



BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

IX LEGISLATURA

Serie D:
GENERAL

19 de octubre de 2010

Núm. 462

ÍNDICE

	<u>Páginas</u>
Control de la acción del Gobierno	
PROPOSICIONES NO DE LEY	
Comisión de Asuntos Exteriores	
161/001933	Proposición no de Ley presentada por el Grupo Parlamentario Socialista, sobre impulso de la Cumbre de Unión por el Mediterráneo 5
161/001941	Proposición no de Ley presentada por el Grupo Parlamentario Socialista, sobre labor de la Agencia de Naciones Unidas para los refugiados de Palestina (UNRWA) 6
Comisión de Defensa	
161/001924	Proposición no de Ley presentada por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), relativa a la rebaja del precio de venta de los terrenos del «Cuartel de la Remonta» 7
Comisión de Economía y Hacienda	
161/001923	Proposición no de Ley presentada por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds, sobre el inmediato pago a las entidades locales de las compensaciones por los beneficios fiscales que se derivan del IBI urbana de las concesionarias de autopistas 8
Comisión de Fomento	
161/001939	Proposición no de Ley presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso, relativa al mantenimiento de los servicios de la línea convencional Madrid-Cuenca-Valencia 9
Comisión de Educación y Deporte	
161/001931	Proposición no de Ley presentada por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), relativa a la problemática surgida en torno al acceso a la Universidad entre los alumnos de Formación Profesional y de Bachillerato 10
Comisión de Trabajo e Inmigración	
161/001938	Proposición no de Ley presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso, sobre elaboración de un Plan de Empleo para los Jóvenes 11

Comisión de Medio Ambiente, Agricultura y Pesca

161/001922	Proposición no de Ley presentada por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds, sobre la eliminación de excedentes del sector de la viña y el vino	13
161/001925	Proposición no de Ley presentada por el Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV), relativa a proteger los términos «Txakoli-Chacolí-Txakolin-Chacolin-Txakolina» como uso exclusivo en el ámbito territorial correspondiente a las tres denominaciones de origen	13
161/001935	Proposición no de Ley presentada por el Grupo Parlamentario Socialista, relativa al fomento de la agricultura ecológica	14
161/001937	Proposición no de Ley presentada por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds, sobre nuevo Plan de Cuenca del Júcar	15

Comisión de Política Territorial

161/001932	Proposición no de Ley presentada por el Grupo Parlamentario Socialista, sobre el impulso de políticas para facilitar la creación y adhesión a redes de ciudades	16
161/001934	Proposición no de Ley presentada por el Grupo Parlamentario Mixto, sobre resolución de diversas cuestiones pendientes relativas a la ciudad de Ferrol (A Coruña)	17
161/001940	Proposición no de Ley presentada por el Grupo Parlamentario Mixto, relativa a las obras adjudicadas por el Ayuntamiento de Viana do Bolo (Ourense), con cargo al Fondo Estatal de Inversión Local	18

Comisión de Sanidad, Política Social y Consumo

161/001936	Proposición no de Ley presentada por el Grupo Parlamentario Socialista, sobre el Año Europeo del Voluntariado 2011	19
-------------------	--	----

Comisión de Vivienda

161/001926	Proposición no de Ley presentada por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), para fomentar la utilización del seguro de crédito hipotecario	19
-------------------	---	----

Comisión de Ciencia e Innovación

161/001927	Proposición no de Ley presentada por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), relativa al impulso de la innovación en el sector químico	20
161/001928	Proposición no de Ley presentada por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), relativa a la falta de seguridad jurídica en relación a la bonificación por ingresos procedentes de la cesión de determinados activos intangibles	21
161/001929	Proposición no de Ley presentada por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), relativa a la concesión de una moratoria para los centros e instituciones de investigación beneficiarios de ayudas destinadas al fomento de la I+D+I	22

PREGUNTAS PARA RESPUESTA ORAL

Comisión de Asuntos Exteriores

181/003088	Pregunta formulada por el Diputado don Teófilo de Luis Rodríguez (GP), sobre opinión del Gobierno acerca de las condiciones que los presos políticos cubanos desterrados en España han solicitado en Bruselas al Gobierno de Cuba para analizar una posible modificación de la Posición Común	23
181/003089	Pregunta formulada por el Diputado don Teófilo de Luis Rodríguez (GP), sobre razones por las que España está defendiendo una modificación de las relaciones exteriores de la Unión Europea con la República de Cuba	24

	Páginas
Comisión de Defensa	
181/003076	Pregunta formulada por el Diputado don Jordi Xuclà i Costa (GC-CiU), sobre posibilidad de ajustar el precio de transmisión del terreno denominado «4.º Depósito de Sementales» o «Cuartel de la Remonta», cuya venta se ha negociado con el Consorcio para la reforma de la Gran vía en Hospitalet de Llobregat 24
181/003078	Pregunta formulada por el Diputado don Arsenio Fernández de Mesa Díaz del Río (GP), sobre motivos por los que existen Oficiales Generales de las Fuerzas Armadas que no tienen destino y se encuentran en sus domicilios sin ocupación profesional alguna ligada al Ministerio de Defensa 24
181/003079	Pregunta formulada por el Diputado don Arsenio Fernández de Mesa Díaz del Río (GP), sobre número de Oficiales Generales de los Ejércitos de Tierra, Aire y de la Armada en activo, que se encuentran sin destino actualmente 24
181/003080	Pregunta formulada por el Diputado don Arsenio Fernández de Mesa Díaz del Río (GP), sobre número de Oficiales Generales que han continuado ocupando su destino, a pesar de haber pasado a la reserva, en la presente Legislatura 24
181/003081	Pregunta formulada por el Diputado don Arsenio Fernández de Mesa Díaz del Río (GP), sobre número de Oficiales Generales que han continuado ocupando su destino, a pesar de haber pasado a la situación de retirado, en la presente Legislatura 25
181/003082	Pregunta formulada por el Diputado don Arsenio Fernández de Mesa Díaz del Río (GP), sobre fecha prevista para la finalización de las Residencias de Defensa a las que se refiere el Acuerdo del Consejo de Ministros de 19/09/2008 25
181/003083	Pregunta formulada por el Diputado don Arsenio Fernández de Mesa Díaz del Río (GP), sobre términos exactos del estudio inicial del Acta de Necesidades (ADNE) en relación con las Residencias de Defensa a las que se refiere el Acuerdo de Consejo de Ministros de 19/09/2008 25
181/003084	Pregunta formulada por el Diputado don Arsenio Fernández de Mesa Díaz del Río (GP), sobre número de buques de más de 400 toneladas de desplazamiento que tienen su mando reservado para Tenientes de Navío 25
181/003085	Pregunta formulada por el Diputado don Arsenio Fernández de Mesa Díaz del Río (GP), sobre número de buques que tiene la Armada en servicio para mando de Tenientes de Navío 25
181/003086	Pregunta formulada por el Diputado don Arsenio Fernández de Mesa Díaz del Río (GP), sobre número de patrulleros ligeros de la clase «Toralla» que tiene en servicio la Armada 25
181/003087	Pregunta formulada por el Diputado don Arsenio Fernández de Mesa Díaz del Río (GP), sobre número de patrulleros ligeros de la clase «Anaga» que tiene en servicio, a día de la fecha, la Armada 25
Comisión de Industria, Turismo y Comercio	
181/003095	Pregunta formulada por el Diputado don Miguel Ángel Heredia Díaz (GS), sobre balance de la temporada turística de verano de 2010 en la provincia de Málaga 26
Comisión de Igualdad	
181/003090	Pregunta formulada por la Diputada doña Susana Ros Martínez (GS), sobre valoración del trabajo que se ha llevado a cabo con las Comunidades Autónomas para la prevención y asistencia de los menores expuestos a entornos de violencia de género 26
181/003091	Pregunta formulada por la Diputada doña Susana Ros Martínez (GS), sobre convenios promovidos por el Ministerio de Igualdad en materia de empleo con los ayuntamientos .. 26
181/003092	Pregunta formulada por la Diputada doña Susana Ros Martínez (GS), sobre balance del Ministerio de Igualdad sobre el Plan de Trata de Personas 26

	Páginas
181/003093 Pregunta formulada por la Diputada doña Susana Ros Martínez (GS), sobre valoración del Ministerio de Igualdad sobre el Programa de Apoyo Empresarial a las Mujeres con las Cámaras de Comercio	26
181/003094 Pregunta formulada por la Diputada doña Susana Ros Martínez (GS), sobre objetivos de la Red de Servicios de Asistencia a víctimas de discriminación por origen racial o étnico puestas en funcionamiento por el Ministerio de Igualdad	27

Competencias en relación con otros órganos e instituciones

COMUNIDADES AUTÓNOMAS

093/000020 Convenio de colaboración entre Comunidades Autónomas para la coordinación de sus redes de centros de acogida a la mujer víctima de violencia de género	27
093/000021 Convenio de colaboración entre Comunidades Autónomas para el reconocimiento recíproco de los certificados de formación de los aplicadores de tatuajes, piercings y micropigmentaciones	29
093/000022 Convenio de colaboración entre Comunidades Autónomas para la definición de estrategias comunes orientadas a impulsar actuaciones conjuntas en materia turística	31
093/000023 Convenio de colaboración entre Comunidades Autónomas para el intercambio de información sobre las licencias de funcionamiento a los fabricantes de productos sanitarios a medida	33
093/000024 Convenio de colaboración entre Comunidades Autónomas para la ejecución que les corresponde de las medidas de internamiento y medio abierto previstas en el artículo 7.1 de la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores	35
093/000025 Convenio de colaboración entre Comunidades Autónomas en materia de prevención y extinción de incendios forestales	37
093/000026 Convenio de colaboración entre Comunidades Autónomas en materia de juventud para la coordinación de sus actividades e instalaciones juveniles	40

Otros textos

COMISIONES, SUBCOMISIONES Y PONENCIAS

154/000008 Subcomisión para el Pacto de Estado en la Sanidad. <i>Informe de la Subcomisión</i>	42
<i>Votos particulares</i>	82

CONTROL DE LA ACCIÓN DEL GOBIERNO

PROPOSICIONES NO DE LEY

La Mesa de la Cámara, en su reunión del día de hoy, ha acordado admitir a trámite, conforme al artículo 194 del Reglamento, las siguientes Proposiciones no de Ley y considerando que solicitan el debate de las iniciativas en Comisión, disponer su conocimiento por las Comisiones que se indican, dando traslado al Gobierno, y publicar en el Boletín Oficial de las Cortes Generales.

En ejecución de dicho acuerdo se ordena su publicación de conformidad con el artículo 97 del Reglamento de la Cámara.

Palacio del Congreso de los Diputados, 13 de octubre de 2010.—P. D. El Secretario General del Congreso de los Diputados, **Manuel Alba Navarro**.

Comisión de Asuntos Exteriores

161/001933

A la Mesa del Congreso de los Diputados

En nombre del Grupo Parlamentario Socialista me dirijo a esa Mesa para, al amparo de lo establecido en el artículo 193 y siguientes del vigente Reglamento del Congreso de los Diputados, presentar la siguiente Proposición no de Ley, sobre impulso de la Cumbre de Unión por el Mediterráneo, para su debate en la Comisión de Asuntos Exteriores.

Exposición de motivos

El acuerdo alcanzado sobre la puesta en marcha del servicio europeo de acción exterior y la importancia de las Cumbres con terceros países o regiones que han sido celebradas en el periodo de la Presidencia Española responden a la necesidad y voluntad política de que Europa se vea fortalecida como actor global.

La Unión por el Mediterráneo (UpM) representa la nueva fase de las relaciones euromediterráneas que retoma el Proceso de Barcelona y supone un importante esfuerzo colectivo por reforzar la cooperación y el diálogo entre la UE y los países de la cuenca mediterránea. El programa de la Presidencia española para el primer semestre de 2010 marcó como objetivo consolidar la UpM, en particular, con la organización de la Cumbre de Barcelona cuyo desarrollo se ha visto entorpecido por las tensiones existentes en la región.

No obstante, la decisión acordada con las copresidencias de la UpM, Francia y Egipto, de aplazar la Cumbre de la Unión por el Mediterráneo para el próximo mes de noviembre, mantiene Barcelona como el marco que acogerá a los jefes de estado y de gobierno de los 43 países del espacio euromediterráneo, siendo su objetivo principal el consolidar esta importante estrategia europea de cooperación y de paz entre los países de la cuenca mediterránea.

Por todo ello, el Grupo Parlamentario Socialista, consciente del apoyo decidido que merece la celebración de dicha Cumbre, así como de la importancia, dificultad y alcance que la consolidación de la Unión por el Mediterráneo representa para la estabilidad de la región y el desarrollo de nuestras sociedades, presenta la siguiente

Proposición no de Ley

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a:

1. Seguir apoyando la plena operatividad del Secretariado de la Unión y la coordinación de España con las copresidencias de la UpM (Francia y Egipto), junto al resto de altas autoridades implicadas (Comisario de Ampliación y Política de Vecindad de la UE, Secretario General de la Liga Árabe, Alto Representante de la Alianza de Civilizaciones), con el fin de asegurar y acelerar la implementación técnica de los proyectos seleccionados en la Cumbre de París: Plan Solar Mediterráneo; iniciativa Mediterránea de Desarrollo Empresarial; Proyecto de Descontaminación del Mediterráneo; Autopistas del Mar y Autopistas de Tierra; Enseñanza Superior e investigación: Universidad Euro-Mediterránea y el Proyecto sobre Protección Civil.

2. Promover espacios viables para la reactivación del proceso de paz y de diálogo entre israelíes y palestinos que, basadas en el respeto a las resoluciones acordadas en las Naciones Unidas, permitan que la Cumbre pueda retomar las negociaciones en materia de agua, seguridad alimentaria, medio ambiente, educación superior, investigación, desarrollo de infraestructuras, cooperación tecnológica y energética en la región, avanzando en la definición de una estrategia regional coherente contra el cambio climático que integre dichos programas, y poniendo en marcha alternativas medibles y reales que respondan a las necesidades presentes y futuras de la población en ambas orillas del mediterráneo, así como al impacto económico y social de la crisis financiera en los países socios mediterráneos.

3. Recoger las aportaciones de la Asamblea Parlamentaria Euro-Mediterránea (APEM) y de la recién

creada Asamblea Regional y Local Euro-Mediterránea (ARLEM), espacios fundamentales de diplomacia pública ejercida por quienes, en calidad de representantes democráticos de las instituciones más cercanas a la ciudadanía, son actores principales de un proceso que requiere de este tipo de lazos y de esfuerzo político de intercambio y diálogo permanentes, para conseguir la paz y el desarrollo inclusivo e integrado de la región.

4. Hacer visible las aportaciones de la sociedad civil vinculada a este proceso, en especial las que se derivan de la declaración adoptada en el Foro Civil de Alicante el pasado mayo, impulsando la aplicación del Programa Euromed Sociedad Civil 2010-2013, mediante políticas activas dirigidas a la integración de la diversidad de sus sociedades, en el marco común del respeto a los pactos internacionales de derechos civiles y políticos y la extensión de los derechos económicos y sociales, junto al objetivo de igualdad de género y erradicación de la violencia ejercida contra las mujeres, condición esencial en el proceso de democratización que se pretende y uno de los objetivos centrales del partenariado euromediterráneo.»

Palacio del Congreso de los Diputados, 29 de septiembre de 2010.—**Jordi Pedret i Grenzner**, Diputado.—**Eduardo Madina Muñoz**, Portavoz del Grupo Parlamentario Socialista.

161/001941

A la Mesa del Congreso de los Diputados

En nombre del Grupo Parlamentario Socialista tengo el honor de dirigirme a esa Mesa para, al amparo de lo dispuesto en el artículo 193 y siguientes del vigente Reglamento del Congreso de los Diputados, presentar la siguiente Proposición no de Ley, sobre labor de la Agencia de Naciones Unidas para los refugiados de Palestina (UNRWA), para su debate en la Comisión de Exteriores.

Exposición de motivos

Hace prácticamente un año, el pasado 8 de diciembre de 2009, la Agencia de Naciones Unidas para los refugiados de Palestina (UNRWA, por sus siglas en inglés), conmemoraba sus sesenta años de trabajo ininterrumpido junto a millones de refugiados de Palestina, que han pasado a constituir el grupo de población que, durante más tiempo, ha permanecido en el exilio. Los registros de UNRWA cuentan con 4.718.899 refugiados palestinos, de los que 1.385.316 continúan viviendo en alguno de los 58 campamentos asistidos por la Agencia.

Desde entonces UNRWA trabaja con perseverancia y duro esfuerzo, proporcionando educación a casi 500.000 alumnos matriculados en 689 escuelas;

prestando, además, asistencia sanitaria en 137 clínicas de salud que reciben alrededor de 10 millones de visitas de pacientes al año. Por otra parte, 263.474 de refugiados en situación de pobreza extrema reciben apoyo directo de la UNRWA, a través de su programa de servicios sociales. Asimismo UNRWA gestiona 65 centros de mujeres y 39 centros de rehabilitación para personas con discapacidades, y viene desarrollando desde 1990 uno de los programas de microcréditos más exitosos de Oriente Medio, que financia en la actualidad 24.000 préstamos por valor de 30 millones cada año.

Todos recordamos cómo 14 trabajadores de la Agencia murieron durante el ataque a la Franja de Gaza, en cuyo bombardeo se destruyeron sus almacenes centrales con toneladas de ayuda humanitaria, así como escuelas y otras infraestructuras de la UNRWA. Cuando tras la denominada operación «Plomo Fundido» Israel declaró el alto el fuego unilateral el 18 de enero de 2009, se contabilizaron 1.414 víctimas mortales y 5.015 heridos de los que 410 era menores fallecidos y 1.855 fueron niños y niñas heridos, según datos del Ministerio de Salud Palestino. En dicha área, en la que se hacían un millón y medio de habitantes en 360 kilómetros cuadrados, UNRWA actúa como principal agente humanitario. Y a pesar del efecto positivo del reciente levantamiento de las restricciones para la importación de bienes de consumo, más del 60 % de los habitantes de Gaza viven por debajo de la línea de pobreza, un 40 % son desempleados y el 80 % de su población depende de la ayuda alimentaria. Como resaltaba recientemente el Comisionado General de la UNRWA, es un hecho el que los niños y las niñas de Gaza acuden hambrientos a la escuela y que dependen de sus servicios de comedor para poder recibir las calorías y proteínas que necesitan para su crecimiento y aprendizaje en condiciones de salud adecuadas.

También la pobreza se ha generalizado y agravado en Cisjordania. A la construcción del muro se suman 620 obstáculos, un férreo sistema de controles y restricciones sobre el movimiento de la población y las mercancías, siendo los niveles de desempleo muy elevados entre su población refugiada. A ello se une el precio de las viviendas y de los productos de primera necesidad, situación de empobrecimiento a la que, para hacerla frente, ha debido UNRWA redoblar sus esfuerzos, junto al resto de agencias y ONGD que prestan sus servicios en la zona.

Pero además UNRWA ha continuado por tercer año su labor de apoyo en situación de emergencia, en el campamento de refugiados de Palestina Nahr el-Bared en el Líbano, así como en aquellas zonas más estables de Siria y Jordania que, sin embargo, tras la afluencia de refugiados iraquíes hacia ambos estados, han requerido un esfuerzo adicional a través de UNRWA, para que no recayeran en exceso sobre los servicios sociales en ambos países. Cabe recordar que ambos países acogen a un gran número de refugiados de Palestina: en

Jordania residen casi dos millones, mientras que en Siria vive alrededor de medio millón.

Respecto de la labor desarrollada por la UNRWA, recientemente su Comisionado General, Filippo Grandi, ha puesto de relieve cómo el imperativo de poner a las personas en el centro de sus intervenciones, que fundamenta el mandato de la UNRWA, se relaciona con el paradigma de la seguridad humana. Un concepto ligado al aseguramiento de las necesidades básicas y a la mejora de la calidad de vida de las personas que, sin duda, influye directamente en la generación de las necesarias condiciones para la reducción y del conflicto y la reconstrucción de la paz.

A dicho objetivo responde el trabajo de la cooperación con estados frágiles o en situación de conflicto, uno de los principales enfoques de la cooperación multilateral en los últimos años. Cabe destacar que, en este sentido, España ha venido contribuyendo a varios de los fondos multidonante creados, destacando en 2009 el Programa de Apoyo a la Autoridad Nacional Palestina PEGASE —principal programa de apoyo de la Comisión Europea— y para el que España contribuyó con 25 millones de euros en 2009.

