que tienen recientemente transferidas las competencias en sanidad que en las comunidades que llevan más de veinte años gestionando la sanidad en su territorio. Por tanto, existen razones diferentes, existen motivos diferentes y habrá que evaluar cada uno de ellos, y también las razones estructurales para ver qué reformas deben hacerse dentro de ese sistema general de financiación autonómica y, sobre la base del modelo de futuro de la sanidad y de los sistemas asistenciales en nuestro país, adecuarlo a esas demandas de futuro y solventar las deficiencias y los déficit estructurales que pueden estar generándose. De todas maneras, insisto en que la actitud del Partido Popular no tiene otra razón de ser que la de intentar boicotear la existencia de un órgano fundamental e imprescindible para tomar decisiones en el ámbito estatal y en el ámbito de las comunidades autónomas y el establecimiento de los elementos de coordinación y de cooperación necesarios para que el sistema sea efectivamente eficiente. Yo creo que se están equivocando.

El tiempo de la confrontación y de los enfrentamientos se ha acabado. La ex ministra Ana Pastor debería recapacitar y darse cuenta de que no puede seguir siendo una ministra en la oscura sombra de Génova; que ha perdido las elecciones y que, si quiere seguir hablando y debatiendo sobre política sanitaria, tiene la oportunidad —sería muy bien aceptada por su grupo y por nosotros, por supuesto, también— de venir a esta Cámara y a esta Comisión de Sanidad y ejercer legítimamente su labor de oposición de una manera clara y transparente. Eso fue lo que hizo con la mayor dignidad y respeto la ex ministra Ángeles Amador cuando los socialistas perdimos las elecciones en 1996.

Señor subsecretario, voy a referirme —porque el tiempo apremia— a la política farmacéutica y del medicamento y a lo que usted nos ha expuesto sobre la misma. Me parece excelente el anuncio de que están trabajando en la elaboración de un plan estratégico de política farmacéutica, que seguro será de enorme utilidad para ordenar y sentar las bases y directrices de lo que deben ser las líneas maestras sobre el medicamento, su distribución, información, promoción, seguridad, publicidad, etcétera, en todo el territorio nacional. Es una magnífica noticia que después de tanto tiempo de incomprensible inactividad se haya vuelto a constituir la Comisión de farmacia, como acaba de informarnos. La política del medicamento requería sin duda las mayores atenciones y cambios por parte del nuevo Gobierno. Ha sido uno de los aspectos de la gestión de los anteriores gobiernos del Partido Popular más cuestionada y controvertida, no sólo por el Grupo Socialista sino también por otras formaciones políticas y por sectores profesionales, sindicales y sociales. Mi grupo ha criticado muy contundentemente la gestión de la Agencia Española del Medicamento y del propio ministerio, que en absoluto ha propiciado un uso racional del medicamento, más seguridad y más eficacia del mismo, un control del gasto en farmacia, un buen sistema de información a los médicos sobre el uso terapéutico de los medicamentos, etcétera. La política del medicamento ha sido un rotundo fracaso en los años anteriores, y no sólo desde el punto de vista económico, debido al descontrol de la factura farmacéutica. Nunca han estado claros los criterios de registro de precios de genéricos —los silencios administrativos han permitido un aumento de los precios por un sistema despreciable—, y no han estado claros porque no ha habido autonomía política suficiente ni independencia en las decisiones y en la gestión de los gobiernos del Partido Popular. Los acuerdos con Farmaindustria han condicionado durante todos estos años la política sobre medicamentos. Se firmaron en nombre de las comunidades autónomas, pero sin su conocimiento y sin su presencia. Se estableció un escenario de crecimiento del gasto que garantizaba hasta el 9,5 por ciento y, si era superado, Farmaindustria podía solicitar —como así ha ocurrido— la revisión de los precios de los medicamentos. Además, se le facilitó toda la información más sensible e interesante

—estratégicamente hablando— para cualquier empresa; se le facilitaron los datos en gasto farmacéutico de manera pormenorizada, por recetas, por tipos de medicamentos, por oficinas de farmacia, y ello en todo el territorio nacional. Los ingresos que debían revertir al Tesoro público no tuvieron ningún control, nunca se consignaron presupuestariamente y condicionaron sin duda los proyectos —magníficos proyectos, según la portavoz del Grupo Popular— de investigación establecidos a través del Instituto Carlos III. Por supuesto, en este caso tampoco revirtieron en los proyectos de investigación —salvo raras excepciones y desde un punto de vista totalmente discrecional— de las comunidades autónomas. Por tanto, señor subsecretario, el Grupo Socialista entiende la necesidad imperiosa de un cambio en la política del medicamento, en la política de farmacia, y se alegra de la propuesta que nos presenta hoy.

Bienvenido sea ese decreto, ya realidad, que modifica las condiciones de implantación de los ovocitos en los tratamientos de infertilidad, cuestión reiteradamente reclamada por los profesionales médicos y por las mujeres que tienen que sufrir esos tratamientos, que en ningún caso necesitan que se endurezcan las condiciones a las que tienen que someterse, y bienvenido sea también el próximo, que permitirá desarrollar los proyectos de investigación en células troncales. Estamos seguros de que los acuerdos para la creación del centro de investigación de medicina regenerativa y del centro nacional de líneas celulares de Granada son pasos muy importantes de cara a la ordenación de la investigación en España. Claridad, seguridad, una ordenación en red y coordinación con todos los centros nacionales e internacionales y, por supuesto, más recursos es lo que necesita prioritariamente el impulso de la investigación en España y la reforma de las estructuras de que está dotada.

En relación con lo que nos ha planteado sobre las políticas de consumo, ya sabe que mi grupo ha propiciado en la anterior legislatura y dentro del programa electoral del Partido Socialista propuestas como las que usted anuncia hoy en esta Cámara. La elaboración de una normativa que atienda la prevención del endeudamiento familiar y el tratamiento de las situaciones de sobreendeudamiento, es decir, las situaciones de quiebra económica en las que pueden incurrir las familias y los consumidores en caso de que no puedan hacer frente al conjunto de las deudas adquiridas en el curso de su vida, nos parece una necesidad imperiosa que se acometa en estos momentos por una sociedad moderna y desarrollada como la española, una situación de protección de la que gozan la mayor parte de los países de nuestro más cercano entorno. Creemos que no se puede seguir esperando mucho tiempo a que se den pasos en ese sentido. Lo mismo ocurre en cuanto a la situación de indefensión en algunos casos y de inferioridad de condiciones, como usted mismo manifestaba, en que se encuentran los consumidores ante las reglas que marca el mercado, que durante muchos años ha

tenido vía libre para marcar esas normas y su propio desarrollo sin que la parte más débil, que es siempre el consumidor, tenga suficientes elementos de defensa y de protección para hacer frente a esa regulación. En ese sentido, los servicios de interés general a los que usted ha hecho referencia en cuanto a las contrataciones, en cuanto a las altas y las bajas a las que tienen que someterse los usuarios, que son normas que no pueden nunca negociar ni modificar sobre las que plantean las empresas, nos parece de atención prioritaria. No puede ser que servicios de interés general como la energía, las telecomunicaciones, el agua, el transporte, etcétera, marquen sus normas contractuales, sus reglas y sus actuaciones hacia los consumidores sin que haya una potente actuación del mundo asociativo del consumo y sin que la Administración pública ejerza activamente políticas de defensa y de protección en ese sentido. El movimiento asociativo del consumo vive un momento de gran fragilidad y de una cierta debilidad. Por ello la reforma del marco jurídico básico del asociacionismo del consumo que nos anuncia y del máximo órgano de representación de las asociaciones de consumidores y de los propios consumidores nos parece verdaderamente relevante. Y, además, reconocer la necesidad de reforzar la unificación de la legislación sobre consumo, que es uno de los aspectos que por su dispersión y desconocimiento favorece sin duda la indefensión de los consumidores.

Señora presidenta, no quiero abusar más de su benevolencia. Señor subsecretario, termino agradeciéndole su intervención y sobre todo su disposición a participar en los debates de esta Cámara y a seguir explicando con claridad, con transparencia y de manera muy concreta las líneas políticas que va a desarrollar su departamento. Desde nuestro grupo contará con la colaboración lógica que le corresponde como grupo que apoya al Gobierno, pero sin duda ejerceremos en cuanto a iniciativas las demandas que tiene que dirigir al Gobierno de la nación.

La señora **PRESIDENTA**: Procede dar de nuevo la palabra al señor subsecretario para que conteste en el orden que le parezca más adecuado a las intervenciones de los portavoces.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Puig de la Bellacasa y Aguirre): En primer lugar, quiero agradecer todas y cada una de las intervenciones. Todos estamos en el mismo barco, todos pretendemos el mismo objetivo, que es potenciar el Sistema Nacional de Salud y seguir manteniéndolo como uno de los más competitivos a nivel europeo, y estoy convencido de que las críticas, todas ellas positivas, van un poco en ese sentido.

En relación con lo planteado por la señora Roldós, yo no sé si tendría que haber venido antes del verano o no. Yo me someto a lo que la Cámara diga y hubie-

ra venido encantado en el mes de julio, como vengo encantado en el mes de septiembre.

Respecto al Consejo interterritorial, tenemos la firme convicción de que es el ámbito para debatir los temas sanitarios que afectan a los ciudadanos de este país y que no es un foro partidista. El foro partidista es el Congreso de los Diputados. Por tanto, el consejo va a seguir funcionando con toda normalidad; ese es el objetivo del ministerio. Vamos a seguir intentado a través de ese Consejo, porque es absolutamente fundamental en un Estado descentralizado como el nuestro, mejorar nuestro sistema sanitario público, teniendo en cuenta que el Consejo interterritorial trabaja al margen de la comunidad autónoma en la que reside cada uno de los ciudadanos. Es decir, el Consejo interterritorial intenta desarrollar políticas de salud y de bienestar del conjunto de los ciudadanos españoles. Esa es la gran virtualidad del consejo. Por tanto, no es bueno que se utilice el Consejo interterritorial como foro de confrontación por parte de los diferentes partidos políticos.

