



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2007

VIII Legislatura

Núm. 820

SANIDAD Y CONSUMO

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

Sesión núm. 40

celebrada el miércoles, 25 de abril de 2007

Página

ORDEN DEL DÍA:

Comparecencia del señor secretario general de Sanidad (Martínez Olmos) para informar sobre:

- | | |
|---|----|
| — Los resultados del barómetro sanitario 2006. A petición del Gobierno. (Número de expediente 212/001561.) | 2 |
| — Si se contemplan por parte del Ministerio las fórmulas de integración y carrera profesional del personal que presta sus servicios en el hospital militar de Melilla al Ingesa, con motivo de la construcción de nuevo hospital de Melilla en terrenos del Ministerio de Defensa. A solicitud del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 212/001550.) | 16 |

Preguntas:

Del señor Gutiérrez Molina (Grupo Parlamentario Popular en el Congreso), sobre:

- | | |
|--|----|
| — Sistema previsto de coordinación de la sanidad exterior. (Número de expediente 181/000100.) .. | 16 |
| — Previsiones acerca de dotar a Melilla de un plan de salud. (Número de expediente 181/000946.) | 16 |
| — Previsión de aumento de la plantilla del área de urgencias del hospital comarcal de Melilla, habida cuenta de la presión asistencial. (Número de expediente 181/002389.) | 16 |
| — De la señora Velasco Morillo (Grupo Parlamentario Popular en el Congreso), sobre situación del anteproyecto de ley de baremación de daños médicos. (Número de expediente 181/001018.) | 24 |
| — De la señora Salazar Bello (Grupo Parlamentario Socialista del Congreso), sobre criterios aplicados por las comunidades autónomas y el Ministerio de Sanidad y Consumo sobre la vacunación de neumococo, a excepción de la de Madrid. (Número de expediente 181/002915.) | 25 |

Se abre la sesión a las diez de la mañana.

COMPARECENCIA DEL SEÑOR SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD (MARTÍNEZ OLMOS) PARA INFORMAR SOBRE:

- **LOS RESULTADOS DEL BARÓMETRO SANITARIO 2006. A PETICIÓN DEL GOBIERNO. (Número de expediente 212/001561.)**

La señora **PRESIDENTA:** Señoras y señores diputados, damos comienzo a la sesión del día de hoy, la número 40 de las celebradas por esta Comisión en esta legislatura, y, como ustedes conocen, el orden del día de hoy es de control al Gobierno: comparecencias y contestación a preguntas por el secretario general de Sanidad, señor Martínez Olmos. Las comparecencias son dos: una, solicitada por el propio Gobierno y otra, a instancias del Grupo Parlamentario Popular. Para exponer lo que considere necesario en relación con la primera de ellas, referida al barómetro sanitario del año 2006, tiene la palabra el señor secretario general.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Martínez Olmos): Señoras y señores diputados, el Gobierno ha solicitado esta comparecencia para presentar los principales resultados del barómetro sanitario de 2006. Para mí es un placer y un honor estar aquí esta mañana con este motivo. Se trata de un estudio de opinión que ya es tradicional desde que en 1993 fuera puesto en marcha por el Ministerio de Sanidad y Consumo en colaboración con el Centro de Investigaciones Sociológicas. Como saben, su interés fundamental reside en que nos permite enfocar el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud desde la perspectiva de los

ciudadanos. Entendemos que ello contribuye a que los ciudadanos se sitúen en el centro de la reflexión y, en consecuencia, de las prioridades de las administraciones sanitarias a la hora de diseñar políticas de salud.

Con el barómetro sanitario el Ministerio de Sanidad y Consumo pretende alcanzar cuatro grandes objetivos: el primero sería conocer la percepción que los ciudadanos tienen acerca del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos; el segundo de los objetivos sería conocer la penetración real de las estrategias informativas que tienen las autoridades de salud; en tercer lugar, conocer la opinión de los ciudadanos sobre determinadas medidas de política sanitaria que se hayan desarrollado; y en cuarto lugar, y finalmente, obtener información sobre el grado de conocimiento o sobre las actitudes de los ciudadanos hacia problemas de salud o actuaciones específicas del sistema. Como ustedes saben, el barómetro es una encuesta que se dirige a población general mayor de 18 años mediante un cuestionario que se cumplimenta de manera personalizada en el domicilio del encuestado elegido aleatoriamente. De este modo, podemos conocer la opinión de todos los ciudadanos sobre los servicios sanitarios públicos, independientemente de que estos los hayan utilizado o no. El barómetro sanitario contiene una parte fija sobre el funcionamiento del sistema que se repite todos los años y una parte variable cuyo objetivo es explorar situaciones de interés más coyuntural o de más actualidad.

En cuanto a la valoración global, dentro de la parte fija, que es la que permite analizar tendencias, el barómetro sanitario de 2006 arroja una valoración global positiva por parte de los ciudadanos en relación con el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Así, cerca del 70 por ciento de los encuestados piensa que funciona bien o que solamente necesita algunos cambios.

Si analizamos los últimos cinco años, esta valoración muestra una tendencia lenta pero constante de mejora de la opinión pública. Respecto al año 2005, este porcentaje se incrementa en un dos por ciento. Un 25 por ciento de los encuestados opina que el sistema necesita cambios importantes; es un porcentaje apreciable, pero ha disminuido en más de dos puntos respecto al barómetro del año 2004. Del mismo modo, en el último año ha disminuido en casi un punto el porcentaje de quienes opinan que sería necesario rehacerlo totalmente, estando situado, en este último barómetro, en un 4,4 por ciento. Las mujeres se muestran algo más críticas que los hombres; el 71 por ciento de los hombres piensa que funciona bien o necesita algunos cambios frente al 68 por ciento de las mujeres que tienen esta misma opinión. Del mismo modo, el 26 por ciento de las mujeres piensa que el sistema sanitario necesita cambios fundamentales, siendo este un porcentaje superior al de los varones en dos puntos. La satisfacción general con el sistema sanitario, valorada en una escala de 1 a 10, se sitúa en 6,2, mostrando también una ligera tendencia de mejora respecto a años anteriores. Les recuerdo que en 2002 fue 5,9; en 2003, 6; en 2004 y 2005, 6,1. Entre las mujeres y los hombres no aparecen diferencias relevantes en esta valoración.

Los entrevistados manifiestan que, en el caso de poder elegir libremente cuando tuvieran que utilizar un servicio sanitario, se inclinarían en mayor proporción por un servicio público. Así, cerca del 60 por ciento prefieren la atención primaria o el hospital público frente a los privados, que sería la opción mejor para alrededor del 33 por ciento. En el caso de las consultas con los especialistas, los entrevistados se decantan casi a partes iguales entre el público y el privado, 46,2 y 45,6 respectivamente. En el caso de las urgencias, la opción preferida es el sector público para el 62 por ciento de los entrevistados. La evolución de esta pregunta en la serie temporal, si bien es todavía corta —son tres años los que se vienen estudiando estas variables—, mantiene la preferencia mayoritaria hacia el sector público, si bien muestra una tendencia a favor de aumentar progresivamente la elección de la provisión privada de servicios. Las principales causas que parecen influir en la elección de servicios son bien distintas. El sector público se prefiere, a juicio de las personas entrevistadas, porque la tecnología y los medios disponibles así como la capacitación de los médicos y enfermeras son mejores que en el sector privado. La elección de un centro privado, en opinión de los entrevistados, aparece más relacionada con factores de rapidez, confort y trato personal. De este modo, el 62 por ciento elegiría la sanidad pública porque opina que la tecnología es mejor, frente al 23,6 por ciento que elegiría por este motivo la sanidad privada. Un 50 por ciento de los entrevistados manifiesta que la capacitación de los profesionales le haría elegir la sanidad pública; cerca del 30 por ciento manifiesta que elegiría cualquiera de los dos sectores si su decisión se basase en la capacitación de los médicos y enfermeras; y el 20 por ciento

elegiría la provisión privada por este motivo. La rapidez con que son atendidos, para el 70 por ciento de los entrevistados, y el confort de las instalaciones, para el 63,6 por ciento de los entrevistados, constituyen el mayor atractivo para quienes elegirían el sector privado, seguido del trato personal, que así lo valora el 47,9 por ciento de los entrevistados.

Otro de los aspectos que explora el barómetro tiene que ver con la atención primaria, la atención especializada ambulatoria y la hospitalización. El 48,3 por ciento de los encuestados opina que la atención primaria ha mejorado respecto a los últimos cinco años, el 39,7 por ciento piensa que sigue igual y un 5,2 por ciento opina que habría empeorado. Respecto a las consultas de atención especializada, el 40,6 por ciento piensa que se ha mejorado, el 41,4 por ciento opina que sigue igual y el 6,5 por ciento percibe que se ha empeorado. En relación con la atención hospitalaria, el 43,2 por ciento piensa que ha mejorado; el 39,1 por ciento, que sigue igual y el 5,3 por ciento, que ha empeorado. La tendencia observada en las últimas cinco ediciones del barómetro es un ligero desplazamiento de la respuesta, en torno a tres puntos, desde la percepción de mejora en todos los servicios a la opinión de que todo sigue igual.

También el barómetro explora aspectos relativos a la utilización de los servicios sanitarios. Los datos de utilización de servicios en atención primaria, especializada, hospitalización y urgencias se mantienen con ligeras fluctuaciones en la tónica de los últimos años. Así, el barómetro 2006 nos dice que el 71,2 por ciento de los encuestados ha acudido a su médico de atención primaria en los últimos 12 meses. La media de veces que declaran haber acudido a consulta médica —no a trámites o acompañando a otra persona— en la sanidad pública es de 4,4 veces al año. El porcentaje de mujeres que declara haber acudido a la consulta de atención primaria, 76,3 por ciento, es diez puntos superior al de los hombres, que está en el 66 por ciento. Las mujeres manifiestan haber acudido 4,9 veces al año y los hombres 3,9 veces al año. Del mismo modo, el 44,1 por ciento de los encuestados manifiesta haber acudido a una consulta con el médico especialista una media de dos veces al año en lo que se refiere a la sanidad pública. La mitad de las mujeres habrían acudido al especialista en el último año, mientras que los hombres habrían acudido en un 38,1 por ciento. Las mujeres manifiestan haber acudido 2,1 veces al año, frente a 1,9 veces que declaran los hombres. En relación con la utilización de hospital público, un 9,5 por ciento de los encuestados ingresó en un hospital público en los 12 meses anteriores. Un 10,5 por ciento de las mujeres afirman haber estado ingresadas frente al 8,5 por ciento de los hombres. Las veces que cada persona manifestó haber estado ingresada se sitúa en 1,1 al año, sin diferencias relevantes por sexo. El 29,1 por ciento de los entrevistados había utilizado un servicio de urgencias; el 30,9 por ciento de las mujeres y el 27,3 por ciento de los hombres. La frecuentación declarada se

sitúa en 1,8 veces en el último año, igualmente sin diferencias apreciables entre sexos.

En relación con la valoración de la atención sanitaria, el barómetro arroja la información de que la mayoría de las dimensiones estudiadas sobre el sistema sanitario muestra una valoración por encima de seis puntos en una escala de 0 a 10, con algunas excepciones que veremos a continuación. La tendencia en los últimos cinco años señala un ligero incremento en la puntuación de todas ellas. En atención primaria, el 84 por ciento de los usuarios de este servicio considera que ha recibido una atención buena o muy buena, y quienes piensan que han recibido una atención mala o muy mala no llegan al 3 por ciento de los entrevistados. Así, los aspectos mejor valorados, en la escala de 1 a 10 como antes decía, son los siguientes: la cercanía de los centros recibe una valoración de 7,7; la confianza y seguridad que transmite el médico de atención primaria recibe también una valoración alta, 7,4; el trato recibido por el personal sanitario, 7,4. El tiempo dedicado por los médicos merece una puntuación de 6,5 sobre 10, puntuación similar a la alcanzada por el proceso de citación para ser atendidos. El aspecto que merece una valoración menos positiva es el tiempo que transcurre en la sala de espera hasta entrar en la consulta, que recibe una valoración de 5,6. En relación con la atención especializada ambulatoria, el 81,6 por ciento de quienes utilizaron las consultas especializadas declara que recibieron una atención buena o muy buena. Los aspectos mejor valorados dentro de este servicio son: el número de especialidades a las que se tiene acceso, que tiene una valoración de 7,3; el equipamiento y los medios tecnológicos disponibles, que reciben una valoración de 7,2; y el trato recibido del personal sanitario, que recibe una valoración de 7,1. Los aspectos peor valorados en la atención especializada ambulatoria son el tiempo de demora desde que se pide cita hasta que se efectúa la consulta, que obtiene una puntuación de 4,7, y el tiempo que se tarda con las pruebas diagnósticas, que recibe idéntica puntuación. Por su parte, la facilidad para obtener cita y el tiempo que transcurre en la sala de espera hasta que se accede a la consulta tienen una valoración de 5,3 en cada uno de los ítems. Respecto al aspecto peor valorado, que es la demora para acceder a las consultas, el 36,2 por ciento de la población manifiesta que tuvo que esperar menos de un mes desde que pidió la cita hasta que se le realizó la consulta. Este es un porcentaje superior al del año 2005, lo que podría ser un síntoma de mejora de las esperas para consulta, si bien un 23 por ciento dice que tuvo que esperar más de tres meses, porcentaje similar todavía al de 2005. En relación con listas de espera, precisamente la mayoría, el 51,2 por ciento de las personas entrevistadas, considera, al igual que en el año 2005, que la situación de las listas de espera no ha cambiado, tanto para consultas como para hospitalización. Sin embargo, aumenta en casi tres puntos la proporción de los que creen que las autoridades sanitarias en su conjunto están llevando a cabo acciones de mejora

en este ámbito. Hemos pasado, en este sentido, del 45,7 por ciento que en 2005 pensaba esto al 48,5 por ciento que en 2006 lo manifiesta. En relación a la hospitalización, la gran mayoría de los encuestados que utilizaron este servicio, el 83,5 por ciento de ellos, afirma que recibió una atención buena o muy buena, porcentaje que ha fluctuado en la serie disponible de los últimos cuatro años entre el 81 y el 88 por ciento. Casi tres cuartas partes fueron informadas del tiempo que tardaría en producirse el ingreso para una intervención quirúrgica. En este caso, en el año 2006 el 76,4 por ciento manifiesta que fueron informados, frente al 72 por ciento que lo manifestaron en 2005, y el 73,4 por ciento afirma que tuvo asignado un médico de referencia durante el tiempo que estuvo ingresado.

Entre los aspectos valorados, los mejor puntuados serían: el equipamiento y los medios tecnológicos que existen en los hospitales, que tiene la puntuación de 7,7; los cuidados y la atención del personal médico y de enfermería, que tiene una puntuación en el caso de los médicos de 7,2 y de 7,3 en el caso de enfermería; y la información recibida sobre su problema de salud durante la hospitalización, que obtiene una puntuación de 7,1. Los aspectos peor puntuados son el tiempo de demora para el ingreso urgente, 4,5, y el número de personas con las que se ha de compartir la habitación, que tiene una valoración de 5,4.

En relación con las urgencias, del 29,1 por ciento de entrevistados que afirman haber acudido a las urgencias en este año, la tercera parte resolvió su problema acudiendo únicamente a un servicio de urgencia del ámbito de la atención primaria de salud. Sin embargo, la opción por la puerta de urgencias de un hospital público sigue siendo mayoritaria, el 53,4 por ciento. En las tres cuartas partes de las ocasiones, la utilización de la urgencia hospitalaria como primer recurso es por decisión directa del propio ciudadano. Las principales razones para ello señalan la no coincidencia con el horario del médico de familia cuando se produjo la urgencia para casi el 40 por ciento los entrevistados, seguido de la existencia de mejores medios en los hospitales en opinión del 37 por ciento de los entrevistados. La mayoría, el 66 por ciento, afirma que en la última urgencia, tanto en atención primaria como en el hospital, fue atendido con mucha o bastante rapidez y el 77 por ciento manifiesta que fueron muy bien o bastante bien atendidos. Esta opinión se mantiene estable en la serie temporal disponible.

También el barómetro sanitario explora información institucional desde la perspectiva de los ciudadanos. Este es un aspecto que no está tan bien valorado como el resto de las dimensiones de atención sanitaria que explora el barómetro, aunque alcanza la puntuación de 5 sobre 10 en tres de los cinco ámbitos valorados, uno más que lo que sucedió en el año 2005. Así, en 2006 la información que da la Administración sobre los servicios que presta recupera el aprobado tras cuatro años en los que se había situado por debajo de 5 puntos. La información emitida a través de campañas sobre los principales problemas de

salud es la mejor valorada de este ámbito de estudio, obteniendo 5,6 puntos, una décima más que en 2005. La información disponible sobre los trámites que hay que desarrollar para acceder a los servicios sanitarios obtiene 5 puntos, al igual que en el año 2005. Y, sin embargo, lo que corresponde a las medidas y leyes adoptadas por las autoridades sanitarias, que obtiene 4,5, y la relativa a derechos y vías de reclamación de los usuarios, que obtiene 4,3, son las dos dimensiones que no alcanzan el aprobado, aunque se aprecia una ligera tendencia a la mejora ya que en 2002 se situaban en 3,9 puntos.