Como refleja el Informe de la Cooperación Multilateral Española remitido a esta Cámara en el pasado mes de mayo, el mecanismo PEGASE («Palestino-Europeén de Gestion et d'Aide Socio Économique») se ha articulado alrededor de los cuatro ejes —governabilidad, desarrollo social, desarrollo económico e infraestructuras públicas— del Plan Palestino de Reforma y Desarrollo 2008-2010, y ha sido complementado, en el ámbito multilateral, con el apoyo destinado a la UNRWA, que recibió en 2009 un montante de 13 millones de euros, dedicando dicha contribución al mantenimiento de los servicios básicos de los campamentos de refugiados palestinos en Gaza y Cisjordania.

Por último, es de destacar en nuestro país la labor desempeñada por el Comité Español de apoyo a la UNRWA y la importante colaboración que a estos programas prestan diferentes CCAA y entes locales de nuestro país.

Por todo ello, siendo el factor humano el elemento más decisivo en el desarrollo y considerando crucial el apoyo a estas iniciativas del sistema multilateral en apoyo de la población refugiada palestina, en estos momentos de impulso político para generar mejores condiciones para la paz en la zona, el Grupo Parlamentario Socialista presenta la siguiente

Proposición no de Ley

«El Congreso de los Diputados:

1. Reconoce los esfuerzos desarrollados a lo largo del mandato de la UNRWA a favor de la población refugiada de Palestina, así como el apoyo continuado del conjunto de las administraciones españolas a su labor.

2. Insta al Gobierno de España a continuar apoyando la acción de la UNRWA en el mantenimiento de los servicios básicos de los campamentos de refugiados, promoviendo el trabajo de sensibilización y el desarrollo de los programas del Comité Español de apoyo a la UNRWA.»

Palacio del Congreso de los Diputados, 7 de octubre de 2010.—**Jordi Pedret i Grenzner, Meritxell Cabezón Arbat, Fátima Aburto Baselga y Juan Antonio Pérez Tapias**, Diputados.—**Eduardo Madina Muñoz**, Portavoz del Grupo Parlamentario Socialista.

Comisión de Defensa

161/001924

A la Mesa del Congreso de los Diputados

Don Josep Antoni Duran i Lleida, en su calidad de Portavoz del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), y de acuerdo con lo establecido en el artículo 193 y siguientes del Reglamento de la Cámara, presenta, para su discusión ante la Comisión de Defensa del Congreso de los Diputados, una Proposición no de Ley relativa a la rebaja del precio de venta de los terrenos del «Cuartel de la Remonta».

Antecedentes

El Ministerio de Defensa ostenta la titularidad de unos terrenos ubicados en el municipio de Hospitalet de Llobregat, cuya finalidad ha sido desafectada, han sido declarados alienables y se han puesto a disposición de la Gerencia de Infraestructura y Equipamiento de la Defensa (GIED). La venta de esta finca, llamada «40 Depósito de Sementales» o «Cuartel de la Remonta», ha sido negociada por la GIED con el Consorcio para la Reforma de la Gran vía en Hospitalet de Llobregat, formado por el Departamento de Política Territorial y Obras Públicas de la Generalitat de Catalunya y el Ayuntamiento de Hospitalet de Llobregat.

En las negociaciones que han entablado el Consorcio y la GEID se ha fijado un precio de venta para el «Cuartel de La Remonta» de 17.076.536, 09 euros. La Ley prohíbe la donación gratuita de bienes por parte de las Administraciones Públicas, con lo que es obvio que debe pactarse un justiprecio para la adquisición. Sin embargo, la Administración Pública tampoco puede ser ajena a la evolución actual del mercado inmobiliario, que es un sector en recesión y en el que los precios están cayendo. Así, a la hora de establecer un importe para la transmisión debe atenderse a la nueva realidad del mercado, que obliga a un ajuste en las cantidades.

Asimismo, en las negociaciones también se ha convenido que la parcela enajenada se va a utilizar funda-

mentalmente para la construcción de viviendas protegidas que resulten a precios asequibles para los ciudadanos con menores ingresos. De esta manera, la finalidad con la que el Consorcio va a hacer uso de los terrenos adquiridos no pretende ser lucrativa, sino más bien social, dedicándolos a dotar al medio urbano de Hospitalet de Llobregat de los equipamientos necesarios para el desarrollo equilibrado y sostenible del municipio. Por tanto, esta circunstancia, unida a la necesidad de ajuste de los precios de venta por la situación actual del mercado inmobiliario, justifica una disminución de la cantidad de 17.076.536,09 euros, que hasta ahora se ha previsto para la enajenación.

Por todo ello, el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència Unió) presenta la siguiente

Proposición no de Ley

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a rebajar la cantidad de 17.076.536,09 euros, precordada como precio de venta de los terrenos del «Cuartel de la Remonta» por parte de la Gerencia de Infraestructura y Equipamiento de la Defensa (GIED) en favor del Consorcio para la Reforma de la Gran Vía en Hospitalet de Llobregat, en atención a la nueva realidad del mercado inmobiliario y a la finalidad social de construcción de viviendas protegidas a la que se va a dedicar la referida parcela.»

Palacio del Congreso de los Diputados, 28 de septiembre de 2010.—**Josep Antoni Duran i Lleida**, Portavoz del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió).

Comisión de Economía y Hacienda

161/001923

A la Mesa del Congreso de los Diputados

El Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds, a instancia de su portavoz, don Joan Ridao i Martín, al amparo de lo dispuesto en el artículo 193 y siguientes del Reglamento de la Cámara, presenta la siguiente Proposición no de Ley sobre el inmediato pago a las entidades locales de las compensaciones por los beneficios fiscales que se derivan del IBI urbana de las concesionarias de autopistas, para su debate en la Comisión de Economía y Hacienda.

Exposición de motivos

Autopistas Concesionaria Española S. A. (ACESA) es la entidad que tiene adjudicada la concesión administrativa para la construcción, conservación y explota-

ción de la autopista AP-2, una parte de la cual transcurre, entre otros, por el término municipal de Les Borges Blanques.

La Ley de Autopistas 8/1972, de 10 de mayo, establece una bonificación del 95 % de la cuota anual del Impuesto sobre Bienes Inmuebles de naturaleza urbana (antigua contribución territorial urbana), que recae sobre la concesionaria.

No obstante, la Ley reguladora de las Haciendas Locales 39/1988 establece, en su disposición transitoria segunda, que «Quienes a la fecha de comienzo de aplicación del Impuesto sobre Bienes Inmuebles gocen de cualquier clase de beneficio fiscal en la contribución territorial rústica y pecuaria o en la contribución territorial urbana continuarán disfrutando de los mismos en el Impuesto citado en primer lugar, hasta la fecha de su extinción, y, si no tuvieran término de disfrute, hasta el 31 de diciembre de 1992, inclusive».

Dicha disposición transitoria abrió la puerta a la posibilidad de poder entender finalizadas las bonificaciones que tenían las concesionarias de Autopistas en fecha 31-12-1992. No obstante, el Tribunal Supremo (Sentencia de 10 de diciembre de 1997, recurso de casación en interés de la Ley 5545/1996) consideró que estamos ante un beneficio que proviene directamente de una Ley, la Ley de Autopistas, y que no estamos ante un beneficio derivado de una norma tributaria y, por lo tanto, no le es aplicable la disposición transitoria segunda de la Ley 39/1988.

Dicha ley partía de la premisa de buscar la ordenación de un sistema financiero encaminado a la efectiva realización de los principios de autonomía y suficiencia financiera de las entidades locales y por ello prevé los mecanismos para el cumplimiento de estos principios, como el de la compensación en caso de que por Ley se otorguen beneficios fiscales en materia tributaria local.

Así las cosas, el artículo 9.2 del mencionado texto normativo fija el establecimiento legal de fórmulas de compensación a la administración local, en caso de que las leyes establezcan beneficios fiscales en materia de tributos locales, con el fin de sustituir los recursos dejados de percibir.

Así, a pesar de falta de previsión expresa en la Ley de Autopistas de 1972 de la compensación a las corporaciones locales por los beneficios fiscales, no significa que éstos no procedan, como así lo corroboran los siguientes textos legislativos:

a) La Ley 49/1998, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 1999, donde se dice: «Disposición adicional vigésima tercera. Compensación estatal a los Ayuntamientos por las bonificaciones, establecido en el artículo 12.a) de la Ley 7/1972. El Gobierno durante 1999 estudiará la compensación a los Ayuntamientos afectados por las bonificaciones, establecido en el artículo 12.a) de la Ley 7/1972, de 10 de mayo, de construcción, conservación y explotación de autopistas en régimen de peaje de las que son benefi-

ciarias las sociedades concesionarias de las autopistas, tanto de titularidad estatal como autonómica».

b) Ley 54/1999, de 29 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2000, donde se dice: «Disposición adicional vigésima sexta se dice: "Compensación estatal a los Ayuntamientos por las bonificaciones, establecido en el artículo 12.a) de la Ley 8/1972, de 10 de mayo, de construcción, conservación y explotación de autopistas en régimen de peaje. Durante el mes de enero del año 2000 el Gobierno Deberá dar traslado al Congreso de los Diputados del Resultado del estudio previsión en la disposición adicional vigésima tercera de la Ley 49/1998, relativa a la compensación estatal a los Ayuntamientos afectados por las bonificaciones, establecido en el artículo 12.a) de la Ley 8 /1972, de 10 de mayo, de Construcción, conservación y explotación de autopistas en régimen de peaje, de las que son beneficiarias las sociedades concesionarias de las autopistas, tanto de titularidad estatal como autonómica"».

Ante esta situación, lo que debían hacer los municipios era reclamar a la Dirección General de Fondos Comunitarios y Financiación Territorial del Ministerio de Hacienda el pago del beneficio fiscal equivalente al 95 % de la cuota del IBI urbana de las concesionarias de Autopistas. Las reclamaciones que ha llevado a cabo la Diputación de Lleida, por delegación de varios ayuntamientos, entre ellos el de Les Borges Blanques, fueron rechazadas, y contra su denegación se procedió a la interposición del correspondiente recurso contencioso-administrativo ante el Sala del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, quien mediante sentencia núm. 1484/2009, de 22 de julio, fallo a favor del derecho del Ayuntamiento de Les Borges Blanques ha ser debidamente compensado por el Estado por las deudas de los ejercicios 2003 a 2007 que en conjunto ascienden a 539.666,15 euros más los intereses legales.

En cumplimiento de ese fallo, varios ayuntamientos, entre ellos el de Les Borges Blanques, ya han recibido de parte del Estado la deuda correspondiente al IBI 2003-2007, quedando pendiente de cobro el IBI correspondiente a los ejercicios 2008, 2009 y 2010. El IBI bonificado de las Autopistas de los ejercicios 2008 y 2009 ya ha sido reclamado a la Dirección General de Fondos Comunitarios y Financiación Territorial del Ministerio de Hacienda, por parte del organismo autónomo de la Diputación de Lleida, pero aún no ha sido hecho efectivo.

Por todo ello se presenta la siguiente

Proposición no de Ley

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno español a:

1. Hacer efectivos de forma inmediata los pagos de las compensaciones para los beneficios fiscales que

se deriven del IBI urbana de las concesionarias de autopistas, ejercicios 2008 y 2009, entendiéndose que se trata de ejercicios cerrados.

2. Hacer efectivos los pagos del IBI de los ejercicios 2010 y siguientes tan pronto como se reclame su pago, sin más demoras que las del tiempo necesario para su tramitación.»

Palacio del Congreso de los Diputados, 27 de septiembre de 2010.—**Francesc Canet i Coma**, Diputado.—**Joan Ridao i Martín**, Portavoz del Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds.

Comisión de Fomento

161/001939

A la Mesa del Congreso de los Diputados

El Grupo Parlamentario Popular en el Congreso, al amparo de lo establecido en el artículo 193 y siguientes del vigente Reglamento del Congreso de los Diputados, presenta la siguiente Proposición no de Ley, relativa a mantenimiento de los servicios de la línea convencional Madrid-Cuenca-Valencia, para su debate en Comisión.

Exposición de motivos

Desde que en el año 2000 se alcanzara un acuerdo de trazado del AVE Madrid-Valencia, ha venido existiendo una gran preocupación por el futuro de la línea, perteneciente a la red convencional, Madrid-Cuenca-Valencia, que ha concentrado numerosos debates tanto políticos como de opinión pública.

Recientemente, el Ministro de Fomento ha anunciado que en los próximos meses RENFE realizaría estudios en diversas líneas convencionales para determinar su nivel de rentabilidad, con el objetivo de proceder o no a su cierre.

Hasta la fecha, el hecho de que la línea tuviera servicios de cercanías en las Comunidades de Madrid y Valencia, unido a un intangible «interés social» por ser el único servicio de ferrocarril con el que cuenta la provincia de Cuenca, ha permitido su supervivencia catalogada con el nivel «C», que corresponde al más básico de la compañía y al que le destina únicamente el mantenimiento esencial para garantizar la seguridad.

La inminente puesta en servicio del AVE Madrid-Valencia dibuja un escenario distinto que podrían hacer perder la función social que hasta la fecha hace de la red convencional una infraestructura singular para el entorno de Cuenca.

Adicionalmente y a diferencia de otras Comunidades Autónomas, Castilla-La Mancha no cuenta con ningún convenio o protocolo firmado con el Ministerio de

Fomento o incluso RENFE que prevea el mantenimiento de este tipo de líneas, especialmente una vez entrada en vigor de la Ley del Sector Ferroviario.

En la actualidad, y a falta de conocer la prestación de servicios que realice el AVE, el tren convencional sigue siendo la principal comunicación por transporte público entre la Provincia de Cuenca, Madrid y Valencia. Además, como ya existe en muchas ciudades, las infraestructuras de alta velocidad y las de red convencional pueden compartir estación y ser totalmente compatible su uso.

La alta velocidad tiene sus potencialidades como infraestructuras ferroviarias puestas al servicio de los pasajeros, pero no tiene por qué suponer la desaparición de una línea convencional apta para el transporte de medio recorrido para pasajeros y de mercancías.

En el caso de la Provincia de Cuenca, la rentabilidad social y económica de las inversiones públicas en la red convencional, teniendo en cuenta la situación estratégica de la ciudad como núcleo de paso de las mercancías que entren por el puerto de Valencia y que deriven hacia el norte y noroeste de España, quedaría justificada.

Por todo ello, el Grupo Parlamentario Popular presenta la siguiente

Proposición no de Ley

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a que adopte, a la mayor brevedad posible, todas las medidas necesarias para que la puesta en servicio de la alta velocidad Madrid-Valencia prevista para final de 2010 no suponga una merma en la actual prestación de servicios que RENFE viene realizando en la línea convencional Madrid-Cuenca-Valencia.»

Palacio del Congreso de los Diputados, 1 de octubre de 2010.—**María Jesús Bonilla Domínguez**, Diputada.—**María Soraya Sáenz de Santamaría**, Portavoz del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso.

Comisión de Educación y Deporte

161/001931

Don Josep Antoni Duran i Lleida, en su calidad de Portavoz del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), y de acuerdo con lo establecido en el artículo 193 y siguientes del Reglamento de la Cámara, presenta, para su discusión ante la Comisión de Educación y Deporte, una Proposición no de Ley relativa a la problemática surgida en torno al acceso a la universidad entre los alumnos de formación profesional y de bachillerato.

Exposición de motivos

El Real Decreto 1892/2008, de 14 de noviembre, junto con la Orden EDU/1434/2009, de 29 de mayo, que

actualiza los anexos del Real Decreto citado, establecían las nuevas condiciones para el acceso a las enseñanzas universitarias de grado para el curso 2010-2011, regulando los nuevos procedimientos de admisión a las universidades públicas. Entre otras modificaciones que se contenían, destaca la eliminación de los cupos o cuotas de plazas que se reservaban para los estudiantes provenientes de Ciclos Formativos de Grado Superior.

La supresión de los cupos ha introducido elementos discriminatorios en el sistema de acceso a la Universidad, creando desconcierto entre los estudiantes y distorsionando las finalidades clásicas atribuidas al Bachillerato y a la Formación Profesional. Así, el objetivo principal de los Ciclos Formativos es dotar al estudiante de una formación técnica dirigida a la ocupación y su inserción en el mundo laboral, siendo la enseñanza universitaria un complemento a su educación. Por su parte, el Bachillerato aporta a los estudiantes unas bases con la pretensión de encaminarse hacia la formación universitaria.

Asimismo, el nuevo sistema, con la eliminación de los cupos, ha hecho que las notas de acceso de los alumnos con título de bachillerato y prueba de selectividad y la de los que tienen el título de técnico superior pasen a competir de forma directa, produciéndose que en algunas carreras haya habido una mayoría de matriculaciones de alumnos provenientes de FP, mientras que en otras son los alumnos de Bachillerato los que predominan. Todo ello fruto del nuevo método de cálculo de la nota de acceso, por la cual los alumnos de Bachillerato pueden sumar hasta 14 puntos, mientras que los de FP sólo pueden llegar a 12.

Como consecuencia de la implantación del nuevo modelo, en Catalunya, unos seis mil estudiantes de bachillerato se han quedado sin la plaza universitaria solicitada como primera opción para este curso al haberse registrado una fuerte afluencia de alumnos procedentes del grado superior de la Formación Profesional hacia determinadas carreras.

La solución que el Ministerio de Educación ha adoptado para paliar las disfunciones del modelo de cara al año próximo es la introducción de un sistema corrector basado en que los estudiantes de FP de grado superior realicen una prueba de acceso a la universidad que complemente su media de notas. Esta prueba de acceso, no obstante, sería la misma que realizarían los estudiantes de bachillerato en la fase específica en asignaturas, con lo que los alumnos de FP deberían afrontar un examen de materias que no han estudiado, perpetuando así la discriminación y desconcierto entre los colectivos de estudiantes.

Esta propuesta fue aprobada el pasado día 7 de septiembre por las Comunidades Autónomas, con el voto en contra de Catalunya. El cambio propuesto por el Ministerio es precipitado y no resuelve la problemática existente, de tal manera que desde nuestro Grupo Parlamentario creemos que la única solución viable es volver al sistema de cupos mientras se buscan nuevas fórmulas de acceso a la Universidad más equitativas.

Asimismo, también es importante que cualquier cambio que se adopte en el futuro tenga un mínimo de tres años para su implantación definitiva, con lo que los estudiantes que inician sus estudios, ya sea de Formación Profesional o de Bachillerato, sepan cómo y en qué condiciones podrán acceder a la Universidad.

El nuevo modelo de acceso a la universidad es injusto y perjudicial para conseguir una universidad pública de calidad, exigente y competitiva, así como una FP centrada en habilitar a sus estudiantes para la inserción en el mundo laboral. Por tanto, es necesario trabajar por un modelo educativo que priorice la excelencia en todos los ámbitos y que garantice, tal y como establece el artículo 42.3 de la Ley Orgánica 6/2001, de Universidades, el acceso a la universidad, respetando los principios de igualdad, mérito y capacidad.

Por todo ello, el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) presenta la siguiente

Proposición no de Ley

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a:

1. Adoptar las medidas oportunas para modificar el modelo actual de acceso a la Universidad, volviendo al anterior sistema de cupos de plazas reservadas para los estudiantes de Ciclos Formativos de Grado Superior.

2. Buscar el consenso necesario entre las fuerzas políticas y la comunidad educativa afectada para pactar el establecimiento de un modelo de acceso a la Universidad justo y equitativo, que deberá contar siempre con una moratoria de tres años en su aplicación, con el objetivo de que los estudiantes conozcan con antelación las condiciones en las que van a poder acceder a la Universidad.»

Palacio del Congreso de los Diputados, 28 de septiembre de 2010.—**Josep Antoni Duran i Lleida**, Portavoz del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió).

Comisión de Trabajo e Inmigración

161/001938

A la Mesa del Congreso de los Diputados

El Grupo Parlamentario Popular en el Congreso, al amparo de lo establecido en el artículo 193 y siguientes del vigente Reglamento del Congreso de los Diputados, presenta la siguiente Proposición no de Ley sobre un Plan de Empleo para los Jóvenes, para su debate en la Comisión de Trabajo e Inmigración.

Exposición de motivos

La crisis por la que atraviesa la economía española está siendo especialmente virulenta en el mercado de

trabajo. El fuerte proceso de destrucción de empleo que se ha producido en nuestro país, desde que se inició la crisis, es un caso único. No hay ningún otro país de la UE o de la OCDE que haya perdido el 10 % de su ocupación.

Este fuerte ajuste del empleo en nuestro mercado de trabajo está siendo especialmente intenso para los jóvenes. En España hay 1.573.600 parados de entre 16 y 29 años (EPA II trimestre), un tercio del total de la población desempleada. La tasa media de desempleo en la Unión Europea entre los que todavía no han cumplido 25 años es del 20,2 %, según los datos de eurostat del mes de agosto. España, encabeza el "ranking" con un 41,6 %. Eslovaquia le sigue, pero a mucha distancia, con un 31,6 %. En Alemania y Holanda el paro juvenil supone un lejano 8,8 %.