Se hablaba de la financiación y es preciso recordar que la financiación sanitaria forma parte del sistema de financiación de las comunidades autónomas y que es en ese contexto en donde deben de abordarse los temas de financiación. Por tanto, la ministra de Sanidad no ha pretendido en ningún momento hurtar un debate a las comunidades autónomas en el Consejo interterritorial sino de situarlo en donde debe estar, que es en el Consejo de Política Fiscal y Financiera. Señora Roldós, lo que yo no puedo admitir intelectualmente es que el Consejo interterritorial ha tratado temas de poco interés para los ciudadanos y que por tanto han sido reuniones inútiles. El pasado 22 de septiembre, en Barcelona, por primera vez en nuestro país se ha acordado la publicación de las listas de espera quirúrgicas del conjunto del Sistema Nacional de Sanidad; se acordó la constitución de una comisión contra la violencia de género, que yo creo que tiene una importancia objetiva (estoy convencido que es uno de los grandes temas que los ciudadanos plantean como uno de los problemas fundamentales) para planificar y coordinar las actuaciones de las administraciones sanitarias en la prevención y en el tratamiento de esta lacra social e intentar llegar a un protocolo común para que en todas las comunidades, frente a una mujer que es maltratada, los servicios de salud de cada una de ellas actúen de la misma forma. Eso sí que es política de cohesión y es política de país. Se aprobaron criterios para la distribución en las comunidades autónomas de más de 15 millones de euros para determinadas políticas preventivas, que son verdaderas lacras sociales, tales como el sida, el tabaquismo, etcétera; se aprobó un programa piloto de prevención de contagios por inoculación accidental dirigido fundamentalmente al personal de enfermería, algo muy solicitado por el colectivo de enfermeros, y por primera vez se presentó y se debatió un borrador de real decreto sobre el desarrollo del fondo de cohesión. Esto fue en Barcelona pero me podría remontar a lo que se

hizo en el mes de junio en Bilbao. No se puede admitir intelectualmente que estos consejos hayan tratado temas menores, sobre todo porque nos hemos dotado de un mecanismo de reuniones cada tres meses y habrá momentos en que los temas tengan una gran importancia y otros en que tengan menos, pero no vamos a estar descubriendo el Mediterráneo cada tres meses. Yo creo que es algo natural que cada tres meses se reúnan los responsables de salud del conjunto del país para discutir los temas que están sobre la mesa. Independientemente de la Comisión delegada, que tiene una función coordinadora a nivel de las comunidades autónomas, la que decide el orden del día desde el punto de vista reglamentario es la presidenta del consejo. Eso es algo que se ha hecho antes, se está haciendo ahora y que se va a hacer en el futuro. Por tanto —se ha repetido hasta la saciedad—, introducir un debate artificial, que fundamentalmente va a ser utilizado políticamente para tratar temas de financiación sanitaria, hoy por hoy no ayuda en nada a la cohesión del Sistema Nacional de Salud. Esta es nuestra posición, la posición de la ministra de Sanidad, y desde luego la vamos a seguir manteniendo, esperando que esta situación sea un *impasse* pasajero y que el conjunto de los consejeros de las comunidades autónomas se puedan reunir en el Consejo Interterritorial de Salud.

Se ha hablado de la carrera profesional, que si el cesto no está iniciado, que si los mimbres, etcétera. El cesto, señora Roldós, es la Comisión Nacional de Recursos Humanos, la cual no se había constituido hasta ahora y es normal. Se ha constituido unos meses después de haberse aprobado la ley y es el instrumento que aprobó el Parlamento para abordar todo lo relacionado con los problemas relativos a los recursos humanos. El cesto, evidentemente, no está terminado; va a tardar muchos años en terminarse, puesto que hay muchísimos temas de una gran complejidad, pero no podemos decir que el cesto no está iniciado. Lo hemos iniciado y han tenido lugar ya dos reuniones de la Comisión nacional y, lo que es más relevante, lo que realmente proporciona el nivel de importancia que se da a las cosas y de desarrollo de todos los proyectos, una multiplicidad de reuniones de comisiones técnicas que se han celebrado a lo largo de estos meses, a partir del mes de julio. Tenemos un grupo de trabajo sobre el sistema de información y de los registros de personal y otro grupo sobre retribuciones, algo de lo que usted ha hablado antes, un grupo de trabajo que dirige la Comunidad Autónoma de Castilla y León, en el que participan todas las comunidades autónomas, que va a recabar información de las mismas para distribuirla a todas y cada una de ellas. En estos momentos no tenemos datos. El otro día la prensa proporcionó datos sobre retribuciones en función de un estudio que había hecho un sindicato en Granada. Es decir, no hay datos, por lo que este es un trabajo que desde un punto de vista serio y sistemático, sin pretender que nadie lo utilice como arma arrojadiza, tenemos que abordar y de hecho ya

se está abordando con la presidencia de un representante de Castilla y León. También estamos trabajando en el estatuto marco. Se ha constituido un grupo de trabajo sobre jornada y directiva europea, el cual está dirigido por Canarias, con la participación de Navarra, Castilla-La Mancha, Asturias, Andalucía, Comunidad Valenciana, Cataluña y el Ministerio de Sanidad y Consumo, y se ha solicitado al Ministerio de Trabajo el establecimiento de los mecanismos necesarios para llevar a la práctica las jubilaciones parciales que vienen ya recogidas en el estatuto marco. Es decir, se está trabajando en donde tenemos que trabajar, que es a un nivel técnico, con la imbricación del conjunto del territorio, de las comunidades autónomas, para que luego los responsables a nivel de la Comisión nacional puedan decidir. Asimismo estamos trabajando en el estatuto del residente. El ministerio ha anunciado que va a presentar un borrador a lo largo del primer trimestre del año que viene, incluso tenemos ya aportaciones de algunas comunidades autónomas, como por ejemplo de Madrid, que nos ha hecho llegar una propuesta de estatuto. Lo vamos a discutir a lo largo del primer trimestre del año y es una cuestión que nos gustaría idealmente poder resolver a principios del año que viene, ya que la situación de estabilidad profesional de los residentes deja mucho que desear. Tenemos un largo camino que recorrer y yo creo que todos estamos de acuerdo en que es algo que hay que abordar. Vamos a crear, puesto que todavía no está creado y se recoge en la ley, el foro marco de diálogo social, que es fundamental para incardinarlo con todos los grupos y las comisiones técnicas. Se ha solicitado un informe sobre la composición y funciones de este foro marco tanto al Ministerio de Administraciones Públicas como al Ministerio de Trabajo. Esto por lo que se refiere a la Comisión técnica de personal, pero es que luego tenemos otra Comisión técnica, la cual se ha reunido ya tres veces con todas las comunidades autónomas, de desarrollo profesional. Hemos estudiado la composición y la convocatoria de las comisiones de formación continuada de profesiones sanitarias, se ha creado un grupo sobre la Comisión consultiva profesional que se va a reunir dos veces al año, se ha empezado a estudiar la rama sanitaria de la formación profesional, se está discutiendo la carrera profesional, se está haciendo un análisis de los sistemas implantados o en fase de implantación, y la comisión va a tener una reunión monográfica sobre este tema. En una reunión que tuvo lugar el 23 de septiembre, hace unos días, los representantes de las comunidades autónomas empezaron a explicar el sistema de carrera que está implantado en cada una de ellas o que está en fase de implantación sobre normativa, niveles, criterios de promoción, reversibilidad de los niveles, el modelo general, el régimen retributivo y el régimen transitorio de aplicación. Este es un trabajo que no es que yo critique que no se haya hecho antes, sino que necesitábamos el marco legal para poderlo desarrollar y con más rapidez es imposible hacerlo. Créanme que estamos

empezando a poner los mimbres del cesto y de la mejor manera que se puede hacer es de una forma consensuada, trabajando sin cámaras, sin focos y de una forma seria para presentar propuestas que realmente vayan en el buen sentido. Es decir que tengamos una carrera profesional cada vez más ajustada a las necesidades de los ciudadanos y que esta tenga unos criterios básicos de cohesión, esto es, que no haya diferencias en función del territorio.

Al igual que he hecho con este tema, señora Roldós, le comento también sinceramente la cuestión de la OP, que es muy urgente resolver. Habiendo llegado al ministerio a finales de abril, lo que no pueden hacer es decir que los retrasos que ha habido desde el año 2001 hasta el 2004 son imputables a una administración o a otra. Yo no voy a decir si es responsabilidad de unos o de otros. Nosotros llegamos allí y a las tres semanas nos encontramos con una convocatoria de huelga, una convocatoria que yo comprendía absolutamente puesto que se trata de personas que llevan años y años esperando a que se resuelva definitivamente su situación. Por tanto, hemos hecho un esfuerzo y la Dirección General de Recursos Humanos del ministerio —quiero agradecer a la directora de Recursos Humanos y a todos los funcionarios el trabajo enormemente serio que han realizado— ha dado la vuelta a la OP y todas las convocatorias fundamentales han salido. Evidentemente, por razones de imposibilidad técnica muchas de ellas no se podrán terminar hasta el año 2005, pero fíjese si se ha hecho bien que, cuando se vio el impulso que se estaba dando, las huelgas se desconvocaron. Yo tengo una carta de agradecimiento de un consejero de una comunidad autónoma en la que se nos dice que afortunadamente nos hemos puesto a la tarea y que esto está funcionando bien, y desde luego no es del partido que apoya al Gobierno. Las cosas se han hecho bien y hay que reconocerlo, que no pasa nada por hacerlo.

En relación con farmacia, he de decir que no ha habido una rebaja de cinco puntos por la orden de precios de referencia. En el año 2003 se batieron todos los récords de aumento de los precios de los medicamentos, hasta el 12,5 por ciento —tengo aquí los datos—, y en estos momentos estamos en torno a un 9,6; es decir que la rebaja en todo caso estaría en algo menos de tres puntos con respecto a 2004. En fin, independientemente del impacto, es una cuestión puramente técnica. La orden de precios de referencia es un instrumento, tampoco la podemos santificar. Me preguntan por qué la estamos aplicando. Porque tenemos que cumplir la ley. ¡Cómo no la vamos a aplicar! Es que si no la aplicásemos estaríamos incumpliendo la ley. Hasta que haya una alternativa, se va a cumplir la orden de precios de referencia, cómo no se va a cumplir, pero nos preocupan sus efectos. Nos preocupan sus efectos porque las previsiones en cuanto al impacto en el gasto no están siendo todo lo esperanzadoras que se pensaba; para que se hagan una idea, los cálculos que se hicieron en 2003 suponían una rebaja de unos 430 millones de euros y estamos en

torno a los 210 millones de euros, prácticamente dos puntos de rebaja de la factura. Luego, además de esto, el impacto de la orden de precios está siendo asimétrica y, por tanto, está perjudicando de una forma asimétrica a unos laboratorios frente a otros y, qué curioso, los laboratorios a los que está perjudicando son los laboratorios nacionales y los laboratorios de genéricos, que en volumen de ventas están perdiendo en torno a un 25 por ciento de su cifra de negocios mientras que el impacto en los grandes laboratorios están entre el 0,5 y el 3 por ciento. Nosotros queremos dar una vuelta a esta cuestión porque creemos que la industria nacional —la industria farmacéutica en general, pero más la industria nacional— está aportando un valor añadido desde el punto de vista de la investigación que nosotros reconocemos y que vamos a intentar salvaguardar. Por tanto, no es un problema filosófico y lo que vamos a hacer es buscar métodos para que, manteniendo el objetivo de contención de gasto o incluso aumentándolo, los daños colaterales —como se dice ahora— sean los menos posible. En eso estamos y vamos a intentar avanzar, y con esto quiero decir que de aquí a un mes o un mes y pocos días vamos a intentar encontrar una alternativa en relación con este punto. No pasamos de 25 conjuntos a cuatro; en absoluto. Eso es lo que se ha publicado en un diario de Madrid por una mala comprensión de la orden. Es decir, esta orden de precios de referencia, que, repito, legalmente tenemos que aplicar, contiene sólo cuatro principios porque solamente en estos existen especialidades farmacéuticas genéricas que el próximo día 1 de enero llevarán financiadas y con precio fijado para el Sistema Nacional de Salud menos de un año. No podemos introducir más. A partir del 1 de enero se irán incorporando otras. Como comprenderá, no tenemos ningún interés en introducir cuatro y sacar 21, sino que es el resultado de aplicar la Ley del Medicamento.