El barómetro sanitario también explora la percepción que tienen los ciudadanos sobre aspectos relativos a la equidad del Sistema Nacional de Salud. Al tratar de conocer la percepción que los ciudadanos tienen sobre si la sanidad pública presta los mismos servicios a todos los ciudadanos con independencia de una serie de factores, la condición de ser hombre o mujer no es valorada como objeto de discriminación por casi el 88 por ciento de los encuestados. La situación de residencia legal o no como uno de los elementos que podría ser causante de problemas de equidad en el Sistema Nacional de Salud ofrece una visión diferente; casi una cuarta parte de los encuestados no tiene una opinión formada al respecto, el 55 por ciento opina que no hay trato desigual y el 20 por ciento piensa lo contrario. El hecho de que una persona sea española o extranjera no es motivo de discriminación para un 66 por ciento de los entrevistados. Por otra parte, ser una persona anciana o joven con un nivel social económico alto o bajo tampoco es identificado como elemento de trato desigual para una amplia mayoría de las personas entrevistadas, 71 por ciento en el caso de la edad o 68 por ciento en el caso de la condición social y económica. Respecto a la influencia de la comunidad autónoma donde se reside, el 46,6 por ciento de los ciudadanos piensa que se prestan los mismos servicios en todas las comunidades autónomas, un 30 por ciento opina lo contrario y un 22,9 por ciento no tiene opinión. El lugar de residencia, zona rural o zona urbana, es la situación que provoca una mayor apreciación de desigualdad; solo el 42 por ciento de los entrevistados opina que se prestan los mismos servicios en ambos medios. Respecto a las desigualdades por razón de género, además de lo señalado anteriormente se explora la percepción sobre el nivel de salud que tienen los hombres y las mujeres. Se observa que la mayoría, el 43,5 por ciento de los entrevistados, opina que mujeres y hombres tienen la misma salud. La siguiente opinión más extendida es que las mujeres tienen mejor salud que los hombres, esto es lo que opina el 36 por ciento de los entrevistados, y un 9,4 por ciento opina que las mujeres tienen peor salud que los hombres. Esta última respuesta se distribuye de diferente manera según el sexo de la persona entrevistada; el 12 por ciento de las mujeres tiene esta opinión frente al 6,9 por ciento de los hombres. Las personas que se posicionan en esta respuesta lo atribuyen a causas diferentes según sean mujeres u hombres, y aquí lo más llamativo es que mientras que para

las mujeres las cargas de trabajo son lo más importante y la falta de tiempo para preocuparse por su salud tiene bastante peso, los hombres sin embargo valoran escasamente esta última respuesta y atribuyen esencialmente la diferencia de salud a que el organismo de la mujer sería más frágil.

También el barómetro sanitario explora la percepción que tienen los ciudadanos sobre la descentralización sanitaria. Respecto a que los servicios sanitarios se gestionen por las comunidades autónomas o por el Estado, la cuarta parte de los encuestados no tiene una opinión formada. El 36,3 por ciento opina que el ciudadano recibe el mismo servicio gestione quien gestione la sanidad, un 33,3 por ciento opina que los servicios han mejorado al ser gestionados por la comunidad autónoma y un 6,8 por ciento piensa que han empeorado. Eso supone una mejora de la percepción de la gestión por las comunidades autónomas respecto al año 2005, que recuerdo que estaba en el 29,9 por ciento, si bien todavía no se aprecia una tendencia concreta en la serie disponible. La percepción de los servicios sanitarios públicos que se reciben en la comunidad de residencia frente a los de las demás da como respuesta más frecuente el no tener una opinión formada al respecto. El 36,7 por ciento no tiene opinión sobre si en su comunidad se reciben servicios públicos diferentes a los de las demás, aunque más de un tercio considera que son iguales y el 16 por ciento considera que son mejores que en el resto de las comunidades autónomas. Por otra parte, la gran mayoría de encuestados, el 84 por ciento, se decanta por la necesidad de que las comunidades autónomas se coordinen a la hora de ofertar nuevos servicios a los ciudadanos, opinión que se consolida sistemáticamente al alza en la serie desde que en el año 2003 se exploró por vez primera y se obtuvo ya entonces un 75 por ciento de acuerdo.

Señorías, también el barómetro del año 2006 incorpora una valoración sobre la Ley de Prevención del Tabaquismo. Existe una división de opiniones acerca de si los fumadores españoles respetan la Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo, de modo que el 46 por ciento de los encuestados opina que se respeta mucho o bastante y el 47,9 por ciento opina que se respeta poco o nada. Asturias con el 58 por ciento, La Rioja con el 56 por ciento y el País Vasco con el 54 por ciento es donde más se piensa que se respeta la ley, mientras que en Murcia, Baleares, Extremadura y Castilla-La Mancha, con menos de un 38 por ciento, es donde menos se comparte esta opinión. El 58,5 por ciento de los encuestados opina que las personas no fumadoras sufren menos molestias que antes de existir la ley, frente a un 35 por ciento que opina que no ha habido grandes cambios en este aspecto. La mayoría, el 54,1 por ciento, piensa que desde que está la ley en vigor se fuma menos en todos los sitios. El 34 por ciento de los encuestados opina que habría que endurecer más la ley, pero la mayoría, el 56,1 por ciento, opina que esto no es necesario.

También se explora la opinión de los ciudadanos en relación con el alcohol y sus consecuencias en los jóvenes. La mitad de los encuestados manifiesta tener hijos o nietos menores de 18 años. De ellos, un 87,7 por ciento opina que los jóvenes beben mucho o bastante, pero solamente un 3 por ciento piensa que sus hijos o nietos beben en exceso. El 71,6 por ciento de los entrevistados cree que puede influir en que sus hijos o nietos no consuman alcohol y alrededor del 59 por ciento es partidario de sancionar a los jóvenes por el consumo abusivo de alcohol. Navarra con el 30,2 por ciento, Aragón con el 18,9 por ciento, el País Vasco con el 17 por ciento y La Rioja con 16 por ciento son las comunidades donde mayor opinión se recoge de que los jóvenes beben poco o nada. Sin embargo, Extremadura, Murcia, Canarias, Madrid y Castilla-La Mancha, con más del 90 por ciento de acuerdo entre los entrevistados, se sitúan en la opinión de que beben mucho o bastante.

También el barómetro sanitario —voy terminando ya— explora factores que consideran la salud con la que se llega a la vejez. La alimentación a lo largo de la vida es el factor que con mayor frecuencia se asocia al estado de salud con el que se llega a la vejez para casi el 97 por ciento de los entrevistados. Practicar actividad física en la juventud es el segundo factor que se relaciona con la salud al llegar a la vejez para el 91 por ciento de los entrevistados. La herencia genética y el funcionamiento de los servicios sanitarios también se reconocen como factores importantes e influyentes en este sentido para más del 80 por ciento de los entrevistados. Y, por último, la capacidad económica de cada persona es, entre los factores analizados, el factor que menos porcentaje de entrevistados relaciona con la salud con la que se llega a la vejez pero, aun así, el 66 por ciento de las personas asocia ambas cosas.

En relación con la utilización de servicios en una comunidad autónoma diferente a la de residencia, que también es un aspecto que valora el barómetro sanitario, un 11,6 por ciento de los entrevistados manifestaron haber necesitado acudir a un centro sanitario público estando fuera de su comunidad autónoma de residencia. El 70 por ciento se identificó con su tarjeta sanitaria. Llama la atención que se mantenga una respuesta de más del 20 por ciento que afirma utilizar la antigua cartilla cuando se encuentra fuera de su ámbito territorial. Un 31 por ciento de los entrevistados manifiesta estar tomando medicamentos para una enfermera crónica. De ellos, casi el 80 por ciento afirma que lleva consigo los medicamentos cuando viaja fuera de su lugar de residencia. Un 5,1 por ciento dice llevar recetas prescritas por su médico y un 3,1 por ciento que acude a por ellas a un médico del lugar de destino. De todo ello parece deducirse que en la actualidad un 8 por ciento de los pacientes crónicos adquiere en algún momento medicamentos fuera de su lugar de residencia.

También hemos explorado la percepción de garantía de custodia de los datos clínicos. Existe una percepción generalizada de que la confidencialidad de los datos que

recogen los médicos está bien garantizada cuando se almacenan en un ordenador. Cinco de cada diez entrevistados opinan que es el sistema que en mayor medida garantiza su custodia, y a ello hay que añadir que otros dos de cada diez opinan que, tanto en ordenador como en papel, la historia clínica está bien guardada. Sobre la historia clínica en papel, casi el 16 por ciento opina que garantiza más la confidencialidad que la historia clínica en ordenador, y solamente un 2,6 por ciento de los encuestados opina que no está garantizada la confidencialidad ni en soporte papel ni electrónico.

Concluyendo, diría que tenemos, en función de lo que opinan los ciudadanos españoles, un Sistema Nacional de Salud que en general es valorado positivamente. Esta valoración positiva ha aumentado ligera y constantemente en la serie disponible. La mayor parte de los entrevistados prefiere ser atendidos por un servicio público, sin embargo la evolución de esta preferencia en la serie temporal, si bien es todavía corta la observación, son tres años, muestra una tendencia a favor de aumentar progresivamente la elección de la provisión privada de servicios. Las principales causas que parecen influir en la elección del servicio son bien distintas; el sector público se prefiere por la tecnología y medios disponibles, así como por la capacitación de sus médicos y enfermeras, y la elección del sector privado se relaciona con factores como rapidez, confort y trato personal. Todas las dimensiones estudiadas sobre nuestro sistema sanitario, tanto en atención primaria como en especialistas y hospitalización, muestran una valoración positiva de las personas que realmente las han utilizado. La confianza y seguridad que transmiten el personal médico y de enfermería, la tecnología y la información recibida sobre su salud son aspectos específicamente muy bien valorados. Los aspectos que requieren un esfuerzo para mejorar la consideración por parte de los ciudadanos se refieren a las demoras para ser citados o ingresados de una manera programada y algunos aspectos de hostelería y la información institucional. La gran mayoría opina que el Sistema Nacional de Salud es equitativo en el acceso en lo que a edad y renta se refiere. Esta opinión aparece más matizada respecto a la equidad territorial, tanto entre comunidades autónomas como entre medio urbano y rural. Una abrumadora mayoría pide que las comunidades autónomas se coordinen mejor a la hora de ofertar nuevos servicios.

Y, para finalizar, quiero señalarles que esta información se ofrece desde la página electrónica del Ministerio, ampliada en todos sus contenidos, desagregada por comunidades autónomas y analizada por variables socio-demográficas y económicas, y este año además el ministerio ofrece por primera vez una serie temporal de resultados del barómetro sanitario relativa a las preguntas de la parte fija o aquellas otras que se han investigado durante varios años. La serie se remonta para algunas preguntas a 1995, primer año en el que se conservan microdatos en soporte electrónico.

Señorías, la sanidad es uno de los pilares básicos del Estado de bienestar, como todos bien saben. Vamos a seguir trabajando entre todos para consolidar y mejorar el Sistema Nacional de Salud en coordinación con las comunidades autónomas, con las instituciones, con los profesionales, con la sociedad científica y con la sociedad en su conjunto.

La señora **PRESIDENTA**: Para intervenir, en nombre del Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la diputada señora Pan.

La señora **PAN VÁZQUEZ**: Señorías, señor secretario general del Ministerio de Sanidad y Consumo, quiero agradecerle en primer lugar que haya venido a esta Cámara a presentarnos el barómetro sanitario correspondiente al año 2006, agradecerle también los datos y el tono mantenido a lo largo de su exposición y a continuación, tras haber oído la valoración del Gobierno en relación con los datos que refleja el barómetro sanitario de 2006, que, por cierto, efectivamente está colgado en la página web del Ministerio de Sanidad y Consumo, diré la valoración que mi grupo, el Partido Popular, hace respecto a los datos de este barómetro.

Hemos querido comparar los resultados de este año con los del barómetro de 2004, porque el barómetro de 2005 no se presentó en esta Cámara y porque fue la última vez que por parte de su antecesor en el actual Gobierno, el secretario anterior, se presentó el barómetro ante esta Comisión de Sanidad. Queremos destacar que, efectivamente, es necesario ver las tendencias, las variaciones que entre uno y otro año se han ido produciendo con respecto a los resultados. También recordaré, aunque no me gustaría tener que hacerlo, algunas afirmaciones que por aquel entonces se hacían por parte de miembros del Gobierno en relación con los datos que entonces analizábamos y las críticas que se hacían, en una especie de lema que el Gobierno del Partido Socialista ha tomado, la herencia recibida, siempre refiriéndose a aspectos negativos; los gobiernos del PP siempre eran los culpables de los males del Sistema Nacional de Salud. La propia ministra en su primera comparecencia lo hizo también ante esta Cámara y hoy vamos a ver, con cifras, cómo todas aquellas propagandas —por no emplear palabras más fuertes—, para disfrazar la inacción del actual Gobierno, han quedado en agua de borrajas.

El barómetro, en sus propias palabras, en la propia presentación que tiene el Ministerio colgada en la web, tiene como objetivos: la percepción y opinión de los ciudadanos sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos —usted también lo ha recordado hoy aquí—, el impacto de la aplicación de políticas sanitarias, el grado de conocimiento o las actitudes de los ciudadanos hacia los problemas de salud o hacia actuaciones específicas; en definitiva, considerar las expectativas y opiniones de la ciudadanía como un elemento esencial para la mejora continua del Sistema Nacional

de Salud. Esto, en la web del Ministerio, está recogido así.

Pasemos por tanto a establecer esta valoración comparativa de los años 2004 a 2006 porque estarán de acuerdo conmigo en que nos pueden informar de estas tendencias de las que les hablaba, que es algo más representativo que si solo valoramos aisladamente este año. Por cierto, el señor secretario ha sido muy hábil al valorar los aspectos negativos, cuando le interesaba de una manera, y al hacer algún tipo de comparación, cuando encontraba resultados positivos, de otra. En relación con las áreas de interés de los ciudadanos, no ha habido grandes variaciones; la primera continúa siendo la sanidad, la segunda en el barómetro de este año es la vivienda y en 2004 era la educación, lo que refleja que ha habido un mayor interés en relación con este asunto, y en cuarto lugar está la seguridad ciudadana. No ha habido más cambios en las áreas de interés; se mantienen en el mismo orden. En cuanto a la opinión sobre el sistema sanitario, la frase: el sistema sanitario funciona bien aunque necesita cambios, en 2004 la respaldaba un 47,1 por ciento de los españoles. Se incrementa el número de ciudadanos que ahora piensa que son necesarios cambios en el Sistema Nacional de Salud. Vamos a peor, no hemos mejorado tras tres años, señor secretario general.

Voy siguiendo el mismo esquema del cuestionario que ustedes presentaron a los españoles, no lo he cambiado, no lo he alterado; usted lo ha organizado a su manera pero yo no, yo lo he mantenido tal cual se lo presentaron a los españoles, y a continuación viene una pregunta, que no figuraba el año 2004, en relación con la aprobación de la Ley del Tabaco. No voy a reiterar los datos que usted ha dado. Los ciudadanos creen que la mayoría de los fumadores respeta la ley; los españoles son respetuosos en general con las leyes que aprobamos. También la mayoría cree que los no fumadores sufren ahora menos molestias que antes de la ley y, en general, se fuma menos en todos los lugares. Esto, subjetivamente, es algo que todos apreciamos, pero mayoritariamente opinan que no habría que hacer endurecimientos de la ley. Suponemos, señor secretario general, que esta pregunta se ha introducido en este barómetro para paliar la inexistencia del obligado informe anual que debería haberse realizado desde el observatorio que la propia ley recoge, observatorio que se formó tarde, mal y a rastro y del que desconocemos su actividad.

A continuación se hace también una pregunta en relación con el consumo de alcohol a los jóvenes, que todos sabemos que es un consumo alto y que este es un asunto preocupante. Ya se lo hacíamos ver al señor La Mata, su antecesor, en la comparecencia sobre el barómetro 2004 y le ofrecíamos nuestro apoyo. Queríamos que se contara con todos, que se abordara este problema de forma integral y no solo punitiva, pero ustedes prefirieron ir por libre y presentaron un proyecto en solitario que creó una gran alarma y una gran confrontación, tanta que el presidente ordenó que se retirara, sin consecuen-

cias políticas, lo que desde luego es al menos vergonzoso. Por cierto, la retirada no sabemos si ha sido solo electoralista y temporal, porque el proyecto de ley continúa a día de hoy colgado de la web del ministerio. Nosotros creemos que los españoles tienen derecho a saber qué es lo que van a hacer ustedes con esto y por eso se lo preguntamos. ¿Van a empezar de nuevo? ¿Van a mantener el actual proyecto dentro de dos meses?

Los ciudadanos están cada vez más informados y conscientes de la influencia sobre la salud que tienen los hábitos de vida, la alimentación, el funcionamiento de los servicios sanitarios, aunque realmente los que conocemos a fondo la sanidad sabemos que los servicios sanitarios no tienen tanta influencia como otras cosas sobre la salud de los españoles, pero ellos piensan que sí. En relación con la pregunta de si está usted satisfecho con el modo en que funciona el sistema sanitario no hay grandes variaciones con la respuesta que había en 2004, pero sí las hay en relación con la elección de un servicio sanitario público o privado. Nosotros siempre hemos apoyado y defendido una sanidad pública moderna, una sanidad pública fuerte y a la altura de las mejores del mundo. Sin embargo, estamos viendo cómo en atención primaria la elección de los españoles en 2006 es del 58,7 por ciento cuando en 2004 era del 59,6. Ha disminuido en atención primaria. En relación con la atención especializada, en el año 2006 es el 46,2 y en el año 2004 era el 47,5 por ciento los que elegían la sanidad pública. En relación con la atención hospitalaria, en 2006 es del 59,2 por ciento pero en 2004 era del 62,4. Y en relación con las urgencias, la elección del año 2006 es del 62,1 y en 2004 era del 64,6 por ciento. Los datos son los datos, las cifras son tozudas y ahí están las que yo le he presentado, que las he sacado de la web del Ministerio de Sanidad.

Aumenta la elección de la asistencia privada sobre la pública a todos los niveles, lo que a nuestro modo de ver traduce el empeoramiento de la percepción del sistema público por los ciudadanos españoles. Esta es su gestión, señor secretario, después de tres años de gobierno del Partido Socialista, aunque de momento se mantenga ante un problema grave como es la elección del sistema público frente al privado. Todavía nuestro sistema no se ha deteriorado hasta ese nivel. Esto es debido, señor secretario general, a que según la percepción ciudadana, que es lo que estamos hoy analizando, empeoraron la tecnología y los medios, la capacitación de los profesionales en el sistema público y, por el contrario, mejoraron en el privado; también empeoró la rapidez de atención, la información sobre el problema de salud, el trato recibido y el confort de las instalaciones y mejoraron en el sistema privado. ¿Qué es lo que han hecho ustedes en nuestro Sistema Nacional de Salud? ¿Dónde está la modernización prometida por la señora ministra en su primera comparecencia ante esta Cámara? ¿Qué hay de sus promesas y de sus críticas a nuestra gestión? Entendemos que deberían pedir perdón a la luz de los resultados.