Otro problema que afecta a los jóvenes de nuestro país es la alta tasa de fracaso escolar, muy por encima de la media europea y de los países de la OCDE. Nuestro país no es ajeno a este problema que puede poner en riesgo el futuro de nuestros jóvenes y puede lastrar el crecimiento y el bienestar de nuestra sociedad. Esta situación tiene un fiel reflejo en los datos de desempleo. Aunque el desempleo es un problema generalizado entre los jóvenes, varía bastante en función del nivel de estudios. Así entre los distintos grupos, los que lo tienen más difícil son los que no han acabado la ESO, con un alarmante 62 % de paro entre los menores de 25 años. Los que estudiaron hasta Bachillerato o han cursado FP tienen un desempleo del 40,6 %. Los universitarios, a pesar de los años de estudio, afrontan ahora más dificultades que nunca para encontrar trabajo: un 28,3 %.

Además, el Informe Panorama de la OCDE 2010 alerta de que un 14 % de los jóvenes españoles ni estudia ni trabaja, lo que hará más difícil una generación de remplazo cualificada y preparada para las exigencias del nuevo mercado laboral.

El problema de la Formación Profesional en España ha sido puesto de manifiesto recientemente por la OCDE, ya que en España, la media de jóvenes hasta 24 años que tiene un título de FP de Grado Medio es de un 38 %, mientras que la media de la UE es de un 52 %. Según dicho organismo, esta diferencia repercute de forma negativa en el mercado laboral. A pesar de que este año el número de alumnos de FP de grado medio se ha incrementado en más de 10.000 plazas, hasta sumar 281.787 alumnos que se prevén para el curso 2010-2011, hay 40.000 alumnos que se quedarán sin plaza en 2011.

Los jóvenes, por lo tanto, están siendo los principales afectados por la crisis económica, que o bien les está impidiendo acceder por primera vez al mundo laboral, retrasando su completa emancipación, o bien les ha obligado a interrumpir su carrera profesional, destruyendo sus expectativas de desarrollo personal.

Las medidas emprendidas hasta ahora sólo han sido escasas y poco efectivas. La reforma laboral no ha ser-

vido para dar un impulso a las políticas activas de empleo para los jóvenes. Es por ello necesario que de forma urgente se adopten medidas eficaces que contribuyan a invertir esta tendencia y a proteger a quienes están quedando desamparados como consecuencia de la fuerte crisis económica.

Es por todo ello que el Grupo Parlamentario Popular presenta la siguiente

Proposición no de Ley

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno en colaboración con las CCAA a aprobar un Plan de Empleo destinado a los jóvenes que comprenderá entre otras las siguientes medidas:

I. Formación profesional

— Se creará el «Cheque formación» para jóvenes menores de treinta años, tanto en situación laboral activa como en situación de desempleo, con prestación o sin prestación, previa consulta con la Fundación Tripartita para la Formación en el Empleo, que desarrollará reglamentariamente la financiación y utilización del cheque formación. Al trabajador se le entregaría un cheque formación que debe a su vez entregar en el centro de formación correspondiente, dejando a los trabajadores la elección del centro y de la formación recibida.

— Incrementar la oferta pública de programas de formación para el empleo y las titulaciones de formación profesional de grado medio y superior del sistema educativo.

— Modificar la normativa estatal para optimizar el sistema de financiación actual de la formación profesional, posibilitando que los centros de formación profesional del sistema educativo y de la formación para el empleo puedan realizar una oferta integrada.

— Posibilitar que la actual red de centros de formación profesional sostenida con fondos públicos pueda impartir en jornada de tarde/noche formación reglada y para el empleo.

— Establecer un Plan Extraordinario de formación profesional que pueda dar cabida a 800.000 jóvenes mediante medidas de orientación, formación profesional e inserción laboral.

II. Fomento del espíritu emprendedor

— Aumentar el porcentaje de capitalización de la prestación por desempleo, hasta el 100 % para jóvenes menores de treinta y cinco años.

— Establecer incentivos y ayudas públicas para jóvenes menores de treinta y cinco años que inicien «por primera vez» una actividad con cierto grado de especialización y con un componente tecnológico, consistentes en:

- Subvenciones a fondo perdido por inicio de actividad de 3.000 euros sobre las inversiones realizadas. Estos incentivos deberán ser justificados por medio de la realización de una Auditoría.

- Reducción en un 50 % de la base imponible del IRPF durante el primer año de la actividad.

- Reducir las cuotas a la Seguridad Social en un 35 % de la base mínima del Régimen Especial de trabajadores Autónomos durante los tres primeros años.

- Asesoramiento y ayuda en la realización de planes de viabilidad y en la gestión empresarial.

— Establecer créditos blandos o microcréditos para el desarrollo de actividades empresariales entre los jóvenes a través del ICO.

— Permitir que los fondos aportados a una cuenta ahorro-vivienda se puedan destinar alternativamente a la creación de una empresa o a la formación del titular de la misma en época de crisis económica.

III. Contrato para la formación

En la consideración de que en el contrato de trabajo para la formación, junto a la finalidad típica de intercambio de una prestación de servicios por retribución, se añaden la finalidad formativa y la de fomento del empleo juvenil, y que, por consiguiente, ésta es una de las principales vías de acceso al mercado de trabajo para los jóvenes de nuestro país, se propone hacer determinados ajustes respecto de la configuración legal de esta modalidad de contrato para desarrollar al máximo sus potencialidades. En concreto:

1.º Elevar el límite de edad de este contrato hasta los treinta años en orden a ampliar el potencial colectivo de destinatarios, en coherencia con lo establecido por el Gobierno en el artículo 3 del Real Decreto-ley 10/2010, de 16 de junio, para el contrato de fomento del empleo indefinido, al que pueden acceder los jóvenes entre dieciséis y treinta años.

2.º Posibilitar que se realicen contratos de formación para jóvenes, una vez agotado el tiempo máximo de duración de dicho contrato, siempre que sea en un puesto de trabajo diferente en la misma empresa.

3.º Modificar el artículo 11.2.e) del ET que liga la formación teórica con la escolaridad obligatoria, posibilitando que la formación esté en relación con la cualificación del puesto de trabajo a que se aspira.

4.º Autorizar a las ETT's que puedan ofrecer contratos en prácticas y de formación. Se trataría de aportarles también a estas empresas los mismos mecanismos para poder integrar a jóvenes en el empleo y aprovechar al máximo su importante red de oficinas.

IV. Bonificaciones de cuotas por la contratación de jóvenes menores de treinta años

Para favorecer el empleo juvenil se propone ampliar las bonificaciones de cuotas actualmente existentes en:

— Establecer una bonificación en la cuota empresarial a la Seguridad Social de 800 euros/anuales durante

tres años o, en su caso, por su equivalente diario, para la celebración de contratos indefinidos por parte de las empresas para jóvenes desempleados entre dieciséis y treinta años, ambos inclusive, que lleven inscritos en la Oficina de Empleo como desempleados al menos doce meses y que no hayan completado la escolaridad obligatoria o carezcan de titulación profesional. Cuando se trate de mujeres, las bonificaciones se aumentarán en 200 euros/anuales o su equivalente diario.

— Establecer una bonificación del 100 % de las cuotas empresariales a la Seguridad Social a las empresas que celebren contratos para la formación con trabajadores desempleados e inscritos en la oficina de empleo durante toda la vigencia del contrato, incluidas las prórrogas. Se propone bonificar la celebración de contratos en prácticas.

— Bonificación para la celebración de contratos en prácticas, las empresas que celebren contratos en prácticas con trabajadores desempleados e inscritos en la oficina de empleo tendrán derecho, durante toda la vigencia del contrato, incluidas las prórrogas, a una bonificación del 50 por ciento de la cuota empresarial por contingencias comunes.

— Bonificar la contratación temporal de menores de treinta años con 500 euros/año. Esta medida finaliza el 31 de diciembre de 2011.»

Palacio del Congreso de los Diputados, 5 de octubre de 2010.—**María Soraya Sáenz de Santamaría**, Portavoz del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso.

Comisión de Medio Ambiente, Agricultura y Pesca

161/001922

A la Mesa del Congreso de los Diputados

El Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds, a instancia de su portavoz, don Joan Ridao i Martín, al amparo de lo dispuesto en el artículo 193 y siguientes del Reglamento de la Cámara, presenta la siguiente Proposición no de Ley sobre la eliminación de excedentes del sector de la viña y el vino para su debate en la Comisión de Medio Ambiente, Agricultura y Pesca.

Exposición de motivos

El sector de la viña y el vino en el Estado español se encuentra deprimido en los precios, dada la situación de excedentes, aunque la producción se ha estabilizado, incluso se ha reducido ligeramente las últimas campañas, esta disminución no compensa en volumen la reducción progresiva del consumo interior desde hace veinte años, las exportaciones han empezado a

reducirse en la campaña 2008/2009, y sobre todo hay que tener en cuenta que los poco menos de 7 millones de Hectolitros que se vendían destilando estos últimos años se verán drásticamente reducidos por la reforma de la OCM Vitivinícola aprobada que se viene aplicando desde la campaña 2008/2009: las ayudas transitorias de la destilación de alcohol de uso de boca se integrarán a partir de 2011 en el pago único, y de momento el Estado español, contrariamente a Francia e Italia, de momento no ha aprobado ninguna destilación de crisis. Por tanto, la regulación del mercado que hasta ahora permitía gestionar las destilaciones desaparecerá en gran medida, y este nuevo volumen de vino disponible presionará aún más a la baja los precios en origen. Por si todo esto no fuera poco según el propio MARM, incluso la venta de vinos de calidad reconocida españoles cayó un 7,31 % en la campaña 2008-2009. Ante esta delicada situación, el MARM no ha incluido en el actual Plan de Apoyo Nacional la medida de vendimia en verde, la cual permite eliminar la uva cuando todavía está inmadura a cambio de una ayuda por hectárea que determina el MARM, de esta manera se ahorran costes de elaboración del vino y del alcohol que se acabaría destinando a usos industriales si se usan otras medidas de gestión de excedentes, a la vez que se compensa directamente al productor por la pérdida de renta.

Por todo ello se presenta la siguiente

Proposición no de Ley

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno español a modificar cuanto antes el «Plan de Apoyo Nacional», en base a lo establecido en los reglamentos comunitarios números 479/2008 y 555/2008, para incluir la medida de vendimia en verde con un presupuesto adecuado a las necesidades de prevención de excedentes de vino y que dicha medida esté operativa en la próxima campaña.»

Palacio del Congreso de los Diputados, 27 de septiembre de 2010.—**Francesc Canet i Coma**, Diputado.—**Joan Ridao i Martín**, Portavoz del Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds.

161/001925

A la Mesa del Congreso de los Diputados

El Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV), al amparo de lo dispuesto en los artículos 193 y siguientes del vigente Reglamento de la Cámara, presenta la siguiente Proposición no de Ley, relativa a proteger los términos «Txakoli-Chacolí-Txakolin-Chacolin-Txakolina» como

uso exclusivo en el ámbito territorial correspondiente a las tres denominaciones de origen, para su debate en la Comisión de Medio Ambiente, Agricultura y Pesca.

Exposición de motivos

El término Txakoli/Chacolí es una palabra de origen vasco que a lo largo de los años se ha asimilado e incluido en el léxico de la lengua española, y procede de la palabra «txakolina» identificada con un vino producido en la zona geográfica del País Vasco desde tiempos históricos.

El vino «Txakoli» está vinculado al País Vasco, con su historia y sus raíces como pueblo, sin que dicho término pueda ser apropiado por otra zona geográfica.

El consumidor medio identifica el término «Txakoli» con el País Vasco, y el vino que se comercializa con esa denominación es identificado por ese consumidor con ese origen específico.

Tres Denominaciones de Origen «Txakoli», en Álava, Bizkaia y Getaria, han establecido las normas para generar la regulación del producto txakoli o chacolí con el fin de proteger un fondo de comercio elaborado al amparo de dichas normas con el objetivo de preservar la calidad y el prestigio del vino «Txakoli».

Por todo ello, el Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV) presenta la siguiente

Proposición no de Ley

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a que, apoyándose en la reivindicación histórica de las tres denominaciones de origen Txakoli: Arabako Txakolina, Bizkaiko Txakolina, y Getariako Txakolina, realice las gestiones oportunas ante las instituciones europeas para proteger los términos «Txakoli-Chacolí-Txakolin-Chacolin-Txakolina» como uso exclusivo en el ámbito territorial correspondiente a estas tres denominaciones de Origen.»

Palacio del Congreso de los Diputados, 21 de septiembre de 2010.—**Josu Iñaki Erkoreka Gervasio**, Portavoz del Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV).

161/001935

A la Mesa del Congreso de los Diputados

En nombre del Grupo Parlamentario Socialista tengo el honor de dirigirme a esa Mesa para, al amparo de lo establecido en el artículo 193 y siguientes del vigente Reglamento del Congreso de los Diputados, presentar la siguiente Proposición no de Ley relativa al fomento de la agricultura ecológica, para su debate en la Comisión de Medio Ambiente, Agricultura y Pesca.

Exposición de motivos

La producción ecológica es un sistema general de gestión agrícola y producción de alimentos que combina las mejores prácticas ambientales, con un elevado nivel de biodiversidad, la preservación de recursos naturales, la aplicación de normas exigentes sobre bienestar animal y una producción conforme a las preferencias de determinados consumidores por productos obtenidos a partir de sustancias y procesos naturales.

De esta forma, puede entenderse que los métodos de producción ecológicos desempeñan un papel social doble, aportando, por un lado, productos agroalimentarios ecológicos que responde a la demanda de los consumidores y, por otro, bienes públicos que contribuyen a la protección del medio ambiente, al bienestar animal y al desarrollo rural.

Por otro lado, en la sociedad actual se ha incrementado sensiblemente la preocupación por los problemas relativos a la conservación de nuestro patrimonio natural y de nuestra biodiversidad. La globalización de los problemas ambientales y la creciente percepción de los efectos del cambio climático; el progresivo agotamiento de algunos recursos naturales; la desaparición, en ocasiones irreversible, de gran cantidad de especies de la flora y la fauna silvestres, y la degradación de espacios naturales de interés, se han convertido en motivo de seria preocupación para los ciudadanos, que reivindican su derecho a un medio ambiente de calidad que contribuyan a asegurar su bienestar.

Además, los productos ecológicos poseen un potencial de mayor valor añadido y permiten diversificar la oferta agraria, respondiendo a la demanda de alimentos de la máxima calidad, con las mayores garantías de respeto al medio ambiente. Por otro lado, este sistema de producción también beneficia a las regiones productoras, contribuyendo al desarrollo local, incrementando la tasa de empleo, conservando el paisaje y perfilándose como un magnífico vehículo de educación y concienciación medioambiental.

España cuenta con unas condiciones naturales de clima y suelo óptimas para este tipo de producción. Más aún cuando consideramos que muchos sistemas de explotación tradicionales basados en la extensificación pueden dar el paso rápidamente para convertirse en producción ecológica. Ello motiva que año tras año España incrementa la superficie dedicada a la agricultura ecológica, siendo ya el primer Estado miembro de la UE en este aspecto, con 1.602.870,50 de hectáreas en el año 2009. Destaca, igualmente, el crecimiento del número de operadores, que alcanza los 27.627.

Resulta destacable el aumento sostenido de producción en todas las ramas de actividad de la producción ecológica en los últimos años, destacando el incremento global de superficie dedicada a la producción primaria. Es destacable, igualmente, el incremento en el número de operadores producido, especial-

mente de los elaboradores, por los efectos de dinamización sobre toda la cadena agroalimentaria ecológica que producen y por el superior valor que añaden.

El sector presenta, pues, excelentes expectativas desde un punto de vista productivo. Está considerado como estratégico y conecta perfectamente con políticas medioambientales, de gestión de recursos escasos, de sostenibilidad y de calidad alimentaria.

No obstante, el sector español, líder en cuanto a superficie dedicada y número de operadores, sigue presentando debilidades sobre las cuales conviene incidir de cara al fortalecimiento del mismo y de cara a asegurar su futuro estable. En particular, cabe destacar el bajo nivel de conocimiento por parte de los consumidores sobre los condicionantes y el significado real de este método de producción, lo cual redundará en unos niveles relativamente de consumo de alimentos ecológicos en nuestro país. Del mismo modo siguen siendo evidentes las necesidades de formación especializada en el sector ecológico no sólo en la parte productiva, sino también en facetas como la transformación y comercialización.

El Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación presentó en febrero de 2007 el Plan Integral de Actuaciones para el Fomento de la Agricultura Ecológica (2007-2010). Esta estrategia partía de las conclusiones presentadas por el sector ecológico en las Jornadas de Reflexión y Debate sobre la Agricultura Ecológica celebradas en 2005 y se presentaba como la estrategia del antiguo Departamento de Agricultura para contribuir al desarrollo del sector ecológico en el marco de las competencias de la Administración General del Estado.

Teniendo en cuenta la situación del sector ecológico español y los principales resultados del Plan Integral de Actuaciones para el Fomento de la Agricultura Ecológica, resulta necesario continuar con el desarrollo de una serie de actuaciones con la finalidad de fomentar el desarrollo sostenible del sector ecológico español.

Por todo lo expuesto, el Grupo Parlamentario Socialista presenta la siguiente

Proposición no de Ley

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a continuar con la ejecución de actuaciones para el fomento del desarrollo del sector de la agricultura ecológica español», mediante la adopción de las siguientes medidas:

— Desarrollar actuaciones que mejoren la información del consumidor al respecto del método de producción y fomenten el incremento de la demanda interna. Especialmente, a través de las Organizaciones de Consumidores y con el apoyo de las Asociaciones y Cooperativas del sector.

— Facilitar al sector ecológico información de utilidad, a través de estudios y análisis, que contribuya a la mejor definición de sus estrategias propias.

— Continuar con el impulso a la formación especializada del sector en producción, elaboración, comercialización y gestión empresarial.

— Proveer de herramientas que permitan optimizar la gestión y mejorar la información disponible de las bases de datos de operadores ecológicos gestionadas por las comunidades autónomas.

— Elaboración de un documento de reflexión sobre el desarrollo del Plan Integral de Actuaciones para el Fomento de la Agricultura Ecológica y celebración de una Jornada de Reflexión y Debate junto a organizaciones sectoriales representativas y comunidades autónomas. Ambas acciones habrán de servir como punto de partida para la elaboración de la futura estrategia de agricultura sostenible.»

Palacio del Congreso de los Diputados, 1 de octubre de 2010.—**Alejandro Alonso Núñez**, Diputado.—**Eduardo Madina Muñoz**, Portavoz del Grupo Parlamentario Socialista.

161/001937

A la Mesa del Congreso de los Diputados

Al amparo de lo establecido en el Reglamento del Congreso de los Diputados, el Grupo Parlamentario ER-IU-ICV presenta la siguiente Proposición no de Ley, sobre nuevo Plan de Cuenca del Júcar, para su debate en la Comisión de Medio Ambiente, Agricultura y Pesca.

El nuevo Plan de Cuenca del Júcar, que debía haber estado en marcha hace un año, es necesario porque prolongar el actual de 1998 —más allá de la obligación legal que marca la Directiva Marco del Agua— significaría consolidar su actual sobreexplotación al no haber establecido sus caudales ecológicos.

Es más negativa si cabe esta dejación de la responsabilidad del Ministerio al admitir, el secretario de Estado de Medio Rural y Agua, Josep Puxeu en Valencia a mediados de septiembre, que el Plan que se prorrogaría sería el de 1998 (anterior a la Directiva Marco del Agua de 2000), dado que éste era muy negativo al atribuir al Júcar caudales irreales y usos excesivos. Era un Plan de sobre explotación en su momento, y lo es aún más doce años después con menor disponibilidad, así como antagónico a una Nueva Cultura del Agua más asentada en las conciencias y en legislación.

Es cierto que las administraciones autonómicas implicadas no han facilitado las cosas y han primado sus intereses localistas sobre la responsabilidad con el ecosistema hídrico que es el bien común a proteger, cosa que explica pero no exime al Gobierno de su competencia y

responsabilidad en una cuenca intercomunitaria. Los impactos ambientales, económicos y sociales de la no gestión del agua de la cuenca suponen que no se podrá iniciar la recuperación del sistema Júcar y se mantendrá su sobreexplotación. Si hoy no es más dramática la situación es por la excepcionalidad de las lluvias de este año, pero no hay ninguna garantía para llegar a 2015 con el «buen estado ecológico» exigible, ni siquiera para que el tramo valenciano del «Xúquer» mantenga un mínimo caudal y los usos ambientales de acuíferos y el importantísimo humedal de la Albufera de Valencia.

Nadie discute la conveniencia de que estas decisiones cuenten con el consenso de las Comunidades Autónomas afectadas pero, de no alcanzarse, es el Gobierno central el competente para actuar en las cuencas intercomunitarias así como para decidir y cumplir la legislación estatal emanada de la Directiva Marco del Agua. Y es a él a quién la UE pedirá responsabilidades por la dejación de responsabilidades.