En relación con el llamado pacto, y digo llamado porque puede llamarse acuerdo u otra cosa pero no pacto (yo, siendo representante del Estado, pacto con un Estado soberano, o se hace un pacto entre los partidos políticos para luchar contra una cosa o contra otra, pero es difícilmente planteable un pacto entre un Estado —un gobierno soberano— y un sector industrial), diré que este es uno de los problemas que nosotros veíamos desde el principio y que ya viene explicitado en el propio programa electoral del Partido Socialista. En el programa electoral del Partido Socialista ya se planteaba la difícil comprensión de este tipo de acuerdos. Hablan de los buenos resultados del pacto. Yo tengo que decir que el pacto se empieza aplicar en 2002, los precios están en el 9 por ciento y en 2003 están en el 12,5 por ciento. Ese es el resultado. Al año de la aplicación del pacto, el Ministerio de Sanidad y Consumo tiene el mayor índice de gasto de los últimos diez años; el mayor. Evidentemente, había niveles de gasto muy altos a principios de los noventa, pero no se puede comparar porque los niveles de inflación no eran los mismos y el nivel de

estabilidad no era el mismo. Hay que comparar cosas comparables. Es decir, si hubiese unas olimpiadas del gasto, la medalla de oro la hubiera obtenido doña Ana Pastor en el año 2003. Es así, es el mayor gasto farmacéutico que ha habido. Ese es el resultado habido al año siguiente del pacto con Farmaindustria. Por tanto, nosotros creemos, primero, que no es un instrumento positivo; segundo, que coloca al Estado en una posición, en una decisión y en una visión estratégica muy parecida a la de la industria porque liga las aportaciones a la investigación al deslizamiento del gasto farmacéutico; cuanto más gasto farmacéutico, más ingresos a investigación. Y le puedo asegurar que a cualquier gestor público al que le digan: sí, está subiendo mucho el gasto, pero eso me permite a mí ingresar más, hace que objetivamente esté en la misma posición que legítimamente tiene la industria, que es vender y cuanto más mejor. Eso es malo, eso es negativo, hay que desligar la investigación del gasto, el gasto no tiene nada que ver con la investigación. Además, era un acuerdo o un pacto voluntario, con lo cual hay laboratorios que entran y laboratorios que no entran, y no sabemos cuáles son los criterios para participar o no. Es algo que gestiona la patronal de una forma interna y hay decenas y decenas de laboratorios que no participan en este acuerdo. Por otra parte, tampoco se discriminaba a los laboratorios en función de su aportación a la investigación. Muchos responsables de grandes laboratorios multinacionales y españoles que están aportando mucho en investigación y desarrollo nos dicen: aquí da igual estar calificado por Profarma —es decir, por el Ministerio de Ciencia y Tecnología, ahora Ministerio de Industria— como excelente que no estar clasificado porque el tratamiento que la Administración tiene con nosotros es exactamente el mismo. Y, en mi opinión, ese tratamiento era asimétrico desde el punto de vista jurídico, porque a las oficinas de farmacia, en el año 2000, se les pusieron las aportaciones y los márgenes a través de un decreto-ley, el Decreto-ley 5/2000, que vamos a mantener pero actualizándolo. En ningún caso vamos a cuestionar ese margen, pero hay que decir que jurídicamente es asimétrico. ¿Por qué con las oficinas de farmacia se va por la vía del decreto-ley y con la industria farmacéutica se va con un pacto? La ley tiene que ser igual para todos. ¿Por qué no se utilizan los mismos sistemas? Por esto y por bastantes motivos más, y entre otros que el primer interesado en que la investigación se potencie en el país es la industria farmacéutica (esas aportaciones para los fondos de investigación sanitaria, los FIS, que gestiona el Carlos III, revierten en todo el territorio nacional a través de los hospitales como investigación clínica, como investigación básica, y después son utilizados en la elaboración de medicamentos por parte de los laboratorios), creemos que es una aportación que la industria, como agente sanitario que es —artículo 3.1 de la Ley del Medicamento—, debe hacer.

En relación con la política de genéricos —y está aquí don Julio Sánchez Fierro, que fue subsecretario

del ministerio—, diré que desde hace bastantes años todos responsables políticos del ministerio se plantean la política de genéricos como el gran asunto pendiente. Realmente es algo que hay que potenciar y ha habido dificultades; no despegamos, y no despegamos por lo que manifestaba la señora Fernández Dávila, que hay poco conocimiento por parte de los prescriptores y una visión negativa por parte de los consumidores. Ahí tenemos que hacer un gran esfuerzo; tiene que hacer un gran esfuerzo la Agencia Española del Medicamento para que las vías del registro sean cada vez más rápidas. Hay una enmienda en los Estados Unidos, que se va a empezar a utilizar en diferentes países europeos y que muy posiblemente nosotros la incorporaremos al plan estratégico. La enmienda, que lleva el nombre de su autor, Bolard, permite que si la licencia termina a los diez años, se pueda empezar a hacer toda la tramitación del genérico a partir del año ocho, de tal forma que el genérico puede estar en el mercado al día siguiente de que la patente ha dejado de tener viabilidad y ya puede ser genérico, y no como ahora, que termina la patente en el año diez y el genérico, con los retrasos que tenemos en la Agencia Española del Medicamento, está en el mercado en el año doce o trece. Yo creo que ahí tenemos que hacer un gran esfuerzo, es un interés de todos y por tanto todos tenemos que ir en la misma dirección.

Por lo que se refiere a la receta electrónica, como hay una pregunta oral, si les parece, después me referiré a ello para no repetirme.

Respecto a los silencios positivos, yo soy el presidente de la Comisión interministerial de precios del medicamento y me encontré con 700 expedientes. Los hechos son tozudos. ¡Qué le voy a hacer! La industria farmacéutica, como cualquier administrado, tiene derecho a que se le conteste en seis meses y si a los seis meses no se le contesta, el silencio es positivo, es decir, se aplica el precio. Si el silencio fuese negativo, uno podría poner la cabeza bajo el ala y decir: es silencio negativo, no tiene impacto; pero el silencio positivo sí tiene impacto, y nos hemos encontrado con que el precio de ese conjunto de medicamentos había subido una media de un 45 por ciento, algunos registran incrementos superiores al cien por cien y hay uno, el que bate todos los récords, que está por encima del 156 por ciento. No es que yo quiera o no quiera utilizar esto, pero es un problema que nos encontramos y que generó una enorme preocupación en los funcionarios de la Dirección General de Farmacia, que les llevó a planteármelo a los pocos días de llegar a mi despacho: subsecretario, hay un problema muy grave y es que, desde hace ya bastante tiempo, están empezando a entrar en vigor precios de medicamentos propuestos por la industria vía silencio positivo. Hemos hecho ahí un esfuerzo y hemos reunido a la comisión, al principio dos veces al mes, para intentar resolver este problema.

En relación con la ley de biomedicina, la política de investigación, investigación para amigos, eviden-

temente yo no soy el responsable de la política de investigación del ministerio, que depende del Instituto Carlos III y depende directamente de la ministra, pero no puedo dejar pasar la ocasión de hacer un comentario sobre la investigación para amigos. El convenio que se firmó con Cataluña es un convenio que ya había sido propuesto por la anterior ministra de Sanidad y Consumo, doña Ana Pastor; desbloqueamos un convenio que existía con Andalucía y vamos a firmar próximamente un convenio con Valencia, tenemos ya el dossier. Nuestra concepción en un tema tan concreto como las células regenerativas, a diferencia de la anterior, que era una concepción filosófica diferente, es que, por lo que se está haciendo en Estados Unidos y en Europa, el sistema de las redes es el más favorable para potenciar este tipo de investigaciones. Este mecanismo del Cenatmer, como organismo que centralizaba este tipo de investigación, creemos que no es el positivo y por lo tanto, a lo largo del año que viene, con una nueva ley de biomedicina que establezca, digamos, un marco mucho más global para este tipo de investigación, lo que queremos es potenciar todos estos centros en red, para que estén conectados y donde pueda participar el conjunto de organismos de investigación del país, los hospitales, los centros de excelencia, etcétera.

Ha comentado algo sobre la Agencia de Seguridad Alimentaria. No es de mi competencia, siento no poder contestarle. Respecto al calendario, a lo largo del año 2005 vamos a intentar abordar todas las iniciativas, legislativas en su mayor parte, relacionadas con consumo. Muchas de ellas tienen una relación muy directa con el Ministerio de Justicia, con la Comisión de codificación, y por lo tanto pretendemos plantear alternativas conjuntamente con el Ministerio de Justicia para que luego el Parlamento pueda discutir sobre ellas.

En relación con lo que ha comentado la señora Fernández Dávila, quiero decirles que, por supuesto, nuestro planteamiento es contar con las comunidades autónomas. La decisión que se tomó en la comisión nacional de recursos humanos hace unos días sobre la oferta MIR, por unanimidad —no puede ser de otra manera porque son decisiones que se toman unánimemente—, yo creo que refleja un poco ese espíritu: combinar los planteamientos de las comisiones nacionales de especialidades, desde el punto de vista científico, con el planteamiento de las comunidades autónomas, mucho más de política sanitaria. En nuestra opinión, el peso de las comunidades autónomas estaba un poco menos, digamos, valorado en las anteriores convocatorias. Había una cierta preocupación por parte de bastantes consejeros de comunidades autónomas en cuanto a que la oferta no se relacionaba con las necesidades objetivas desde el punto de vista de política sanitaria, y yo creo que esto lo hemos conseguido razonablemente bien; por lo tanto, hemos dado un paso importante. Igual le digo respecto al tema farmacéutico. El hecho de haber estado reuniendo las comisiones de Farmacia durante todo el mes de julio y el mes de septiembre

indica que lo vamos a tener en cuenta ¿Cómo no vamos a tener en cuenta lo que opinan las comunidades autónomas si son ellas las que están gestionando estos temas en sus territorios? Es absolutamente necesario y obligado, y el hecho de haber reunido tantas veces la comisión de Farmacia para tratar todo tipo de temas creo que pone de manifiesto esta línea.

Comparto completamente, y lo he dicho al principio, su opinión sobre la importancia del Consejo interterritorial. Yo creo que es absolutamente fundamental. En un Estado como el nuestro, o el Consejo interterritorial funciona y es un foro de debate y de toma de decisiones o, si no, el sistema estará cojo.

El señor Xuclà ha hecho algunos comentarios y, por ejemplo, ha dicho que no hay una política o una propuesta clara. Yo le entiendo. Como les he comentado, estamos todavía en una fase de decisiones más estratégicas, más de implantación a lo largo de la legislatura, y espero que a lo largo del mes de noviembre pueda haber aquí una comparecencia para explicar todos los temas farmacéuticos de una forma mucho más concreta, aunque ya he podido adelantarles un poco las ideas respecto a algunos de ellos. El gasto farmacéutico no está aumentando al 12 por ciento. De enero a agosto ha aumentado alrededor de un 7,4, y el aumento interanual, que es el significativo, como el del IPC, está en torno al 9,6. No va a haber copago, es decir, no tenemos planteamientos de copago y creo que la ministra ha sido terminante; por lo tanto, en ese sentido no hay más que decir. Planteaba S.S. una cuestión relacionada con la receta electrónica y como también hay una pregunta, si quiere luego puedo contestarle.

Isabel Pozuelo hacía algunos comentarios sobre el Fondo de investigación sanitaria. Yo creo que es un instrumento fundamental que tiene un traslado al conjunto del territorio enormemente armónico a través de los centros de investigación de los diferentes hospitales, en diferentes tipos de investigación, en investigación clínica, en investigación básica, y por tanto va a ser una de las líneas que vamos a potenciar a lo largo de la legislatura, como no podía ser de otro modo. Vamos, como comentaba la señora Pozuelo, a intentar colocar los temas de consumo, muchos de los cuales vamos a discutir en la conferencia sectorial que tenemos el 1 de diciembre en Madrid con todos los consejeros de comunidades autónomas, y vamos a intentar plantearnos un programa de trabajo a lo largo de la legislatura para ir abordando esas reformas legislativas que les he comentado a lo largo de mi intervención.