Se ha incrementado ligeramente la asistencia en atención primaria. Aunque la valoración sobre los profesionales sigue siendo buena, voy a hacer un inciso que deben escuchar. Están de huelga casi permanentemente, estamos asistiendo a ello todos los días, y nosotros creemos que los profesionales son lo mejor que tiene el sistema, son su misma base, por lo que esperamos y queremos confiar en que no se deteriore con el paso por el gobierno del Partido Socialista. No les pasen ustedes la patata o los problemas a las comunidades autónomas, no las abandonen bajo el pretexto competencial, o ¿es que el Ministerio de Sanidad y Consumo está de saldo y no tiene nada que decir en estos temas? Los aspectos más valorados, por este orden que les voy a relatar, en atención primaria y pediatría son la cercanía del centro, la confianza y seguridad en el médico, el trato y la información recibida. La valoración de estos aspectos es similar en 2004 y 2006. En cuanto a la confidencialidad de los datos —lo apuntaba usted antes—, los ciudadanos creen que es mejor y más alta cuando se guarda en un ordenador, el 47,4 por ciento, frente al papel o archivo, el 15,8. Por tanto, señor secretario general, es hora de impulsar de verdad y decididamente —y nosotros estamos viendo que no lo están haciendo— la informatización de las historias clínicas, su compatibilidad en las distintas comunidades autónomas; a esto es a lo que hay que ponerse. En este último año los ciudadanos que han acudido a servicios de urgencias son solo a atención primaria el 32,6 por ciento, un dato menor que el del 2004, que era el 34,5; solo al hospital público el 53,4, mayor que en el año 2004, el 49,1. Las cifras son contundentes. Hay más presión en las urgencias de los hospitales públicos que en el año 2004. Hay que valorar esto. ¿Qué han hecho ustedes y qué piensan hacer? Cuando acuden a urgencias los ciudadanos lo hacen de forma mayoritaria por decisión propia, y entre las causas de ir directamente al hospital se encuentran la no coincidencia horaria o porque consideren que sigue habiendo más medios y tecnología en los hospitales. Además, empeora la rapidez en la asistencia a urgencias. En las consultas por especialistas lo peor valorado son los tiempos de espera, que globalmente empeoran con respecto a 2004. Más de un 35 por ciento esperan más de tres meses cuando en 2004 estaba en torno al 26 por ciento. Estos son los datos y las cifras, señor secretario general. Es más, los que esperan más de quince días también se han incrementado, un 18,3 por ciento en el barómetro de 2006 y un 17,2 en 2004. Esto es lo que hay. ¿Qué ha pasado con las promesas de su programa electoral en los tiempos de espera? ¿Qué han hecho en relación con las esperas en estos tres años? La valoración de los profesionales y los aspectos más valorados en este nivel de asistencia es similar, gracias a Dios, en estos años. Se valora especialmente en este nivel el número de especialidades a las que se tiene acceso, el equipamiento y la tecnología, el trato recibido, la información, etcétera.

En cuanto a los ingresos hospitalarios, el motivo de ingreso ha sufrido un descenso en cuanto a operaciones quirúrgicas. Se operan ahora un 44,4 por ciento y antes un 46,1. Aumentan las pruebas especiales, el 18,7 por ciento, cuando en el año 2004 era el 17,4, y hay un ligero incremento de los tratamientos hospitalarios, 17,1 por ciento ahora y 16,6 en 2004. En fin, se hacen las pruebas, se les da tratamiento, pero no se les opera. ¡Ojo con las listas de espera quirúrgicas! Empeora la percepción de la atención en los hospitales respecto al año 2004. En el año 2004 el 29,2 por ciento y en 2006 el 28,6 la valoran como muy buena, el 58,7 en 2004 y ha bajado al 54,9 en 2006 como buena, y se aumenta la percepción de regulares, que era el 7,9 y ha subido al 8,1 por ciento. Los aspectos valorados de los hospitales son los mismos que eran: equipamiento, tecnología, cuidados, información, consejos, etcétera. La información de la Administración sanitaria se mantiene en cifras similares. Usted ha dicho que la aprobaba. No creo que haya que ser tan optimista con las cifras que ha dado porque hay muy escasas variaciones con respecto a 2004. Se vislumbra ya un incremento en la diferencia por asistencia según comunidad autónoma y según sea rural o en la ciudad, y efectivamente hay una diferente percepción en la salud de las mujeres. ¿Razones que dan los ciudadanos? Que la mujer tiene una mayor carga de trabajo lo piensa el 35,6 por ciento de los ciudadanos; que la mujer tiene una vida más complicada lo piensa el 29,6 de los ciudadanos; que la mujer tiene un organismo más frágil lo piensa el 31,9 de los ciudadanos, y que la mujer no tiene tiempo para su salud lo piensa el 17,8 por ciento de los ciudadanos. ¿Qué se está haciendo desde el Observatorio de la salud de la mujer para variar estas percepciones a lo largo de estos tres últimos años? Algún mensaje se podría enviar desde el Ministerio de Sanidad y Consumo al resto de los miembros del Gobierno para que esta situación mejore y no tengamos estos datos después de haber estado gobernando tres años.

En definitiva, señor secretario general, son menos los españoles que creen que en estos últimos años la atención primaria está mejor; según los datos son menos en este año, el 48,3 y en 2004 pensaban que estaba mejor el 51,7. Son menos también los que creen que la especializada está mejor; este año piensan que está mejor en estos últimos cinco años el 40,6 y en 2004 el 44,4 por ciento. Y son menos los que piensan que el hospital está mejor, el 43,2 en 2006 y en 2004 el 47 por ciento. En definitiva, no podemos ser tan positivos como usted porque los españoles les suspenden la gestión de estos años, a ustedes que no cumplen sus promesas y su programa en relación con las listas de espera, con la modernización del Sistema Nacional de Salud, con más habitaciones individuales, con la atención bucodental y la cirugía de la refracción, que le sonará pues es de su programa electoral. ¡Vaya papelón el suyo hoy aquí! Las cifras son tozudas y contundentes y están a disposición de cualquier ciudadano que quiera consultarlas en la web. Por el bien del Sistema Nacional de Salud y de la

salud de todos los españoles, este equipo debería marcharse y dar paso a otro nuevo. Nosotros no vamos a ser cómplices ni alcahuetes de su ineficacia, solo estaremos a disposición, como lo hemos hecho y lo hemos demostrado desde la primera comparecencia de la ministra y de su antecesor, para aportar mejoras, para trabajar y avanzar en el camino de la modernidad, no solo de la cartera de servicios sino del mejor funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y de su universalidad y equidad.

La señora **PRESIDENTA**: En nombre del Grupo Socialista intervendrá su diputado el señor Hidalgo.

El señor **FIDALGO FRANCISCO**: Señor secretario general, muy agradecido por trasladarnos a los representantes del conjunto de los ciudadanos lo que ellos mismos opinan sobre el Sistema Nacional de Salud a través de esta encuesta altamente significativa, y cuya formulación anual y continuidad permite un análisis en perspectiva y una valoración de la ciudadanía sobre el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud que también puede orientar sobre cuáles son sus expectativas con respecto a la salud y su respuesta a las actuaciones en política sanitaria.

Antes de continuar quisiera referirme a la intervención de la portavoz del Grupo Popular. Entiendo que su función de oposición le lleva a veces a ciertas exageraciones, pero en todo caso se corresponde con la tendencia a interpretar las cosas según les conviene. Curiosamente, cuando tratan de justificar las cuestiones negativas utilizan décimas, pero cuando intentan desvirtuar o devaluar los aspectos positivos de los avances que se han producido en la sociedad española, con el concurso de todas las comunidades autónomas, entonces utilizan centésimas. En este juego nosotros no vamos a caer porque en política sanitaria, como todos sabemos —y luego me referiré a ello—, lo importante son las tendencias; curiosamente también son las tendencias en las encuestas electorales y ellas siguen diciendo tozudamente lo que dicen. En todo caso, lo que es cierto es que el Parlamento y más concretamente esta Comisión de Sanidad son, por obligación, un buen termómetro de la sanidad en España. Por tanto, no es extraño que ahora se nos aporten los resultados del barómetro sobre la presión que supone ocuparnos de algo que representa y sigue representando la principal preocupación de los españoles cuando se les pregunta sobre lo que les afecta directamente, cosa que el Partido Popular ignora en su política general una y otra vez despistando a los españoles sobre lo que les importa. Quizá si centrásemos mucho más la atención en lo que nos importa este país iría mucho mejor. Es muy importante interpretar ajustadamente las respuestas que se nos dan, extraer las conclusiones adecuadas para la mejora continua de nuestro sistema sanitario, que es lo que debía ser el objetivo de esta Comisión, y progresar en esa mejora continua y

hacer una proyección sostenible del sistema hacia el futuro.

Es alentador conocer que el punto de partida de hoy, 2006, es una valoración positiva, muy positiva diría yo, del funcionamiento. Las cifras también son tozudas y casi el 70 por ciento de los encuestados opina que el funcionamiento es bueno o muy bueno, con una satisfacción del 6,2 por ciento, es decir un aprobado muy alto, y solamente el 4,4 por ciento opina que haría falta un cambio radical en el sistema, lo cual es la conformidad a una política y a un trabajo realizado durante muchos años entre todos de construcción del Sistema Nacional de Salud y que debería evitar veleidades en el sentido de propiciar cambios como se están propiciando desde alguna comunidad autónoma. En todo caso, quizás sea la perspectiva de analizar las tendencias de cinco años la adecuada para ver la evolución con el rigor mínimo necesario. Decía antes que los expertos en salud pública afirman que los impactos de muchas medidas en materia sanitaria tienen una cadencia de diez años y, por tanto, insisto una vez más en las tendencias. En todo caso ahí están, como he dicho antes, las cifras aportadas rotundamente.

Insistimos en esta valoración positiva y en la tendencia generalizada en la percepción de mejora, y antes de continuar, porque estamos hablando del Sistema Nacional de Salud que presta un servicio importantísimo a los ciudadanos en aquella materia que tanto les importa, convendría citar algunas cifras de actividad para remarcar la importancia de esa valoración. Más de 300 millones de consultas de atención primaria al año, casi cuatro millones de altas hospitalarias, más de 60 millones de consultas de atención especializada, más de 18,5 millones de urgencias, casi tres millones de intervenciones quirúrgicas y casi medio millón de trabajadores en el Sistema Nacional de Salud, con una valoración, por cierto, por encima del 7, que se mantiene permanentemente, nos hace coincidir con el Grupo Popular en que es una garantía y además un orgullo para el sistema. Son cifras correspondientes a los años 2003 y 2004 pero que podrían actualizarse perfectamente al alza, cifras que impresionan y que merecen una consideración especial si las colocamos en paralelo a la valoración que hacen los ciudadanos en el barómetro, pero también a la valoración que sobre la salud de los españoles aporta el informe sobre indicadores de salud de la población española publicado el año pasado y que permite concluir que el estado de salud de los españoles es bueno, que ha seguido mejorando durante la última década y que es globalmente mejor que la de los países de nuestro entorno, y por cierto con una esperanza de vida al nacer solo superada por Italia y Suecia. No se trata aquí de dibujar un panorama idílico sino de relativizar nuestra visión comprometida, fervorosa, a veces preocupada, también a veces exagerada por algunos grupos políticos pero también endogámica de los que de una u otra manera nos dedicamos a la sanidad y no debemos hacerlo para autocomplacencia en este panorama que

hemos dado con las cifras y que, como digo, es alentador. Digo que no debemos caer en la complacencia sino más bien afrontar con serenidad esas mejoras que un 25 por ciento de los ciudadanos cree que han de introducirse, porque efectivamente de eso se trata, de introducir mejoras y no de huir, por ejemplo, de la falsa competencia que ahora parece argumentarse de la oferta privada, sino por el compromiso de la mejora de lo público del Sistema Nacional de Salud, compromiso del que todos los grupos hacemos gala una y otra vez al menos cuando hablamos. Por eso, más allá de que la riqueza del país haya crecido el 41 por ciento desde el año 2000, la alta presión de marketing y publicitaria en torno a los temas de salud, lo cierto es que las razones que condicionan la querencia en los casos en que así se produce hacia el privado en algunas demandas, sobre todo en las consultas externas, siguen siendo las mismas desde hace años: la rapidez en determinadas atenciones, la información, el trato y el confort. Que permanezcan constantes podría suponer dejadez o resignación por parte de todos, cuando lo cierto es que siguen siendo un reto y un objetivo que deberíamos renovar y consensuar entre todos, insisto, por una cuestión de calidad global del sistema. El ejemplo de la información corporativa y la accesibilidad y eficacia de las reclamaciones es buena prueba de ello entre lo que significa la atención privada y la pública, pero también es significativa en positivo la mejor valoración de la información dirigida a la promoción de la salud. Por tanto, este es un dato esperanzador dado que supone una alta receptividad de los ciudadanos y una buena disposición hacia las campañas dirigidas a la promoción. En este sentido están las referencias al tabaco y al alcohol, que hay que analizar lógicamente por lo menudo, no con las interpretaciones sesgadas que proporciona el Grupo Popular, en las contradicciones que refleja la encuesta relativa al tabaco y el alcohol, sobre todo en las contradicciones internas de los ciudadanos, que merecen de alguna manera una actuación educativa más intensa por parte de las autoridades sanitarias.

En la misma línea positiva está la tendencia en la atención primaria, a pesar de todo lo que se ha dicho. Ahí están los datos y lo cierto es que acuden más personas, repiten menos y salen más contentos. Esa es la conclusión en atención primaria. Efectivamente estamos mejorando entre todos la atención primaria, aunque pueden quedar algunos retos importante. La atención en urgencias revela algunos datos por lo menos contradictorios. Parece que cada vez se acude más al hospital por iniciativa propia y con menos derivaciones de atención primaria. Esto se conoce y por eso se plantea la estrategia de atención primaria, estrategia en la que hemos participado todos, también los expertos y, por supuesto, las comunidades autónomas. Se trata de dar mayor capacidad resolutoria a la primaria y las comunidades autónomas están trabajando todas ellas en mejorar la extensión de los horarios para compatibilizar los deseos de los ciudadanos con los servicios prestados. Uno de los

datos que nos ha llamado la atención es ese importante porcentaje de casi un tercio de los encuestados que afirma que están siguiendo un tratamiento crónico y cuando viajan llevan el tratamiento el 80 por ciento de ellos. El reto de la traslación y la circulación de los pacientes a través de todo el Sistema Nacional de Salud lo debemos afrontar entre todos.

En cuanto a las condicionantes de sexo, nos llama a todos la atención que dos tercios de las respuestas atribuyen a cuestiones sociales o laborales los casos de peor salud de las mujeres. No es ajena esta percepción a toda la estrategia del Gobierno y a toda la acción legislativa en torno a la Ley de igualdad, que por cierto no fue votada por el Grupo Popular. Llama la atención que la equidad continúe más significativamente condicionada por las desigualdades clásicas rural-ciudad que por territorios, porque a pesar de lo que se ha insistido no parece que haya desigualdades significativas en este momento entre las comunidades autónomas y, en general, los ciudadanos valoran bien los servicios prestados por las mismas en relación con los que prestan otras comunidades vecinas. Es cierto también —hay un acuerdo prácticamente unánime— que el 80 por ciento de las respuestas dicen que quieren que la introducción de nuevos servicios en el Sistema Nacional de Salud sea acordada por todas las comunidades autónomas. En esa línea está el Real Decreto de prestaciones y en esa línea está la normalización y fortalecimiento del Consejo Interterritorial de Salud, que va a permitir precisamente ese gran acuerdo, normalización que ha costado lo suyo pero que debemos felicitarnos a pesar de algún que otro sabotaje.

Señorías, en definitiva, es un buen panorama que debe incentivarnos para mejorar y seguramente para ello necesitamos no solo la apreciación de los ciudadanos, sus opiniones, sino también datos objetivos, pormenorizados y útiles para la toma de decisiones. Necesitamos pues un sistema de información del Sistema Nacional de Salud, tal como establece la Ley de cohesión, que a su vez determina unas líneas maestras en un enfoque de una atención integral de la salud y que busca una información que determine parámetros sobre la población protegida, prestaciones, cartera de servicios, recursos humanos y materiales, actividad, farmacia, financiación, resultados, expectativas y opinión de los ciudadanos; es decir, un conjunto de parámetros con una visión objetiva y complementaria a la de los ciudadanos. Pues bien, el consejo interterritorial aprobó a propuesta del Gobierno, en el año 2005, los principios generales de ese sistema de información, y tras el trabajo de la subcomisión creada en la última reunión del consejo interterritorial, celebrada en marzo, se presentó la propuesta de 104 indicadores consensuados entre todos. Este trabajo representa un esfuerzo más para lograr la transparencia del sistema, transparencia que se demuestra en la comparecencia del secretario general; transparencia del sistema con opiniones, datos e indicadores comparables en nuestro entorno y que permiten tomar decisiones incluso en la

gestión. Este sistema es por sí mismo un gran paso en la mejora continua, por lo que solo me cabe preguntar al secretario general de Sanidad en qué línea, en qué situación está el sistema de información.

Para terminar, por supuesto que el Grupo Socialista comparte las conclusiones que se nos han trasladado, pero no procede a este Parlamento y a esta Comisión hacer un análisis pormenorizado de las comunidades autónomas, de las opiniones y de los datos aportados en cada una de las comunidades autónomas; repito que no corresponde a este Parlamento. Por último, solo cabe felicitarnos todos por los resultados del barómetro e instarnos a continuar trabajando en ese análisis pormenorizado y constructivo, y hasta incluso exhaustivo, para la proyección futura y sostenible del Sistema Nacional de Salud.

La señora **PRESIDENTA**: Nuevamente tiene la palabra el señor secretario general.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Martínez Olmos): Estamos analizando, desde la perspectiva de los ciudadanos, la valoración de una serie de cuestiones que nos permiten tener elementos para la mejora del Sistema Nacional de Salud. Hay que señalar que es la primera vez que se publican series temporales, aunque en muchos casos cortas todavía porque estamos abriendo un camino de transparencia que es importante.

Quiero referirme a algunas de las cuestiones que han dicho tanto la señora Pan como el señor Fidalgo a la hora de hacer su valoración del sistema, y a ambos quiero agradecer las reflexiones y aportaciones que hacen para el análisis. Respondiendo por orden y antes de entrar en detalles concretos a la señora Pan, quiero hacer una reflexión general. El Sistema Nacional de Salud tiene ya una tradición importante. Hay una trayectoria larga bien valorada en general por los ciudadanos, lo que se repite sistemáticamente incluso en este barómetro, y en la situación tanto de lo que valoran como muy bueno los ciudadanos como aquello que es manifiestamente mejorable la responsabilidad no es solo del ministerio, en algunos aspectos es claramente de las comunidades autónomas por la distribución competencial. No se me ocurriría decir que los aspectos más negativos de la valoración que hacen los ciudadanos es imputable exclusivamente a lo que estén haciendo determinadas comunidades autónomas —podría elaborar una teoría—, porque creo que estaríamos haciendo un análisis que nos conduciría a la mejora. Me explico. El Gobierno actual y el Partido Socialista en su trayectoria de los años de democracia han dado pruebas de compromiso con el sistema público de salud. En el caso de este Gobierno hay varios ejemplos: una inyección económica muy relevante, fruto de las decisiones de la Conferencia de Presidentes, cerca del 0,7 del producto interior bruto de incremento para que las comunidades autónomas puedan hacer más y mejores políticas. Entre otras cuestiones, si

usted analiza los presupuestos de las comunidades autónomas, es precisamente en 2006 cuando se produce de manera generalizada en todas ellas incrementos presupuestarios respecto a 2004 y 2005, por encima del 12 por ciento en la mayoría de las comunidades autónomas, fruto de poder disponer de estos recursos que se valoraron como necesarios a pesar de que ustedes pocos meses antes decían que la Ley de financiación autonómica, en lo que afectaba a sanidad daba más que de sobra recursos financieros suficientes para sostener la financiación sanitaria. Esto es sin duda un ejemplo de apuesta.