Por todo ello se presenta la siguiente

Proposición no de Ley

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a:

No prolongar el Plan de Cuenca del Júcar de 1998 y a elaborar uno, a la mayor brevedad, en que se cumplan los requisitos de la Directiva Marco del Agua y el buen estado de las aguas superficiales, acuíferos y humedales del conjunto Júcar.»

Palacio del Congreso de los Diputados, 4 de octubre de 2010.—**Joan Herrera Torres**, Diputado.—**Gaspar Llamazares Trigo**, Portavoz del Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds.

Comisión de Política Territorial

161/001932

A la Mesa del Congreso de los Diputados

En nombre del Grupo Parlamentario Socialista tengo el honor de dirigirme a esa Mesa para, al amparo de lo establecido en el artículo 193 y siguientes del vigente Reglamento del Congreso de los Diputados, presentar la siguiente Proposición no de Ley, sobre el impulso de políticas para facilitar la creación y adhesión a redes de ciudades, para su debate en la Comisión de Política Territorial.

Exposición de motivos

La participación internacional de las ciudades ha cobrado una especial importancia en el mundo actual.

En las dos últimas décadas se ha consolidado el lugar de los actores locales en la participación internacional de las ciudades. Son muchas y muy variadas las razones por las que las ciudades y otras instancias subnacionales de gobierno han aparecido en la escena internacional, jugando en un escenario tradicionalmente reservado para los Estados.

Los gobiernos locales, al tiempo que se han transformado en actores relevantes de la escena internacional, también han buscado distintas formas de asociaciones que les permitan tener una incidencia mayor en su área de actuación, y en este sentido las redes han sido una forma privilegiada adoptada por las ciudades.

La formación de redes de ciudades no es un fenómeno que se remita a nuestra contemporaneidad, pues de hecho podemos rastrear su existencia en la antigüedad, desde las ciudades-estado griegas, pasando por la Europa medieval, aunque sea en el siglo XX cuando se reconoce el primer intento de crear una red de ciudades en el sentido actual del término, el que tuvo lugar en Bélgica en 1913 cuando representantes de más de 20 países crearon la Unión Internacional de Autoridades Locales.

Las redes municipales son agrupaciones voluntarias de municipios y otras entidades, que tienen por objeto fundamental el intercambio de experiencias y el desarrollo de proyectos y actuaciones en un determinado ámbito de actividad con el objeto de aunar esfuerzos y conocimientos para actuar como grupo de presión y fortalecer la posición institucional de los mismos.

A través de las redes se impulsa el desarrollo económico de los municipios, se produce un intercambio de experiencias y buenas prácticas, se trata de influir en las decisiones del Estado, la Unión Europea u organismos internacionales para que los intereses municipales sean considerados en la toma de decisiones, se logra un impulso de las políticas locales y se realizan acciones conjuntas de promoción y divulgación de conocimientos.

Con la aprobación del Libro Blanco del Comité de las Regiones sobre la gobernanza multinivel, en un mundo cada vez más interconectado los países de la Unión Europea han reconocido la importancia de la creación de redes incluso como factor determinante para una mejor reglamentación (redes entre los diferentes niveles de poder, entre los legisladores europeos, nacionales y regionales o las redes temáticas que tienen los puentes indispensables en una democracia moderna).

En concreto, las redes municipales son agrupaciones voluntarias de municipios y otras entidades, que tienen por objeto fundamental el intercambio de experiencias y el desarrollo de proyectos y actuaciones en un determinado ámbito de actividad con el objeto de aunar esfuerzos y conocimientos para actuar como grupo de presión y fortalecer la posición institucional de los mismos.

Por todo ello el Grupo Parlamentario Socialista presenta la siguiente

Proposición no de Ley

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a:

1. Impulsar políticas que promuevan la creación y faciliten la adhesión de los municipios de nuestro país a redes de ciudades.

2. Actualizar la información pública sobre la Base de Datos de Redes Municipales por parte del Ministerio de Política Territorial.»

Palacio del Congreso de los Diputados, 30 de septiembre de 2010.—**Juan Callejón Baena y Vicenta Tortosa Urrea**, Diputados.—**Eduardo Madina Muñoz**, Portavoz del Grupo Parlamentario Socialista.

161/001934

A la Mesa del Congreso de los Diputados

El Grupo Parlamentario Mixto, a instancia del Diputado Francisco Xesús Jorquera Caselas (BNG), al amparo de lo dispuesto en el artículo 193 y siguientes del vigente Reglamento de la Cámara, presenta la siguiente Proposición no de Ley sobre cuestiones relativas a la ciudad de Ferrol todavía pendientes por parte del Gobierno español, para su debate en Comisión.

Exposición de motivos

Desde hace tiempo, el Gobierno central tiene pendiente de resolución varias cuestiones que afectan a Ferrol y que mejorarían tanto la economía, como aspectos relacionados con el patrimonio arquitectónico y paisajístico de esta ciudad; cuestiones todas ellas que permanecen en estado de paralización y que es preciso resolver sin dilación.

En primer lugar, nos referiremos a la deuda del Ministerio de Defensa con el Ayuntamiento de Ferrol por no haber pagado el IBI correspondiente a los años 2008, 2009 y 2010 por los terrenos en los que se ubica la empresa Navantia.

Según las estimaciones realizadas, la deuda del Ministerio asciende a medio millón de euros anuales.

Son muchas las instalaciones que Defensa posee en suelo ferrolano y que ocupan un total de 374,40 hectáreas. De todas ellas, sólo tiene el deber de costear los impuestos locales, el IBI, de la empresa Navantia. Sin embargo, la Administración central lo hace con retraso y después de varios recursos judiciales por parte del Ayuntamiento.

Esta política cicatera y restrictiva con una ciudad con un alto grado de dependencia del Ministerio de

Defensa, se ha agudizado con los recortes practicados en los Presupuestos Generales del Estado. Unos presupuestos que han reducido significativamente la partida económica destinada a la «compensación por la ocupación de los terrenos de Defensa». Así, en los Presupuestos para este año 2010, dicha partida pasó de 500.000 euros a 250.000.

Estos recortes en las partidas en los Presupuestos del Estado evidencian que la Administración central está muy lejos de compensar a Ferrol por todas las instalaciones. El Ministerio de Defensa no sólo incumple sus obligaciones tributarias si no que ni siquiera compensa a Ferrol por la ocupación de sus instalaciones.

En segundo lugar otra demanda no atendida es resolver la fractura urbanística y la pantalla visual que representa para Ferrol la muralla del Arsenal, en particular por lo que respecta a los dos tramos de muralla aún pendientes de solución: el que va desde la puerta de Navantia hasta las inmediaciones de Herrerías y el situado entre la puerta del Dique y la puerta del Parque.

La eliminación de estos tramos de muralla es una demanda compartida por toda la sociedad ferrolana, pues permitiría contemplar el mar desde el centro de la ciudad, mejoraría la relación entre la ciudad y su ría y permitiría contemplar el conjunto arquitectónico del Arsenal que cuenta con numerosos edificios de gran calidad artística e interés patrimonial.

Dos son las posibles soluciones que para hacerlas posible requieren de la colaboración entre el Ministerio de Defensa y el Ayuntamiento de Ferrol: la sustitución de los tramos de muralla por una alternativa que impida que representen una pantalla visual, ya sea una verja o una solución acristalada, o bien, la eliminación total de este elemento de división para integrar en el tejido urbano de Ferrol los espacios sin uso militar del Arsenal.

Por último, otra demanda histórica es la devolución de todos los bienes desafectados, especialmente aquellos edificios que poseen un valor arquitectónico-patrimonial y artístico.

Es necesario recordar el Convenio que la Gerencia de Infraestructuras y Equipamiento del Ministerio de Defensa firmó con el Ayuntamiento de Ferrol en el año 2007, aún pendiente de desarrollar, para la desafectación de propiedades militares. En la larga lista de bienes inmuebles se encuentran el Acuartelamiento Sánchez Aguilera, el Polvorín de Mougá, el cuartelillo de Marinería del Cuartel de la Zona Militar del Cantábrico, el Polígono de Tiro de Doniños, el antiguo polígono de Tiro de Catabois o el campamento de Coyas, entre otros. Sin olvidar otras muchas propiedades que no se incluyeron para su desafectación y que permanecen en manos de Defensa aunque han perdido todo interés militar o están en práctico desuso como por ejemplo la Estación Radio-transmisora de Catabois, el Observatorio Meteorológico de Montoventoso y otras parcelas urbanas que ya fueron objeto de subasta pública por parte de la GIED (quedando la misma desierta).

Son numerosos los bienes desafectados por Defensa que todavía no han sido devueltos al Ayuntamiento de Ferrol para llevar a cabo un Plan de recuperación y puesta en valor de este patrimonio para el disfrute de los ciudadanos y ciudadanas.

Proposición no de Ley

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a:

— Proceder, cuanto antes, al pago de las cantidades pendientes del IBI de Navantia correspondientes a los años 2008, 2009 y 2010.

— Compensar presupuestariamente con cantidades apropiadas al Ayuntamiento de Ferrol por todos los bienes inmuebles propiedad del Ministerio de Defensa que no tributan.

— Llevar a cabo la demolición y sustitución del trozo de muralla todavía existente entre la puerta de Navantia y el edificio de Herrerías.

— Acordar con el Ayuntamiento de Ferrol un diseño transparente para el tramo de muralla entre la Puerta del Dique y la Puerta del Parque que permita contemplar una visión de conjunto del mar y del rico patrimonio arquitectónico y artístico existente en la Ría de Ferrol.

— Devolver al Ayuntamiento de Ferrol los bienes desafectados por Defensa, especialmente aquellos que poseen un marcado carácter artístico y patrimonial y abordar lo antes posible el proceso de desafectación del Cuartel de Dolores.»

Palacio del Congreso de los Diputados, 1 de octubre de 2010.—**Francisco Xesús Jorquera Caselas**, Portavoz del Grupo Parlamentario Mixto.

161/001940

A la Mesa del Congreso de los Diputados

El Grupo Parlamentario Mixto, a instancia del Diputado Francisco Xesús Jorquera Caselas (BNG), al amparo de lo dispuesto en el artículo 193 y siguientes del vigente Reglamento de la Cámara, presenta la siguiente Proposición no de Ley relativa a las obras adjudicadas por el Ayuntamiento de Viana do Bolo (Ourense), con cargo al Fondo Estatal de Inversión Local, para su debate en Comisión.

Exposición de motivos

El pasado año 2009, el Ayuntamiento de Viana do Bolo (Ourense) adjudicó con cargo al Fondo Estatal de Inversión Local, también conocido como Plan E, los trabajos de pavimentación de la calle San Roque y de la Plaza de María Pita.

Las obras fueron adjudicadas por más de 600.000 euros, la mayor inversión local acometida en Viana do Bolo desde hace años. Según el proyecto y la certificación final de obra, la capa de hormigón debería tener un grosor de 20 centímetros, además de contemplarse la colocación de una malla de acero para reforzar la resistencia y la solidez de la calzada.

Sin embargo, tal y como denuncia el grupo municipal del BNG desde hace meses, así como los vecinos, en dichas obras no sólo no se instaló la malla de acero si no que el grosor requerido para la capa de hormigón tiene en muchos lugares un grosor inferior a 15 cm.

En definitiva, el Ayuntamiento de Viana do Bolo utilizó los fondos estatales del Ministerio de Política Territorial, para certificar y pagar una obra cuyas características no se ajustan ni a lo establecido en el proyecto inicial, ni a la posterior certificación final de la obra.

Ante los hechos descritos cabe preguntarse si estamos ante un presunto fraude y malversación de los fondos públicos, puesto que al reducirse significativamente la calidad de la obra el coste final debería ser inferior a lo realmente certificado y pagado.

El partido en el Gobierno local, el PP, ha rechazado las propuestas formuladas por el BNG en plenos municipales para que se efectúe una inspección de la ejecución de las obras. Esto motivó que los portavoces municipales del BNG y del PSOE mantuviesen una entrevista con los responsables de la Subdelegación del Gobierno en Ourense el 27 de noviembre pasado, para comunicarles lo sucedido. En esta reunión se acordó que se procedería a inspeccionar la obra y se realizaría una investigación para comprobar si la obra ejecutada se correspondía o no con lo que realmente se certificó y se pagó.

A pesar de dicho compromiso, han transcurrido ya diez meses sin que por el momento nos conste que se haya tomado ninguna medida al respecto.

Proposición no de Ley

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a:

Inspeccionar e investigar in situ las obras adjudicadas por el Ayuntamiento de Viana do Bolo (Ourense), con cargo al Fondo Estatal de Inversión Local, para realizar los trabajos de pavimentación de la calle San Roque y de la Plaza de María Pita, puesto que hay pruebas gráficas de que el resultado final de la obra ejecutada no se corresponde con lo establecido en el proyecto, ni con lo certificado y pagado a la empresa constructora.»

Palacio del Congreso de los Diputados, 6 de octubre de 2010.—**Francisco Xesús Jorquera Caselas**, Portavoz del Grupo Parlamentario Mixto.

Comisión de Sanidad, Política Social y Consumo

161/001936

A la Mesa del Congreso de los Diputados

En nombre del Grupo Parlamentario Socialista me dirijo a esa Mesa para, al amparo de lo establecido en el artículo 193 y siguientes del vigente Reglamento del Congreso de los Diputados, presentar la siguiente Proposición no de Ley sobre el Año Europeo del Voluntariado 2011, para su debate en la Comisión de Sanidad, Política Social y Consumo.

Exposición de motivos

El año 2011 ha sido declarado por el Consejo de la Unión Europea como «Año Europeo de las Actividades de Voluntariado».

El fomento de una ciudadanía activa es un elemento fundamental para fortalecer la cohesión social. El voluntariado es una de las dimensiones esenciales de la ciudadanía activa que plasma en la práctica valores como la solidaridad y contribuye al desarrollo armónico de las sociedades.

El voluntariado desempeña un papel importante en sectores tan variados y tan diversos como la educación, la juventud, la cultura, el deporte, el medio ambiente, la sanidad, la asistencia social, la protección de los consumidores, la ayuda humanitaria, la política de desarrollo, la investigación, la igualdad de oportunidades y las relaciones exteriores. Al mismo tiempo, el voluntariado representa una oportunidad importante de aprender, porque al involucrarse en el trabajo de voluntariado los ciudadanos adquieren nuevas cualificaciones y aumentan su sentido de pertenencia a la sociedad.

Las actividades de voluntariado benefician al voluntario individual, a las comunidades y a la sociedad en su conjunto. Son una manera de que los particulares y las asociaciones aborden necesidades e inquietudes humanitarias o sociales y se realizan en apoyo de organizaciones sin ánimo de lucro o iniciativas comunitarias.

A pesar de las divergencias entre las situaciones nacionales, los valores y las razones subyacentes por los que las personas se involucran en acciones de voluntariado son los mismos en toda Europa. Las actividades de voluntariado reducen el racismo y los prejuicios y contribuyen al diálogo intercultural e interreligioso. En el voluntariado pueden participar todos los grupos de edad, por lo que puede estimular la solidaridad entre generaciones. El voluntariado puede estimular la participación activa de los jóvenes en la sociedad. También tiene un gran potencial a la hora de promover el envejecimiento activo y de abordar el cambio demográfico, puesto que ofrece la oportunidad de utilizar la experiencia de las personas de edad avanzada en beneficio de la sociedad.

El Año Europeo de las Actividades de Voluntariado 2011 será una oportunidad de demostrar en un contexto europeo que el voluntariado aumenta la participación ciudadana y el compromiso de los ciudadanos con su sociedad en todos sus niveles: local, regional, nacional y europeo.

El objetivo del Año Europeo es fomentar y apoyar el intercambio de experiencias y buenas prácticas y mejorar la visibilidad de las actividades de voluntariado en la Unión Europea. Se pretende, por una parte, afianzar el voluntariado como parte integrante de la participación ciudadana, ayudar a las organizaciones a poner en práctica nuevos tipos de actividades, establecer redes, fomentar la cooperación y las sinergias en la sociedad civil. Por otra parte, sensibilizar sobre el valor y la importancia del voluntariado para el desarrollo y la cohesión social.

Por todo ello, el Grupo Parlamentario Socialista presenta la siguiente

Proposición no de Ley

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a elaborar el programa nacional y establecer las prioridades de cooperación con las organizaciones de la sociedad civil, para que las actividades en España del «Año Europeo de las Actividades de Voluntariado 2011» fomenten la participación ciudadana y la cohesión social.»

Palacio del Congreso de los Diputados, 1 de octubre de 2010.—**Soledad Pérez Domínguez**, Diputada.—**Eduardo Madina Muñoz**, Portavoz del Grupo Parlamentario Socialista.

Comisión de Vivienda

161/001926

A la Mesa del Congreso de los Diputados

Don Josep Antoni Duran i Lleida, en su calidad de Portavoz del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), y al amparo de lo establecido en el artículo 193 y siguientes del Reglamento de la Cámara, presenta, para su discusión ante la Comisión de Vivienda, una Proposición no de Ley para fomentar la utilización del seguro de crédito hipotecario.

A finales del mes de julio, el Ministerio de Vivienda anunció la eliminación de las ayudas a la compra de viviendas y que, en compensación, establecería medidas complementarias para facilitar su financiación. En concreto, a cambio de eliminar ayuda directa a la compra de una vivienda, en la actualidad de importe entre 5.000 y 12.000 destinados a la compra de una vivienda protegida o de segunda mano, se modificarán las condiciones para acceder a hipotecas cuando se adquiera una vivienda de protección, permitiendo la

financiación de hasta el 90 % del valor de la vivienda, en lugar del 80 % actual.

Estas medidas, junto al recorte presupuestario de más de 1.200 millones de euros, chocan frontalmente con la realidad: la vivienda sigue siendo una de las preocupaciones más importantes de los ciudadanos. Actualmente, la compra de una vivienda es más difícil que nunca, pues es necesario, entre otros requisitos, tener un ahorro previo del 20-30 % del valor de la vivienda. Una situación que va a retrasar las expectativas de muchas familias en la adquisición de su vivienda a causa de la denegación de un crédito hipotecario por esa falta de ahorro inicial, aun pudiendo considerar el endeudamiento consecuente como de razonable o responsable.

Precisamente, y para estas situaciones, existe el seguro de crédito hipotecario que facilita el acceso a una vivienda en propiedad al permitir a las entidades financieras desarrollar productos hipotecarios que reducen los requisitos al prestatario de pago inicial. Este seguro permite ofrecer préstamos hipotecarios por encima del 70-80 % sin necesidad de solicitar avales. Al proteger a las entidades financieras, éstas pueden conceder préstamos hipotecarios de alta financiación a muchas personas aun disponiendo de muy poco ahorro previo.

No cabe duda que garantizar un «endeudamiento responsable» por parte de prestamistas y prestatarios va a ser fundamental en el futuro, no sólo para asegurar la protección de los prestatarios, sino también para el buen funcionamiento de los mercados hipotecarios. No obstante, también es importante desarrollar elementos complementarios de financiación que faciliten la concesión de préstamos por parte de las entidades bancarias.

La obligatoriedad del seguro de crédito hipotecario para hipotecas por encima del 70 % de la relación préstamo-valor permitiría una mayor accesibilidad a la vivienda a los ciudadanos que no han tendido tiempo de ahorrar la parte alta del préstamo, a la vez que supondría mayores garantías a las entidades de crédito a la hora de conceder este tipo de hipotecas.

La obligatoriedad del seguro de crédito hipotecario para préstamos de alta relación préstamo-valor (LTV) es una de las características que explican la estabilidad del mercado hipotecario canadiense. Una muestra de la estabilidad de este mercado se refleja en la reducida ratio de morosidad que no ha alcanzado el 0,70 % desde 1990. El seguro de crédito hipotecario y las prácticas del mercado hipotecario canadiense han sido recientemente recomendados por el G-20 a través del Joint Forum.

Durante los años de la expansión del mercado hipotecario e inmobiliario, se han comercializados productos hipotecarios que incluso excedían el 100 % de la relación préstamo-valor. Por esta razón, el límite de la ratio préstamo-valor debería situarse en el 95 % para limitar el endeudamiento y garantizar que los prestatarios comprometen un porcentaje de sus ahorros en el préstamo hipotecario; este tope limitaría también el riesgo de las entidades de crédito.

Asimismo, la principal causa de morosidad de los prestatarios se debe a la reducción de ingresos como consecuencia de la pérdida involuntaria del empleo o la incapacidad temporal. Por esta razón, es importante que se promuevan coberturas que cubran al prestatario ante estas eventualidades durante un tiempo para que encuentre un nuevo empleo, en el caso de trabajadores con contrato indefinido, o se recupere de la incapacidad temporal, en el caso de los autónomos. En cualquier caso, el prestatario retrasaría la situación de morosidad y en último término la ejecución hipotecaria.