La señora **PRESIDENTA:** Conocen SS.SS. que el Reglamento prevé las réplicas como excepcionales en este tipo de comparecencias. Conozco yo también que lo habitual en esta Comisión ha sido hasta ahora dar un turno de réplica. Es una llamada a que sean comedidos en su uso. ¿Quiénes desean hacer uso de este turno? **(Pausa.)** Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la señora Roldós Caballero.

La señora **ROLDÓS CABALLERO:** Señor subsecretario, me va a permitir que antes de hacer unas breves reflexiones a su intervención diga unas palabras respecto a la portavoz socialista, que ha hecho referencia aquí a la ex ministra, doña Ana Pastor, miembro de nuestro grupo parlamentario y además coordinadora del Partido Popular. Me parece que es de poco estilo hacer referencia a alguien que no está presente, y más en los términos en los que lo ha hecho, máxime cuando ha sido una ministra que en los dos años que ha ejercido sus funciones ha tenido el respaldo unánime de todos los agentes sanitarios de este país y su reconocimiento, una persona que tiene conocimientos sanitarios y de la política sanitaria, que tiene una enorme aptitud y una gran capacidad de liderazgo, cosa que por desgracia otras no tienen.

Señor subsecretario, usted ha dicho que yo he dicho que en el Consejo interterritorial se habían tratado temas inútiles. En ningún momento he dicho que se trataran temas inútiles. Lo que le he dicho es que fue el secretario general quien terminó de manera unilateral la primera reunión de la Comisión delegada, encargada por reglamento de fijar el orden del día, y finalmente, como usted bien decía, quien decide ese orden del día es la ministra, y eso es lo que se puso de relevancia, esa capacidad de diálogo y de talante de esta ministra de Sanidad, que durante el verano hizo caso omiso de una petición por parte de las comunidades autónomas gobernadas por el Partido Popular para un consejo extraordinario, al que no respondió ni quiso convocar, con aquel acuerdo al que la Comisión delegada había llegado con todas las comunidades autónomas para hablar de temas como el de la financiación. Yo no digo que los otros sean inútiles, sino que estos son importantísimos y había acuerdo unánime para abordarlos. Le vuelvo a decir lo mismo. Haciendo gala de su talante y de su diálogo, en esta Comisión de Sanidad, en su única comparecencia, la ministra dijo —se lo voy a leer textualmente—: 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 insuficiencia financiera, será preciso estudiar su posible revisión en el marco del Consejo interterritorial y del Consejo de Política Fiscal y Financiera. «Diario de Sesiones», no lo he dicho yo, lo ha dicho la ministra de Sanidad. Algunos no deben leer los diarios de sesiones. Lo que digo es que no se trataron esos temas importantes de financiación o de inmigración. Queremos hablar de inmigración. Yo vengo de una comunidad, Canarias, en la que estamos padeciendo a diario el tema de la inmigración y sufriendo un fuerte incremento poblacional, y como nosotros estamos muchas otras comunidades autónomas máxime cuando este Gobierno ha dicho que va a regularizar unos 800.000 inmigrantes irregulares que hay en nuestro país, que no sé cómo los ha contado porque creo que son irregulares, pero debe tener una relación de ellos. Por la importante repercusión sobre el sistema de

financiación de esas comunidades autónomas y por la repercusión sobre el gasto farmacéutico en la atención de todos esos inmigrantes, queremos que sea regulado a través del Fondo de cohesión sanitaria, y en ese sentido hemos presentado una proposición no de ley, pero de eso la ministra no quiere hablar, y de eso es de lo que quieren hablar fundamentalmente las comunidades gobernadas por el Partido Popular.

Queremos hablar de investigación. Se llevó al orden del día del Consejo interterritorial y la ministra no quiere hablar de investigación, la ministra no quiere hablar de eso que ella y el propio presidente del Gobierno han anunciado, de cofinanciar infraestructuras sanitarias en determinadas comunidades autónomas, llámese el hospital de Asturias o cuando el señor presidente del Gobierno hace la gira por León anunciando infraestructuras sanitarias que serán cofinanciadas por parte del Estado. ¿Qué pasa con el resto de comunidades autónomas? ¿Qué pasa con las infraestructuras que se están realizando en otras comunidades autónomas? ¿Van a ser también cofinanciadas por parte del Estado? Eso es lo que queremos saber, eso es lo que querían saber nuestros consejeros en el Consejo interterritorial y de lo que la ministra no quiere hablar; y no quiere decir que para nosotros no sea importante hablar de violencia de género, que por cierto esos protocolos de actuación en la asistencia sanitaria sobre violencia de género llevan tiempo ejecutándose y ejerciéndose. Por ejemplo, en la comunidad de la que yo vengo, que no está gobernada por el Partido Popular —estamos gobernando en pacto, pero Sanidad lo lleva Coalición Canaria—, llevamos varios años ejecutando protocolos de atención a violencia de género para detectar malos tratos de manera temprana en atención primaria, y de la misma manera infinidad de comunidades autónomas. Pues claro que es importante el tema de la violencia de género.

Listas de espera. Claro que es importantísimo. Lo que nos sorprende es que la ministra diga que hay más de 400.000 pacientes en listas de espera y cuando estaba el Partido Socialista en la oposición hablaba de transparencia en las listas de espera, llevaba en su programa que estuvieran a disposición de los agentes sanitarios y de los usuarios de la sanidad y, sin embargo, ahora nos dice que no va a dar los datos, no vaya a ser que se haga un uso partidista de esas listas de espera. La verdad es que es sorprendente.

Le digo más. Usted ha dicho una frase que a mí me ha gustado, ha dicho que cuando se han hecho las cosas bien hay que reconocerlo, y si alguien ha hecho las cosas bien, ha sido el Partido Popular gobernando durante ocho años, y si alguien ha sido una magnífica ministra de Sanidad, ha sido doña Ana Pastor, que ha sido capaz de impulsar y aprobar por unanimidad esas leyes importantísimas, esos mimbres a los que me refería con los que hacer un magnífico cesto para la sanidad.

Señor subsecretario, sigue sin gustarle el llamado —dice usted— pacto con Farmaindustria. El Partido

Socialista, página 83 de su programa electoral, lo llama pacto con Farmaindustria, y le digo más, dice que el nuevo pacto será un objetivo esencial para asegurar la calidad de la prestación farmacéutica, y precisamente fue una diputada canaria en la legislatura pasada la impulsora de ese pacto en sede parlamentaria, Mar Julios, que hoy día es la consejera de Sanidad en la Comunidad Autónoma de Canarias. Fue lo que se propuso, un pacto, y el ministerio recogió el guante de ese llamado pacto, que vuelvo a reiterar que ha tenido unos magníficos resultados.

Estoy de acuerdo con usted, señor subsecretario, porque lo hemos impulsado nosotros, en la investigación en red. Les decía antes que hay 68 redes temáticas de investigación en nuestro país. Nosotros hemos sido los impulsores de esa investigación en red, los impulsores de ese cambio de mentalidad en los investigadores que realizaban su labor por separado o en grupos reducidos, y esas redes están permitiendo una mayor utilización de los recursos disponibles para la investigación. Por supuesto que estamos de acuerdo.

La señora **PRESIDENTA**: Señora Roldós, le recuerdo que era una intervención con el carácter de breve.

La señora **ROLDÓS CABALLERO**: Señora presidenta, se lo agradezco, pero usted me entenderá mejor que nadie porque es portavoz de un grupo político y sabe que los temas sanitarios son apasionantes, porque nos va mucho en ello.

Señor subsecretario, le reitero lo que le decía al final de mi primera intervención. Para todo lo que sea construir y avanzar, ahí nos va a tener al Grupo Parlamentario Popular, pero me quedo con su frase, que cuando se han hecho las cosas bien hay que reconocerlas.

La señora **PRESIDENTA**: Señora Pozuelo, tiene usted la palabra.

La señora **POZUELO MEÑO**: Quiero decirle con mucha brevedad a la señora Roldós que entiendo que considere que el Partido Popular ha hecho una buena gestión de Gobierno, aunque quiero recordarle que la habrá hecho magnífica, pero ha perdido las elecciones, y que mi intervención en relación a la ex ministra Ana Pastor ha sido tremendamente respetuosa; lo que le he dicho es que se equivoca en su actitud política y que en vez de dirigirla desde Génova debe venir aquí y exponer públicamente su posición en materia de sanidad y consumo. Ese es mi criterio.

También creo que se están equivocando al mantener una posición de enfrentamiento y de confrontación en el Consejo Interterritorial de Salud porque, como bien decía el subsecretario, como bien pensaban ustedes cuando gobernaban y como bien creo que pensamos prácticamente todos los grupos políticos, el Consejo interterritorial no es un órgano de debate y confrontación política partidaria, sino de coordinación y coope-

ración entre las distintas administraciones del Estado, Gobierno de la nación y gobiernos autonómicos, que en materia sanitaria y de consumo, para poder prestar un buen servicio público, un buen servicio al ciudadano y una mejora en eficiencia de los sistemas de salud y de consumo, tienen necesariamente que ponerse de acuerdo, trabajar conjuntamente y poder desarrollar esas políticas. De hecho, y por eso hablaba de incongruencia, los representantes de los gobiernos autonómicos del Partido Popular están asistiendo a todas aquellas reuniones y comisiones constituidas para avanzar en todos estos trabajos, porque, si no, ni siquiera ellos en sus comunidades autónomas podrían seguir avanzando en su gestión política, pero cuando llega la hora de tener una reunión presidida por la ministra de Sanidad y Consumo intentan utilizar como instrumento el derecho de veto al orden del día para hacer un plante político con un único objetivo: boicotear este órgano de cooperación y coordinación con las comunidades autónomas. Creo que es un error, en algún momento tendrán que dar explicaciones a sus administrados en cada comunidad autónoma y realmente no nos lleva a ningún sitio, y cuanto antes se acabe con esa posición será más positivo para todos.

La señora **PRESIDENTA**: Para cerrar la comparecencia, tiene de nuevo la palabra el señor subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Puig de la Bellacasa y Aguirre): No voy a entrar en los problemas que ha podido originar el desencuentro. Yo creo que el Consejo interterritorial es esencial y fundamental para que el Sistema Nacional de Salud siga manteniendo las cotas de excelencia y cohesión que tiene en estos momentos; por tanto, no deberíamos de trasladar esa imagen aunque todos los partidos políticos pueden tener en un momento determinado la tentación de hacerlo. Yo haría un llamamiento, desde mi humilde puesto, a intentar recomponer un poco la situación. La Comisión nacional de recursos humanos ha funcionado con buenos resultados y el Consejo interterritorial puede funcionar exactamente igual. Llevemos a cada uno de los foros los temas que tienen que discutirse en ellos y concentrémonos un poco en los problemas de los ciudadanos y no en temas que nadie entiende.

Agradezco a la señora presidenta esta convocatoria y a todos los demás su participación.

La señora **PRESIDENTA**: Con esto daríamos por concluida esta primera parte de la Comisión.

Suspendemos cinco minutos y a continuación seguimos con la parte correspondiente a las preguntas. **(Pausa.)**

## PREGUNTAS:

— **DEL SEÑOR MARTIN SOLEDAD, DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO, SOBRE PREVISIONES ACERCA DE LA IMPLANTACIÓN DE LA RECETA ELECTRÓNICA.** (Número de expediente 181/000036.)

La señora **PRESIDENTA**: Señorías, reanudamos la sesión con esta segunda parte dedicada a la contestación por el señor subsecretario de las preguntas que figuran en el orden del día.

Para formular la primera pregunta, que tiene como número de expediente el 36, tiene la palabra el señor Martín Soledad.

El señor **MARTÍN SOLEDAD**: Señor subsecretario, bienvenido a esta Comisión y gracias por su exposición.