Más ejemplos de compromiso de apoyo del Sistema Nacional de Salud en algunas de las cuestiones que usted ha comentado: la informatización, la modernización de los servicios sanitarios en lo que se refiere a la utilización de nuevas tecnologías de la información, que por cierto no aparecieron a partir de 2004; la historia clínica digital, la utilización de tecnologías de la información se podía y se estaba haciendo en muchas comunidades autónomas antes de 2004, pero nunca el Gobierno central en el uso de sus competencias se planteó dar un impulso a las tecnologías de la información de tal manera que se cumplieran dos objetivos. Uno, importante, es que haya más utilización de receta electrónica, más utilización de historia clínica digital o más utilización de tarjeta sanitaria en los servicios sanitarios, agilizando y disminuyendo las cargas burocráticas y, por tanto, mejorando la atención sanitaria en aspectos que son importantes para los ciudadanos. Pero desde la perspectiva del Ministerio de Sanidad y Consumo hay una cuestión que es mucho más relevante: asegurar la interoperabilidad de los sistemas informáticos que se pusieron en marcha para facilitar que las personas que por diferentes motivos nos desplazamos fuera del territorio de nuestra comunidad autónoma, cuando necesitamos atención sanitaria, podamos beneficiarnos de la información que puede haber disponible en nuestro servicio sanitario donde residimos para los médicos que nos pudieran tener que atender cuando nos desplazamos. En este sentido el Gobierno puso en marcha el Plan Avanza, plan sanidad en línea, que supone una inversión global de 240 millones de euros y que permite este tipo de objetivos que estoy comentando. Este año vamos a iniciar una prueba piloto de interoperabilidad entre comunidades autónomas y en este momento lo que está haciendo el Gobierno, precisamente por consolidar una de las cuestiones que usted comentaba, es que ya tenemos acordado con las sociedades científicas el prototipo de historia clínica que tiene que ser compartida cuando se da esta circunstancia de que un paciente tenga que ser atendido fuera de su territorio.

Más ejemplos. Nos preocupaba y nos preocupa —y creo que todos compartimos la preocupación— cómo reforzar la atención primaria como puerta de entrada al sistema. Un buen servicio de atención primaria beneficia a los ciudadanos, no solo porque con el enfoque de prevención y de promoción de la salud permite hacer más

eficaces las políticas sanitarias, sino porque también permite que funcionen mejor los hospitales. El trabajo que ha hecho el Ministerio de Sanidad y Consumo, también fruto del acuerdo en la Conferencia de Presidentes, ha sido convocar a la sociedad científica y a las comunidades autónomas a un consenso sobre cómo tenemos que acometer las mejoras en el ámbito de la atención primaria. No debe caer en saco roto que el consejo interterritorial de diciembre aprobó por unanimidad la estrategia de atención primaria del siglo XXI, por unanimidad, fruto de ese trabajo de un año, pensando en que como Ministerio de Sanidad y Consumo nos compete la generación de mecanismos de cohesión y de coordinación entre todos. Y hoy, pocos meses después de la aprobación de esa estrategia, diferentes comunidades autónomas están acordando con las organizaciones profesionales cómo concretar esas estrategias en su ámbito territorial. Por tanto, generar un consenso sobre cuáles son las mejoras que se tienen que hacer en aspectos como la atención primaria es lo que puede permitir dar soluciones desde los ámbitos competenciales de cada uno. Usted me ha preguntado qué va a hacer el Gobierno para disminuir la presión de las urgencias. Es que no es nuestra competencia. Nosotros directamente no podemos tomar medidas para que la organización de las urgencias hospitalarias sea de otra manera. Podemos dar más recursos en la parte que nos corresponda, podemos generar consensos, podemos poner en común prácticas organizativas que sean adecuadas, etcétera. Ese tipo de cosas es lo que estamos haciendo. Por eso creo que es importante que no olvidemos que desde esa perspectiva, a pesar de que el guión quizás exija que ustedes pidan incluso que nos vayamos o que pidamos perdón —probablemente el guión lo exija—, creo que hay que acomodarse a lo que en la práctica está sucediendo, y es que se está generando en el trabajo del ministerio con las comunidades autónomas más consenso que nunca, a pesar de que mediáticamente no sea así, y a las pruebas me remito. Todas las estrategias de salud, todas las que se han aprobado en el consejo interterritorial han sido por unanimidad: la estrategia de atención primaria, por unanimidad, con esta cuestión que le comentaba; el impulso de las tecnologías, el Plan Avanza, con acuerdos firmados con los gobiernos autonómicos donde compartimos la necesidad de la interoperabilidad.

Usted comentaba también, al hilo de los resultados del barómetro, una cuestión que no quiero dejar pasar en relación con la estrategia de sensibilización respecto al alcohol y su consumo por los menores. El hecho de que en la página web del ministerio continúe todavía el texto del anteproyecto de ley no tiene nada que ver con el hecho de que se vaya a reactivar. Simplemente creemos que en el debate que se produjo hubo dificultad para transmitir que el enfoque que tenía el ministerio estaba centrado exclusivamente en la prevención del consumo de alcohol por los menores, enfoque que compartimos pero que desde el punto de vista de su infor-

mación no siempre fue bien entendido y valorado. Por eso es importante que los ciudadanos que quieran puedan tener acceso a cuál era el enfoque que tenía el Gobierno. El presidente ya manifestó los requisitos para ir en el camino legal hacia adelante desde el punto de vista de la necesidad del consenso. Nosotros ahora estamos centrados, desde el punto de vista sanitario, en continuar informando de que tenemos un problema de salud pública importante a causa del consumo de alcohol por los menores, porque desde el punto de vista cuantitativo afecta a muchas personas, a muchos menores (la edad de inicio es preocupante, está en el entorno de los 12 años) y sobre todo porque tenemos evidencias, que estamos tratando de transmitir a los ciudadanos, de que el consumo de alcohol por los menores produce daños cerebrales irreversibles, y hay evidencias científicas de que eso se está procediendo. Por eso nuestro trabajo va a ser continuar informando a los ciudadanos, a los padres, apoyándonos en los profesionales sanitarios, de que tenemos un importante problema de salud pública que tenemos que acometer entre todos, pero no vamos a regular la iniciativa jurídica, como usted preguntaba, sino que estamos en el enfoque de influir en el conocimiento que tienen que tener los ciudadanos de que hay un problema importante. El barómetro aporta un dato muy significativo que entre todos tenemos que acomodar, porque la mayor parte de los ciudadanos considera que los menores beben mucho alcohol y, sin embargo, la mayor parte considera que ese problema no lo tienen en casa. Hay algo que no termina de casar. Por tanto, tenemos que hacer un esfuerzo por saber que es un problema que nos puede estar afectando y que cada uno en su ámbito, no solo en el institucional, donde lo tenemos que hacer, y las comunidades autónomas también están haciendo actividades relevantes, también en el ámbito familiar y educativo tenemos que hacer un esfuerzo.

Señora Pan, sinceramente agradezco también la mirada que usted ofrece sobre la información que se obtiene del barómetro. No diría yo que es una mirada sesgada; creo que también es importante valorar aquello que no funciona tan bien desde la perspectiva de los ciudadanos porque nos permite sacar lecciones para la mejora. Pero, fíjese, usted hablaba de listas de espera; en listas de espera los propios ciudadanos valoran que se está haciendo un esfuerzo, pero luego los últimos datos, publicados en junio de 2006, demuestran que aunque todavía nos quede camino por recorrer, el número de pacientes en lista de espera quirúrgica —que son 379.000 todavía, según los datos disponibles; el tiempo medio de espera, que es de 72 días, y la proporción de personas que espera más de seis meses, que es de 6,5 por ciento— es el más bajo desde diciembre de 2003. No es un elemento de autocomplacencia sino una constatación de que el conjunto de comunidades autónomas está haciendo un esfuerzo importante por incrementar su actividad y disminuir lo más posible este problema. Por lo tanto, yo creo que estamos en un camino hacia la mejora de este indicador, pero los ciu-

dadanos están señalando que hay que continuar haciendo esfuerzos. Esta no es una labor que dependa exclusivamente del ministerio, usted bien lo sabe; es una labor que también depende de las comunidades autónomas.

Señor Fidalgo, agradezco su intervención y sus palabras. Una de las cuestiones a que usted se refería tiene que ver con los sistemas de información. Usted señala una cosa que me parece especialmente importante —al inicio de mi respuesta en este segundo turno lo he comentado— como es el hecho de la transparencia. El Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud, uno de los elementos importantes en el que estamos encontrando una colaboración muy relevante por parte de las comunidades autónomas, tiene que ver con la disponibilidad de información que nos permita monitorizar el funcionamiento del sistema en algunos aspectos concretos que son de interés. Hemos puesto recientemente en marcha, gracias a la colaboración de las comunidades autónomas, el sistema de información de atención primaria, que tiene datos muy relevantes de la estructura de dicha atención primaria que da respuesta a las necesidades de la población incluso descendiendo a nivel de zona básica, con lo cual es importante para las perspectivas de la planificación o de la reorientación, y acabamos de aprobar, efectivamente, 104 indicadores claves que nos van a permitir ofrecer información de los resultados de la actuación del Sistema Nacional de Salud también con datos por comunidad autónoma, lo cual nos va a posibilitar comparar. Esta es una línea fundamental para la mejora; esta es una línea en la que aunque lógicamente van a aparecer algunos aspectos de mejora, nos permite orientar los esfuerzos y forma parte del compromiso del Gobierno que, de nuevo, en el plan de calidad para el año 2007 ha incorporado una serie de medidas que permiten profundizar en esta cuestión y que yo creo que es enormemente relevante.

Les agradezco la atención y desde luego reitero que a pesar de que algunos aspectos, como no podía ser de otra manera, requieren un esfuerzo de todos, creo que también nos tenemos que quedar con la valoración positiva que hacen los ciudadanos de que el Sistema Nacional de Salud funciona bien habiéndose incrementado también en este año el porcentaje de población que tiene esta opinión.

La señora **PRESIDENTA**: Manifiesta por señas la portavoz del Grupo Parlamentario Popular su deseo de volver a intervenir. En los términos que el Reglamento le autoriza, le ruego que sea breve en su intervención, puesto que en la primera ha sido todo lo extensa que ha querido; no ha habido topes por parte de esta Presidencia. Tiene nuevamente la palabra la señora Pan.

La señora **PAN VÁZQUEZ**: En primer lugar, quiero decir que no voy a utilizar mi tiempo en responder al señor Fidalgo, porque mi obligación, evidentemente, como diputada en la oposición, es hacer mi misión de control al Gobierno y además no hemos venido aquí a

analizar encuestas electorales sino el barómetro sanitario. Por lo tanto, nosotros no podemos tener ni complacencia ni optimismo con los datos, que ya he dicho en mi primera intervención que los he sacado de la página web del ministerio y en los que analizaba comparativamente el barómetro de 2004 y el barómetro de 2006. Los datos son los datos, se pongan ustedes como se pongan y le quieran dar la vuelta que le quieran dar.

Señor secretario general, me gustaría que nos dijera por qué los españoles prefieren —o dicen que prefieren— ahora más el sistema privado que el público, porque esto es lo que se deriva de los datos que están recogidos en el barómetro. Me gustaría que me aclarara, aparte del plan piloto que nos ha mencionado en el Plan Avanza, dónde está la modernización anunciada del Sistema Nacional de Salud. ¿Dónde está? La señora ministra en su primera comparecencia dijo que estaba fatal y que había datos preocupantes, que la tecnología estaba obsoleta.

Usted dice que no es competencia del ministerio aliviar la presión de las urgencias, que no es competencia hacer algo en relación con esto. Y yo le pregunto: ¿por qué lo ponen ustedes en su programa electoral? Porque yo lo he leído en su programa electoral, señor secretario general. Me hablaba usted también de cómo iban a reforzar la atención primaria, que efectivamente es la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud; hay que poner en valor este nivel asistencial que está empezando a sufrir, usted sabe que está empezando a haber lo que nunca hubo en el Sistema Nacional de Salud, que son esperas para acceder a la atención primaria: empieza a haber lista de espera para acceder al médico de cabecera. Y usted nos contaba que están convocando, que están trabajando... Tienen que actuar ya. Tienen ahí a los médicos de primaria pidiendo más tiempo y menos presión, tienen una plataforma Diez Minutos permanentemente en la prensa.

Nosotros creemos que a pesar de que usted ha dicho que han hecho esfuerzos económicos en los presupuestos y ha hablado de la inyección económica de la Conferencia de Presidentes y de que esto ya era suficiente, no ha sido suficiente. Vuelvo a decirle que los datos son contundentes y las comunidades autónomas se lo están diciendo permanentemente. Esto ha sido absolutamente insuficiente, no ha resuelto la financiación sanitaria, señor secretario general, y no va a mejorar el Sistema Nacional de Salud si ustedes continúan por ese camino.

En relación con el alcohol, quisiera preguntarle, a pesar de que ya me ha aclarado que tienen ustedes el proyecto colgado únicamente como información, si es que ustedes consideran que solo mediante una ley se pueden abordar medidas para la prevención del consumo excesivo de alcohol en los jóvenes, porque no estamos viendo que hagan ninguna otra cosa. Se han pasado ustedes meses anunciándonos el proyecto de ley, pero ¿qué van a hacer con esta problemática? ¿Van a tener ustedes en cuenta a las comunidades autónomas? ¿Van a tener en cuenta al resto de las fuerzas políticas y al resto de la sociedad para abordar un problema que ocupa mucho a los españoles?

En cuanto a los datos de listas de espera, que me acaba de decir que no vienen reflejados en el barómetro, sino en los registros que se tienen en el ministerio, usted dice que son los más bajos desde 2003. No me gusta poner ejemplos, y menos los de mi comunidad autónoma, pero sí es cierto que en Galicia ha habido que dimitir a algunos altos cargos por un maquillaje de listas de espera, señor Fidalgo, y usted lo sabe bien. Entendemos que sí dependen del Ministerio de Sanidad, y si no le vuelvo a repetir la misma pregunta: ¿por qué el Partido Socialista coloca datos de listas de espera en su programa electoral cuando va a unas elecciones generales? Espero que me conteste a alguna de estas cuestiones y a las que le hice en mi primera intervención. Si no tuviera tiempo, le rogaría que lo hiciera por escrito.

Ya me está mirando la presidenta y no me da tiempo a preguntarle por qué han dedicado tan poco tiempo a los temas de farmacia, de salud laboral, a la situación que tienen nuestros profesionales o a la propia investigación.

La señora **PRESIDENTA**: Señor Fidalgo, tiene usted nuevamente la palabra.

El señor **FIDALGO FRANCISCO**: Voy a hacer simplemente cuatro puntualizaciones a la intervención, porque no pueden quedar sin contestar. Sobre las afirmaciones que se realizan —ha habido una alusión, es normal— respecto a lo público o privado, no sé si el Partido Popular tiende siempre a confundir la preferencia de los ciudadanos con sus propias preferencias y además le pediría coherencia sobre todo en los sitios donde gobierna. En este mismo sentido y en otros muchos, en listas de espera, urgencias, etcétera, creo que están haciendo aquí el debate o el discurso que realmente deberían hacer en los parlamentos de las comunidades autónomas donde gobiernan; me refiero a asumir de una vez por todas las competencias de cada uno. Me preocupa expresamente la referencia a Galicia. No la haría; yo no quise hacer referencia a las comunidades autónomas, pero quiero recordar que precisamente la gestión del Partido Popular en Galicia en la sanidad durante dieciséis años implicó que, por ejemplo, las listas de espera que han dejado no incluían 5.000 pacientes en un centro concertado, que hubieran supuesto un incremento importantísimo en el número total de la lista de espera, número que sí fue asumido por la actual consellería cuando llegó al poder y se incluyeron esos 5.000 pacientes en la lista de espera, que además supusieron un importante número de meses en el cómputo general. Bueno, pues a pesar de eso, de los 120 días de media de espera cuando el Gobierno del Partido Socialista llegó al poder en Galicia, se ha pasado en este momento a los 75. Por lo tanto, si todas las comunidades hiciesen —y especialmente las del Partido Popular— ese especial esfuerzo que ha hecho Galicia en la gestión de las listas de espera, creo que mejoraría el conjunto de dichas listas del Sistema Nacional de Salud.

Para finalizar, porque me parece que raya un poco en la irresponsabilidad, no entiendo muy bien este interés que tiene el Partido Popular en preguntar una y otra vez por los temas del alcohol, porque creo que lo hacen desde una actitud negativa, destructiva y de agitación, más o menos la misma actitud que tuvieron durante todo el proceso de elaboración de la ley, que corresponde además curiosamente con un periodo preelectoral. Quizás esto explicaría muchas cosas.