Por todo ello, el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) presenta la siguiente

Proposición no de Ley

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a promover las prácticas de concesión responsable de préstamos o créditos que favorezcan:

1. La contratación de un seguro de crédito hipotecario para préstamos hipotecarios para adquisición de viviendas, cuando la relación préstamo-valor (LTV) sea superior al 70 %, y hasta el límite, en todo caso, del 95 %.
2. La contratación, tanto en préstamos personales como hipotecarios, de un seguro de protección de pagos que cubra las contingencias de desempleo involuntario o la incapacidad temporal del prestatario.»

Palacio del Congreso de los Diputados, 28 de septiembre de 2010.—**Josep Antoni Duran i Lleida**, Portavoz del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió).

Comisión de Ciencia e Innovación

161/001927

A la Mesa del Congreso de los Diputados

Don Josep Antoni Duran i Lleida, en su calidad de Portavoz del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), y de acuerdo con lo establecido en el artículo 193 y siguientes del Reglamento de la Cámara, presenta, para su discusión ante la Comisión de Ciencia e Innovación, una Proposición no de Ley relativa al impulso de la innovación en el sector químico.

Exposición de motivos

El sector químico constituye una importante rama industrial que tiene una contribución estratégica en el conjunto de la economía española. Con una cifra de negocios cercana a los 48.000 millones de euros anuales, el sector químico aporta el 10 % del PIB industrial.

De esta manera, a pesar de la crisis, la facturación de la industria química acumula un incremento del 33 % desde el año 2000.

Desde la perspectiva de la internacionalización, la industria química es el segundo mayor exportador de nuestra economía, exporta más del 40 % de sus ventas y desde el año 2000 las exportaciones del sector han crecido casi un 70 %.

En el sector químico trabajan más de 170.000 personas en empleo directo y más de 500.000 incorporando los empleos indirectos e inducidos. Es decir, cada empleo creado en la industria química genera otros tres puestos de trabajo indirectos e inducidos. Además, el empleo generado por la industria es mayoritariamente de alta cualificación y con un elevada estabilidad laboral, ya que el 89 % de los contratos son de carácter indefinido frente a la tasa de temporalidad tres veces superior en el conjunto del mercado laboral.

La industria química, con más de 450 millones de euros anuales, es un sector con importantes inversiones en protección del medio ambiente, aproximadamente genera el 20 % del conjunto de inversiones y gastos de la industria española en esta materia. En la misma línea, este sector, con 1.000 millones de euros de gasto en I+D+i, acumula alrededor de una cuarta parte de toda la inversión privada en este ámbito.

En este contexto, y en una situación de crisis como la actual, el sector mantiene un ritmo de crecimiento positivo. Por tanto, y atendiendo a todos los datos expuestos anteriormente, resulta palmaria la contribución estratégica del sector químico al desarrollo y crecimiento sostenible de la economía española. Por ello, es necesario identificar claramente al sector químico como sector estratégico en el que impulsar una verdadera política de impulso a la innovación por parte de las administraciones públicas, ya que su significativa implantación y el potencial de avance que mantiene puede servir de motor para la salida de la crisis, así como en la transformación del modelo productivo hacia una economía basada en la innovación y el conocimiento.

Por otra parte, y desde la perspectiva internacional, también cabe resaltar que la 63.ª Sesión de la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó una resolución por la que se proclama 2011 Año Internacional de la Química, confiriendo a la UNESCO la dirección y coordinación de las actividades relacionadas con este evento. La Declaración de Naciones Unidas acerca de los objetivos de esta celebración plantea «potenciar la actividad innovadora de la química y su papel en la búsqueda de soluciones a los problemas globales».

Por último, cabe señalar que en 2011, del 14 al 18 de noviembre, se celebrará en Barcelona EXPOQUIMIA, el Salón Internacional de la Química, organizado por la Fira de Barcelona, en el que también tendrá lugar la celebración del Acto de Clausura del Año Internacional de la Química. De esta manera, debe aprovecharse esta oportunidad para apoyar decididamente al sector químico español, favoreciendo así su reconocimiento

internacional y la capacidad para atraer inversiones y posibilidades de negocio.

Por todo ello, el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) presenta la siguiente

Proposición no de Ley

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a:

1. Intensificar las políticas de apoyo y fomento a la innovación en el sector químico, como reconocimiento a la contribución estratégica de este sector a la economía, y como medida para promover el cambio de modelo productivo en el país.

2. Reconocer la trascendencia del año 2011 para el sector químico, promocionando todas las actividades que el sector lleve a cabo en el marco del Año Internacional de la Química y, en particular, dando el máximo apoyo a EXPOQUIMIA, el Salón Internacional de la Química, organizado por la Fira de Barcelona y que se celebrará en noviembre de 2011.»

Palacio del Congreso de los Diputados, 28 de septiembre de 2010.—**Josep Antoni Duran i Lleida**, Portavoz del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió).

161/001928

A la Mesa del Congreso de los Diputados

Don Josep Antoni Duran i Lleida, en su calidad de Portavoz del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), y de acuerdo con lo establecido en el artículo 193 y siguientes del Reglamento de la Cámara, presenta, para su discusión ante la Comisión de Ciencia e Innovación, una Proposición no de Ley relativa a la falta de seguridad jurídica en relación a la bonificación por ingresos procedentes de la cesión de determinados activos intangibles.

Exposición de motivos

La innovación debe ser uno de los ejes principales a través de los cuales vertebrar la salida de la crisis económica en la que estamos inmersos, ya que es un factor esencial a la hora de provocar el cambio de modelo productivo que necesita nuestro sistema. Uno de los requisitos indispensables para conseguir un verdadero impulso de la I+D+i es incrementar la contribución privada, de tal manera que convivan la financiación pública de proyectos innovadores con una apuesta clara por parte del sector privado en fomentar la innovación en las empresas. Además, esta necesidad de incrementar la inversión privada en I+D+i se recoge tanto en la Estra-

tegia Europa 2020 como en la última Estrategia Estatal de Innovación aprobada por el Ministerio de Ciencia e Innovación.

En la actualidad existen diversos incentivos que buscan promover el papel del sector privado en el impulso de la I+D+i. Entre éstos, los instrumentos que, en opinión de las propias empresas, suponen un mayor estímulo son las deducciones fiscales y el régimen fiscal aplicable a los ingresos derivados de la cesión de patentes y otros activos intangibles, lo que popularmente se conoce como *patent box*.

Respecto a esta última herramienta, cabe señalar que dicho régimen fiscal fue introducido en el artículo 23 de la Ley del Impuesto de Sociedades por la Ley 16/2007, de 4 de julio, de Reforma y adaptación de la legislación mercantil en materia contable para su armonización internacional con base en la normativa de la Unión Europea. El objetivo era establecer un nuevo incentivo fiscal con la finalidad de estimular a las empresas que desarrollen actividades de carácter eminentemente tecnológico, siendo compatible con el ordenamiento comunitario, tal y como lo certifica la Decisión comunicada a España el 13 de febrero de 2008 y publicada en el DOUE de 1 de abril de 2008. Esta medida entró en vigor el 1 de enero de 2008 y una de sus principales ventajas es que es compatible con la deducción por actividades de I+D+i.

Concretamente, el incentivo fiscal consiste en una minoración de la base imponible por el importe del 50 % de los ingresos brutos derivados de la cesión de determinados activos intangibles (patentes y asimilados). Únicamente se contempla la cesión a terceros del derecho de uso o de explotación, nunca la transmisión o venta de dichos activos. Esta reducción es independiente del importe de la base imponible, incluso si la misma es negativa, en cuyo caso puede ser compensada con las rentas positivas obtenidas en los períodos impositivos concluidos en los quince años posteriores.

Sin embargo, pese a los beneficios que este instrumento podría tener para las empresas, la realidad es que su aplicación está siendo limitada, a causa de la falta de seguridad jurídica en su utilización, denunciada por las empresas que deberían ser sus beneficiarias. Este es un tema crucial tratándose de temas tan sensibles como son las patentes, modelos, fórmulas secretas, derechos sobre informaciones relativas a experiencias industriales, comerciales o científicas (*know-how*), etc. Así, a diferencia de lo que sucede con las deducciones fiscales para actividades de I+D+i, cuyo alcance puede ser certificado a través del sistema de informes motivados del Ministerio de Ciencia e Innovación, no existe ninguna herramienta que cree seguridad ante la aplicación de la bonificación de la *patent box*.

Así, la identificación de las actividades de I+D+i previas al activo intangible supone un punto bastante ambiguo y subjetivo, así como la identificación del coste a tener en consideración como base de cálculo para cuantificar el límite de aplicación. Por lo tanto, resulta

necesario precisar la forma de computar adecuadamente los gastos asociados a la cesión de activos intangibles.

Al igual que ocurre con las actividades de I+D+i, se trataría de regular un procedimiento para la obtención de informes motivados enfocados a la bonificación por cesión de activos, elemento imprescindible para dotar de mayor seguridad jurídica al uso de este incentivo, lo cual permitiría garantizar a la administración tributaria un uso correcto de la bonificación y mejorar, para las empresas, la seguridad jurídica de su utilización como instrumento fiscal y frente a posibles vulneraciones de confidencialidad respecto a los activos intangibles cedidos.

Por todo ello, el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) presenta la siguiente)

Proposición no de Ley

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a adoptar las medidas legislativas necesarias para regular un sistema a través del cual sea posible, para las empresas que deseen utilizar la bonificación por ingresos procedentes de la cesión de determinados activos intangibles (*patent box*), la obtención de informes motivados que certifiquen la actividad innovadora llevada a cabo por la empresa cedente, con el fin de definir el alcance de los ingresos a computar dentro de la bonificación y de proteger a la empresa cedente frente a posibles vulneraciones de la debida confidencialidad en relación a los activos intangibles cedidos.»

Palacio del Congreso de los Diputados, 28 de septiembre de 2010.—**Josep Antoni Duran i Lleida**, Portavoz del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió).

161/001929

A la Mesa del Congreso de los Diputados

Don Josep Antoni Duran i Lleida, en su calidad de Portavoz del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), y de acuerdo con lo establecido en el artículo 193 y siguientes del Reglamento de la Cámara, presenta, para su discusión ante la Comisión de Ciencia e Innovación, una Proposición no de Ley relativa a la concesión de una moratoria para los centros e instituciones de investigación beneficiarios de ayudas destinadas al fomento de la I+D+i.

Exposición de motivos

En los próximos años, el país debe llevar a cabo un cambio de modelo económico si queremos salir de la crisis y crear un modelo de crecimiento más estable,

que deberá fundamentarse principalmente en la innovación. Es evidente que dicho cambio debe ser acometido fundamentalmente por el sector privado, pero también es indudable que debe estar apoyado y fomentado por las Administraciones Públicas, que deben ayudar a desarrollar un tejido productivo asentado en la generación de conocimiento y la innovación.

No obstante, la crisis económica actual y el período de austeridad en que nos encontramos está teniendo un impacto muy negativo en gran parte de los agentes del sistema de I+D+i, frenando su actividad y, por tanto, la generación de beneficios. Por ejemplo, los Parques Científicos Asociados a Universidades, la mayoría de los cuales están acabando o han finalizado recientemente la construcción de sus espacios y/o ampliaciones, se están viendo afectados por la reducción de la actividad de I+D+i de las empresas, la dificultad de mantener y cobrar los precios de alquileres y servicios y por la imposibilidad de mantener sus espacios totalmente ocupados.

Como consecuencia de los problemas financieros que están afrontando los centros e instituciones de investigación, se verán gravemente dificultados los retornos de las anualidades 2010, 2011, 2012 y 2013 de los préstamos reembolsables concedidos durante el período 2000-2009 por el Ministerio de Ciencia e Innovación (anterior Ministerio de Ciencia y Tecnología) en el marco de los diferentes Planes de ayuda a la I+D+i ejecutados.

Puesto que el país debe seguir apostando por un nuevo modelo económico basado en el conocimiento y la innovación, deben hacerse esfuerzos para que la crisis económica no invalide la tarea realizada en los últimos años por la Administración, Universidades y centros e instituciones de investigación en el desarrollo y comercialización de la I+D+i generada.

De esta manera, debe permitirse a los centros e instituciones de investigación beneficiarios de préstamos reembolsables otorgados por el Ministerio que estén en graves aprietos económicos el aplazamiento de las cuotas con vencimiento entre 2010 y 2013 y su retorno lineal en 15 años a partir de 2014, ayudándoles así a superar la fase más aguda de la crisis. Con esta medida se facilitaría la viabilidad de proyectos en marcha, la continuidad de las actividades de I+D+i y su comercialización y, lo más importante, el mantenimiento de un gran número de puestos de trabajo científicos e incluso la creación de nuevos. Asimismo, cabe reseñar que esta solución no supone gasto adicional alguno para las arcas públicas.

Por todo ello, el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) presenta la siguiente

Proposición no de Ley

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a regular la concesión de una moratoria a los centros e

instituciones de investigación beneficiarios de préstamos reembolsables concedidos por el Ministerio de Ciencia e Innovación durante el período 2000-2009 que estén en aprietos económicos, de tal manera que puedan aplazar el pago de las cuotas con vencimiento entre 2010 y 2013 para su retorno lineal en 15 años a partir de 2014.»

Palacio del Congreso de los Diputados, 28 de septiembre de 2010.—**Josep Antoni Duran i Lleida**, Portavoz del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió).

PREGUNTAS PARA RESPUESTA ORAL

La Mesa de la Cámara en su reunión del día de hoy ha acordado admitir a trámite, conforme al artículo 189 del Reglamento, las siguientes preguntas orales al Gobierno en Comisión, disponer su conocimiento por las Comisiones que se indican, dando traslado al Gobierno y publicar en el Boletín Oficial de las Cortes Generales.

En ejecución de dicho acuerdo se ordena su publicación de conformidad con el artículo 97 del Reglamento de la Cámara.

Palacio del Congreso de los Diputados, 13 de octubre de 2010.—P. D. El Secretario General del Congreso de los Diputados, **Manuel Alba Navarro**.

Comisión de Asuntos Exteriores

181/003088

Grupo Parlamentario Popular en el Congreso

Pregunta con respuesta oral en la Comisión de Asuntos Exteriores

Diputado don Teófilo de Luis Rodríguez al Ministro de Asuntos Exteriores

Texto:

¿Qué opinión tiene el Gobierno de las condiciones que los presos políticos cubanos desterrados en España han solicitado en Bruselas al Gobierno de Cuba para

analizar una posible modificación de la Posición Común?

Palacio del Congreso de los Diputados, 16 de septiembre de 2010.—**Teófilo de Luis Rodríguez**, Diputado.

181/003089

Grupo Parlamentario Popular en el Congreso

Pregunta con respuesta oral en la Comisión de Asuntos Exteriores

Diputado don Teófilo de Luis Rodríguez al Ministro de Asuntos Exteriores

Texto:

¿Cuáles son las razones por las que España, en este momento, está defendiendo una modificación de las relaciones exteriores de la Unión Europea con la República de Cuba?

Palacio del Congreso de los Diputados, 16 de septiembre de 2010.—**Teófilo de Luis Rodríguez**, Diputado.

Comisión de Defensa

181/003076

Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió)

Pregunta con respuesta oral en la Comisión de Defensa

Diputado don Jordi Xuclà i Costa

Texto:

Al Secretario de Estado de Defensa:

¿Contempla el Gobierno la posibilidad de ajustar el precio de transmisión del terreno denominado «4.º Depósito de Sementales» o «Cuartel de La Remonta», cuya venta se ha negociado con el Consorcio para la Reforma de la Gran vía en Hospitalet de Llobregat, teniendo en cuenta el estado actual del mercado inmobiliario y que en dicho terreno se prevé la construcción de una gran número de viviendas protegidas?

Palacio del Congreso de los Diputados, 28 de septiembre de 2010.—**Jordi Xuclà i Costa**, Diputado.

181/003078

Grupo Parlamentario Popular

Pregunta con respuesta oral en la Comisión de Defensa

Diputado don Arsenio Fernández de Mesa Díaz del Río

Texto:

¿Por qué motivos existen Oficiales Generales de las Fuerzas Armadas que no tienen destino y se encuentran en sus domicilios sin ocupación profesional alguna ligada al Ministerio de Defensa?

Palacio del Congreso de los Diputados, 29 de septiembre de 2010.—**Arsenio Fernández de Mesa Díaz del Río**, Diputado.

181/003079

Grupo Parlamentario Popular

Pregunta con respuesta oral en la Comisión de Defensa

Diputado don Arsenio Fernández de Mesa Díaz del Río

Texto:

¿Cuántos Oficiales Generales de los Ejércitos de Tierra y Aire y de la Armada, en Activo, se encuentran sin destino actualmente?

Palacio del Congreso de los Diputados, 29 de septiembre de 2010.—**Arsenio Fernández de Mesa Díaz del Río**, Diputado.

181/003080

Grupo Parlamentario Popular

Pregunta con respuesta oral en la Comisión de Defensa

Diputado don Arsenio Fernández de Mesa Díaz del Río

Texto:

¿Cuántos Oficiales Generales han continuado ocupando su destino, a pesar de haber pasado a la reserva, en la presente Legislatura?

Palacio del Congreso de los Diputados, 29 de septiembre de 2010.—**Arsenio Fernández de Mesa Díaz del Río**, Diputado.

181/003081

Grupo Parlamentario Popular

Pregunta con respuesta oral en la Comisión de Defensa

Diputado don Arsenio Fernández de Mesa Díaz del Río

Texto:

¿Cuántos Oficiales Generales han continuado ocupando su destino, a pesar de haber pasado a la situación de retirado, en la presente Legislatura?

Palacio del Congreso de los Diputados, 29 de septiembre de 2010.—**Arsenio Fernández de Mesa Díaz del Río**, Diputado.

181/003082

Grupo Parlamentario Popular

Pregunta con respuesta oral en la Comisión de Defensa

Diputado don Arsenio Fernández de Mesa Díaz del Río

Texto:

¿Cuándo piensa finalizar el Gobierno las Residencias de Defensa a las que se refiere el Acuerdo de Consejo de Ministros de 19 de septiembre de 2008?

Palacio del Congreso de los Diputados, 29 de septiembre de 2010.—**Arsenio Fernández de Mesa Díaz del Río**, Diputado.

181/003083

Grupo Parlamentario Popular

Pregunta con respuesta oral en la Comisión de Defensa

Diputado don Arsenio Fernández de Mesa Díaz del Río

Texto:

¿Cuáles son los términos exactos del estudio inicial del Acta de Necesidades (ADNE) en relación con la Residencias de Defensa a las que se refiere el Acuerdo de Consejo de Ministros de 19 de septiembre de 2008?

Palacio del Congreso de los Diputados, 29 de septiembre de 2010.—**Arsenio Fernández de Mesa Díaz del Río**, Diputado.

181/003084

Grupo Parlamentario Popular

Pregunta con respuesta oral en la Comisión de Defensa

Diputado don Arsenio Fernández de Mesa Díaz del Río

Texto:

¿Cuántos buques de más de 400 toneladas de desplazamiento tienen su mando reservado para Tenientes de Navío?

Palacio del Congreso de los Diputados, 29 de septiembre de 2010.—**Arsenio Fernández de Mesa Díaz del Río**, Diputado.

181/003085

Grupo Parlamentario Popular

Pregunta con respuesta oral en la Comisión de Defensa

Diputado don Arsenio Fernández de Mesa Díaz del Río

Texto:

¿Cuántos buques tiene la Armada en servicio para mando de Tenientes de Navío?

Palacio del Congreso de los Diputados, 29 de septiembre de 2010.—**Arsenio Fernández de Mesa Díaz del Río**, Diputado.

181/003086

Grupo Parlamentario Popular

Pregunta con respuesta oral en la Comisión de Defensa

Diputado don Arsenio Fernández de Mesa Díaz del Río

Texto:

¿Cuántos patrulleros ligeros de la clase «Toralla» tiene en servicio la Armada?

Palacio del Congreso de los Diputados, 29 de septiembre de 2010.—**Arsenio Fernández de Mesa Díaz del Río**, Diputado.

181/003087

Grupo Parlamentario Popular

Pregunta con respuesta oral en la Comisión de Defensa

Diputado don Arsenio Fernández de Mesa Díaz del Río

181/003091

Texto:

Grupo Parlamentario Socialista

¿Cuántos patrulleros ligeros de la clase «Anaga» tiene en servicio, a día de la fecha, la Armada?

Pregunta con respuesta oral en la Comisión de Igualdad

Palacio del Congreso de los Diputados, 29 de septiembre de 2010.—**Arsenio Fernández de Mesa Díaz del Río**, Diputado.