Se habrá dado cuenta de que el gasto farmacéutico es un tema que tanto a profesionales como a gestores y usuarios nos importa y nos preocupa. Dado el crecimiento actual de ese gasto farmacéutico, es importante dotarnos de elementos de gestión y de racionalización para intentar contener ese incremento tan superior al PIB nominal que estamos registrando en los últimos años. La anterior Administración en la Ley de acompañamiento de los presupuestos aprobó una enmienda que decía que se contemplara la posibilidad de implantar la receta electrónica siempre y cuando se respetaran los criterios de confidencialidad de los datos clínicos, de la privacidad de los pacientes y al mismo tiempo que se garantizara —eso ya no lo decía la enmienda, pero es necesario contemplarlo— la libertad de elección por el usuario de la oficina de farmacia donde tiene que adquirir aquel medicamento necesario.

Esta posibilidad de implantación de la receta electrónica, que es un tema del que se está hablando últimamente con el desarrollo de las nuevas tecnologías, tiene dificultades que todos conocemos. Ya el director de la Agencia de Protección de Datos formuló algún tipo de problema con relación al respeto de la privacidad. Sin embargo los colegios profesionales y las oficinas de farmacia han ido informatizando sus oficinas. En concreto, en mi comunidad autónoma, la de Baleares, el 96 por ciento de las oficinas de farmacia estarían ya preparadas para hacer efectiva la transición a la receta electrónica. Otras comunidades autónomas, como Andalucía, ya tienen algún tipo de soporte informático para recetas de larga duración y de crónicos. Sin embargo, falta la concreción por parte del ministerio de esa hoja de ruta que tendría que ser el desarrollo para implementar y hacer posible que la receta electrónica sea un instrumento válido y con una concreción temporal más o menos rápida. Por tanto, y solicitándole que intente hacer un ejercicio de concreción, le formulo la

pregunta que viene en el orden del día acerca de las previsiones para la implantación de la receta electrónica.

La señora **PRESIDENTA**: Para contestar, tiene la palabra el señor subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Puig de la Bellacasa y Aguirre): Como sabe, en la actualidad existen diversos proyectos en relación con el desarrollo del sistema de la receta electrónica y de la prescripción asistida en algunas comunidades autónomas. Hay un proyecto que se llama PISTA, que lidera el Ministerio de Educación y Ciencia, en el que participan el País Vasco, Madrid, Cataluña, Canarias, La Rioja y Murcia. Hay otros desarrollados por Andalucía, Valencia y Galicia; en todas las comunidades el nivel de implantación y pilotaje es muy diverso. Luego, hay otras comunidades autónomas que no están participando en estos proyectos.

El Ministerio de Sanidad y la empresa pública Red.es tienen suscrito un convenio de colaboración con el objetivo de contratar una consultoría que analice la viabilidad del proceso de implantación de un sistema de receta electrónica en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Para ello el objetivo principal es disponer de la información necesaria, cómo se puede abordar la creación de una red sanitaria que sea capaz de hacer compatible los diferentes tipos de sistemas que ya existen en estos momentos, que están siendo ya desarrollados en varias comunidades autónomas, permitiendo el flujo de información entre ellas y entre ellas y el Ministerio de Sanidad. En el momento actual, la empresa adjudicataria se encuentra pendiente de iniciar el trabajo de campo, habiendo entregado hasta el momento información relativa a los aspectos jurídicos, muy relacionados en muchos casos con temas de protección de datos, así como una estimación preliminar de costes en función de la definición y análisis de un nuevo proceso de prescripción de dispensación.

El Ministerio de Sanidad y Consumo tiene el máximo interés en implantar la receta y va a ser una de nuestras prioridades a lo largo de la legislatura. Si quiere, para darle más datos, le puedo decir que la empresa adjudicataria de la consultoría es la empresa Bearing Point, a través de un concurso por un importe de 623.779 euros, que está haciendo ya una información de la situación actual del proceso de prescripción y dispensación en cada comunidad autónoma, que va a hacer una estimación del coste de la inversión de la operación y del mantenimiento de la receta electrónica en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, identificando fuentes internas de ahorro; en tercer lugar, va a definir y valorar, desde los puntos de vista organizativo, económico y jurídico, los posibles modelos de implantación y de financiación. La duración del contrato es de 41 semanas para hacer esta consultoría y hasta hoy tiene un retraso en torno a ocho semanas al no haber iniciado la fase de trabajo de campo en junio, como

estaba previsto. Es algo que está ya lanzado y que va a ser una prioridad a lo largo de la legislatura.

La señora **PRESIDENTA**: Señor Martín Soledad, es su turno para replicar.

El Señor **MARTÍN SOLEDAD**: Únicamente quería recalcar al señor subsecretario que, aparte de la contratación de esta consultora, es necesario un plan del ministerio para la informatización de las consultas médicas de los centros de salud, que confío en que el proyecto de Presupuestos Generales del Estado recoja en alguna medida.

— **DEL SEÑOR MARTÍN SOLEDAD, DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO, SOBRE PREVISIONES ACERCA DE LA CREACIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS. (Número de expediente 181/000038.)**

La señora **PRESIDENTA**: Pasamos a la siguiente pregunta, que es la que figura con el número 3 del orden del día y registrada con el número 38, que formula también el señor diputado Martín Soledad.

El señor **MARTÍN SOLEDAD**: En la anterior legislatura, el señor Fidalgo presentó ante esta Comisión de Sanidad una proposición no de ley que urgía al Gobierno al reconocimiento de la especialidad de medicina de urgencias y emergencias. Hubo contactos y conversaciones entre la Sociedad española de medicina de emergencias y urgencias, la SEMES, y responsables del ministerio para ver la posibilidad de crear una nueva especialidad, con la dificultad que ello implica, en urgencias y emergencias. Este reconocimiento podía dar respuesta a un colectivo que está cifrado entre 12.000 y 15.000 profesionales que actualmente están atendiendo más de 30 millones de urgencias que se producen en todo el territorio nacional y que además tiene una antigüedad media de unos diez años en su puesto de trabajo. Como resultado final, podemos decir que cada uno de estos profesionales está asistiendo a una media de 5.000 consultas diarias. La necesidad de establecer un criterio de acreditación para garantizar no solamente el proceso de reconocimiento de la especialidad, sino también lo que sería el núcleo troncal de la formación en esa especialidad, es competencia del Ministerio de Sanidad y Consumo conjuntamente con el Ministerio de Educación y Ciencia; como paso previo, la SEMES estableció un certificado de acreditación para los médicos asociados a esta sociedad, donde se reconocían campos de conocimiento, antigüedad, cursos de formación, así como experiencia profesional.

Existe una serie de razones de índole legal y profesional que aconsejan la creación de esta nueva especialidad. Los datos que le he dado creo que así lo indican.

Por ello, le formulo la pregunta que viene en el orden del día: ¿Qué previsión tiene el ministerio con relación a la creación de la especialidad de medicina de urgencias y emergencias?

La señora **PRESIDENTA**: Para responder, tiene la palabra el señor subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Puig de la Bellacasa y Aguirre): Señor diputado, comparto completamente su sensibilidad en relación con la aspiración de este colectivo integrado por los médicos de urgencias. Han entregado un dossier recientemente en el ministerio que contiene sus argumentos desde el punto de vista del colectivo, que justificaría la creación de esta especialidad. Dicho dossier está siendo estudiado, como no puede ser de otra forma, tanto por los servicios técnicos del departamento como por el Consejo Nacional de Especialidades Médicas. No le querría ocultar que la creación de un nuevo título de especialista es una decisión de la máxima importancia para el sistema sanitario, que debe ser debatido en profundidad con las comunidades autónomas en el seno de la Comisión Nacional de recursos humanos, que tendría unas enormes repercusiones en el conjunto de la organización de las unidades de urgencia, tanto hospitalarias como extra hospitalarias, de los distintos sistemas autonómicos de salud, por lo que la decisión que finalmente se adopte habrá de incluirse en el conjunto de los trabajos que se están empezando a abordar, como he comentado en mi comparecencia anterior, en relación con el desarrollo de la troncalidad en el conjunto de la formación sanitaria especializada. En este marco de discusión los temas de urgencias tendrán un protagonismo especial.

La señora **PRESIDENTA**: Señor diputado, su turno para replicar.

El señor **MARTÍN SOLEDAD**: Señor subsecretario, valdría la pena —y el señor Fidalgo, a quien no veo aquí en estos momentos, creo que estaría de acuerdo conmigo— enviar un mensaje a la SEMES, Sociedad española de medicina de urgencias y emergencias, acerca de cuál es realmente la voluntad y el criterio que tiene la actual Administración del Partido Socialista a la vista de la proposición no de ley que se formuló en tiempo no demasiado lejano, sobre todo porque entiendo que es un criterio de justicia el reconocimiento a unos profesionales que constituyen uno de los pilares de la asistencia sanitaria en este país; la entrada de urgencias es quizá de las más importantes. Creo que vale la pena dar esa respuesta y dejarles intuir por lo menos cuál es la posición del ministerio, con todas las connotaciones, acerca de la importancia de la creación de una nueva especialidad.

Nada más.

La señora **PRESIDENTA**: Señor subsecretario, si desea replicar.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Puig de la Bellacasa y Aguirre): Simplemente quiero decirle, señor diputado, que se ha tenido y se mantendrá esa relación directa con el colectivo afectado, que —estoy completamente de acuerdo con usted— cumple un papel esencial dentro del conjunto del sistema sanitario español.

— **DEL SEÑOR MARTÍN SOLEDAD, DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO, SOBRE LAS PREVISIONES ACERCA DEL DESARROLLO DE LA LEY 21/2001, DE 27 DE DICIEMBRE, POR LA QUE SE REGULAN LAS MEDIDAS FISCALES Y ADMINISTRATIVAS DEL NUEVO SISTEMA DE FINANCIACIÓN DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS DE RÉGIMEN COMÚN Y CIUDADES CON ESTATUTO DE AUTONOMÍA PARA INCREMENTAR CON CARÁCTER GENERAL LOS RECURSOS DESTINADOS AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. (Número de expediente 181/000039.)**

La señora **PRESIDENTA**: Pasamos, señorías, a la pregunta que aparece en nuestro orden del día con el número 4, registrada en la Cámara con el número 39, que formula el mismo diputado, señor Martín Soledad.

El señor **MARTÍN SOLEDAD**: A lo largo de la mañana de hoy hemos podido constatar la importancia que tiene la financiación de nuestro Sistema Nacional de Salud. Podemos ver la botella medio llena, la podemos ver medio vacía, pero todos coincidimos —las comunidades autónomas que recibieron la transferencia con anterioridad al año 1996 y las que la recibieron con posterioridad— en que el actual modelo de financiación presenta iniquidades y falta de recursos financieros y que está comprometiendo presupuestos de comunidades autónomas. Estas comunidades autónomas (prácticamente todas, no solamente las que no han acudido, y yo entiendo que con razones más que justificadas, a los dos últimos consejos interterritoriales) están planteando un debate que está recogido en las propias medidas de financiación de la sanidad en España; son aquellas comunidades que tienen un incremento poblacional importante bruto por los flujos migratorios y aquellas comunidades autónomas que han planteado un programa de infraestructuras; por cierto, me parece que el ministerio todavía tiene pendiente el plan nacional de infraestructuras sanitarias. Como le he comentado anteriormente, el gasto sanitario también está creando situaciones distócicas en el ámbito presupuestario en las consejerías responsables de los servicios de salud autonómicos. Ahora no

se trata de establecer ningún tipo de pelea en el ámbito político ni ningún tipo de controversia, simplemente queremos saber con una cierta certeza cuándo se va a desarrollar la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común y ciudades con Estatuto de autonomía para incrementar con carácter general los recursos destinados al Sistema Nacional de Salud.