La señora **PRESIDENTA**: Tiene la palabra el señor secretario general.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Martínez Olmos): Paso a responder a las cuestiones que me han planteado en esta intervención. Yo creía que lo había comentado, pero lo vuelvo a reiterar: en relación con la opinión que los ciudadanos manifiestan cuando dicen por qué elegirían un centro privado, se refiere a factores relacionados con la rapidez, con el confort y con el trato personal. Cuando manifiestan por qué elegirían el sistema público, lo hacen por la tecnología, por los medios disponibles y por la capacitación de médicos y enfermeras que consideran que hay en el sector público y en el privado. Fíjese, la elección de un centro privado por esos motivos, se lo voy a decir con toda contundencia, tiene que ver con la competencia de las comunidades autónomas: hacer mejor las cosas es competencia de las comunidades autónomas. Sobre rapidez en la respuesta, confort en las instalaciones y trato personal, me contará usted a mí cómo desde la Secretaría General de Sanidad o desde el ministerio puede dictarse una orden para que se mejore mañana la actuación en cualquiera de los servicios donde los ciudadanos pudieran apreciar que no funciona adecuadamente. ¿Qué es lo que hace el Gobierno? Inyectar recursos, como lo ha hecho. Yo no he dicho que se haya solucionado la cuestión de la financiación. El acuerdo de la Conferencia de Presidentes fue: repararemos la norma de financiación que hoy tenemos porque no es suficiente. Y ustedes habían dicho que era casi eterna, que era magnífica. Mientras tanto, el acuerdo político fue: inyectemos una cantidad importante de recursos. Por cierto, la plataforma Diez Minutos, que no es que la tengamos nosotros, sino que la tienen las comunidades autónomas, está preguntando que cuántos de esos recursos han ido a atención primaria, comunidad por comunidad autónoma, porque no los terminan de percibir, porque la comunidad autónoma correspondiente es soberana de decir dónde destina esos recursos. Pero el Gobierno central tomó la decisión de poner una importante cuantía de recursos económicos para que la sanidad pudiera tener mejor respuesta a su problemática. Fíjese si es así que la plataforma Diez Minutos lo que le está pidiendo al ministerio es, en el ámbito de sus competencias, recetas multiprescripción, receta electrónica, lo que son nuestras competencias, y en lo que son las competencias de las comunidades autónomas: disminución de precariedad laboral, más recursos donde hagan falta, disminución de la escala burocrática. Están orientando las

peticiones hacia donde institucionalmente se puede dar respuesta y se está utilizando en positivo la estrategia de atención primaria para el siglo XXI como una estrategia del Sistema Nacional de Salud en la que yo no me arrogo como ministerio el mérito exclusivo, sino que creo que hemos cumplido nuestra obligación con todos los sectores afectados. Se está utilizando como la estrategia a aplicar y por lo tanto como la estrategia que puede permitir solucionar problemas como el que usted comenta.

Hemos hecho más cosas que son útiles para fortalecer el Sistema Nacional de Salud. ¿Qué me dice de la política farmacéutica, de la disminución del crecimiento del gasto? Nosotros encontramos esta variable, que es dependiente en gran medida de la actividad o de las decisiones del Ministerio de Sanidad y Consumo, en un incremento interanual del 11 por ciento cuando llegamos al Gobierno. Hoy está en el entorno del 6 por ciento. Eso significa que las comunidades autónomas, además de que han hecho bien su papel porque han mantenido políticas dentro de su ámbito competencial que han permitido que también estos indicadores mejoren, las comunidades autónomas, fruto de lo que corresponda por las decisiones del Ministerio de Sanidad y Consumo, tienen usos alternativos de muchos cientos de millones de euros que antes se dedicaban a pagar la factura de farmacia, por la inacción o por la falta de decisión en el ámbito del Ministerio de Sanidad y Consumo, muchos cientos de millones de euros; políticas que nos han permitido destinar 70 millones de euros el año pasado a la formación de médicos en uso racional de medicamentos, dinero que se ha transferido a las comunidades autónomas para que puedan hacerlo por primera vez en la historia. Son aspectos que demuestran que desde la perspectiva competencial del ministerio se ponen las bases para que el Sistema Nacional de Salud pueda mejorar, no solamente desde la sostenibilidad financiera, que es importante, sino sobre todo desde la posibilidad de orientar y atajar las cuestiones que nos preocupan.

Finalmente, en relación con el tema del alcohol, evidentemente, la cuestión normativa no es la única que permite abordar este problema, es un elemento importante; por cierto, el anteproyecto de ley del Gobierno contemplada acciones no solamente en términos punitivos sino de educación, de prevención y de mejor atención al problema, pero no es el único camino. Le voy a ofrecer solamente dos datos que creo que son importantes, donde hemos encontrado además un buen eco desde el punto de vista profesional. El Plan Nacional sobre Drogas tiene como una de sus actividades una comisión clínica que está trabajando por encontrar las evidencias científicas que hay publicadas en relación con el daño que se produce a la salud de las personas por el consumo de las diferentes sustancias adictivas. En relación con el alcohol, hace alrededor de dos o tres meses publicamos un libro que pone en evidencia todo aquello que está publicado en relación con el daño que el alcohol produce en la salud de las personas, en la salud de los adultos y también en la salud de los adolescentes y jóvenes. Es un libro que se ha

difundido, que se ha realizado en colaboración con la sociedad científica y que ha sido muy bien valorado en el ámbito de esta; recientemente, hace dos semanas, hubo un seminario internacional sobre las evidencias científicas del daño del alcohol en los menores. Son ejemplos concretos de actuación desde el ministerio para difundir, porque es importante en términos educativos e informativos, las consecuencias que tiene el consumo de alcohol en la población en general y en la población adolescente en particular. Vamos a seguir en esa línea porque, efectivamente, es información, es educación, son acciones desde los servicios sanitarios, son acciones que apoyamos también desde el Plan Nacional sobre Drogas en lo que se refiere a financiación de proyectos de organizaciones no gubernamentales y los que desarrollan las propias comunidades autónomas a través de sus órganos de lucha frente a los problemas de la drogadicción. La suma de todo ello en definitiva nos permitirá conseguir el objetivo, que creo que compartimos, de que los menores no consuman alcohol, de que haya tolerancia cero en relación con el consumo de alcohol en menores.

— **SI SE CONTEMPLAN POR PARTE DEL MINISTERIO LAS FÓRMULAS DE INTEGRACIÓN Y CARRERA PROFESIONAL DEL PERSONAL QUE PRESTA SUS SERVICIOS EN EL HOSPITAL MILITAR DE MELILLA AL INGESA, CON MOTIVO DE LA CONSTRUCCIÓN DE UN NUEVO HOSPITAL PROVINCIAL DE MELILLA EN TERRENOS DEL MINISTERIO DE DEFENSA. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 212/001550.)**

PREGUNTAS:

— **DEL SEÑOR GUTIÉRREZ MOLINA (GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO) SOBRE:**

— **SISTEMA PREVISTO DE COORDINACIÓN DE LA SANIDAD EXTERIOR. (Número de expediente 181/000100.)**

— **PREVISIONES ACERCA DE DOTAR A MELILLA DE UN PLAN DE SALUD. (Número de expediente 181/000946.)**

— **PREVISIÓN DE AUMENTO DE LA PLANTILLA DEL ÁREA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL COMARCAL DE MELILLA, HABIDA CUENTA DE LA PRESIÓN ASISTENCIAL. (Número de expediente 181/002389.)**

La señora **PRESIDENTA:** Pasamos al punto segundo del orden del día, que es el referido a la petición de comparecencia formulada por el Grupo Parlamentario Popular en este caso, que se interesa por si se contemplan por parte del ministerio fórmulas de integración y carrera

profesional del personal que presta sus servicios en el Hospital Militar de Melilla al Ingesa con motivo de la construcción de un nuevo hospital provincial de Melilla en terrenos del Ministerio de Defensa. Inicialmente se formulaba la petición de comparecencia al subsecretario de Sanidad y Consumo, pero tal y como consta en nota por haberlo acordado así la Mesa y portavoces, quien hará esta comparecencia será el señor secretario general, al igual que en la anterior. Tiene la palabra.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Martínez Olmos): Señorías, con mucho gusto comparezco. El Sistema Nacional de Salud integra todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud de los ciudadanos, y las áreas de salud por su parte constituyen la estructura fundamental del sistema sanitario y tanto en el ámbito de la atención primaria de salud como en el nivel de atención especializada están responsabilizadas de la gestión unitaria de todos los centros y establecimientos en su demarcación territorial. El área de salud de Melilla es por tanto la estructura fundamental en este ámbito territorial y responsable de dar la asistencia sanitaria a su población en sus dos modalidades. Para ello cuenta con una estructura asistencial que le tiene que permitir cumplir con esa responsabilidad. En todo caso, además de los medios propios, puede contar con medios ajenos, públicos o privados. Como saben SS.SS., el extinguido Insalud en su ámbito competencial había contado con la colaboración de los centros sanitarios del Ministerio de Defensa desde fechas muy remotas, concretamente con los ubicados en Ceuta y Melilla. En la actualidad, una vez creado el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, el Ingesa, se mantiene esta colaboración, y las condiciones de la misma quedan plasmadas en un convenio entre el Ministerio de Defensa y dicho Instituto Nacional de Gestión Sanitaria para prestar asistencia sanitaria especializada en Ceuta y Melilla, que se suscribió el 17 de noviembre de 2004 y que ha sido actualizado y mejorado por un nuevo convenio de colaboración que se formalizó el pasado 19 de febrero. Esta colaboración se ha intensificado sustancialmente en los últimos tiempos. El 14 de junio de 2006 se firma un protocolo entre el Ministerio de Defensa y el Ministerio de Sanidad y Consumo para la construcción del hospital de utilización civil y militar en la ciudad de Melilla. En desarrollo de este protocolo, el 19 de febrero del presente año se suscribe un convenio de colaboración para la ejecución del mismo. En la cláusula octava de este convenio se recoge el régimen y situación del personal. Concretamente, se dispone que el personal civil y militar perteneciente al actual Hospital Militar de Melilla permanecerá formando parte del mismo hasta la entrada en funcionamiento del nuevo hospital de utilización civil y militar, centro que dispondrá además de 200 camas, en un alto porcentaje de uso individual, dotado de todos los servicios y tecnologías necesarias para proporcionar una atención hospitalaria de calidad con una inversión de 72 millones de euros desarrollando su labor en los locales que en cada momento se determinen.

Con relación al personal sanitario laboral que viene prestando sus servicios en el Hospital Militar de Melilla y una vez finalizada la construcción del nuevo hospital y comenzado su funcionamiento, se le ofrecerá la posibilidad de su integración voluntaria en el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria en la forma que reglamentariamente se determine. Es precisamente en relación con este último colectivo donde debe situarse el contenido de esta comparecencia y en ese sentido queda suficientemente aclarado el procedimiento a seguir por aquel personal laboral del Hospital Militar que desee ser integrado en su momento en el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. En primer lugar, quiero que quede claro que el proceso de integración es absolutamente voluntario para los trabajadores. Inicialmente, este personal se integrará una vez finalizada la construcción del nuevo hospital y comenzado su funcionamiento en el régimen laboral del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Es conocido que el personal del instituto es personal estatutario, por lo que está sometido a un régimen jurídico diferente. De acuerdo con la disposición adicional quinta de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud, al objeto de homogeneizar las relaciones de empleo del personal de cada uno de los centros y con el fin de mejorar la eficacia en la gestión, el Ingesa regulará un procedimiento para la integración directa con carácter voluntario en la condición de personal estatutario del personal laboral fijo proveniente del Hospital Militar. Como es lógico, una vez que se haya producido la integración en la condición de personal estatutario, este personal tendrá el derecho a acceder en las mismas condiciones que las definidas para ese personal a la carrera profesional implantada para el personal estatutario fijo del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Consecuentemente, no procederá el reconocimiento de carrera profesional a aquel personal que voluntariamente desee mantener el régimen jurídico laboral, ya que esa posibilidad no se contempla en la actualidad en la carrera profesional creada para el personal de ese instituto.

La señora **PRESIDENTA**: Para defender la postura del Grupo Parlamentario Popular, que ha pedido la comparecencia, tiene la palabra el diputado señor Gutiérrez Molina.

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA**: Señora presidenta, un ruego, si pudiera ser, ...

La señora **PRESIDENTA**: Sí.

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA**: Tenía tres preguntas además de la comparecencia del señor secretario general, la 3, la 4 y la 6. Como a la 3 se me contestó por escrito, la doy por retirada, puesto que entiendo que lo fue en sus propios términos, al igual que la 4, y quería ver si aprovechando la comparecencia o la respuesta que me pueda dar el señor secretario general después de mi intervención, pudiera incluirse por economía procesal la

pregunta 6 para así aprovechar el turno y que me conteste a dicha pregunta, porque tiene una relación más o menos tangencial con el objeto de la comparecencia.

La señora **PRESIDENTA**: Personalmente se lo agradezco, pero lo consultaré con el portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, único grupo presente en la Comisión, que supongo que no tendrá inconveniente en que se efectúe la comparecencia en estos términos.

El señor **ELOLA RAMÓN**: No tenemos ningún inconveniente, señora presidenta.

La señora **PRESIDENTA**: ¿Al compareciente le parece correcto? (**Asentimiento.**) Adelante entonces.

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA**: Muchas gracias, señora presidenta, y muchas gracias al señor portavoz del Grupo Parlamentario Socialista por acceder a la petición que hacía.

Señor secretario general, muchas gracias en primer lugar por su intervención y por la aclaración que me hace sobre el objeto de la solicitud de la comparecencia; solicitud que viene motivada no por ningún afán aleatorio o caprichoso, sino aprovechando la reciente visita de la señora ministra a la Ciudad Autónoma de Melilla, que si se hubiera entrevistado con el señor presidente de la Ciudad Autónoma y hubiera recabado también la presencia para entrevistarse del diputado que suscribe, a lo mejor los extremos que usted me ha aclarado aquí se hubieran obviado y hubiéramos ganado en economía de tiempo. No tuvo ocasión la señora ministra de entrevistarse con nosotros; yo sé de mi reconocida torpeza, pero algo le pudiera haber ilustrado a la señora ministra o ayudado al análisis general de la problemática de Melilla. En cualquier caso, muchas gracias, señor secretario general, porque sus aclaraciones han sido específicas y explícitas.

El motivo de la comparecencia, con independencia de lo anterior, es que la propia señora ministra reconoció las características especiales, principalmente por la alta presión que padecen los servicios sanitarios al tener que responder tanto a las necesidades de la ciudad como a los cientos de pacientes que llegan del país vecino y a que los sistemas sanitarios deben adecuarse a esa realidad. Es indudable que esto es así, ante hechos no caben razones, el Ministerio de Sanidad y Consumo a través de la Dirección General del Ingesa para Ceuta y Melilla es quien gestiona la sanidad en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Melilla y, por tanto, hizo bien la señora ministra en precisar este punto de arranque con el que inicio la intervención en esta comparecencia.

Yo creo, señor secretario general, que la aclaración de la carrera profesional no es un tema menor, porque la carrera profesional sumida y circunscrita en el ámbito de gestión del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria ciertamente es un camino que queda por recorrer y donde se necesita el consenso de todas las fuerzas políticas y la voluntad decidida del Gobierno, principalmente con las centrales sindi-

cales y con los partidos políticos. Aun reconociendo al avance cualitativo que ha habido y negando la mayor, la falta de previsión de diez años antes, porque yo creo que no podemos estar aplicando en política sanitaria una permanente política del retrovisor sobre la herencia recibida o sobre la falta de previsión que tuvieron al parecer los gobiernos del Partido Popular —y repito que yo niego la mayor—, los medios de los que dispone la Ciudad Autónoma de Melilla cada vez se hacen más insuficientes, los incentivos a los profesionales quedan muchas veces —por utilizar una palabra que no creo que moleste a nadie— en nimiedades y aunque el año pasado se firmó un acuerdo sobre la carrera profesional para el personal sanitario con las centrales sindicales, facultativos y personal de enfermería, que ciertamente no es una mala herramienta de trabajo —para qué vamos a engañarnos—, también le digo que no es la medida excepcional —que es lo que yo quiero, señora presidenta, señor secretario general, que usted se lleve de la conclusión de mi intervención en la mañana de hoy— que necesita Melilla por las características especiales que tiene la ciudad. No me voy a referir a la insularidad, no me voy a referir a que depende permanentemente del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, precisamente porque no tiene recursos, y además sería un error —y es una apreciación personal mía de la que me hago responsable— traspasar o transferir la gestión de la sanidad a la Ciudad Autónoma de Melilla porque me parece que está mejor tutelada desde el instituto, no por ineficacia de los gobiernos autónomos de Melilla, sino precisamente por la magnitud del área poblacional que tiene y por la magnitud de los medios de los que se tiene que hacer cargo, por la cantidad de presupuesto que necesita y por el área de influencia que el hospital y todos los centros sanitarios de la Ciudad Autónoma tienen. Dicho esto, señora presidenta, lo cierto y verdad es que Melilla sigue sin ser un destino apetecible para los profesionales, sobre todo para los facultativos y para los profesionales del ámbito de la enfermería. Lo mismo ocurre cuando se habla del resto de las categorías, del personal sanitario de los grupos C y D, del personal no sanitario, sobre todo de los grupos C hasta el E, porque evidentemente puede generar, si la carrera profesional no se avanza dentro del Ingesa, una situación de falta de motivación, no alarmante porque no me gusta ser extremado en mis apreciaciones, pero sí ciertamente preocupante. En ese sentido, creo que es tarea de todos paliar esa situación, porque estos profesionales, señora presidenta, señor secretario general, ven como cada vez más sus retribuciones —y es una constatación— se alejan de las del resto de los grupos y de la realidad social, por no añadir además sus nulas expectativas de promoción interna.

Habida cuenta de cuándo se va a terminar el hospital nuevo, año 2011, si bien la señora ministra dijo que el actual hospital, denominado comarcal, no iba a desaparecer sino que se iba a contar con él, creo que es un plazo suficiente, con independencia de lo que se contempla en las cláusulas del convenio al que el señor secretario general ha hecho mención, en las que indudablemente se le ofrece la integración voluntaria al personal al servicio

de Administración civil y militar que presta sus servicios en el actual Hospital Militar de Melilla. Los sistemas de integración, aunque a primera vista parecen muy fáciles, ciertamente, aun cuando se llega con toda la voluntariedad del mundo puesta encima de la mesa, coincidirá conmigo, señor secretario general, que son un problema que después se convierte en complejo. Sé lo que digo porque yo era subdirector provincial de Asistencia Sanitaria en el año 1987 cuando se produce la integración del personal del antiguo Hospital de la Cruz Roja en el nuevo Hospital del Ingesa, entonces Insalud. Ciertamente fue un problema complejo porque en cada realidad del colectivo, por decirlo de alguna manera, había un problema personal que la ley no estaba en capacidad de resolver, no porque la ley fuera insuficiente, señor secretario general, sino porque todos sabemos que la ley no puede tocar temas personales y la ley tiene que caracterizarse por la universalidad y hay que tratar de hacerla eficaz, accesible, comprensible y leal para con la generalidad de los colectivos. Por lo tanto, aunque parezca una exageración decir que queda todavía tiempo y aunque exista el convenio de colaboración firmado entre el Ministerio de Defensa y el actual Ministerio de Sanidad y Consumo, precisamente por su responsabilidad directa sobre el área de salud de Melilla, de la que el señor secretario general ha hecho una descripción y una definición topográfica y de recursos, lo cierto y verdad es que yo quisiera ponerle encima de la mesa que con independencia de la integración voluntaria, se concretara, porque todavía queda tiempo, con un diálogo fluido entre las distintas administraciones, también con las centrales sindicales —no es un consejo, señor secretario general, que yo soy muy malo para darlos, es una sugerencia—, con los distintos colectivos, con los distintos partidos políticos, etcétera, se concretara, como decía, que a la hora de la integración no nos agarremos, cuando llegue el año 2010 ó 2011, a la cláusula octava del convenio, que, siendo explícita, siendo clara y siendo naturalmente de perfecta comprensión, puede luego generar dispersión en cuanto a las funciones de la misma, aunque esté explícitamente recogida en la cláusula.