Diputada doña Susana Ros Martínez

Texto:

¿Qué convenios ha promovido el Ministerio de Igualdad en materia de empleo con los ayuntamientos?

Palacio del Congreso de los Diputados, 24 de septiembre de 2010.—**Susana Ros Martínez**, Diputada.

Comisión de Industria, Turismo y Comercio

181/003095

Grupo Parlamentario Socialista

Pregunta con respuesta oral en la Comisión de Industria, Turismo y Comercio

181/003092

Grupo Parlamentario Socialista

Diputado don Miguel Ángel Heredia Díaz

Pregunta con respuesta oral en la Comisión de Igualdad

Texto:

¿Qué balance hace el Ministerio de Industria, Turismo y Comercio de la temporada turística de verano de 2010 en la provincia de Málaga?

Diputada doña Susana Ros Martínez

Texto:

¿Cuál es el balance del Ministerio de Igualdad sobre el Plan de Trata de Personas?

Palacio del Congreso de los Diputados, 22 de septiembre de 2010.—**Miguel Ángel Heredia Díaz**, Diputado.

Palacio del Congreso de los Diputados, 24 de septiembre de 2010.—**Susana Ros Martínez**, Diputada.

Comisión de Igualdad

181/003090

Grupo Parlamentario Socialista

Pregunta con respuesta oral en la Comisión de Igualdad

181/003093

Grupo Parlamentario Socialista

Diputada doña Susana Ros Martínez

Pregunta con respuesta oral en la Comisión de Igualdad

Texto:

¿Qué valoración hace el Gobierno del trabajo que se ha llevado a cabo con las Comunidades Autónomas para la prevención y asistencia de los menores expuestos a entornos de violencia de género?

Diputada doña Susana Ros Martínez

Texto:

¿Qué valoración hace el Ministerio de Igualdad sobre el Programa de Apoyo Empresarial a la Mujeres con las Cámaras de Comercio?

Palacio del Congreso de los Diputados, 24 de septiembre de 2010.—**Susana Ros Martínez**, Diputada.

Palacio del Congreso de los Diputados, 23 de septiembre de 2010.—**Susana Ros Martínez**, Diputada.

181/003094

Texto:

Grupo Parlamentario Socialista

¿Cuáles son los objetivos de la Red de Servicios de Asistencia a víctimas de discriminación por origen racial o étnico que ha puesto en funcionamiento el Ministerio de Igualdad?

Pregunta con respuesta oral en la Comisión de Igualdad

Palacio del Congreso de los Diputados, 23 de septiembre de 2010.—**Susana Ros Martínez**, Diputada.

Diputada doña Susana Ros Martínez

COMPETENCIAS EN RELACIÓN CON OTROS ÓRGANOS E INSTITUCIONES

COMUNIDADES AUTÓNOMAS

EXPONEN

093/000020

La Mesa de la Cámara, en su reunión del día de hoy, ha adoptado el acuerdo que se indica respecto del asunto de referencia.

La cooperación entre las Comunidades Autónomas resulta imprescindible en la nueva etapa de desarrollo y consolidación del Estado autonómico. Los ciudadanos exigen esta colaboración horizontal para una mejor prestación de los servicios públicos de competencia autonómica, que suponga asimismo una gestión más eficiente de los recursos.

(93) Convenios entre Comunidades Autónomas.

Actualmente, la violencia hacia la mujer es uno de los mayores problemas sociales cuya dimensión exige la actuación conjunta de las distintas instancias implicadas en la materia, en el ámbito de sus respectivas competencias. La responsabilidad para encontrar soluciones a estos problemas requiere la colaboración interinstitucional, la implicación de las instituciones públicas y privadas y de la sociedad civil.

Autor: Comunidad Autónoma de La Rioja - Parlamento.

Convenio de colaboración entre Comunidades Autónomas para la coordinación de sus redes de centros de acogida a la mujer víctima de violencia de género.

Con el fin de mejorar la protección y seguridad de la mujer frente a sus agresores y atender la necesidad de alejarse de manera inmediata del maltratador y de rehacer su vida fuera del entorno físico de la mujer, que, en muchos de los casos, conlleva buscar fuera del ámbito de su Comunidad Autónoma el lugar donde encontrar un alojamiento, urge una completa coordinación de las redes de centros de acogida a la mujer víctima de violencia de género de las Comunidades Autónomas firmantes. Además, la existencia de relaciones personales en otra Comunidad, debe favorecer el apoyo a la mujer para que busque un lugar fuera de la Comunidad donde reside.

Acuerdo:

Trasladar a la Comisión Constitucional, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 166.1 del Reglamento de la Cámara, así como comunicar al Senado y publicar en el Boletín Oficial de las Cortes Generales, poniéndolo en conocimiento de la Presidencia de la Comunidad Autónoma de La Rioja y del Parlamento de la citada Comunidad Autónoma.

En ejecución de dicho acuerdo se ordena la publicación de conformidad con el artículo 97 del Reglamento de la Cámara.

Palacio del Congreso de los Diputados, 13 de octubre de 2010.—P. D. El Secretario General del Congreso de los Diputados, **Manuel Alba Navarro**.

Por ello, y siendo prioritario encontrar soluciones a estos problemas, se considera necesario avanzar en la cooperación entre las Comunidades Autónomas mediante la formalización del presente Convenio de colaboración para la coordinación de sus redes de centros de acogida a la mujer víctima de violencia de género, de acuerdo con las siguientes

CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE COMUNIDADES AUTÓNOMAS PARA LA COORDINACIÓN DE SUS REDES DE CENTROS DE ACOGIDA A LA MUJER VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO

CLÁUSULAS

Las Comunidades Autónomas firmantes con competencia exclusiva en materia de lucha contra la violencia de género

Primera. Objeto.

El objeto del Convenio es establecer un marco de colaboración en materia de atención a las mujeres vícti-

mas de la violencia de género, en virtud del cual las Comunidades firmantes se comprometen a adoptar diversas medidas para la atención a las víctimas; entre ellas la disposición de distintas modalidades de centros de acogida para su atención inmediata.

Segunda. Recursos objeto de la colaboración.

La coordinación de las redes de centros de acogida para mujeres víctimas de violencia de género, a efectos del presente Convenio de colaboración, se refiere a los centros de emergencia, casas de acogida y pisos tutelados, de forma que se permita dar cobertura a los distintos niveles de atención que en determinados casos pueda necesitar la mujer.

Tercera. Organización del proceso.

Para facilitar el proceso de derivación a los centros de acogida entre los Gobiernos de las Comunidades Autónomas cuando las circunstancias del caso lo requieran, se desarrollará un protocolo de actuación, teniendo en cuenta los siguientes principios:

Se adoptará un criterio uniforme para determinar el acceso de las mujeres que en cualquiera de las Comunidades Autónomas hayan acreditado su condición de ser víctimas de violencia de género.

Se desarrollará un sistema de comunicación directa entre los organismos competentes en esta materia de las Comunidades firmantes para conocer las disponibilidades de plazas.

En los supuestos de denegación de acceso a los recursos de acogida, se deberán motivar las causas, ya sea la ausencia de plaza o que la problemática específica del caso impida el proceso.

En caso de que exista plaza disponible, se activará el proceso enviándose, por el Gobierno de la Comunidad que precise un recurso de acogida fuera de su territorio, aquellos informes y documentación relativos a la solicitante que el Gobierno de la Comunidad receptora requiera para valorar su ingreso.

Cada Comunidad Autónoma, de acuerdo con su normativa interna, tramitará el ingreso basándose en los principios de celeridad, seguridad y confidencialidad, y comunicándolo a través de medios telemáticos a la Comunidad Autónoma de origen. En supuestos de emergencia deberán resolverse en un plazo máximo de 24 horas.

La Comunidad Autónoma de acogida se encargará de efectuar las actuaciones para la intervención social con la mujer y los descendientes, y de las que pudieran resultar de sus desplazamientos a la Comunidad de origen como consecuencia de las gestiones derivadas de su situación, (comparecencia en juzgados, régimen de visitas de menores, etc.).

Previa determinación de los criterios sobre asunción de gastos, el coste de los desplazamientos entre la

Comunidad de origen y destino, así como los desplazamientos para comparecencias judiciales o del régimen de visitas del menor en su caso, y los derivados de la estancia será a cargo de la Comunidad Autónoma de origen.

Cuarta. Salvaguarda de las competencias autonómicas.

El presente Convenio de colaboración se firma con la salvaguarda de las competencias que cada una de las Comunidades que lo firman ostentan en materia de atención a las mujeres víctimas de la violencia de género.

Quinta. Normativa reguladora del uso y características de los centros de acogida para la mujer víctima de violencia de género.

El uso y características de los centros de acogida para la mujer víctima de violencia de género se regirán en cada territorio por la normativa dictada por la respectiva Comunidad Autónoma.

Sexta. Intercambio de información y comunicación.

Para lograr la efectiva coordinación de las redes de centros de acogida a la mujer víctima de violencia de género de las Comunidades firmantes, se establecerá un sistema de información y comunicación común por la Comisión sectorial de desarrollo y seguimiento establecida en la cláusula siguiente.

Con este fin cada una de las Comunidades Autónomas se compromete a adoptar las medidas adecuadas para facilitar al resto de Comunidades signatarias del Convenio la información actualizada correspondiente a los recursos de su Administración: modalidades de centros, número de plazas, titularidad o medios personales de los servicios que en esta materia se proporcionan por los centros de acogida para mujeres víctimas de violencia de género.

Séptima. Comisión sectorial de desarrollo y seguimiento.

En el plazo máximo de dos meses desde la comunicación a las Cortes Generales, se constituirá una Comisión sectorial de desarrollo y seguimiento, con la finalidad de dar cumplimiento al presente Convenio, formada por todas las Comunidades Autónomas firmantes a través de sus representantes en la materia.

Esta Comisión sectorial se encargará además de establecer el protocolo de actuación, que será aprobado por las partes, que desarrolle las pautas para activar la derivación, el criterio uniforme para determinar el acceso de las mujeres que en cualquiera de las Comunidades Autónomas hayan acreditado su condición de ser

víctimas de violencia de género y, entre otros, establecer los criterios de asunción de gastos.

Octava. Resolución de controversias.

La Comisión sectorial resolverá de común acuerdo las divergencias que pudieran surgir en la aplicación y ejecución de este Convenio.

Las cuestiones litigiosas que pudieran surgir se someterán a la jurisdicción contencioso-administrativa, dada la naturaleza administrativa del presente Convenio.

Novena. Plazo de vigencia.

Este Convenio entrará en vigor el 1 de enero de 2010 y tendrá una duración indefinida.

Décima. Adhesión de otras Comunidades Autónomas.

Las Comunidades Autónomas firmantes promoverán las acciones necesarias para que el resto de Comunidades Autónomas que lo deseen se adhieran al presente Convenio.

Undécima. Extinción y modificación del Convenio.

El Convenio se extinguirá por el común acuerdo entre las partes o por el incumplimiento de las obligaciones asumidas en el mismo.

Cualquiera de las Comunidades Autónomas firmantes podrá promover la revisión de alguno de los téuui-nos del Convenio. Las modificaciones deberán incorporarse al Convenio y ser suscritas por todas las partes.

Duodécima. Separación del Convenio de colaboración.

Cualquiera de las Comunidades Autónomas podrá separarse del Convenio previa comunicación, con una antelación mínima de dos meses, a las restantes por cualquier medio que permita tener constancia de su recepción. La separación producirá efectos desde el 1 de enero del año siguiente.

En caso de separación de cualquiera de las Comunidades firmantes, el Convenio continuará en vigor respecto a las restantes Comunidades Autónomas.

Y para que conste y en prueba de conformidad, se firma el presente Convenio, en ocho ejemplares, en el lugar y la fecha en el inicio indicados, para que surta efectos con criterios de reciprocidad con todas las Comunidades Autónomas que, ostentando competencias en materia de lucha contra la violencia de género, lo suscriban.

093/000021

La Mesa de la Cámara, en su reunión del día de hoy, ha adoptado el acuerdo que se indica respecto del asunto de referencia.

(93) Convenios entre Comunidades Autónomas.

Autor: Comunidad Autónoma de La Rioja - Parlamento.

Convenio de colaboración entre Comunidades Autónomas para el reconocimiento recíproco de los certificados de formación de los aplicadores de tatuajes, piercings y micropigmentaciones.

Acuerdo:

Trasladar a la Comisión Constitucional, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 166.1 del Reglamento de la Cámara, así como comunicar al Senado y publicar en el Boletín Oficial de las Cortes Generales, poniéndolo en conocimiento de la Presidencia de la Comunidad Autónoma de La Rioja y del Parlamento de la citada Comunidad Autónoma.

En ejecución de dicho acuerdo se ordena la publicación de conformidad con el artículo 97 del Reglamento de la Cámara.

Palacio del Congreso de los Diputados, 13 de octubre de 2010.—P. D. El Secretario General del Congreso de los Diputados, **Manuel Alba Navarro**.

CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE COMUNIDADES AUTÓNOMAS PARA EL RECONOCIMIENTO RECÍPROCO DE LOS CERTIFICADOS DE FORMACIÓN DE LOS APLICADORES DE TATUAJES, PIERCINGS Y MICROPIGMENTACIONES

Las Comunidades Autónomas firmantes con competencias en materia de sanidad y salud pública

EXPONEN

La cooperación entre las Comunidades Autónomas resulta imprescindible en la nueva etapa de consolidación del Estado autonómico, en la que los ciudadanos exigen esta colaboración horizontal para una mejor prestación de los servicios públicos.

La proliferación de las prácticas de tatuaje, perforaciones cutáneas y micropigmentaciones ha suscitado una preocupación por parte de las autoridades sanitarias por garantizar una formación adecuada a las personas que aplican estas técnicas. Con el objeto de lograr una mayor colaboración de las Comunidades Autóno-

mas en la materia y de facilitar a los aplicadores de tatuajes, piercings y micropigmentaciones que puedan desarrollar su actividad laboral más allá del territorio de la Comunidad donde hubieran obtenido su formación, se considera necesaria la suscripción del presente Convenio con arreglo a las siguientes

CLÁUSULAS

Primera. Objeto

El objeto de este Convenio es establecer una colaboración entre las Comunidades Autónomas firmantes para el reconocimiento recíproco en su territorio de la validez de los certificados que acrediten la formación de los aplicadores de tatuajes, *piercings* y micropigmentaciones obtenidos en el resto de las Comunidades Autónomas signatarias de este Convenio.

Segunda. Requisitos para el reconocimiento de la validez de los certificados de formación de los aplicadores de tatuajes, *piercings* y micropigmentaciones.

Para que los certificados acreditativos de la formación de los aplicadores expedidos en cualquiera de las Comunidades Autónomas que sean parte del Convenio sean válidos en el territorio del resto de las Comunidades firmantes, será necesario:

- a) Que el curso de formación esté homologado o convalidado por el órgano competente de la Comunidad Autónoma donde se hubiera realizado.
- b) Que el certificado de formación esté vigente.

Tercera. Efectos del reconocimiento del certificado de formación.

El certificado de formación de los aplicadores de tatuajes, *piercings* y micropigmentaciones expedido en cualquiera de las Comunidades Autónoma signatarias tendrá validez en el territorio de las demás Comunidades Autónomas que sean parte del Convenio para el mismo tipo de actividad laboral y por el tiempo para el cual se hubiera otorgado.

Cuarta. Comisión sectorial de desarrollo y seguimiento.

En el plazo máximo de dos meses desde la comunicación a las Cortes Generales, se constituirá una Comisión sectorial de desarrollo y seguimiento, con la finalidad de dar cumplimiento al presente Convenio, formada por todas las Comunidades Autónomas firmantes a través de sus representantes en la materia.

Esta Comisión sectorial se encargará de desarrollar el presente Convenio, alcanzar requisitos mínimos en aras de una mayor convergencia entre las Comunidades

Autónomas firmantes, en cuestiones tales como duración y contenido de los cursos de formación y aspectos técnicos.

Quinta. Resolución de controversias.

La Comisión de seguimiento resolverá de común acuerdo las divergencias que pudieran surgir en la aplicación y ejecución de este Convenio.

Las cuestiones litigiosas que pudieran surgir se someterán a la jurisdicción contencioso-administrativa, dada la naturaleza administrativa del presente Convenio.

Sexta. Plazo de vigencia.

Este Convenio entrará en vigor el 1 de junio de 2010 y tendrá una duración indefinida. En todo caso, los efectos no se producirán para cada una de las Comunidades Autónomas firmantes, hasta el transcurso de los plazos que para la vigencia vengán exigidos por sus Estatutos de Autonomía.

Séptima. Adhesión de otras Comunidades Autónomas.

Las Comunidades Autónomas firmantes promoverán las acciones necesarias para que el resto de Comunidades Autónomas que lo deseen se adhieran al presente Convenio.

Octava. Extinción y modificación del Convenio.

El Convenio se extinguirá por el común acuerdo entre las partes o por el incumplimiento de las obligaciones asumidas en el mismo.

Cualquiera de las Comunidades Autónomas firmantes podrá promover la revisión de alguno de los términos del Convenio. Las modificaciones deberán incorporarse al Convenio y ser suscritas por todas las partes.

Novena. Separación del Convenio de colaboración.

Cualquiera de las Comunidades Autónomas podrá separarse del Convenio previa comunicación, con una antelación mínima de dos meses, a las restantes por cualquier medio que permita tener constancia de su recepción. La separación producirá efectos desde el 1 de enero del año siguiente.

En caso de separación de cualquiera de las Comunidades firmantes, el Convenio continuará en vigor respecto a las restantes Comunidades Autónomas.

Por todo lo expuesto, en prueba de conforalidad, se firma el presente Convenio para que surta efectos con criterios de reciprocidad con todas las Comunidades que, ostentando competencias en materia de sanidad y salud pública, lo suscriban.

093/000022

La Mesa de la Cámara, en su reunión del día de hoy, ha adoptado el acuerdo que se indica respecto del asunto de referencia.

(93) Convenios entre Comunidades Autónomas.

Autor: Comunidad Autónoma de La Rioja - Parlamento.

Convenio de colaboración entre Comunidades Autónomas para la definición de estrategias comunes orientadas a impulsar actuaciones conjuntas en materia turística.

Acuerdo:

Trasladar a la Comisión Constitucional, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 166.1 del Reglamento de la Cámara, así como comunicar al Senado y publicar en el Boletín Oficial de las Cortes Generales, poniéndolo en conocimiento de la Presidencia de la Comunidad Autónoma de La Rioja y del Parlamento de la citada Comunidad Autónoma.

En ejecución de dicho acuerdo se ordena la publicación de conformidad con el artículo 97 del Reglamento de la Cámara.

Palacio del Congreso de los Diputados, 13 de octubre de 2010.—P. D. El Secretario General del Congreso de los Diputados, **Manuel Alba Navarro**.

CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE COMUNIDADES AUTÓNOMAS PARA LA DEFINICIÓN DE ESTRATEGIAS COMUNES ORIENTADAS A IMPULSAR ACTUACIONES CONJUNTAS EN MATERIA TURÍSTICA

Las Comunidades Autónomas firmantes, con competencia en materia de turismo,

EXPONEN

Que la colaboración entre las Comunidades Autónomas españolas, aparte de enriquecer el ejercicio de las competencias propias, ha servido también para incrementar su participación en los procesos de adopción de decisiones estatales e incluso para prevenir conflictos entre ellas, abriendo al mismo tiempo enormes posibilidades en el Estado autonómico en beneficio de su capacidad de autogobierno.

Que en los últimos años, desde el desarrollo del Estado de las autonomías, se ha incrementado significativamente el número de convenios suscritos entre el

Estado y las Comunidades Autónomas (cooperación vertical), siendo deseable su incremento en lo referido a la colaboración entre Comunidades Autónomas (cooperación horizontal) en aras de identificar un ámbito amplio de intereses comunes mediante la articulación de sus relaciones de colaboración de forma estable y una correcta coordinación de sus competencias que se traduzca en un beneficio para sus ciudadanos.

Que las Comunidades Autónomas han asumido en sus Estatutos de Autonomía competencias exclusivas respecto al impulso y ejecución de la política turística en su respectivo ámbito territorial, en relación con la promoción de la calidad e innovación, el desarrollo, mejora, información y difusión del sector turístico, potenciando tanto la creación e implantación de nuevos productos, como la comercialización de los productos turísticos, colaborando en la mejora de la formación del personal del sector y manteniendo y mejorando la imagen de las mismas como destinos turísticos, tanto en los mercados nacionales como internacionales, y en general ejerciendo cualquier actuación que sirva para el desarrollo, mejora y promoción de su oferta turística.