La señora **PRESIDENTA**: Señor subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Puig de la Bellacasa y Aguirre): Señor diputado, yo creo que todos estamos de acuerdo en que la sanidad pública es uno de los pilares esenciales del Estado del bienestar, por lo que la Administración General del Estado tiene que estar comprometida con el conjunto de las comunidades autónomas para conseguir el mejor funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Para ello, la Administración General del Estado tiene que desarrollar todos los instrumentos previstos en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Es lo que estamos haciendo con la aprobación del Decreto 434/2004, donde se crea la comisión interministerial para el estudio de los asuntos con trascendencia presupuestaria, para el equilibrio financiero del Sistema Nacional de Salud o implicaciones económicas significativas, comisión que ya se ha reunido antes del verano y que tiene encomendado informar preceptivamente de aquellos asuntos que tengan trascendencia presupuestaria para el equilibrio financiero del Sistema Nacional de Salud o implicaciones económicas significativas. El informe se presentará en el Consejo Interministerial del Sistema Nacional de Salud cuando esté disponible y el ministro de Economía y Hacienda trasladará este informe, como es preceptivo, al Consejo de Política Fiscal y Financiera, que, en su caso, propondrá las medidas necesarias justamente para garantizar ese equilibrio financiero del Sistema Nacional de Salud que todos deseamos. Este sería, más o menos, el calendario que nosotros pretendemos desarrollar.

— **DEL SEÑOR GUTIÉRREZ MOLINA, DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO, SOBRE LAS PREVISIONES ACERCA DEL FOMENTO DE LA INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA. (Número de expediente 181/000101.)**

La señora **PRESIDENTA**: No formulándose réplica, pasaríamos a la siguiente pregunta, en la que cambiamos de diputado interrogante. Es la numerada como 5 en el orden del día y que en el Registro de la Cámara figura con el número 101.

Tiene la palabra, para formularla, el diputado, señor Gutiérrez Molina.

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA**: Le reitero, señor subsecretario, la bienvenida a esta Comisión, en este caso a título personal puesto que ya lo ha hecho mi grupo.

Señor subsecretario, el motivo de la pregunta sobre las previsiones del Gobierno en cuanto a proyectos de investigación en enfermería se debe principalmente a dos razones: una, de índole general y abstracta y otra, de índole concreta y específica. Respecto a la razón de índole general y abstracta, señora presidenta, la carrera profesional de todos los profesionales de salud es un derecho conferido e innato para progresar, como decíamos en el Partido Popular, de forma individualizada como reconocimiento no solamente a su desarrollo profesional en cuanto a conocimiento y experiencia en las tareas asistenciales, sino también en las tareas de investigación y cumplimiento de los objetivos de una organización global como es el Sistema Nacional de Salud. Yo aprovecho la oportunidad de la pregunta oral en comisión, señora presidenta, porque de los antecedentes que tengo de preguntas con respuesta escrita del ministerio, ciertamente, aunque se hace una mención al Plan de investigación en enfermería —Investen— del Instituto de Salud Carlos III, seguramente por mi torpeza, me quedo un poco preocupado por el escaso desarrollo. A los profesionales de enfermería su condición de diplomados no les exime, señora presidenta, señor subsecretario, del desarrollo de la investigación (y no voy a utilizar palabras mías, sino escritas, de un programa electoral del Partido Socialista) porque ciertamente hay que potenciar la investigación clínica en todos sus aspectos de ética asistencial, y deberán tener asegurada su participación los usuarios y los pacientes.

Señora presidenta, para los profesionales de enfermería la Ley de especialidades de enfermería podría ciertamente ser un buen complemento de la planificación del ministerio; un buen complemento de un programa de investigación coherente, serio y adecuado a las características específicas de la profesión; un programa que no fuera meta sino punto de partida que evitara no me atrevo a decir la frustración, pero sí la falta de estímulo de un grupo de profesionales que constituye una base muy sólida del sistema sanitario, sin desmerecer a los profesionales médicos —no voy a hacer corporativismo, al ser yo médico—, farmacéuticos, etcétera, que conforman el Sistema Nacional de Salud. Se trata de un grupo que forma una base muy sólida de la medicina asistencial, de la ciencia de la salud asistencial, tanto en la atención primaria como en la hospitalaria. No creo que se pueda cercenar su derecho a la investigación; el ministerio tiene que hacer un esfuerzo y llegar a un compromiso que fuera asumible por todos. Con el actual crecimiento de la demanda sanitaria, con una población con necesidades cada vez mayores y que tiene mayores exigencias de calidad, su trabajo no debe quedar exclusivamente limitado a la asistencia, a las especialidades; debe dar un paso

más, que es el de la investigación. Esta no debe quedar, desde el punto de vista de mi grupo parlamentario, atribuida en exclusiva a los profesionales sanitarios con mayor grado de cualificación; y digo cualificación con todas las comillas que la señora presidenta me permita poner a la expresión.

Basándome en estos parámetros —permítame el término, que no me gusta, pero ando espeso esta mañana y no se me ocurre otro—, le formulo la pregunta que viene en el orden del día de la sesión de la Comisión de Sanidad y Consumo que estamos celebrando.

La señora **PRESIDENTA:** Para responder al señor Gutiérrez Molina, tiene la palabra el señor subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Puig de la Bellacasa y Aguirre): Señor Gutiérrez Molina, comparto al cien por cien el contenido de su intervención. Este es un colectivo clave en nuestro Sistema Nacional de Salud. Independientemente del trabajo asistencial diario, hay que dotarlo de unos mecanismos de formación continuada en los que la investigación tenga un papel clave.

En 1987, el Fondo de Investigación Sanitaria reconoció ya la capacidad investigadora de los profesionales de enfermería. Ahí se han enmarcado una serie de actuaciones que ha ido realizando el Ministerio de Sanidad y Consumo hasta hoy; entre otras, la estrategia de ámbito nacional para potenciar la investigación a partir de unos resultados de investigación del Consejo de Europa, de 1995. Se ha venido promoviendo la formación de los profesionales de enfermería en metodología de la investigación y potenciando los proyectos de investigación, cuestiones que se han concretado en la convocatoria del Boletín Oficial del Estado de 17 de junio pasado, que prioriza de forma expresa la investigación en enfermería.

Por otra parte, es interesante mencionar los programas formativos de las dos especialidades que existen hoy por hoy: matronas y salud mental. Contienen 90 horas de investigación de enfermería en el primer caso, y 270 en el segundo, el de salud mental. En cualquier caso, las perspectivas futuras son muy favorables; por el desarrollo que tendrán las especialidades por medio del nuevo decreto, que se aprobará antes de fin de año, y porque, como consecuencia de la integración del sistema universitario español en el espacio europeo de enseñanza superior —con la declaración de Bolonia—, la enfermería alcanzará un nivel de grado que dará lugar al título oficial de licenciado, lo que permitirá a su vez optar al nivel de postgrado —máster o doctorado— y a ser admitidos en el departamento de una institución universitaria.

Como digo, las perspectivas son muy positivas, y me congratulo por ello porque es algo fundamental para garantizar la formación continuada de este colectivo tan importante.

La señora **PRESIDENTA:** Para réplica, tiene de nuevo la palabra el señor Gutiérrez Molina.

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA:** Agradezco su respuesta, señor subsecretario, porque aclara mis dudas y me quita la preocupación que ya le dije que tenía al formular la pregunta.

Ciertamente, me congratulo si el ministerio está dispuesto de verdad —y no tengo por qué dudarlo, digo de verdad como recurso retórico— a hacer esta declaración de intenciones y a desarrollar el programa que ha esbozado aquí el señor subsecretario. Efectivamente, hay que tener en cuenta, además —y en esto he contado con la ayuda inestimable de los compañeros diputados que me acompañan—, que en el programa de estudios de las escuelas universitarias de enfermería existe una asignatura que se llama bioestadística e investigación operativa. Y hay que tener en cuenta igualmente todo lo que el señor subsecretario acaba de decir sobre la incorporación de España a la normativa europea de planes universitarios, que hará posible la cualificación de licenciado, así como la herramienta de trabajo que es la Ley de ordenación de profesiones sanitarias, que en la anterior legislatura sacó adelante el Gobierno del Partido Popular con gran consenso parlamentario.

Me congratulo, pues, por la declaración de intenciones del señor subsecretario, y espero que pronto podamos ver hecha realidad la declaración programática que ha disipado, de momento, mis dudas. Me alegro de que el señor subsecretario comparta el planteamiento que he tratado de hacerle ver esta mañana.

— **DEL SEÑOR GUTIÉRREZ MOLINA, DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO, SOBRE TANTO POR CIENTO DEL PRESUPUESTO DEL INSTITUTO CARLOS III QUE PIENSA RESERVAR EL GOBIERNO CON CARGO A LOS GASTOS INSTITUCIONALES DE LOS PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN PARA LA DOTACIÓN DE BIBLIOTECAS EN LOS HOSPITALES Y CENTROS DE INVESTIGACIÓN. (Número de expediente 181/000102.)**

— **DEL SEÑOR GUTIÉRREZ MOLINA, DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO, SOBRE PUESTA EN MARCHA DE PROYECTOS RELACIONADOS CON LA BIBLIOTECA VIRTUAL EN SALUD DEL INSTITUTO CARLOS III. (Número de expediente 181/000103.)**

La señora **PRESIDENTA:** Damos paso, a continuación, a las preguntas que figuran en el orden del día con los números 6 y 7, y que, según las observaciones que constan en dicho orden del día, formulará el señor

diputado de manera conjunta. Son las registradas en la Cámara como números 102 y 103.

El señor Gutiérrez Molina tiene de nuevo la palabra.

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA:** Por economía de tiempo, voy a ser lo más concreto que me sea posible tanto por la acumulación de las preguntas como por el organismo al que se refieren.

Sé, señor subsecretario, que el Instituto Carlos III depende, desde el punto de vista orgánico y funcional, de la ministra de Sanidad y Consumo. Esto no impide que el Instituto Carlos III sea para nosotros, como puede verse en trabajos parlamentarios de anteriores legislaturas en las que tuve el honor de participar, un organismo al que dispensamos un cariño especial, si se me permite la expresión. Consideramos que es un organismo que ha aportado mucho a la sanidad en general y al ministerio durante los últimos años, y que su labor investigadora y científica en general debe continuar, y debe plasmarse presupuestariamente. Se trata de un organismo que practica una gestión eficaz de la excelencia.

Mis preguntas, que tienen por objeto el tenor literal de las mismas, tienen como antecedente parlamentario una serie de 20 preguntas escritas que he hecho durante esta legislatura y que el Gobierno me las ha respondido. Son muchos los aspectos que tienen las preguntas, y no voy a abrumar a la Comisión ni al señor subsecretario con su enumeración. Sin embargo, hay aspectos fundamentales, como las redes de investigación que financia el Carlos III, los presupuestos previstos para este año, los presupuestos que tenía en 2004, la relación de becas o las prioridades de investigación del Instituto. Como mi grupo ha pedido la comparecencia del director general del Carlos III, tiempo tendremos para el necesario intercambio de pareceres cuando venga, tras la aprobación de la petición por la Mesa y Portavoces.