Creo, señor secretario general, que efectivamente es trascendental el proceso de homogeneización del personal que se integre de forma voluntaria en el ámbito del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, porque el temor que yo abrigo, aunque no es ningún temor sino sencillamente una incertidumbre —y como sabe el señor secretario general, estamos preparados para todo menos para la incertidumbre— que en este momento pongo encima de la mesa para su reflexión, es que es fundamental que este proceso de homogeneización estatutaria de personal de distintos regímenes laborales, de personal que viene de distintas funciones, con distintas retribuciones también, trate todos los aspectos para evitar que profesionales que realizan la misma función puedan tener —si no se aclara bien, que yo creo que está suficientemente aclarado con la exposición de motivos que el señor secretario general ha hecho, pero insisto en ello— distintas retribuciones. En principio, eso generaría esa falta de motivación a la

que al principio hice mención, no con ningún ánimo, señor secretario general, de crearle ningún problema o de crearle el problema entre comillas, para también buscarle la solución, porque las cosas cuando son problemas todavía tienen solución, lo malo es cuando no son ni problemas. Al decirle que es un problema, creo que es obligación darle la solución, y la solución o la salida es precisamente lo que le he dicho, garantizar, definir, profundizar en el sistema de homogeneización que se traduce de todo el proceso derivado de la cláusula octava del reciente convenio, que mejoró el anterior que existía entre el Ministerio de Defensa y el Ministerio de Sanidad y Consumo; en segundo lugar, que también se definan con exactitud las condiciones de la integración voluntaria, porque, insisto, esta al principio parece un problema fácil, pero por propia experiencia sé —y seguramente será por mi insuficiencia en la gestión, pero fue así—, que fue un problema que luego se convirtió en un procedimiento más largo del que nosotros creíamos.

También, señora presidenta y señor secretario general —y voy terminando la exposición de motivos de la comparecencia y las razones que me llevaron a solicitarla—, aunque parezca que no tenga relación con esto, la plantilla sanitaria del hospital actual de Melilla, según declaraciones de la señora ministra en la ciudad, se va a incrementar con 25 plazas para el próximo año. Vuelvo a insistir, y en esto coincido también, en que el escollo sin duda vendrá con el tema de la contratación de los especialistas, pero no por la falta de previsión, señor secretario general, y ahí me concederá que disienta de ello, sino precisamente por todo lo anteriormente expuesto, por las características especiales de la ciudad, por la excepcionalidad con que hay que tratar la carrera profesional y retributiva de esos profesionales en el ámbito del Ingesa ahora, más los que voluntariamente en el ámbito del Ingesa quieren conservar el régimen de dicho instituto y no quieren conservar el régimen del hospital militar de donde provienen y que pueda, en aquel momento como ahora, producirse. Por lo tanto, el problema no es de falta de previsión, porque el problema de retribuciones siempre ha estado presente, con independencia del desarrollo de la carrera profesional de los distintos facultativos, personal de enfermería, personal no sanitario, etcétera, cada vez que se realiza oferta pública de empleo para la Ciudad Autónoma de Melilla. Con esto no quiero decir que los profesionales sanitarios y no sanitarios se muevan por un móvil económico, pero ciertamente, con independencia de eso, también influye, junto con otras características de falta de promoción interna de la carrera profesional, que Melilla no pueda ser un destino atractivo, entre comillas, para las distintas gamas de dichos profesionales de la salud. No creo exagerar si planteo este problema, porque a esta falta de personal se añade otro de permanencia ya intrínseco de la ciudad de Melilla, por la carestía de vida, por la insularidad respecto a la Península, por los costes de viaje, etcétera, y no es de extrañar que el especialista pida traslado a la Península. El señor secretario general sabe mejor que yo cuántas comisiones de servicios tiene

en este momento el ministerio y el Ingesa en concreto pendientes de resolver o prorrogadas de profesionales que tienen plaza en la Península y que, sin embargo, de momento están desarrollando su labor asistencial en Melilla en tanto en cuanto se sustancie la prórroga o no de esa comisión de servicios.

Como ve, señor secretario general, y estoy seguro de que lo comprende perfectamente, se debe exigir la actualización de las retribuciones para la carrera profesional de los profesionales en Melilla, entre otras cosas porque, sin meterme en detalles de retribuciones para no perderme en frondas que en este momento no son propias del motivo de la comparecencia, sí quiero matizarle que el estudio de un complemento de productividad variable no sería malo que lo estudiara la Dirección General del Ingesa y su secretaría general, un complemento de productividad variable más justo. No lo digo solo yo sino que por mis conversaciones con centrales sindicales y otros en la oficina parlamentaria ciertamente sé que es un parámetro y un punto de encuentro común en el que coincidimos las ideologías más distantes. No sería malo que ahora que todavía estamos a tiempo, que tenemos tiempo por delante, que tienen ustedes tiempo por delante, aprovecharan el momento, teniendo en cuenta todas estas circunstancias a las que le estoy haciendo mención y que no voy a reiterar por economía del tiempo de las señoras y señores diputados de esta Comisión y del suyo propio. Han quedado expuestos con suficiente claridad los motivos de su comparecencia, las inquietudes que tengo y las soluciones que puedan darse cuando se realice esta integración, voluntaria sobre todo, como el señor secretario general ha enfatizado aquí y ahora, en el nuevo hospital del Instituto de Gestión Sanitaria sin perder de vista el antiguo Hospital Comarcal que, según palabras de la ministra, va a seguir contando con él, por utilizar el tenor literal de su expresión.

Aprovecho la amabilidad y la cortesía de la señora presidenta y del señor portavoz del Grupo Parlamentario Socialista para introducir la pregunta en cuestión que figuraba en el punto sexto del orden del día y que tiene que ver con las medidas del aumento de plantilla del área de urgencias del hospital de Melilla. Parte de la preocupación la ha subrayado el señor secretario general cuando definía el área de salud de Melilla y estamos todos de acuerdo en que unas plantillas con una presión asistencial tan grande y con una Ley de Extranjería que necesariamente hay que aplicar, una Ley del Menor que también hay que aplicar, un área de influencia del Hospital Comarcal de más de 600.000 personas, la falta de convenios con el Reino de Marruecos en cuanto a asistencia sanitaria, si bien es verdad que la Agencia Española del Medicamento financia la diálisis en el hospital de Nador para evitar la plétora asistencial de un servicio que siempre por la propia naturaleza del mismo se ve sometido a una presión asistencial grande, la fuerte presión asistencial en Melilla derivada de su situación geográfica, la diferencia sustancial de las condiciones de trabajo, de los facultativos de urgencias en relación con otros servicios de salud,

cierto rechazo también por parte de los facultativos de desempeñar los puestos de trabajo con vocación de permanencia, por decirlo de alguna manera, en la ciudad de Melilla, la escasez de personal con el aumento del número de guardias, la mayor dificultad de la actividad asistencial derivada de las diferencias idiomáticas, religiosas y culturales que se ponen de manifiesto más que nada en estos servicios de urgencias, que son digamos la primera línea del hospital a la que el paciente —no me gusta llamarlo usuario— del Sistema Nacional de Salud acude, indican la preciada necesidad —como decía antes— de que las condiciones de todos los profesionales sanitarios sean homologables con carácter general a los del Sistema Nacional de Salud, además de consolidar este número de plazas que el señor secretario general ha dicho. En una respuesta que yo tuve en diciembre de 2005 del departamento del señor secretario general decía que el 1 de enero de 2006 se consolidarán en plantilla 23 puestos estructurales en Ceuta y 26 en Melilla. Eso es cierto pero no se ha terminado todavía este proceso de consolidación, están ocupados por trabajadores temporales fuera de plantilla que corresponden a facultativos, enfermeros, auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos y celadores principalmente del área de urgencias. Por eso yo preguntaba —si el señor secretario general está en condiciones de darme el dato bien y si no no me importa que me lo haga llegar por escrito, lo importante es que yo tenga el dato— si existe la voluntad o si existe previsión de aumentar el número de facultativos en el área de urgencias del Hospital Comarcal de Melilla, teniendo en cuenta además los extremos del tenor de la comparecencia del señor secretario general de los que he tomado buena nota. La pregunta tiene siquiera un valor tangencial con lo expuesto por el señor secretario general: si tiene previsto el aumento de la plantilla en el área de urgencias del Hospital Comarcal de Melilla habida cuenta de todos los indicadores que le he dado, que no son constataciones aleatorias, provisionales ni caprichosas sino que son datos objetivos sacados precisamente de contestaciones que el propio ministerio me ha dado a lo largo de estos años de legislatura. Muchas gracias, señor secretario general, por los datos que me ha aportado.

La señora **PRESIDENTA**: Para intervenir en nombre del Grupo Parlamentario Socialista tiene la palabra el diputado señor Elola.

El señor **ELOLA RAMÓN**: Intervendré con respecto a la pregunta sobre los trabajadores del Hospital Militar de Melilla. En primer lugar, agradezco la presencia del secretario general y le ruego traslade mi felicitación al Gobierno al que representa por esta política que están desarrollando, que es la vuelta a promover el uso civil de instalaciones militares, instalaciones que en muchos casos crean excedentes por la reorganización que está sufriendo nuestro ejército. Lo digo con conocimiento de causa, yo soy de Vicálvaro, un barrio de Madrid famoso por el cuartel donde se desarrolló la vicalvarada, y en

este cuartel el Gobierno de Felipe González decidió, como se quedaba vacío, instalar una universidad. Efectivamente, el ministro de Educación, el señor Rubalcaba, firmó el convenio con el Ministerio de Defensa y se instaló una universidad en el cuartel de Vicálvaro. Quedaban más terrenos, parte de los cuales se cedieron al Ayuntamiento de Madrid, donde este, gobernado por el Partido Popular, instaló un centro de mayores y quedaban algunos terrenos más pero cambió el Gobierno. En el año 1996 cambia el Gobierno y esos terrenos excedentes del cuartel de Vicálvaro se subastan para la construcción de chalés adosados. Me alegro de esta vuelta por parte del Ministerio de Defensa a proponer el uso civil de las instalaciones militares y no la subasta para vivienda de precio libre.

En su justa medida, ahora toca el turno a instalaciones o a centros sanitarios. También en Madrid tenemos dos ejemplos claros de la distinta sensibilidad del Gobierno anterior con respecto a este; el Gobierno anterior, no hace demasiados años, alegando con la afirmación de que en Madrid no hacía falta ningún tipo de camas hospitalarias, demolió el Hospital del Aire en la calle Arturo Soria. El Gobierno actual, el Ministerio de Defensa actual, está intentando promover el uso civil del Hospital Militar Gómez Ulla mediante un acuerdo que se intenta con la Comunidad de Madrid. Diferentes sensibilidades y también diferentes compromisos, porque para que esos acuerdos existan tiene que existir un compromiso firme por la otra parte, y en este caso descubro un compromiso muy firme por parte del Ministerio de Sanidad con la ciudad de Melilla.

Es un buen momento para que nos hable sobre ese compromiso que tiene el Ministerio de Sanidad con Melilla, sobre las inversiones que hace el Ministerio de Sanidad en Melilla y su evolución, tanto en inversión como en personal, como prueba de ese compromiso que se plasma especialmente en el convenio con Defensa para la creación de un nuevo hospital, un hospital militar y civil, un hospital moderno, un hospital que atienda debidamente a la población y con los incrementos de personal sanitario, porque no olvidemos que finalmente el objetivo son los ciudadanos de Melilla y la mejora en la asistencia sanitaria; sobre la que, si es posible, también me gustaría que me detallase cómo va a quedar la atención sanitaria en Melilla con las inversiones que se han realizado en estos últimos tiempos y con la puesta en funcionamiento del nuevo hospital.

Para terminar, he dejado la referencia al otro actor de esta obra, que serían los trabajadores. Todos tenemos claro que el menor atractivo de la ciudad en Melilla como destino para personal sanitario se debe probablemente más a factores de otro tipo que a los de tipo retributivo, no creo que esos sean los condicionantes fundamentales para que el personal sanitario decida ir a Melilla o quedarse en Melilla una vez establecido allí. La pregunta era muy clara, la pregunta concreta iba a los trabajadores del Hospital Militar, su situación actual y las previsiones que tiene el Ministerio de Sanidad al respecto. Es una

cuestión que consideramos de sumo interés y tomamos buena nota de la información que se nos ha dado, que es, si no me equivoco, la integración voluntaria en el régimen estatutario y, por tanto, su incorporación a la carrera profesional. Reitero que no puede existir mayor prueba de buena voluntad y de compromiso por parte del ministerio con respecto a estos trabajadores, por tanto tomo nota y lo trasladaré.

La señora **PRESIDENTA**: Para responder tanto a la petición de comparecencia como a las preguntas que le ha formulado ya con unidad de acto el señor Gutiérrez Molina, tiene nuevamente la palabra el señor secretario general.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Martínez Olmos): Muchas gracias, señora presidenta.

Comparto con el señor Gutiérrez Molina y con el representante del Grupo Socialista el interés por continuar mejorando los servicios sanitarios de Melilla. El Gobierno en esta materia está haciendo una apuesta importante; las inversiones, a las que me referiré ahora, pero sobre todo el dar salida a una aspiración que era reiterada desde hace tiempo de una nueva instalación hospitalaria en Melilla. Es decir, la apuesta de construir un hospital nuevo en Melilla, y lo que supone también por la integración del Hospital Militar, es una apuesta de futuro por la que nos tenemos que felicitar todos. Aunque los esfuerzos tienen que seguir siendo intensos, hay que cuidar especialmente a los profesionales de Melilla. El acuerdo de la carrera profesional fue un avance con el que estoy de acuerdo; pero tengo que decirle que es una prioridad de la secretaría general atender la necesidad que tienen los profesionales sanitarios de Melilla, porque es verdad que hay características específicas que diferencian la responsabilidad y la respuesta que tienen que dar a los ciudadanos y, por lo tanto, ello hace que tenga que ser reconocido no solamente retributivamente sino también desde el punto de vista de su aportación el trabajo que los profesionales sanitarios están haciendo en Melilla; también en Ceuta, pero como la intervención viene al hilo de la situación de Melilla, me refiero específicamente a Melilla. Quiero hacer un reconocimiento a los profesionales de Melilla que están atendiendo en una situación que es diferente a la que se tiene en el resto de los servicios sanitarios de España.

Hay una cuestión que es básica; me parece que uno de los grandes esfuerzos que tenemos que hacer es que sea posible que los servicios sanitarios como tales, las instalaciones, las tecnologías y las retribuciones sean atractivos para los profesionales. Forma parte de nuestra finalidad el atender a los pacientes en las mejores condiciones posibles, y es verdad que si tenemos buenas instalaciones y buenas tecnologías, tenemos un elemento de implicación y de motivación mayor, independientemente de que luego la retribución pueda ser mejor o pueda reconocer mejor incluso el esfuerzo. Quiero decirle que nosotros vamos a estudiar en el marco de la mesa sectorial el complemento de productividad variable

para que sea posible dar respuesta a este tipo de reivindicaciones junto al resto de medidas retributivas.

En relación con la comparecencia, en lo que tiene que ver con el personal procedente del Hospital de Melilla, comparto con usted que efectivamente los procesos son complejos, pero hay una cosa que es importante y es la voluntad, expresada en el convenio que se firmó, y reiterada hoy con mi comparecencia, de integrar en igualdad de condiciones, respetando la voluntariedad, al conjunto de profesionales que trabajan en el Hospital Militar cuando se produzca esta integración; tenemos que hacerlo por razones de justicia pero también por razones de aprovechamiento de los recursos. Los ciudadanos de Melilla merecen que se incorporen adecuadamente todos los profesionales que luego en estas nuevas instalaciones van a darles atención sanitaria, desde luego que en mejores condiciones porque evidentemente un hospital nuevo que va a disponer de las mejores tecnologías nos va a dar más oportunidades de que sea así. Nosotros estamos haciendo un esfuerzo. Fíjese, cuando usted hace mención a la posible problemática de planificación de los diez años anteriores, no es una reflexión que vaya dirigida a Melilla, y tampoco es una reflexión hablando de planificación de recursos humanos, de especialistas médicos en este caso, que se haga para tirársela a la cabeza al Gobierno anterior. Sinceramente, no. Yo creo que es porque también es bueno que cuando analizamos la problemática que hoy tiene el sistema sanitario con relación a la disponibilidad de algún tipo de especialistas médicos, también seamos conscientes de que las cosas son consecuencia de nuestra historia pasada. No es un problema de falta de previsión desde el punto de vista de dejación de responsabilidades, es simplemente decir que también este es un tema cuya solución en el conjunto del Sistema Nacional de Salud es compleja porque, cuando menos, se necesitan diez años para formar un profesional médico especializado, y por lo tanto hay que hacer un esfuerzo de planificación que permita anticipar suficientemente las necesidades, con la seguridad que nos puede dar disponer a veces de datos que son variables. Esto ya lo estamos haciendo con las comunidades autónomas y yo tengo la seguridad de que el ministerio, y el conjunto del Sistema Nacional de Salud, en el futuro va a poder afrontar de manera adecuada las necesidades de personal que en materia de especialistas, y en su momento hablaremos también en otros ámbitos de personal sanitario, tenga de acuerdo con las nuevas modalidades de atención sanitaria que los ciudadanos precisen. Esto condiciona en parte, es decir, hay una cuestión en Melilla específicamente vinculada a su situación geográfica y geopolítica que influye, pero también influye la disponibilidad de especialistas en el conjunto de Sistema Nacional de Salud, y eso le añade una complejidad para el caso de Melilla.