Que el sector turístico asiste en los últimos años a verdaderos cambios estructurales en los patrones de consumo que suponen nuevos desafíos para todos los agentes públicos y privados que intervienen, haciendo aconsejable que las Comunidades Autónomas con intereses comunes en materia turística establezcan vías de cooperación estables que faciliten acometer de manera conjunta iniciativas que respondan a las necesidades de la sociedad en general y de los agentes del sector turístico en particular.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, las Comunidades Autónomas intervinientes, con el fin de estrechar sus relaciones y aunar esfuerzos que permitan impulsar el fortalecimiento del sector turístico en sus respectivas Comunidades Autónomas mediante el desarrollo de actuaciones comunes, consideran necesaria la suscripción de este Convenio de colaboración con arreglo a las siguientes

CLÁUSULAS

Primera. Objeto.

El objeto de este Convenio de colaboración es la definición de actuaciones comunes en materia turística que contribuyan a aunar esfuerzos e impulsar el sector turístico en sus respectivos territorios, generando sinergias positivas entre las Comunidades Autónomas que lo suscriben.

Segunda. Salvaguarda de las competencias autonómicas.

El presente Convenio de colaboración se firma con la salvaguarda de las competencias exclusivas que cada

una de las Comunidades que lo firman ostenta en materia de turismo.

Tercera. Normativa aplicable.

El ejercicio de las actividades de ordenación y promoción del turismo se regirá en cada territorio por la normativa dictada por la respectiva Comunidad Autónoma.

Cuarta. Ejes estratégicos de actuación.

En aras de dar respuesta a los principales retos a los que se ve sometido el sector turístico, se han identificado los siguientes ejes estratégicos:

Fortalecer la integración del producto turístico fomentando la sostenibilidad y desarrollo económico y social.

Promover la calidad y excelencia en la prestación de los servicios turísticos.

Coordinar acciones de promoción y comercialización del multiproducto turístico de interés común.

Apoyar la consolidación del turismo y fortalecer las relaciones con el resto de Comunidades Autónomas y otros países con posibles sitios de mercado de interés.

Quinta. Líneas preferentes de actuación.

En aras de dar respuesta a los ejes propuestos y a los retos a los que se ve sometido el sector turístico, se articulan las siguientes líneas preferentes de actuación:

Mejora del conocimiento del ámbito del turismo y consolidación de la coherencia de las acciones a través del desarrollo de estadísticas, estudios detallados, consulta a profesionales, etc.

Fomento de acciones transnacionales que impulsen la cooperación entre regiones transfronterizas o con intereses comunes.

Mejora de la información dirigida a los turistas como consumidores de servicios, así como a la protección de sus derechos e intereses.

Impulso al desarrollo sostenible de la actividad turística, mediante la información y sensibilización de los turistas y los agentes públicos y privados.

Fomento del desarrollo de la I+D+I aplicada al sector turístico.

Coordinación de la mejora de calidad en los productos y servicios turísticos.

Impulso de la accesibilidad universal, tanto en recursos como destinos turísticos, a través de programas de actuación dirigidos a eliminar barreras arquitectónicas e incrementar la sensibilización de todos los agentes involucrados.

Estudio y detección de posibles interferencias de la Administración central en las competencias en materia turística de las Comunidades Autónomas.

Sexta. Comisión sectorial de desarrollo y seguimiento.

Para el análisis del cumplimiento de los ejes estratégicos de actuación fijados en este Convenio de colaboración y en los posibles acuerdos u otros instrumentos jurídicos que en su desarrollo se puedan firmar, se constituirá una Comisión sectorial de desarrollo y seguimiento formada por todas las Comunidades Autónomas firmantes a través de sus representantes en la materia.

Podrán constituirse asimismo grupos de trabajo para el desarrollo de las actuaciones preferentes mencionadas, integrados de forma paritaria por representantes de las Comunidades Autónomas firmantes.

Séptima. Condición de eficacia.

Las Comunidades Autónomas firmantes de este Convenio de colaboración se comprometen a llevar a cabo la tramitación que proceda para su eficacia conforme a sus Estatutos de Autonomía y normas propias de organización y funcionamiento, con anterioridad a la fecha en que surta efectos.

Octava. Plazo de vigencia.

Este Convenio de colaboración producirá efectos a partir del momento de su firma y tendrá una duración indefinida.

Novena. Obligaciones económicas.

Este Convenio de colaboración no recoge, de forma expresa, contenido económico alguno para las partes firmantes. Las obligaciones económicas que pudiesen derivarse de su ejecución deberán estipularse en cada uno de los instrumentos particulares que articulen jurídicamente la acción en concreto.

Décima. Adhesión de otras Comunidades Autónomas.

Las Comunidades Autónomas firmantes promoverán las acciones necesarias para que el resto de Comunidades Autónomas que lo deseen se adhieran al presente Convenio de colaboración.

Undécima. Extinción y modificación del Convenio de colaboración.

El Convenio de colaboración se extinguirá por el común acuerdo entre las partes o por el incumplimiento de las obligaciones asumidas en el mismo.

Cualquiera de las Comunidades Autónomas firmantes podrá promover la revisión de alguno de los términos de este protocolo. Las modificaciones deberán incorporarse al mismo y ser suscritas por todas las partes.

Duodécima. Separación del Convenio de colaboración.

Cualquiera de las Comunidades Autónomas firmantes podrá separarse del presente protocolo previa comunicación a las restantes por cualquier medio que permita tener constancia de su recepción.

En caso de separación de cualquiera de las Comunidades Autónomas firmantes, el Convenio de colaboración continuará en vigor respecto a las restantes.

Y para que conste y en prueba de conformidad, firman el presente documento, en ocho ejemplares, en el lugar y la fecha en el inicio indicados.

093/000023

La Mesa de la Cámara, en su reunión del día de hoy, ha adoptado el acuerdo que se indica respecto del asunto de referencia.

(93) Convenios entre Comunidades Autónomas.

Autor: Comunidad Autónoma de La Rioja - Parlamento.

Convenio de colaboración entre Comunidades Autónomas para el intercambio de información sobre las licencias de funcionamiento a los fabricantes de productos sanitarios a medida.

Acuerdo:

Trasladar a la Comisión Constitucional, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 166.1 del Reglamento de la Cámara, así como comunicar al Senado y publicar en el Boletín Oficial de las Cortes Generales, poniéndolo en conocimiento de la Presidencia de la Comunidad Autónoma de La Rioja y del Parlamento de la citada Comunidad Autónoma.

En ejecución de dicho acuerdo se ordena la publicación de conformidad con el artículo 97 del Reglamento de la Cámara.

Palacio del Congreso de los Diputados, 13 de octubre de 2010.—P. D. El Secretario General del Congreso de los Diputados, **Manuel Alba Navarro**.

CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE COMUNIDADES AUTÓNOMAS PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN SOBRE LAS LICENCIAS DE FUNCIONAMIENTO A LOS FABRICANTES DE PRODUCTOS SANITARIOS A MEDIDA

Las Comunidades Autónomas firmantes con competencias en materia de sanidad y salud pública

EXPONEN

El artículo 100.1 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, faculta a la Administración del Estado para exigir una licencia previa a las personas físicas o jurídicas que se dediquen a la importación, la elaboración, la fabricación, la distribución o la exportación de medicamentos y otros productos sanitarios y a sus laboratorios y establecimientos.

El artículo 76 de la Ley 55/1999, de 29 de diciembre, de Medidas fiscales, administrativas y del orden social, ha añadido un párrafo al artículo 100.1 de la citada Ley General de Sanidad, mediante el que se salvaguardan las competencias de las Comunidades Autónomas en relación con los establecimientos y las actividades de las personas físicas y jurídicas que se dediquen a la fabricación de productos sanitarios a medida, y reserva en todo caso al Ministerio de Sanidad y Consumo la facultad de elaborar los criterios a efectos del otorgamiento de la licencia previa para el funcionamiento de los establecimientos citados y para el desarrollo de dichas actividades.

En consonancia con la citada previsión legal, el Real Decreto 437/2002, de 10 de mayo, por el que se establecen los criterios para la concesión de licencias de funcionamiento a los fabricantes de productos sanitarios a medida, regula con carácter básico los requisitos mínimos que deben cumplir las personas físicas o jurídicas que lleven a cabo dicha actividad para el otorgamiento de la licencia de funcionamiento. En este sentido, establece que el otorgamiento de la licencia requerirá la acreditación previa de que el solicitante y, en su caso, las personas físicas o jurídicas subcontratadas cuentan con las instalaciones, los medios materiales y el personal adecuado para desarrollar las actividades correspondientes.

De acuerdo con el marco normativo expuesto, las Comunidades Autónomas expiden las licencias a los fabricantes de productos sanitarios a medida y algunas han establecido su propia normativa en la materia. A la vista de esta situación, se considera necesario facilitar la expedición de las referidas licencias de funcionamiento mediante el establecimiento de un marco de colaboración para el intercambio de información sobre los requisitos que, de acuerdo con la citada normativa, deben cumplir las personas físicas o jurídicas que, en régimen de subcontratación, realizan actividades de fabricación para terceros titulares de la licencia, cuando el domicilio de ambos no se encuentre en la misma Comunidad Autónoma, así como, además, para el intercambio general de información sobre otorgamiento y revocación de dichas licencias de funcionamiento.

Por todo ello, las Comunidades Autónomas firmantes consideran imprescindible establecer mecanismos de cooperación en dicho ámbito que contribuyan a la mejora en la prestación de los servicios públicos.

En virtud de lo que antecede se considera necesaria la suscripción del presente Convenio con arreglo a las siguientes

CLÁUSULAS

Primera. Objeto.

El objeto de este convenio es establecer un marco de colaboración para facilitar el otorgamiento de licencias de funcionamiento a los fabricantes de productos sanitarios a medida mediante el intercambio de información sobre el cumplimiento de los requisitos de las personas físicas o jurídicas que, en régimen de subcontratación, realizan actividades de fabricación para terceros titulares de la licencia, cuando el domicilio de ambos no se encuentre en la misma Comunidad Autónoma, así como, además, para el intercambio general de información sobre otorgamiento y revocación de dichas licencias de funcionamiento.

Segunda. Suministro de información en la materia objeto del convenio

Las Comunidades firmantes se comprometen a adoptar las medidas necesarias para intercambiarse información relativa a las licencias de funcionamiento a los fabricantes de productos sanitarios a medida expedidas por sus respectivas administraciones en los términos que se concretan a continuación:

a) Se facilitarán entre ellas la información que, en un procedimiento de otorgamiento de licencia de fabricación o de modificación de la misma, las Comunidades puedan requerir en relación con las personas físicas o jurídicas con las que se pretenda subcontratar alguna actividad y cuyo domicilio radique en una Comunidad Autónoma diferente a la del fabricante. La información que la Comunidad Autónoma correspondiente suministre respecto de dicha persona servirá a los efectos de acreditar que esta cumple los requisitos relativos a instalaciones, medios materiales y personal adecuado para desarrollar las actividades correspondientes de acuerdo con el artículo 1.2 en relación con el 3.2, ambos del Real Decreto 437/2002, de 10 de mayo, por el que se establecen los criterios para la concesión de licencias de funcionamiento a los fabricantes de productos sanitarios a medida.

b) Trimestralmente, se enviará a las demás Comunidades información sobre las altas producidas en cada periodo incluyendo el nombre o razón social de los fabricantes titulares de licencia y los productos que estén autorizados a fabricar y, en su caso, las personas físicas o jurídicas subcontratadas por aquellos y las actividades y productos para los que hayan sido subcontratadas.

c) De forma inmediata, se comunicará al resto de las Comunidades la revocación de la licencia concedida a un fabricante, sea cual sea su causa.

La Comisión de la que es objeto la cláusula siguiente estudiará la posibilidad de crear un registro telemático para facilitar el acceso a la información a la que se refiere la presente cláusula.

Tercera. Comisión sectorial de desarrollo y seguimiento.

En el plazo máximo de dos meses desde la comunicación a las Cortes Generales, se constituirá una Comisión sectorial de desarrollo y seguimiento, con la finalidad de dar cumplimiento al presente Convenio, formada por todas las Comunidades Autónomas firmantes a través de sus representantes en la materia.

Cuarta. Resolución de controversias.

La Comisión de seguimiento resolverá de común acuerdo las divergencias que pudieran surgir en la aplicación y ejecución de este Convenio.

Las cuestiones litigiosas que pudieran surgir se someterán a la jurisdicción contencioso-administrativa, dada la naturaleza administrativa del presente Convenio.

Quinta. Plazo de vigencia.

Este Convenio entrará en vigor el 1 de junio de 2010 y tendrá una duración indefinida. En todo caso los efectos no se producirán para cada una de las Comunidades Autónomas firmantes, hasta el transcurso de los plazos que para la vigencia vengan exigidos por sus Estatutos de Autonomía.

Sexta. Adhesión de otras Comunidades Autónomas.

Las Comunidades Autónomas firmantes promoverán las acciones necesarias para que el resto de Comunidades Autónomas que lo deseen se adhieran al presente Convenio.

Séptima. Extinción y modificación del Convenio.

El Convenio se extinguirá por el común acuerdo entre las partes o por el incumplimiento de las obligaciones asumidas en el mismo.

Cualquiera de las Comunidades Autónomas firmantes podrá promover la revisión de alguno de los términos del Convenio. Las modificaciones deberán incorporarse al Convenio y ser suscritas por todas las partes.

Octava. Separación del Convenio de Colaboración.

Cualquiera de las Comunidades Autónomas podrá separarse del Convenio previa comunicación, con una antelación mínima de dos meses, a las restantes por cualquier medio que permita tener constancia de su recepción. La separación producirá efectos desde el 1 de enero del año siguiente.

En caso de separación de cualquiera de las Comunidades firmantes, el Convenio continuará en vigor respecto a las restantes Comunidades Autónomas.

Y para que conste y en prueba de conformidad, se firma el presente Convenio, en ocho ejemplares, en el lugar y la fecha en el inicio indicados, para que surta efectos con criterios de reciprocidad con todas las Comunidades Autónomas que, ostentando competencias en materia de sanidad y salud pública, lo suscriban.

093/000024

La Mesa de la Cámara, en su reunión del día de hoy, ha adoptado el acuerdo que se indica respecto del asunto de referencia.

(93) Convenios entre Comunidades Autónomas.

Autor: Comunidad Autónoma de La Rioja - Parlamento.

Convenio de colaboración entre Comunidades Autónomas para la ejecución que les corresponde de las medidas de internamiento y medio abierto previstas en el artículo 7.1 de la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores.

Acuerdo:

Trasladar a la Comisión Constitucional, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 166.1 del Reglamento de la Cámara, así como comunicar al Senado y publicar en el Boletín Oficial de las Cortes Generales, poniéndolo en conocimiento de la Presidencia de la Comunidad Autónoma de La Rioja y del Parlamento de la citada Comunidad Autónoma.

En ejecución de dicho acuerdo se ordena la publicación de conformidad con el artículo 97 del Reglamento de la Cámara.

Palacio del Congreso de los Diputados, 13 de octubre de 2010.—P. D., El Secretario General del Congreso de los Diputados, **Manuel Alba Navarro**.

CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE COMUNIDADES AUTÓNOMAS PARA LA EJECUCIÓN QUE LES CORRESPONDE DE LAS MEDIDAS DE INTERNAMIENTO Y MEDIO ABIERTO PREVISTAS EN EL ARTÍCULO 7.1 DE LA LEY ORGÁNICA 5/2000, DE 12 DE ENERO, REGULADORA DE LA RESPONSABILIDAD PENAL DE LOS MENORES

Las Comunidades Autónomas firmantes con competencia exclusiva en materia de menores

EXPONEN

La cooperación entre las Comunidades Autónomas resulta imprescindible en la nueva etapa de consolidación del Estado autonómico. Los ciudadanos exigen esta colaboración horizontal para una mejor prestación de los servicios públicos de competencia autonómica, que supondría asimismo una gestión más eficiente de los recursos.

Las Comunidades Autónomas firmantes ostentan, conforme a sus Estatutos de Autonomía, competencia exclusiva en materia de menores.

La Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores, establece en su artículo 45.1 que corresponde a las Comunidades Autónomas y a las Ciudades de Ceuta y Melilla la ejecución de las medidas adoptadas por los Jueces de Menores en sus sentencias firmes, concretando en el apartado 2 que tal competencia corresponderá en concreto a la Comunidad Autónoma donde radique el Juzgado de Menores que haya dictado la sentencia.

Asimismo, los artículos 9 y 35 del Real Decreto 1774/2004, de 30 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, establece los supuestos en que la medida puede ser ejecutada en una Comunidad Autónoma distinta de aquella en que tenga su sede el juzgado sentenciador.

Para establecer las pautas de actuación que faciliten la efectividad de esta posibilidad, en la búsqueda del mayor interés del menor, se considera necesaria la suscripción de este Convenio con arreglo a las siguientes

CLÁUSULAS

Primera. Objeto.

El presente Convenio tiene por objeto establecer la colaboración entre las Comunidades Autónomas firmantes, para la ejecución que les corresponda de las medidas impuestas de internamiento y medio abierto previstas en el artículo 7.1 de la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, a través de sus centros y servicios de justicia juvenil, en alguno de los supuestos siguientes:

a) Cuando quede acreditado que el domicilio del menor o el de sus representantes legales se encuentra en Comunidad Autónoma distinta de la correspondiente al Juzgado de Menores sentenciador.

b) Que sea necesario un alejamiento del menor de su entorno familiar y social por resultar dicho entorno perjudicial para el mismo.

c) Que la entidad solicitante no disponga en sus centros o servicios de plaza adecuada al régimen o tipo de internamiento o medio abierto impuesto, mientras se mantenga dicha situación.

Segunda. Compromiso.

Para la ejecución de las medidas judiciales de internamiento y medio abierto en centros y servicios de justicia juvenil, cada una de las instituciones firmantes se compromete a facilitar a la otra plazas en los centros o servicios específicos para menores de los que dispone, siempre y cuando la Comunidad Autónoma a la que se solicita plaza o servicio disponga de la misma y/o del programa específico adecuado para la ejecución de la medida impuesta a los menores por el órgano judicial, cuando acontezca alguno de los supuestos previstos en la cláusula primera.

Tercera. Contenido de la Colaboración.

La concreción de la colaboración prevista en este Convenio se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, Real Decreto 1774/2004, de 30 de julio, y demás normativa que resulte de aplicación, y se llevará a cabo con arreglo a los siguientes criterios:

1. A efectos del presente Convenio se utilizará el término «Comunidad del Juzgado» para señalar a la Comunidad Autónoma en cuyo territorio se encuentra el Juzgado de Menores que dictó la resolución para cuyo cumplimiento se demanda la colaboración, y el término «Comunidad de Residencia o Destino» para denominar a la Comunidad Autónoma a la que se ha remitido la solicitud de colaboración.

2. La colaboración se hará a petición de la Dirección General u Organismo Administrativo competente en materia de menores de la Comunidad Autónoma del Juzgado, reseñando de forma clara los datos relativos a la medida para la que se solicita la colaboración y los datos relativos al menor.

3. Previamente a tramitar la petición de colaboración, la Comunidad del Juzgado solicitará la autorización del Juzgado de Menores conforme establece el artículo 35 del Real Decreto 1774/2004, de 30 de julio, haciendo constar que en caso de autorización se iniciarán las gestiones con la Comunidad de Residencia o Destino.

4. Las resoluciones remitidas directamente desde los Juzgados de Menores a la Comunidad de Residencia o Destino se pondrán en conocimiento por esta última a la Comunidad del Juzgado al objeto de su constancia documental e información.

5. Junto a las solicitudes de colaboración se acompañará copia de las resoluciones judiciales (sentencias, autos de adopción de medidas cautelares, liquidaciones de medida, autos de refundición, etc.), el informe del equipo técnico del Juzgado, así como aquella información necesaria para la ejecución de la medida, especialmente en aquellos casos en que la medida se encuentre ya iniciada (programa individual de ejecución que se estaba desarrollando, informe de seguimiento elaborado, incidencias producidas, etc.).

6. La ejecución de medidas se llevará a cabo con los programas y recursos (centros y servicios) de que disponga la Comunidad de Residencia o Destino.

7. Aceptación de la colaboración:

a) En las medidas de medio abierto, la colaboración se entenderá aceptada, excepto en el caso de medidas de convivencia por persona, familia o grupo educativo, en que se estará a la disponibilidad de plazas vacantes.

b) En las medidas de internamiento la colaboración podrá condicionarse a la disponibilidad de recursos adecuados.

8. Traslado de los menores.

a) Las gestiones para el traslado del menor al centro de internamiento de la Comunidad de Residencia o Destino se realizarán por la Comunidad del Juzgado.

b) A partir de ese momento, corresponde a la Comunidad de Residencia o Destino gestionar los traslados requeridos por citaciones judiciales o incidencias que se produzcan durante el cumplimiento de la medida.