Centrándome en el aspecto fundamental de la cuestión, hay un aspecto muy importante del Instituto Carlos III, que es la difusión de su labor investigadora y la accesibilidad de la misma. Los que tenemos alguna experiencia en fondos sanitarios y en su mecanismo de actuación vemos que muchas veces hay que optimizar y aprovechar los recursos que actualmente se tienen y que antes no se tenían. A mí me parece que es bueno que en el debate a la totalidad de los Presupuestos Generales del Estado, que el Gobierno ha presentado hoy, y en las muchas enmiendas que seguramente se presentarán en el trámite parlamentario se vea la partida con cargo a los gastos institucionales que el Gobierno piensa reservar para proyectos de investigación y para la dotación de bibliotecas en los hospitales y en los centros de investigación, que fue paradigma definitorio de la creación del Instituto Carlos III. Creo que tenemos herramientas de trabajo, nuevas tecnologías de utilidad que no deben ser desaprovechadas quizá porque se consideren un objetivo secundario a la acción o a la misión del Instituto Carlos III. De ahí, señora

presidenta, el enunciado de las preguntas 6.<sup>a</sup> y 7.<sup>a</sup>, que doy por formuladas literalmente, porque son dos elementos fundamentales del Instituto Carlos III. Ya sé que el señor subsecretario puede hacer ahora una visión generalista —me conformaría con ello— y el director general del Instituto Carlos III, cuando comparezca ante esta Cámara —fíjese, señor subsecretario, lo que se le puede facilitar el camino—, podrá objetivar quizá con mayor precisión —permítame que me adelante a sus deseos— lo que usted pueda decir en la mañana de hoy.

La señora **PRESIDENTA:** Para dar respuesta a ambas preguntas, tiene la palabra el señor subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Puig de la Bellacasa y Aguirre): Señor diputado, no le quepa duda de que cuando esta Cámara lo decida el director del Instituto Carlos III gustosamente comparecerá para explicar todos los aspectos relacionados con el Instituto Carlos III, que estoy completamente de acuerdo con usted en que es un instrumento de enorme importancia para la investigación biomédica en España y que cada vez tiene que tener una mayor relevancia tanto a nivel nacional como internacional.

En relación con la primera pregunta, hay una Orden Ministerial de 15 de abril de 2004, en donde se establecen las bases de concesión de ayudas del programa de promoción de investigación biomédica por parte del Instituto Carlos III. En esas bases reguladoras se prevé que la cuantía de las ayudas concedidas en los proyectos de investigación se incrementan en un 15 por ciento como margen de contribución que se destinará a gastos de investigación y en un 3 por ciento se dedicará a fondos bibliográficos del mismo. Es decir, dentro de la dotación específica del Instituto Carlos III no existe una dotación para bibliotecas, pero vía esta orden ministerial se está intentado potenciar que en el conjunto de centros que son beneficiarios de estos programas haya una dotación para bibliotecas, que es un instrumento absolutamente esencial para los investigadores.

En cuanto a la segunda parte de la pregunta, la biblioteca virtual de salud, que está adscrita a la biblioteca nacional de ciencias de la salud del Instituto Carlos III, representa un instrumento muy importante para la difusión del conocimiento científico técnico en relación con las materias que trata el Instituto Carlos III, es decir, las ciencias de la salud de España, y no sólo de España sino de 14 países latinoamericanos que están incorporados a la misma. Le comentaré los proyectos más significativos puestos en marcha como, por ejemplo, el acceso que usted conoce muy bien a la revista *Evidence Based Medicine*. Desde el pasado 9 de septiembre la biblioteca virtual ofrece acceso a su texto completo en español; es el único sitio en la red que permite el acceso al texto completo. Hay un acceso también a la versión electrónica en español y portugués del índice

bibliográfico español de salud y seguridad en el trabajo, que posiblemente es la base más importante sobre estos temas a nivel mundial, sobre salud laboral y medicina del trabajo, recogiendo bibliografía internacional del boletín bibliográfico de la prevención de la Organización Internacional del Trabajo, que es la editora del índice y tiene los derechos sobre el mismo. Como usted sabe, se ha llegado a un acuerdo con la OIT, por el que nos ceden los derechos de traducción al español y al portugués para poder acceder de forma universal y gratuita a la base de datos en estas dos lenguas. Es el único sitio en la red al que se puede acceder en estas condiciones, porque a las versiones en francés y en inglés sólo se puede acceder mediante suscripción, con lo cual es un servicio muy importante el que está dando el Instituto Carlos III.

Por otro lado, hay un impulso a la accesibilidad a las publicaciones. Se ha incrementado la colección de publicaciones periódicas españolas y de Iberoamérica de la biblioteca virtual en salud durante el último año en seis revistas y casi mil artículos, y vamos a continuar con ese esfuerzo de incrementarla en los próximos meses con un gran número de revistas que están solicitando ser evaluadas e incluidas en este fondo. Se ha implantado también un módulo de bibliometría, que permite conocer el factor de impacto de las revistas incluidas, constituyendo en nuestra opinión una valiosa herramienta dentro de la comunidad científica y editorial, ya que permite conocer realmente cuáles son las revistas más utilizadas dentro de la colección y que difusión van a tener dentro del ámbito científico. La biblioteca virtual ha implantado un módulo que permite visualizar las revistas bilingües, lo que significa que se puede acceder al texto completo en todos los idiomas en los que se encuentra disponible esta versión. Yo destacaría también que desde esta biblioteca virtual en salud se puede acceder al texto completo de las publicaciones del Instituto Carlos III, que son en torno a unas 30 monografías, encontrándose dispuesto el sistema para aceptar todas las publicaciones que se consideren de interés por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Evidentemente estamos abiertos a cualquier iniciativa que pueda partir de esta Comisión. En la biblioteca virtual en salud España opera interconectada en red con el resto de bibliotecas virtuales de salud en Iberoamérica en 14 países (Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Honduras, México, República Dominicana, Trinidad-Tobago y Uruguay), con temáticas de adolescencia, salud en la adolescencia, ambiente, educación en ciencias de la salud, pediatría, psicología, salud pública, bioética, envejecimiento, equidad, desarrollo humano, salud perinatal. Realmente los contenidos son muy amplios y nuestra intención es continuar con este proyecto y, si cabe, potenciarlo aún más.

La señora **PRESIDENTA**: Señor diputado, si desea replicar.

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA**: Intervengo brevísimamente.

Quiero felicitarle por el reconocimiento implícito y explícito que el señor subsecretario ha hecho aquí del funcionamiento de esa área del Instituto Carlos III y su deseo de labor de continuidad de la misma. Para nosotros eso es un motivo de satisfacción, porque como aquí se ha dicho esta mañana cuando las cosas funcionan bien es bueno reconocerlas, máxime en un ámbito tan sensible como es el de la investigación y sobre todo el de dar a conocer la investigación, como mencionaba en mi anterior intervención.

— **DEL SEÑOR GUTIÉRREZ MOLINA, DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO, SOBRE LAS PREVISIONES ACERCA DE IMPULSAR LA INVESTIGACIÓN SOBRE MEDICAMENTOS. (Número de expediente 181/000107.)**

La señora **PRESIDENTA**: Pasamos a la pregunta numerada como 8.<sup>a</sup> en el orden del día y que en el registro de la Cámara aparece como número 107, formulada otra vez por el diputado señor Gutiérrez Molina.

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA**: Termino para tranquilidad de la Cámara con esta intervención.

Doy por formulada en su tenor literal la pregunta. No obstante, haré alguna matización. En materia de medicamento y en investigación, aparte de lo mucho que aquí se ha hablado esta mañana, se ha hecho un esfuerzo y ha habido un avance importante, porque con la consolidación de la prestación farmacéutica —y en esto ya sé que a lo mejor no coincido con S.S.—, con el plan integral de política farmacéutica, con la aprobación del nuevo sistema de los precios de referencia —no vamos a entrar ahora, porque no es el objeto de la cuestión, sobre si ha permitido bajar el precio de tantas o de cuantas especialidades o cuál ha sido la reducción de algunos medicamentos— lo cierto y verdad es que durante estas dos últimas legislaturas se ha buscado una solución eficaz, controlada, prudente y sobre todo en la línea de los países europeos a la investigación en general, basada principalmente en el aspecto que presentaba la cuestión. Por eso, señora presidenta, es un buen momento no para seguir ahondando en la pregunta, sino para escuchar qué previsiones tiene el Gobierno para impulsar la política sobre medicamentos, y ello por dos razones fundamentales —lo he dicho en una de mis intervenciones—: una concreta y otra más abstracta. Aparte de que nos encontramos en un momento fundamental de un nuevo ejercicio presupuestario y de que comienza un nuevo curso político y un nuevo período de sesiones, el cual no solamente viene marcado por la actividad de este Parlamento, de esta casa, sino también indefectiblemente por la acción del ministerio, es un buen momento, con independencia de la declaración

de intenciones del señor subsecretario (hemos tomado buena nota de los aspectos generales). Aún a tenor de parecer reiterativo y de parecer que no he comprendido bien la intervención del subsecretario (no ha sido así, porque se ha explicado con claridad y la he entendido perfectamente, independientemente de que no ha descendido excesivamente a datos concretos), la pregunta me parece pertinente, no porque la haya hecho yo, sino por las circunstancias que concurren: inicio de legislatura, nuevos presupuestos y nuevo curso político. De ahí que haya formulado con suficiente claridad según se ve en la exposición de motivos la pregunta de las previsiones acerca de impulsar la investigación sobre política de medicamentos.

La señora **PRESIDENTA**: Para responder tiene nuevamente la palabra el señor subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Puig de la Bellacasa Aguirre): Señor Gutiérrez Molina, sabe usted que la investigación sobre medicamentos es una de las prioridades del Plan de investigación I+D+I 2004-2007 en el área de biomedicina. Las líneas de investigación se van a agrupar en tres subprograma: la primera, la investigación básica (mecanismos de enfermedad, nuevas estrategias y modelos terapéuticos); la segunda, la investigación clínica (enfermedades, ensayos clínicos, epidemiología, salud pública y servicios de salud) y, la tercera, la investigación farmacéutica (descubrimiento, desarrollo y evaluación de medicamentos). Estos subprogramas van a ir definiendo sus prioridades en relación con los problemas de salud con una elevada carga de enfermedad, como puede ser el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades del sistema nervioso central, las enfermedades mentales, las enfermedades infecciosas, el sida, las enfermedades genéticas, modelos de enfermedad y terapia y otras enfermedades crónicas. En todos se van a abordar aspectos horizontales relacionados con la investigación farmacéutica, con la salud pública y con la investigación en servicios de salud y todos van a ser definidos como acciones prioritarias en relación con la investigación sobre medicamentos. Por tanto, va a ser uno de los ejes básicos del Plan 2004-2007. Los ministerios gestores del área de biomedicina, como usted sabe, son el Ministerio de Educación y Ciencia y el Ministerio de Sanidad y Consumo, habiéndose publicado por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo el pasado día 17 de junio en el «Boletín Oficial del Estado» la convocatoria de ayudas del programa de investigación biomédica y ciencias de la salud para la realización de proyectos de investigación en el marco del Plan nacional durante el año 2004. En cualquier caso, la prioridad que se ha dado a estos proyectos sin duda servirá para impulsar la investigación sobre medicamentos, que va a ser una de las prioridades de la investigación, tal y como destacará

el director del Instituto Carlos III cuando comparezca en esta Cámara.

La señora **PRESIDENTA**: Para réplica tiene la palabra el señor Gutiérrez Molina.