Independientemente de eso, nosotros estamos haciendo un esfuerzo en lo que se refiere al aumento de la plantilla del área de urgencias en el Hospital Comarcal. Dentro del Plan de recursos humanos 2006-2008 se ha producido un incremento de la plantilla del servicio de urgencias que

para algunos estamentos ha supuesto un 18 por ciento; concretamente, en facultativos en 2007 va a llegar al 25 por ciento de incremento sobre la que existía inicialmente en 2006. Como consecuencia de ello, la plantilla del servicio de urgencias del Hospital Comarcal de Melilla en 2007 se va a componer de 66 profesionales, 15 facultativos, 21 en enfermería, 10 auxiliares de clínica, 8 administrativos y 12 celadores. Hay que señalar también que existe un cuadro de facultativos especialistas de guardia que, según la especialidad, realizan guardias bien de presencia física o bien de presencia localizada. Esta dotación permite atender mejor el volumen de pacientes que demandan atención urgente y el incremento que está previsto en los próximos años. También hay que decir que la plantilla descrita, al igual que sucede en todos los servicios de urgencias de todos los hospitales de España, se adapta también a las circunstancias variables que pueden registrarse en este tipo de servicios por picos de incremento de demanda que puede haber por variables epidemiológicas o por variables estacionales, mediante contrataciones eventuales. Tengo que decirle que existe un Plan de urgencias y de emergencia sanitaria en el área única de Melilla que establece las bases del funcionamiento de los diferentes servicios de urgencias, hospitalarios y extrahospitalarios. En definitiva, forma parte de nuestras prioridades reforzar este servicio. Yo agradezco la preocupación que usted manifiesta y comparto con usted la necesidad de continuar haciendo esfuerzos en este sentido.

Señor Elola, quiero reiterar lógicamente el compromiso del Gobierno en lo que se refiere a la integración del personal del Hospital Militar de Melilla en el nuevo hospital, en la línea que le he comentado al diputado señor Gutiérrez, y me preguntaba usted por inversiones. En la línea de lo que vengo comentando, la prioridad que el Gobierno da a Melilla es evidente si se miran también las cifras. Con esto no quiero decir que todos los problemas estén resueltos, sino que el esfuerzo es evidente. Fíjese, si analizamos el periodo 2000-2004, la inversión total en obra y equipamiento fue de 8.052.000 euros. De 2004 a lo que llevamos de 2007, en cinco meses escasos, la inversión ha sido de 10.575.000, es decir, un incremento de alrededor del 30 por ciento.

En Melilla, nuevo centro de salud, gerencia de atención primaria y banco de sangre; es un proyecto que comienza el 28 de junio de 2005, su plazo de ejecución es de 24 meses, estamos por tanto a punto de terminar su construcción, tiene un presupuesto de adjudicación de 4 millones de euros aproximadamente y esta construcción, esta puesta en marcha del centro de atención primaria va a dejar en el ámbito de la ciudad de Melilla el ratio de habitantes por centros de atención primaria por debajo de los 17.000 habitantes, lo cual va permitir una mejor atención, no ya solamente en este centro, sino en el resto de centros de la ciudad de Melilla. Se ha planteado la reforma de la instalación eléctrica del Hospital Comarcal de Melilla, obra que comenzó en marzo de 2005 y acabó en marzo de 2006, con una inversión de 785.000 euros; la reforma de la climatización del

Hospital Comarcal, obra que se inició y terminó en 2006 con un importe de 345.000 euros; sustitución de cubiertas en el Hospital Comarcal, obra que se inició en 2006 y terminó en 2006 con 543.000 euros o sustitución de cubiertas en los centros de salud Alfonso XIII y Cabrerizas en el año 2006, con alrededor de 160.000 euros, entre otras inversiones que estamos realizando en la ciudad de Melilla basándonos no solamente en la responsabilidad que tenemos por ser el ministerio responsable de la gestión sanitaria en la Ciudad Autónoma de Melilla, sino también por el compromiso de responder a problemas que son cambiantes, evidentemente, pero que son especialmente específicos en el caso de Melilla. Reitero que la voluntad del Gobierno, del Ministerio de Sanidad y Consumo, es continuar dando prioridad a los servicios sanitarios de Melilla para hacer posible que podamos responder a las necesidades de los ciudadanos. **(El señor Gutiérrez Molina pide la palabra.)**

La señora **PRESIDENTA:** Solicita la palabra y tenía derecho a ella en lo que a las preguntas se refiere, puesto que todas ellas admiten segunda intervención, el diputado señor Gutiérrez Molina.

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA:** Muchas gracias, señora presidenta, por permitirme el uso de la palabra en este debate sobre preguntas.

Quisiera dejar muy clara una cosa, porque yo tengo la dificultad de que no me expreso bien y entonces posiblemente no se me comprenda. En ningún momento he dicho, señor secretario general, y usted ha podido ser testigo de mi intervención, que el problema principal de la falta de estabilidad de profesionales en Melilla sea exclusivamente un ámbito retributivo. Lo quiero dejar muy claro, porque después son los despueses. En ningún momento he dicho que el problema fundamental de la falta de estabilidad sea el retributivo. Esto ha quedado meridianamente claro y además he citado causas por las que los profesionales de la salud no están en Melilla o no hacen de Melilla un destino atractivo: la fuerte presión asistencial, la diferencia sustancial de las condiciones de trabajo en relación con otros servicios de salud, el aislamiento geográfico, el aislamiento profesional y la imposibilidad de realizar un trabajo en equipo, cierto rechazo a desempeñar los puestos de trabajo con cierta permanencia específica derivada de otras muchas causas en la ciudad, cierta escasez de personal, particularmente entre facultativos con el aumento de guardias, mayor dificultad de la actividad asistencial derivada de las diferencias idiomáticas, religiosas y culturales, la apreciada necesidad de que las condiciones retributivas de todos los profesionales sanitarios de Melilla sean homologables con carácter general a las del resto del Sistema Nacional de Salud. Esto, si lo dijera yo, no tendría ningún mérito; esto es una respuesta escrita que el propio Gobierno me dio y que yo he sacado aquí a colación precisamente para echarle, no digo un capote, que no le hace falta, sino para

enfaticar la necesidad de la prioridad y de la preocupación del Gobierno por la asistencia sanitaria en Melilla.

Con las reflexiones que ha hecho el señor secretario general, tanto a la pregunta como a su intervención, estoy absolutamente de acuerdo y además me agrada compartir la previsión de la posible preocupación por el sistema complejo, con todo el criterio voluntario que se quiera, de la integración de personal de cualquier tipo en otros distintos con otros regímenes. En cuanto a lo demás, por mucho que miro el motivo de comparecencia, no he pedido nada relacionado con informes sobre chalés, terrenos, adosados, etcétera; se me escapa seguramente por mi natural torpeza, pero la pregunta y la comparecencia estaban absolutamente circunscritas al término en cuestión. Por lo demás, qué quiere usted que le diga, señor secretario general, yo sé que usted no tiene la culpa de esto pero como han salido cuestiones que, a mi criterio, ni tienen nada que ver con mi intervención, porque no he nombrado nada de eso, ni tienen nada que ver con el objeto de mi comparecencia ni de mis preguntas, ni tienen nada que ver con el objeto de la solicitud de comparecencia del señor secretario general, me he quedado un poco sorprendido de que el debate que se estaba teniendo hasta este momento, que ha sido un debate aprovechable tanto para el señor secretario general por las pocas ideas que yo le he podido dar como para mí por la mucha información que el señor secretario general me ha dado, pudiera verse de alguna forma tangencialmente, no digo enturbiado que no es la palabra, pero sí disperso con cuestiones que no tienen absolutamente nada que ver; es como si estuviera diciendo que el hospital de Canarias hace muchísimo tiempo era un hospital militar y que estaba compartido tanto por el Sistema Nacional de Salud como por la Administración militar. Son cosas que no tienen nada que ver con el objeto de la cuestión, porque si no las comparecencias serían interminables, así como los turnos de réplica, que no están amparados en el reglamento y solamente la benevolencia de la presidenta los autoriza.

En este instante, señora presidenta, corto mi intervención, le doy las gracias una vez más al señor secretario general por su comparecencia, por los datos que me ha dado, haremos el seguimiento de los mismos, nos pondremos a disposición para poder ayudarle en lo que nos solicite y nosotros podamos darle, porque principalmente de lo que se trata es precisamente de que Melilla, por las circunstancias especiales geográficas y de todo tipo que tiene, y no las retributivas aunque también, para los profesionales sanitarios sea un destino específico, lo que irá en beneficio del aumento de la calidad asistencial de Melilla y, en última instancia, en beneficio de toda la población de Melilla, función de la que yo como diputado por la ciudad estoy encargado en este caso mediante el control al Gobierno, como otras veces estuve apoyando al Gobierno, también como diputado. **(El señor Elola Ramón pide la palabra.)**

La señora **PRESIDENTA**: Esta Presidencia valora siempre el que usted se ciña exactamente al tenor de los contenidos que han motivado sus intervenciones. Aunque

no sé si hay estricto acogimiento reglamentario, en la medida en que el segundo turno del señor Gutiérrez Molina se le ha dado por la contestación a las preguntas, al haber habido algo de extensión, habrá que entender, dado también el antiformalismo que siempre rige en las comparecencias ante esta Comisión, que le demos un turno al señor Elola pero, por favor, con la brevedad que el reglamento exige.

El señor **ELOLA RAMÓN**: Brevísimo, señora presidenta.

Se me ha culpado de haber excedido el tiempo cuando creo que he sido más que breve en mi anterior afirmación y he evitado hacer comentarios sobre temas colaterales de Melilla que no venían a cuento pero que vendrían a lo mejor muy al día. Simplemente comentaré que me parece que queda clara la apuesta del Gobierno, la apuesta del Ministerio de Sanidad, por Melilla, la apuesta del Ministerio de Sanidad por los ciudadanos de Melilla, la apuesta del Ministerio de Sanidad por la atención sanitaria en Melilla y por lo que venía en la pregunta, que son los trabajadores del antiguo Hospital Militar de Melilla. Además, creo que le ha quedado claro también al diputado del Grupo Popular.

La señora **PRESIDENTA**: Cierra esta segunda comparecencia nuevamente el señor secretario general y tiene por tanto la palabra.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Martínez Olmos): Señor Gutiérrez, creo que le interpreté bien pero agradezco la aclaración que usted ha hecho por precisar supongo su intervención y la posible interpretación que pueda haber. Coincidimos en lo sustancial y me parece eso positivo. Es evidente, como yo había afirmado antes, la apuesta que estamos haciendo por mejorar los servicios sanitarios en Melilla. Es verdad que no es solamente una cuestión de retribuciones, aunque tiene su importancia. Los esfuerzos que estamos haciendo pretenden también mejorar las condiciones de los facultativos mediante diversas medidas. Fíjese, en el año 2006 además de a cuenta de la carrera, los facultativos han tenido un incremento sustancial de retribuciones por diferentes conceptos, por ejemplo, la hora de guardia se incrementó un 22,3 por ciento. El Congreso de los Diputados, en lo que se refiere a la indemnización por residencia, convalidó el Real Decreto ley 11/2006 de 29 de diciembre que prevé la cantidad de 4.500.000 euros suplementarios para Ceuta y Melilla. Es importante también la estabilidad en el empleo, y los acuerdos con los agentes sociales van en esa dirección para convocar las plazas de facultativos que ahora están ocupadas en régimen temporal y dar estabilidad en el empleo con algunas medidas necesarias, que son en ese sentido compartidas, para hacer posible el objetivo que tenemos entre todos de mejorar los servicios sanitarios de Melilla. Yo agradezco su disponibilidad y, por supuesto, también estoy abierto a recibir sugerencias de mejora; en la

medida en que podamos incorporarlas estoy seguro de que conseguiremos ese objetivo compartido.

— **DE LA SEÑORA VELASCO MORILLO (GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO), SOBRE SITUACIÓN DEL ANTEPROYECTO DE LEY DE BAREMACIÓN DE DAÑOS MÉDICOS. (Número de expediente 181/001018.)**

La señora **PRESIDENTA**: En el orden del día nos quedan por tramitar dos preguntas. Correspondería tramitar lo que figura como punto quinto, que es una pregunta que formula la diputada señora Velasco Morillo sobre la situación del anteproyecto de ley de baremación de daños médicos. Tiene la palabra para formularla la señora Velasco.

La señora **VELASCO MORILLO**: El Grupo Popular le formula hoy una pregunta que presentó en el mes de mayo del 2005. Señor secretario general, después de casi dos años sigue teniendo la misma actualidad, lo que demuestra cuál es la agilidad y preocupación del Gobierno por resolver un tema tan demandado por los médicos y las enfermeras de este país, el proyecto de ley de baremación de daños médicos, que ustedes llevan anunciando desde principios de legislatura y que aún está pendiente de ver la luz.

Señor secretario general, como decía, múltiples han sido las ocasiones en las que algún miembro del Ministerio de Sanidad y Consumo, desde la propia ministra hasta el subsecretario, han anunciado en esta Comisión que la regulación del baremo de daños médicos era un compromiso prioritario con los profesionales, e incluso el portavoz en su día del grupo que sustenta al Gobierno, el Grupo Socialista, hablaba de valentía al afrontar algo tan importante como la baremación de daños médicos. Se ponía incluso fecha: en el año 2005 se remitiría el proyecto al Parlamento —son datos que figuran en el gabinete de prensa del propio ministerio—. Incluso en ese mismo año, en la contestación a una pregunta parlamentaria que formulaba esta diputada, se decía que la presentación del anteproyecto en Consejo de Ministros era para el próximo otoño, año 2005. En el año 2006 tenemos otra relación de anuncios, en esta ocasión hechos por la propia ministra en varias ocasiones, que se recogen en los «Diarios de Sesiones» de esta Comisión, que culminaban el 28 de diciembre en esta Cámara diciendo que en el próximo año —ya pasamos al 2007— se presentará el proyecto de ley de baremación de daños médicos. No sé si sería una inocentada propia del día en el que comparecía la señora ministra, cuestión que espero que hoy usted nos aclare.

Señor secretario general, estamos casi en mayo y este ha sido uno más de los incumplimientos que el Gobierno ha tenido con los profesionales sanitarios. Estamos ante un tema de gran importancia y muy demandado tras la aprobación de la Ley de ordenación de las profesiones

sanitarias y la obligación de asegurar la responsabilidad civil de la actividad sanitaria privada, donde los médicos reclaman un baremo de indemnizaciones por daños personales tanto en la sanidad privada como en la pública. El objetivo de este proyecto es establecer un baremo para que los tribunales puedan fijar indemnizaciones que deberán abonarse a los afectados por errores médicos de manera similar a lo que ocurre por daños producidos en accidentes de tráfico. Esta es una necesidad largamente sentida tanto por los profesionales sanitarios como por las compañías aseguradoras de la responsabilidad profesional de los mismos y que dotará de seguridad jurídica a las relaciones que entablan los profesionales con las compañías. Pacientes y profesionales sanitarios serán los grandes beneficiarios de esta ley, que parece que no va a ver la luz en esta legislatura porque estamos en tiempo de descuento y al Gobierno cada vez le queda menos.

Desde mi grupo parlamentario, hasta el momento solo conocemos, y a través de medios de comunicación, titulares fallidos sobre la fecha de presentación; dependiendo de con quién se reúnan así firman acuerdos de colaboración en la planificación y desarrollo en materia de baremación de daños sanitarios. Salen titulares como que la Dirección General de Seguros remite a Sanidad el baremo que fija las indemnizaciones por errores médicos —el 20 de enero de 2005— o petición de participación en la elaboración de dicho baremo de las organizaciones de víctimas de negligencias médicas, como así lo demanda el Defensor del Paciente, o propuestas de baremo que envía algún profesor de universidad titular de medicina legal. Señor secretario general, a mi grupo de verdad le gustaría saber cuál es la situación real en la que se encuentra dicho proyecto de ley.

La señora **PRESIDENTA**: Gracias, señora Velasco. Señor secretario general, tiene la palabra.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Martínez Olmos): Muchas gracias, señora presidenta.

Señora Velasco, en contestación a su pregunta tengo que decirle que en la actualidad el ministerio de Sanidad y Consumo está trabajando en la elaboración del sistema de baremación de daños sanitarios con la intención de aportar seguridad jurídica en una materia que es relevante, que tiene una progresiva trascendencia, tanto en lo que se refiere a los usuarios de los centros y establecimientos sanitarios como incluso para el desarrollo eficaz de los profesionales sanitarios en sus intervenciones clínicas, tanto diagnósticas como terapéuticas. Aunque el porcentaje de las intervenciones sanitarias que tienen resultados de daños por negligencia es ínfimo, —y es importante aprovechar que estamos debatiendo sobre esto para decir que no es precisamente un problema desde la perspectiva de la cantidad de situaciones que estamos encontrando—, es verdad que, sobre todo cuando se difunden a través de los medios de comunicación social casos en los que se ha producido un daño por una posible negligencia, tiene un efecto despropor-

cionado en la opinión pública; aunque sea solamente por este motivo ya es importante. No es poco habitual que se induzca a que la respuesta desde el sistema pudiera ser la práctica de la medicina defensiva, y ello podría empobrecer la prestación eficiente del servicio sanitario e incluso tener una repercusión en el encarecimiento del sistema. Compartimos que la disponibilidad del sistema de baremación de daños puede permitir disponer de un mecanismo de estabilidad y de equidad para que cuando extraordinariamente se produzca tal situación pueda haber una respuesta adecuada y poder así atender la demanda de quienes directa o indirectamente están relacionados con la determinación de las indemnizaciones.

Esta es una cuestión compleja porque afecta a diversas instituciones. En la actualidad estamos trabajando teniendo en cuenta informes de diversas instituciones que han trabajado en la construcción de sistemas de baremación o que han profundizado en la responsabilidad por actos médicos, fundamentalmente la Organización Mundial de la Salud y el Consejo de Europa, pero también experiencias que se están desarrollando en el ámbito internacional sobre esta materia en otros países con tradiciones jurídicas que puedan ser parecidas a la nuestra. Tanto con el Ministerio de Justicia, por ser una cuestión que indirectamente afecta a la responsabilidad civil y penal, como con el Ministerio de Economía y Hacienda, en tanto que departamento responsable de la normativa sobre seguros, estamos trabajando estrechamente, y recientemente a través del convenio marco firmado con la Organización médica colegial hemos solicitado la colaboración de esta institución para culminar los trabajos. Las previsiones son las de aprobar el proyecto antes del verano y remitirlo a las Cámaras para que pueda ser aprobado a lo largo de este año.

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

La señora **VELASCO MORILLO**: Gracias, señor secretario general, por la información facilitada pero esperaba algo más; no solo lo esperaba esta diputada sino lo esperan creo que todos los implicados. Como usted ha dicho, es un tema muy complejo que afecta a muchas partes. El hecho de que no sean muchos los casos no quiere decir que no haya que elaborar dicho proyecto de baremo de daños médicos, como así lo demandan los propios profesionales sanitarios y las compañías aseguradoras, las asociaciones de pacientes y los profesionales que trabajan en el sistema judicial. Ellos tienen mucho que decir y espero que el ministerio abra las puertas para escuchar a todos estos implicados.

Cuando tengamos ocasión de evaluar cuál ha sido el resultado de todo esto, no me gustaría que usted pasara a ser uno más de los miembros del Gobierno que ha comparecido en esta Comisión y nos ha hablado del baremo de daños médicos, para el cual ahora ya tenemos fecha, porque dice que antes del verano se presentará en esta Cámara. No sé si nos dará tiempo a debatirlo porque,

como decía, estamos en tiempo de descuento; la legislación se acaba y no sé si los profesionales sanitarios tendrán este proyecto tan demandado. Espero y deseo, además de agradecerle que haya venido a contestarnos a esta pregunta, porque no son muy dados en el Ministerio de Sanidad a contestar preguntas de esta Comisión —de hecho solo hace falta ver los temas pendientes que tenemos—, por el bien de los profesionales sanitarios de los cuales nos sentimos orgullosos, del Sistema Nacional de Salud, que tengamos este proyecto de ley que la sociedad demanda como un elemento de utilidad.

— **DE LA SEÑORA SALAZAR BELLO (GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA DEL CONGRESO), SOBRE CRITERIOS APLICADOS POR LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS Y EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO SOBRE LA VACUNACIÓN DE NEUMOCOCO, A EXCEPCIÓN DE LA DE MADRID. (Número de expediente 181/002915.)**

La señora **PRESIDENTA**: Pasamos al último punto del orden del día de hoy, que es el que figura como 7.º, y que es la pregunta que formula la diputada señora Salazar Bello, referida a los criterios aplicados por las comunidades autónomas y el Ministerio de Sanidad y Consumo sobre la vacunación contra neumococo, a excepción de la Comunidad de Madrid. Tiene la palabra, la señora Salazar.

La señora **SALAZAR BELLO**: Muchas gracias, señora presidenta.

Señor secretario general, hace unos meses una de las comunidades autónomas de España, la Comunidad de Madrid, alteró el consenso adquirido durante muchísimo tiempo en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud que establece cómo, cuándo y la forma de las vacunaciones anuales tanto en los niños como en los adultos. Esa alteración del calendario de vacunaciones se refería al estreptococo neumoni de la vacuna heptavalente. La Comisión de Salud Pública ratificó en su reunión del día 3 de mayo del año 2006 el documento acordado, elaborado por la ponencia de programas y registro de vacunas acordado y la difusión a los colectivos profesionales. El documento fue revisado por los miembros de la ponencia, y entre ellos estaba la Comunidad Autónoma de Madrid representada por la Consejería de Madrid. Se trataba de un estudio valorando si se debían o no modificar los criterios de aplicación de esta vacuna.

Recordando un poco la historia de esta vacuna, en el año 2000 la FDA americana aprueba la vacuna heptavalente en la PVC-7 indicada para niños menores de cinco años, que incluye el 90 por ciento de los serotipos circulantes en Estados Unidos y en Canadá. En 2001 la Agencia Europea del Medicamento la autoriza en Europa para niños menores de dos años y en 2004 se amplía a los menores de cinco años. En un principio se esperaba que algunos de los serotipos que no iban incluidos en esta

vacuna tuviera inmunidad cruzada con otros y pudiera solucionarlo, como era la inmunidad que podía haber hacia el 6A y el 19A; pero no fue así y en Europa esta vacuna da una cobertura al 75 por ciento, en Asia solamente al 43 por ciento y en España se describe como solamente a un 68 por ciento en menores de cuatro años. En el año 2001 se recomendó a niños de 12 meses a cinco años con enfermedades crónicas y en niños con inmunodepresión que podían padecer enfermedad neumocócica y sus complicaciones. En el año 2003 el estudio de perspectiva de 15 comunidades autónomas de España, coordinado a través del Instituto Carlos III y del Ministerio de Sanidad y Consumo, dice que la incidencia de la enfermedad invasiva de neumococo más alta aparece en los dos años con un 30 por mil y del 29,1 en menores de un año, sobre todo con meningitis y sepsis. Ante los resultados de la Comisión de Salud Pública, se recomienda mantener los mismos criterios establecidos vacunando a menores de dos años y la vigilancia sobre todo de la implicación de los distintos serotipos. Hay varias experiencias y comunicaciones, como en la Comunidad de Navarra, que es la única que realizó todos los seguimientos de los serotipos de cada una de estas enfermedades y sin embargo los criterios en el resto de las comunidades autónomas no son unos resultados muy concluyentes. Todos, a excepción de la Comunidad de Madrid, detectan por supuesto en esto una disminución progresiva de la incidencia de la enfermedad invasora. Los serotipos incluidos en la vacuna y en los aislamientos han bajado. Los serotipos que prevalecen sobre todo son el 19A y el 6A que reemplazan a los serotipos vacunables. Lo mismo que esto va sucediendo en nuestro país acontece en otros países y se determina que no existe definitivamente inmunidad cruzada. Las conclusiones del año 2006 fueron que no se recomienda la incorporación de la vacuna en el calendario vacunal infantil y que se mantenga y se refuerce sobre todo en los niños de alto riesgo, seguir valorando la enfermedad invasora neumónica y seguir tipificando los serotipos causantes. Por ello, al Grupo Parlamentario Socialista, a los ciudadanos y sobre todo a los profesionales de la medicina y de la pediatría nos preocupa el enfrentamiento que existe entre la Comunidad Autónoma de Madrid con el resto de las comunidades autónomas y la ruptura de consenso dentro del Consejo Interterritorial. Las vacunas han sido una de las mejores medidas sanitarias ante la enfermedad y la mortalidad infantil; se ha erradicado mundialmente enfermedades, y sobre todo se han conseguido logros en nuestro país por la implantación de las campañas de vacunación anuales, homogéneas y conjuntas. El informe de la Comunidad Autónoma de Madrid reconoce —lo tengo aquí delante— la tendencia descendente en la tasa de la incidencia del conjunto de las enfermedades invasivas. La sociedad pediátrica está recalando a todos los profesionales de la pediatría la no utilización masiva de esta vacuna, igual que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. No podemos creernos desde el Grupo Parlamentario Socialista que solamente exista una

razón, que sea política, no definida por los criterios científicos sino solamente por el enfrentamiento con el Ministerio de Sanidad, por razones políticas. La verdad es que en este momento no nos extraña nada porque el Grupo Popular utiliza el nombre de España, el nombre de nación y el nombre de las comunidades autónomas como quiere y a su antojo. No respetan el consenso general ni el científico y ellos son los únicos que desean romper España. Por eso, desde el Grupo Parlamentario Socialista deseamos conocer cuáles fueron los criterios aplicados por las comunidades autónomas, excepto por la Comunidad de Madrid, y el Ministerio de Sanidad y Consumo sobre vacunación contra neumococo.

La señora **PRESIDENTA**: Tiene la palabra el señor secretario general de Sanidad.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Martínez Olmos): Señora Salazar, en primer lugar las recomendaciones de inclusión o de modificación de alguna vacuna en el calendario vacunal infantil consensuado se realizan a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud a propuesta de la Comisión de Salud Pública de dicho consejo, comisión en la que están representados todos los directores generales de Salud Pública de cada una de las comunidades autónomas y el director general de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo. Todo el mundo sabe que la determinación del calendario vacunal en una comunidad autónoma es competencia de la comunidad autónoma, pero que existe un acuerdo de generar un consenso y una unanimidad en lo que sería el calendario vacunal del conjunto del Sistema Nacional de Salud por razones de interés público y de abordaje adecuado desde la perspectiva epidemiológica. Este caso nos pone de manifiesto la importancia que puede tener mantener o no este principio de funcionamiento, independientemente de las competencias que tenga cada comunidad autónoma al respecto. Esta Comisión de Salud Pública recibe a su vez la propuesta de modificación del calendario de vacunación infantil a través de la ponencia de programas y registro de vacunaciones, que es un órgano colegiado dependiente de esta comisión y en el que están representados los técnicos responsables de los programas de vacunación en cada una de las comunidades autónomas y los técnicos del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Como responsable sanitario, la responsabilidad de definir el calendario vacunal es de las autoridades sanitarias, no de las sociedades científicas. Eso supone asumir la responsabilidad que tiene la autoridad sanitaria con sus ciudadanos en el caso de que haya consecuencias por vacunar o no vacunar. Por lo tanto, siendo interesante la opinión de la sociedad científica, no es su papel determinar cuál es el calendario vacunal, no ya en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, que es evidente, sino incluso en una comunidad autónoma concreta. Es importante su aportación, su reflexión y su participación pero el rol de responsabilidad ante los ciudadanos lo asumen

las autoridades sanitarias. El objetivo que se tiene cuando se plantea la modificación del calendario de vacunación infantil en el ámbito del Sistema Nacional de Salud es seguir contando con criterios únicos, uniformes, homogéneos con el fin de lograr un calendario unificado y coordinado en todo el Estado para que se beneficien todas las personas. Por lo que respecta al caso concreto de la vacuna conjugada heptavalente frente al neumococo, la Comisión de Salud Pública celebrada el 3 de mayo de 2006, como usted bien ha señalado, acordó ratificar la propuesta de la ponencia de programas y registro de vacunaciones en la que se recomendaba no introducir esta vacuna en el calendario infantil, reforzar la vacunación en grupos de riesgo donde se puede obtener beneficio por su aplicación y potenciar una vigilancia de la enfermedad y sobre todo de los serotipos circulantes —voy a tratar luego de hacer un esfuerzo de explicación de estos conceptos que son muy técnicos pero que son muy importantes— que permita valorar las tendencias que puede estar teniendo dicha enfermedad. Esta recomendación se realiza tras un análisis de la situación mediante la recopilación de los datos obtenidos por las comunidades autónomas de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica y del Laboratorio nacional de referencia de neumococo y según los siguientes criterios. En primer lugar, en España esta ponencia de vacunas constató que, a pesar del uso de la vacuna conjugada heptavalente frente al neumococo en la vacunación infantil por la sanidad privada y al margen de las recomendaciones oficiales, no se evidencia de forma global un cambio en la carga de enfermedad invasora, a diferencia del descenso de incidencia de la enfermedad registrada en otros países, de forma especial en Estados Unidos. Este hecho puede ser debido fundamentalmente a la diferente distribución de los serotipos circulantes previa a la autorización de la vacuna. En segundo lugar, la ponencia constató que se había detectado de forma repetida en diferentes comunidades autónomas un aumento de meningitis neumocócica al comparar los últimos años con el periodo anterior al de la introducción de la vacuna. En tercer lugar, un estudio prospectivo realizado por la Comunidad Foral de Navarra durante las cinco últimas temporadas epidémicas puso en evidencia que no se detecta un descenso de la incidencia de la enfermedad invasora a pesar de que el incremento progresivo de la cobertura de la vacunación alcanzó el 65 por ciento en ese territorio en el año 2005. El estudio refleja un incremento progresivo de la frecuencia de la enfermedad neumocócica en niños previamente vacunados, fundamentalmente causada por serotipos no incluidos en la formulación de la vacuna. Los serotipos son la manera de identificar el tipo de virus de neumococo que está produciendo la enfermedad. Hay varios tipos de virus de neumococo que producen la enfermedad y la vacuna heptavalente tiene la capacidad de proteger frente a determinados serotipos, no frente a otros. Precisamente lo que sucede, lo que se constató en este estudio, es que a pesar de la cobertura importante que se estaba obteniendo con esta vacuna aparecían más casos producidos por el resto de serotipos, porque es un comportamiento habitual

que suele suceder en el ámbito de aquellas enfermedades causadas por virus o por bacterias, que cuando se introduce una vacuna en el resto de serotipos, porque tiene en ocasiones la capacidad de adquirir más virulencia, por lo tanto de ser más agresivos y producir enfermedad.

La información obtenida de los aislamientos realizados en el Laboratorio de referencia de neumococo, analizando especialmente el conjunto de aislamientos procedentes de nueve hospitales que han mantenido su notificación de forma constante a lo largo de los años y considerando dos periodos de comparación, el anterior a la autorización de la vacuna, 1997-2000, y el posterior, 2002-2005, destacaba los siguientes aspectos relevantes: primero, no se evidenciaban cambios en la carga de enfermedad invasora global, manteniéndose constantes los aislamientos de los últimos años; segundo, la vacuna PCV-7 es efectiva para los serotipos que están incluidos en la vacuna. En los menores de 14 años los serotipos incluidos en la vacuna han descendido un 36 por ciento y en los menores de dos años un 26 por ciento. Paralelamente se detectaron aumentos de los serotipos no incluidos en la vacuna, aumentando un 85 por ciento en menores de 14 años y un 93 por ciento en los menores de dos años. Como consecuencia de esto se detectó un reemplazo de los serotipos en todos los grupos de edad, siendo el porcentaje de incremento de los serotipos no vacunales, es decir de aquellos que no estaban cubiertos por la vacuna, mayor que el porcentaje de disminución de los serotipos vacunales. Los serotipos no incluidos en la vacuna que mayor incremento habían experimentado en todos los grupos de edad eran el 19A, el 6A, el 7, el 1, el 5, el 24, el 33 y el 3; y en menores de dos años los serotipos 6A y 19A son los responsables del 21,7 por ciento de los aislamientos producidos en el periodo 2002-2005, mientras que en el que periodo anterior de la introducción de la vacuna solo producían el 9,1 por ciento, es decir se había triplicado. Concluía la comisión de vacunas que el marcado incremento de serotipos no vacunales en enfermedad invasora, especialmente algunos de alta virulencia como el serotipo 1, puede estar relacionado con el aumento de formas de neumonía complicada o con la mayor incidencia de formas graves, como el empiema, tal como se registraban en estudios preliminares en comunidades como la andaluza. Por último, la subcomisión de vacunas señalaba un aspecto importante a considerar, en el caso de la vacuna PCV-7, si se incluyera en el calendario de vacunaciones, porque no se disponía de datos concluyentes sobre la administración concomitante de dicha vacuna con las distintas vacunas comerciales meningocócicas conjugadas del grupo C, vacuna incluida en el calendario de vacunación infantil en España, según se recogía en la última revisión de la ficha técnica de octubre del 2005. Quiero pedir disculpas por haber hecho esta reflexión tan técnica pero es importante para entender la decisión política compartida por 16 comunidades autónomas y el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Ante el anuncio de la Comunidad de Madrid de incluir en su calendario la vacuna contra el neumococo

—anuncio que realizaba en el uso de sus competencias— la Comisión de Salud Pública se reunió el 3 de octubre del 2006 aprobando un acuerdo, con la única posición contraria de la Comunidad de Madrid, en el que se solicitaba a la Comunidad de Madrid, a la Consejería de Salud, de Sanidad y Consumo de Madrid, reconsiderar el cambio del calendario de vacunación propuesto por estos motivos técnicamente comentados. Posteriormente, en el pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en su reunión del 11 de octubre de los 1006, en el punto 3 del orden del día de esa reunión, donde se hacía un informe de la Comisión permanente de Salud Pública en el periodo previo a la celebración de este pleno, se planteó el tema suscitado por la Comunidad de Madrid y después de un amplio debate se acordó por el Consejo Interterritorial que es la Comisión de Salud Pública quien tiene la capacidad de garantizar el conocimiento científico objetivo y establecer las recomendaciones que se han de seguir por todas las comunidades autónomas en el calendario vacunal, y además se acordó que el calendario vacunal vigente en España era el aprobado en el Consejo Interterritorial en su sesión de 29 de marzo de 2006. Es importante mantener la confluencia, la armonización, la coordinación y la cohesión en las iniciativas y en las pautas de vacunación autonómica siempre que no se justifique la diferencia desde un punto de vista epidemiológico, ya que en ello nos va la capacidad de que sea posible una mayor aceptabilidad de la vacunación por la población, el logro de mejores coberturas, una respuesta en términos epidemiológicos más sólida ante posibles efectos adversos que pueden producirse por la aplicación de las vacunas, hacer posible una vigilancia epidemiológica más eficaz y evitar problemas que pueden surgir por la movilidad interterritorial. Por ello, hay que continuar en la línea de lo que concluyó el Consejo Interterritorial para conseguir que la modificación del calendario de vacunación infantil cuando tenga que producirse se realice siguiendo unos criterios únicos, uniformes y homogéneos para que sigamos teniendo un calendario unificado y coordinado para todo el Estado, porque es lo que nos va a ayudar a mantener el principio de equidad en esta materia y a fortalecer las estrategias encaminadas sobre todo al objetivo central que es el control de la enfermedad.

La señora **PRESIDENTA**: Señor secretario general, me permitirá que le diga con toda cordialidad que menos mal que el diputado Gutiérrez Molina nos ha aligerado el orden del día, porque con respuestas de esta longitud... Aunque el Reglamento señalase el tiempo respecto de las preguntas en Comisión, es práctica habitual extenderse más que en Pleno pero dentro de ciertos límites.

En todo caso, vuelvo a dar la palabra a la diputada autora de la pregunta.

La señora **SALAZAR BELLO**: Señora presidenta, como usted ya sabe, soy muy escueta. Solamente quiero decirle al señor secretario general que me alegro muchísimo de que los criterios que prevalecen son los criterios de la coherencia y de la defensa de la sanidad de los niños y de los adultos. La comisión de seguimiento ratificó aquel acuerdo y deben seguir en esa línea. Pediría a las comunidades autónomas que no quieren estar bajo la línea general del Ministerio de Sanidad que establezcan criterios científicos y dejen la política en otro sitio.

La señora **PRESIDENTA**: Tiene la palabra el secretario general.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Martínez Olmos): Solamente quiero pedir disculpas por la extensión en esta intervención. Habrá comprobado que en el resto de las respuestas he tratado de ser lo más escueto posible.

La señora **PRESIDENTA**: Queda disculpado.

Señorías, les recuerdo que a las cinco y media de esta tarde estará en la Cámara la comisaria europea de Consumo. Están invitados a estar en la sala Lázaro Dou cuantos de ustedes quieran acompañarla. Antes de levantar la sesión rogaría que los miembros de Mesa y portavoces se acercasen un momento para perfilar definitivamente el orden del día de la sesión del día 8.

Muchas gracias.

Se levanta la sesión.

Era la una 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**