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA**: Señora presidenta, sencillamente guardaría la réplica para cuando venga el director general del Instituto Carlos III. Sí desearía hacerle más que un ruego una petición: desde nuestro punto de vista es fundamental la coordinación y necesario, si se me permite la expresión, el trabajo en red de los ministerios implicados, con objeto de que no se produzca una especie de separación en cuanto a objetivos y a expresiones presupuestarias, que muchas veces entran en contradicción en sus propios términos. Las órdenes que salen dictadas, siempre cargadas de muy buena fe, muy bien estudiadas, de los distintos ministerios llegan luego a escasos resultados. Yo estoy convencido de que no va a ser así y de que es muy importante escuchar al director general del Instituto Carlos III. Mi intervención en este momento sería al menos consumir el tiempo, que no es tampoco mi propósito. Por lo tanto, con efecto demorado, si se me permite la expresión, tomo nota de la contestación del señor subsecretario y me reservo la réplica, que haré constar en la intervención cuando venga el director general del Instituto Carlos III.

La señora **PRESIDENTA**: No sé si es reglamentario, pero lo anotaré en mi memoria como deuda para cuando comparezca el señor director general.

— **DEL SEÑOR VAÑÓ FERRE, DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO, SOBRE PREVISIONES ACERCA DE LA IMPLANTACIÓN DE LA TARJETA DE CRÓNICOS POR PATOLOGÍAS. (Número de expediente 181/000110.)**

La señora **PRESIDENTA**: Pasamos a la pregunta que aparece en el orden del día como número 9.<sup>a</sup>, que tiene el número de expediente 110 en la Cámara, formulada por el señor diputado don Francisco Vañó.

El señor **VAÑÓ FERRE**: Insisto en darle la bienvenida y en agradecer su presencia en la Comisión, señor subsecretario.

Sabe que hay ciertos colectivos de pacientes que por las características de su patología irreversible requieren de una dispensación constante y regular de medicamentos, de material ortoprotésico, de incontinencia, etcétera. Para que haya un criterio homogéneo de dispensación del mismo tipo de producto al que están habituados a utilizar, tanto a nivel territorial como a nivel estatal, en evitación del peregrinaje del médico de cabecera al especialista, etcétera, la pregunta es si

para estos pacientes crónicos tiene previsto el ministerio establecer algún tipo de tarjeta específica; para los enfermos crónicos, diabéticos, con lesiones medulares, hipoacúsicos, de espina bífida, etcétera, que necesitan con regularidad y constancia un tipo de medicación o material. ¿Tiene prevista, insisto, una tarjeta de crónicos y si la tiene para cuándo?

La señora **PRESIDENTA**: Tiene la palabra el señor subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Puig de la Bellacasa Aguirre): Yo comparto la preocupación del señor diputado Vañó. Ya sabe que existen esas tarjetas para tratamientos prolongados, que son utilizadas en el ámbito de la atención primaria, pero que no tienen la consideración de documentos válidos fuera de este marco. Este tema está muy relacionado con algo de lo que hemos hablado previamente, como es la receta electrónica y la tarjeta sanitaria. El desarrollo de un sistema de receta electrónica debe ir indisolublemente ligado al proyecto de tarjeta sanitaria, al que están incorporadas 10 comunidades autónomas hoy por hoy. Aunque no está previsto que la tarjeta almacene información de carácter clínico, la tarjeta sanitaria constituye la llave para acceder a la información clínica del paciente. Este es un proyecto diseñado para contemplar a todos los pacientes, incluidos los que sufren patologías crónicas, y los que no, por lo que la tarjeta sanitaria posibilitaría el acceso a la información de este tipo de pacientes, sin crear una tarjeta específica. Nuestro reto es que esos proyectos de receta electrónica y de tarjeta sanitaria permitan una mejor atención a pacientes que requieren tratamientos de larga duración para patologías crónicas, mejorando la calidad de la prestación y evitando, tal y como usted planteaba y yo lo reconozco, los trámites que sean innecesarios a la luz de las posibilidades tecnológicas que ofrezca la receta electrónica. Esta es nuestra línea de trabajo que con el conjunto de comunidades autónomas estamos abordando en el marco de la tarjeta sanitaria y la receta electrónica para resolver un problema de tanta relevancia social como éste.

La señora **PRESIDENTA**: Gracias, señor subsecretario.

Para réplica, tiene la palabra el señor Vañó.

El señor **VAÑÓ FERRE**: Efectivamente, quizás tenga algo que ver la receta electrónica o la tarjeta electrónica del paciente. Creo recoger el sentir del sector. Esto simplificaría la mecánica administrativa y establecería sobre todo criterios homogéneos de dispensación cuando uno sale de su ambiente. Además, tiene algún otro factor a favor, como evitar la acumulación de producto, porque uno no sabe si le van a poder dispensar el mismo tipo de producto; incluso podría establecerse un control. De su respuesta deduzco que esa tarjeta

sanitaria, común para todos, en el caso específico de estas patologías crónicas que necesitan utilizar constantemente algún producto o material ortoprotésico o medicación, puede contemplar que la dispensación sea ágil, fácil y dé respuesta a las características que usted decía.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Desea replicar?

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Puig de la Bellacasa y Aguirre): Simplemente quiero decirle que comparto su preocupación y que estamos en ese mismo objetivo.

— **DE LA SEÑORA SALAZAR BELLO, DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA DEL CONGRESO, SOBRE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS QUE VAN A APLICAR EL ESTATUTO MARCO DEL PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD, EN LO QUE SE REFIERE A LA ANTICIPACIÓN DE LA JUBILACIÓN, Y FACULTATIVOS AFECTADOS POR LA APLICACIÓN DE ESTA NORMA. (Número de expediente 181/000184.)**

La señora **PRESIDENTA**: Pasamos a la última pregunta de las que figuran en el orden del día, que es la numerada como 10.<sup>a</sup> y que está registrada con el número de expediente 184 en la Cámara. Es formulada por la señora diputada María Isabel Salazar Bello.

Tiene la palabra.

La señora **SALAZAR BELLO**: Señor subsecretario, imagino que se da cuenta de que esa pregunta es sumamente importante para todo el personal estatutario, porque en su primera intervención, en la que usted hizo la exposición del programa de su gabinete, decía que era el 40 por ciento del presupuesto del Sistema Nacional de Salud y que representaba el 4 por ciento de los activos en el Estado español. Es una pregunta sumamente importante, porque según se vaya a desarrollar el estatuto marco, serán importantes tres puntos fundamentales: la promoción de empleo, la carrera profesional y la promoción interna. Es una pregunta que se entiende fácilmente, lo que pasa es que dentro de las disposiciones finales hay una normativa que dice que las comunidades autónomas tendrán la capacidad de aplicarla en el momento que quieran. Hemos escuchado decir a los profesionales estatutarios que hay distintas comunidades que la van a aplicar, unas dicen que se renovarían unos 400 trabajadores dentro del sistema sanitario de su comunidad autónoma y otras no sabemos lo que están pensando ni lo que van a hacer. Me he alegrado muchísimo al escuchar que dentro de la comisión de recursos humanos ya habían empezado a tramitar la homologación, los estudios y los criterios

que han de aplicarse en el seguimiento de la creación de estas nuevas plazas, de las jubilaciones y de la promoción interna.

La pregunta es sencilla, es muy concreta. La hice sobre facultativos, pero, si usted es tan amable, podría contestarme sobre todos los tres tipos de trabajadores que recogía el antiguo Estatuto de los Trabajadores: los facultativos, el personal sanitario y el personal no sanitario. Imagino que solamente tendrá los datos de las comunidades autónomas en cuanto a los facultativos, pero, si fuera tan amable, desde el Ministerio de Sanidad nos podrían enviar la información sobre el resto. La pregunta que hace esta diputada es: ¿Cuáles son las comunidades autónomas que van a aplicar el Estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud en lo que se refiere a anticipación de la jubilación? Como usted sabe muy bien, antiguamente era forzosa a los 70 años, ahora es a los 65 años, pero tiene unas disposiciones diferentes en las que se da al trabajador la capacidad de continuar trabajando. Si eso es así, si no se aplica la norma por igual, con coherencia y totalmente coordinada entre las autonomías, algunas comunidades autónomas se verán mermadas en los tres puntos que yo decía: carrera profesional, promoción interna y creación de empleo.

La señora **PRESIDENTA**: Tiene la palabra el señor subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Puig de la Bellacasa y Aguirre): Señora diputada, comparto completamente su preocupación. Esta es la labor de coordinación que tenemos que desarrollar desde el Ministerio de Sanidad y desde las comisiones técnicas que se están reuniendo, justamente para dar una resolución a este tema de una forma coherente y homogénea en todo el territorio nacional. Hay que tener en cuenta que la entrada en vigor del estatuto marco se produjo hace escasamente 9 meses, por tanto, algunas comunidades han establecido de manera urgente procedimientos provisionales basados fundamentalmente en los procedimientos aplicables a supuestos similares en la Función pública para los afectados, especialmente para los que ya habían cumplido los 65 años en el momento de la entrada en vigor del estatuto marco. Por tanto, no se están aplicando estos supuestos de prórroga de una manera simultánea en todas las comunidades autónomas, ni de una manera homogénea. Esta preocupación sobre este tema se puso de relieve en la reunión que tuvo la comisión técnica de personal de los servicios de salud, que depende de la comisión de recursos humanos, que se celebró el primero de julio pasado, en donde los representantes

de las distintas comunidades autónomas expusieron la situación en que se encuentra la elaboración de la normativa, en el caso de que la haya (hay algunas todavía que no han empezado con la elaboración de la normativa), o de instrucciones correspondientes a los diferentes servicios de salud. Será en el marco de esta comisión, que está reuniéndose permanentemente a lo largo de este trimestre, en el que las comunidades autónomas aportarán los datos numéricos relativos al conjunto de facultativos afectados por la nueva edad de jubilación forzosa y se intentará tomar una solución que sea homogénea en todo el territorio nacional.

La señora **PRESIDENTA**: Señora diputada, ¿desea replicar?

La señora **SALAZAR BELLO**: Más que una réplica quisiera añadir una preocupación de la comunidad autónoma a la cual pertenezco. Yo soy de la Comunidad Autónoma de Galicia; a eso hay que añadir que la situación de nuestra gestión es totalmente diversa. En este momento casi el 17 ó 18 por ciento de nuestro presupuesto se destina a externalización de los servicios públicos. Esa es una preocupación añadida a una nueva Ley General de Sanidad que hizo el Gobierno gallego, del Partido Popular, integrando en la Ley General de Sanidad para Galicia todo el sistema sanitario privado. Encontramos todavía más difícil de entender, cómo se va a poder llegar a una situación de ese tipo cuando no se cumple la Ley de Administraciones Públicas, se comparte medicina privada y medicina pública y no se hace ninguna gestión más. Es un poco difícil saber en la Comunidad Autónoma gallega cuál es el posicionamiento que en ese momento se tiene. Sabemos que se estaba sancionando al personal, pero en este caso es el de enfermería más que el propio personal sanitario o de otro tipo. Nos preocupa saber cuál va a ser el futuro de nuestra comunidad en cuanto a si se va a crear realmente empleo o a si se va a seguir jugando a las dos partes.

La señora **PRESIDENTA**: ¿Desea contestar el señor subsecretario?

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Puig de la Bellacasa Aguirre): No.

La señora **PRESIDENTA**: Concluido el orden del día, despido en nombre de la Comisión al señor subsecretario, agradeciéndole su presencia esta mañana en la Cámara, de la misma manera que despido a todos ustedes, ellos y ellas. Declaro levantada la sesión.

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

Edita: **Congreso de los Diputados**

Calle Floridablanca, s/n. 28071 Madrid

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

Imprime y distribuye: **Imprenta Nacional BOE**

Avenida de Manoteras, 54. 28050 Madrid

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



Depósito legal: **M. 12.580 - 1961**