9. Reembolso de gastos.

a) En los supuestos comprendidos en los apartados b) y c) de la cláusula primera la Comunidad Autónoma del Juzgado correrá con los gastos de mantenimiento y asistencia que genere el menor en la Comunidad Autónoma de Residencia o Destino.

b) Los criterios para la determinación de los mismos serán acordados por la Comisión de seguimiento a que se refiere la cláusula cuarta.

Cuarta. Comisión sectorial de desarrollo y seguimiento.

En el plazo máximo de dos meses desde la comunicación a las Cortes Generales, se constituirá una Comisión sectorial de desarrollo y seguimiento, con la finalidad de dar cumplimiento al presente Convenio, formada por todas las Comunidades Autónomas firmantes a través de sus representantes en la materia.

Esta Comisión sectorial se encargará de desarrollar el presente Convenio, además de ejercer las funciones que específicamente se le atribuyen en el mismo.

Quinta. Resolución de controversias.

La Comisión de seguimiento resolverá de común acuerdo las divergencias que pudieran surgir en la aplicación y ejecución de este Convenio.

Las cuestiones litigiosas que pudieran surgir, sin perjuicio de las que correspondan a los órganos jurisdiccionales competentes en materia de responsabilidad penal de los menores, se someterán a la jurisdicción contencioso-administrativa, dada la naturaleza administrativa del presente Convenio.

Sexta. Plazo de vigencia.

Este Convenio entrará en vigor el 1 de enero de 2011 y tendrá una duración indefinida. En todo caso, los efectos no se producirán para cada una de las Comunidades Autónomas firmantes hasta el transcurso de los plazos de vigencia exigidos por sus Estatutos de Autonomía.

Séptima. Adhesión de otras Comunidades Autónomas.

Las Comunidades Autónomas firmantes promoverán las acciones necesarias para que el resto de Comunidades Autónomas que lo deseen se adhieran al presente Convenio.

Octava. Extinción y modificación del Convenio.

El Convenio se extinguirá por el común acuerdo entre las partes o por el incumplimiento de las obligaciones asumidas en el mismo.

Cualquiera de las Comunidades Autónomas firmantes podrá promover la revisión de alguno de los términos del Convenio. Las modificaciones deberán incorporarse al Convenio y ser suscritas por todas las partes.

Novena. Separación del Convenio de Colaboración.

Cualquiera de las Comunidades Autónomas podrá separarse del Convenio previa comunicación, con una antelación mínima de dos meses, a las restantes por cualquier medio que permita tener constancia de su recepción. La separación producirá efectos desde el 1 de enero del año siguiente.

En caso de separación de cualquiera de las Comunidades firmantes, el Convenio continuará en vigor respecto a las restantes Comunidades Autónomas.

Por todo lo expuesto,

En prueba de conformidad, se firma el presente Convenio para que surta efectos con criterios de reciprocidad con todas las Comunidades que lo suscriban.

093/000025

La Mesa de la Cámara, en su reunión del día de hoy, ha adoptado el acuerdo que se indica respecto del asunto de referencia.

(93) Convenios entre Comunidades Autónomas.

Autor: Comunidad Autónoma de La Rioja - Parlamento.

Convenio de colaboración entre Comunidades Autónomas en materia de prevención y extinción de incendios forestales.

Acuerdo:

Trasladar a la Comisión Constitucional, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 166.1 del Reglamento de la Cámara, así como comunicar al Senado y publicar en el Boletín Oficial de las Cortes Generales, poniéndolo en conocimiento de la Presidencia de la Comunidad Autónoma de La Rioja y del Parlamento de la citada Comunidad Autónoma.

En ejecución de dicho acuerdo se ordena la publicación de conformidad con el artículo 97 del Reglamento de la Cámara.

Palacio del Congreso de los Diputados, 13 de octubre de 2010.—P. D., El Secretario General del Congreso de los Diputados, **Manuel Alba Navarro**.

CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE COMUNIDADES AUTÓNOMAS EN MATERIA DE PREVENCIÓN Y EXTINCIÓN DE INCENDIOS FORESTALES

Las Comunidades Autónomas firmantes con competencias en materia de montes, protección civil y prevención y extinción de incendios forestales

EXPONEN

La cooperación entre las Comunidades Autónomas resulta imprescindible en la nueva etapa de consolidación del Estado autonómico, en la que los ciudadanos exigen esta colaboración horizontal para una mejor prestación de los servicios públicos.

La Ley estatal básica 43/2003, de 21 de noviembre, de Montes, tiene por objeto, según indica su artículo 1, garantizar la conservación y protección de los montes españoles, promoviendo su restauración, mejor sostenibilidad, y aprovechamiento racional, apoyándose en la solidaridad colectiva y cohesión territorial.

Esta cohesión territorial exige la colaboración y cooperación de las diferentes Administraciones públicas en la elaboración y ejecución de sus políticas forestales. Tal y como indica la propia Exposición de Motivos de la Ley 43/2003, son las Administraciones autonómicas las responsables y competentes en materia forestal, de acuerdo con la Constitución y los Estatutos de Autonomía y «opta con claridad por la colaboración y cooperación entre las Administraciones para beneficio de un medio forestal que no entiende de fronteras administrativas».

La importante función social que cumplen los montes, como infraestructurales naturales básicas del territorio, obliga a las Administraciones públicas a destinar los medios humanos y materiales necesarios para que los montes cumplan su función en aras de una adecuada gestión forestal sostenible. En este sentido, la legislación estatal y de las Comunidades Autónomas en materia de montes otorgan especial relevancia a la necesidad de coordinación de las diferentes Administraciones en la prevención y lucha contra los incendios forestales.

De igual forma las situaciones que pueden originarse como consecuencia de los incendios determinan la íntima conexión de coordinar las actuaciones de las Administraciones públicas al objeto de facilitar sistemas de gestión de emergencias integrados y compatibles entre ellas.

Por todo ello, las Comunidades Autónomas firmantes consideran imprescindible establecer mecanismos de cooperación en este ámbito que contribuyan a la mejora en la prestación del servicio de conservación y protección de los montes.

En virtud de lo que antecede se considera necesaria la suscripción del presente Convenio con arreglo a las siguientes

CLÁUSULAS

Primera. Objeto.

El objeto de este Convenio es establecer el marco de cooperación y colaboración de las Comunidades Autónomas firmantes en las actividades de prevención y extinción de incendios forestales.

Segunda. Salvaguarda de las competencias autonómicas.

El presente Convenio se firma con la salvaguarda de las competencias que cada una de las Comunidades que lo firman ostentan en materia de montes y protección civil.

Tercera. Normativa aplicable en materia de incendios forestales.

El ejercicio de las actividades encaminadas a la prevención y extinción de los incendios forestales se regirá en cada territorio por la normativa dictada por la respectiva Comunidad Autónoma.

Cuarta. Coordinación en la prevención de incendios forestales.

1. Las Comunidades Autónomas firmantes organizarán coordinadamente programas específicos de concienciación y sensibilización para la prevención de incendios forestales, así como de coordinación en la

vigilancia y la situación en las infraestructuras de prevención.

Para el cumplimiento de lo dispuesto en el apartado anterior las partes firmantes se comprometen a colaborar con las siguientes actuaciones:

a) Preparación, programación y realización de proyectos, cursos, encuentros, o seminarios concretos en los que se fijará su duración, las obligaciones de las partes y el modo de financiación.

b) Intercambio de información, documentación, publicaciones y material didáctico.

c) Preparación y formación del personal que participe en las tareas de prevención y extinción de incendios forestales.

d) Campañas de comunicación.

e) Cualquier otra modalidad de colaboración y cooperación de carácter práctico o técnico acordada por las partes.

2. Las partes definirán, en cada caso concreto, los modos de financiación de las actuaciones de coordinación que se desarrollen en materia de prevención de incendios forestales y podrán formar parte de las mismas, de común acuerdo, instituciones y organismos propios o ajenos.

Quinta. Colaboración en la lucha contra los incendios forestales.

Las Comunidades Autónomas firmantes cooperarán entre sí y colaborarán en las tareas de lucha contra los incendios forestales, aportando los medios materiales, humanos y económicos de acuerdo con el presente Convenio.

Sexta. Centro de Coordinación.

1. Para facilitar la colaboración entre los dispositivos de extinción de incendios forestales, los órganos competentes de las Comunidades Autónomas firmantes atenderán a través de su Centro de Coordinación las peticiones de ayuda que se soliciten para la asistencia en caso de incendios forestales por medio del teléfono de emergencias 112.

2. A los efectos de lo dispuesto en el apartado anterior, las partes firmantes se comprometen a realizar las campañas de información necesarias para que los vecinos, entidades locales y cualesquiera otros organismos públicos o autoridades de las respectivas Comunidades Autónomas firmantes, cuando requieran la asistencia prevista en el apartado anterior, la precisen del Centro de Coordinación de su respectivo ámbito territorial.

3. Cada Comunidad Autónoma, a través del órgano competente, deberá identificar los cargos de las personas que tienen capacidad para llevar a cabo la solicitud de ayuda. Igualmente designará la persona, y

localización de la misma, a la que se debe dirigir la petición.

Séptima. Ayuda recíproca para la extinción.

1. Las Comunidades Autónomas firmantes del presente Convenio, a través de sus respectivos órganos competentes, podrán solicitar, en régimen de reciprocidad, la ayuda material y humana que sea necesaria para controlar y extinguir el incendio forestal producido en su ámbito territorial.

2. La Comunidad Autónoma receptora de la petición de la ayuda determinará en cada caso, por medio de su Centro de Coordinación contra incendios forestales, la existencia o no de recursos disponibles, su número y composición, comunicándolo al Centro de Coordinación de la Comunidad peticionaria simultáneamente a la orden de despacho.

3. Las partes firmantes se comprometen a elaborar un modelo común de las peticiones de ayudas y confirmación de recursos.

Octava. Dirección unificada de los trabajos de extinción.

1. Las actuaciones conjuntas que se deriven de la aplicación del presente Convenio requerirán de la existencia de una dirección unificada de los trabajos de extinción.

2. El director o responsable técnico de las tareas de extinción será nombrado por la Comunidad Autónoma en cuyo territorio se desarrolle el incendio. Si el incendio afecta al territorio de más de una Comunidad Autónoma de las firmantes del presente Convenio, el director o responsable técnico será designado de común acuerdo por las Comunidades afectadas.

3. Las unidades de cada Comunidad Autónoma actuarán siempre a las órdenes directas de sus mandos naturales.

Novena. Zonas de ayuda inmediata.

1. A los efectos del presente convenio, se constituyen las zonas de ayuda inmediata en las áreas limítrofes de las Comunidades Autónomas firmantes que sean colindantes.

Esta zona de ayuda inmediata abarca desde la línea divisoria de las Comunidades hasta una distancia de en torno a cinco kilómetros contados a partir de la misma.

2. En los incendios forestales que se desarrollen en las zonas limítrofes, los efectivos de extinción de cualquiera de las Comunidades Autónomas que se encuentren más próximos al siniestro podrán actuar dentro de dichas zonas de la Comunidad colindante, previa comunicación y sin necesidad de petición de ayuda, con el objetivo de impedir la propagación del incendio independientemente del ámbito territorial amenazado.

3. Si la evolución del incendio requiere medios adicionales a los de ayuda inmediata, se actuará de acuerdo con la cláusula séptima del presente Convenio.

Décima. Gastos de asistencia.

1. No será exigible ningún pago de una Comunidad a otra como reembolso por los gastos de asistencia y por los materiales perdidos, destruidos o dañados como consecuencia de las actuaciones de ayuda de extinción de incendios derivada del presente Convenio.

2. Los gastos ocasionados por el aprovisionamiento y alojamiento de los medios desplazados, así como por el suministro de los artículos necesarios para el funcionamiento de los vehículos y otro material correrán a cargo de la parte asistida.

3. Las partes se comprometen a tener cubiertos, mediante los correspondientes contratos de seguro de responsabilidad y de accidente, los riesgos derivados de las actuaciones objeto de este Convenio.

Undécima. Comisión sectorial de desarrollo y seguimiento.

1. En el plazo máximo de dos meses desde la comunicación a las Cortes Generales, se constituirá una Comisión sectorial de desarrollo y seguimiento, con la finalidad de dar cumplimiento al presente Convenio, formada por todas las Comunidades Autónomas firmantes a través de sus representantes en la materia.

2. La Comisión esta formada por el titular o los titulares de los órganos competentes de cada una de las Comunidades Autónomas firmantes del presente Convenio en materia de protección civil y prevención y extinción de incendios forestales.

3. La Comisión se encargará de elaborar un protocolo de actuación para el cumplimiento del presente Convenio, efectuando el seguimiento y control de su desarrollo posterior. En particular la Comisión tratará de homogeneizar las actuaciones que derivan del presente convenio con las dispuestas en otros convenios o protocolos de prevención y extinción de incendios que afecten a las Comunidades Autónomas firmantes del presente Convenio.

Duodécima. Resolución de controversias.

1. La Comisión de seguimiento resolverá de común acuerdo las divergencias que pudieran surgir en la aplicación y ejecución de este Convenio.

2. Las cuestiones litigiosas que pudieran surgir se someterán a la jurisdicción contencioso-administrativa, dada la naturaleza administrativa del presente Convenio.

Decimotercera. Plazo de vigencia y eficacia.

1. Este Convenio entrará en vigor el 1 de enero de 2011 y tendrá una duración indefinida. En todo caso los efectos no se producirán, para cada una de las Comunidades Autónomas firmantes, hasta el transcurso de los plazos que para la vigencia vengán exigidos por sus Estatutos de Autonomía.

2. Los efectos de la entrada en vigor del presente Convenio se producirán sin perjuicio de la vigencia de los convenios o protocolos que en materia de prevención y extinción de incendios forestales hayan celebrado las Comunidades Autónomas firmantes.

Decimocuarta. Adhesión de otras Comunidades Autónomas.

Las Comunidades Autónomas firmantes promoverán las acciones necesarias para que el resto de Comunidades Autónomas que lo deseen se adhieran al presente Convenio.

Decimoquinta. Extinción y modificación del Convenio.

1. El Convenio se extinguirá por el común acuerdo entre las partes o por el incumplimiento de las obligaciones asumidas en el mismo.

2. Cualquiera de las Comunidades Autónomas firmantes podrá promover la revisión de alguno de los términos del Convenio. Las modificaciones deberán incorporarse al Convenio y ser suscritas por todas las partes.

Decimosexta. Separación del Convenio de Colaboración.

1. Cualquiera de las Comunidades Autónomas podrá separarse del Convenio previa comunicación, con una antelación mínima de dos meses, a las restantes por cualquier medio que permita tener constancia de su recepción. La separación producirá efectos desde el 1 de enero del año siguiente.

2. En caso de separación de cualquiera de las Comunidades firmantes, el Convenio continuará en vigor respecto a las restantes Comunidades Autónomas.

Por todo lo expuesto,

En prueba de conformidad, se firma el presente Convenio para que surta efectos en todas las Comunidades que, ostentando competencias en materia de montes, protección civil y prevención y extinción de incendios forestales, lo suscriban.

093/000026

La Mesa de la Cámara, en su reunión del día de hoy, ha adoptado el acuerdo que se indica respecto del asunto de referencia.

(93) Convenios entre Comunidades Autónomas.

Autor: Comunidad Autónoma de La Rioja - Parlamento.

Convenio de colaboración entre Comunidades Autónomas en materia de juventud para la coordinación de sus actividades e instalaciones juveniles.

Acuerdo:

Trasladar a la Comisión Constitucional, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 166.1 del Reglamento de la Cámara, así como comunicar al Senado y publicar en el Boletín Oficial de las Cortes Generales, poniéndolo en conocimiento de la Presidencia de la Comunidad Autónoma de La Rioja y del Parlamento de la citada Comunidad Autónoma.

En ejecución de dicho acuerdo se ordena la publicación de conformidad con el artículo 97 del Reglamento de la Cámara.

Palacio del Congreso de los Diputados, 13 de octubre de 2010.—P. D. El Secretario General del Congreso de los Diputados, **Manuel Alba Navarro**.

CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE COMUNIDADES AUTÓNOMAS EN MATERIA DE JUVENTUD PARA LA COORDINACIÓN DE SUS ACTIVIDADES E INSTALACIONES JUVENILES

Las Comunidades Autónomas firmantes con competencias en materia de juventud

EXPONEN

La cooperación entre las Comunidades Autónomas resulta imprescindible en la nueva etapa de desarrollo y consolidación del Estado autonómico. Los ciudadanos exigen esta colaboración horizontal para una mejor prestación de los servicios públicos de competencia autonómica, que suponga asimismo una gestión más eficiente de los recursos.

Entre los principios rectores de la política social y económica que recoge el capítulo III del título I de la Constitución de 1978, el artículo 48 obliga a los poderes públicos a promover las condiciones para la partici-

pación libre y eficaz de la juventud en el desarrollo político, social, económico y cultural.

Desde la promulgación de los primeros Estatutos de Autonomía, las Comunidades Autónomas han asumido como propias las competencias en materia de juventud, habiendo desarrollado políticas de promoción de la participación de la juventud en los aspectos antedichos.

Con el fin de compartir y mejorar las redes de servicios dirigidos a la juventud, se estima necesario avanzar en la cooperación entre las Comunidades Autónomas mediante la formalización de este Convenio. Su objeto es establecer un marco de colaboración en virtud del cual las Comunidades Autónomas firmantes se comprometen a adoptar diversas medidas para la coordinación de sus actividades e instalaciones juveniles. De los servicios que comprende el presente Convenio quedan excluidos los albergues juveniles, ya que estos son objeto del Convenio de colaboración entre la Administración del Estado y las Comunidades Autónomas, en el que se acuerda la creación del Consorcio para la Presencia y Promoción del Alberguismo Juvenil, firmado el día 26 de junio de 2000 (BOE núm. 65, de 16 de marzo de 2001).

Por todo ello, se considera necesaria la suscripción del presente Convenio de colaboración, con arreglo a las siguientes

CLÁUSULAS

Primera. Objeto.

El objeto de este Convenio es establecer un marco de colaboración en materia de juventud, en virtud del cual las Comunidades Autónomas firmantes se comprometen a adoptar diversas medidas para la coordinación de sus actividades e instalaciones juveniles, salvo los albergues.

Segunda. Recursos objeto de la colaboración.

Para la efectividad del Convenio, cada una de las Comunidades Autónomas, a través de la Comisión sectorial que se establece en la cláusula sexta, elaborará un listado de actividades e instalaciones dirigidas a la juventud, que pondrá a disposición de las demás Comunidades Autónomas firmantes del Convenio.

Tercera. Organización del proceso de derivación.

Para facilitar el proceso de derivación a los diferentes servicios que se ponen en común, se desarrollará un protocolo de actuación, teniendo en cuenta los siguientes principios:

Se adoptará un criterio mínimo coordinado para determinar el acceso de los usuarios de cada servicio.

Se desarrollará un sistema de comunicación directa entre los organismos competentes en esta materia de las Comunidades Autónomas firmantes para conocer la disponibilidad de plazas en cada caso.

Se podrá constituir, en cada uno de los servicios compartidos, un cupo porcentual de plazas que, según la disponibilidad de cada Comunidad Autónoma, será reservado a los usuarios derivados de cualquiera de las signatarias de este Convenio, con criterios de reciprocidad.

Cuarta. Salvaguarda de las competencias autonómicas.

El presente Convenio de colaboración se firma sin perjuicio de la salvaguarda de las competencias que cada una de las Comunidades Autónomas que lo firman ostenta en materia de juventud.

El uso y las características de los servicios se registrarán por la normativa respectiva de cada Comunidad Autónoma, sin incluir requisitos que impidan o desvirtúen la finalidad del convenio.

Quinta. Intercambio de información y comunicación.

Para lograr la efectiva coordinación de las redes de servicios que se ponen en común, se establecerá un sistema de información y comunicación común por la Comisión sectorial establecida en la cláusula siguiente.

Con este fin, cada una de las Comunidades Autónomas se compromete a adoptar las medidas adecuadas para facilitar al resto de Comunidades firmantes del Convenio la información actualizada correspondiente a los recursos de su Administración: modalidades de actividades e instalaciones, número de plazas, titularidad o medios personales de los servicios.

Sexta. Comisión sectorial de desarrollo y seguimiento.

En el plazo máximo de dos meses desde la comunicación a las Cortes Generales, se constituirá una Comisión sectorial de desarrollo y seguimiento, con la finalidad de dar cumplimiento al presente Convenio, formada por todas las Comunidades Autónomas firmantes a través de sus representantes en la materia.

Esta Comisión sectorial se encargará, además, de establecer el protocolo de actuación, que será aprobado por las partes y desarrollará las pautas para la derivación de los usuarios y el criterio mínimo coordinado para determinar el acceso de los jóvenes a los respectivos servicios.

Séptima. Resolución de controversias.

La Comisión sectorial resolverá de común acuerdo las divergencias que puedan surgir en la aplicación y ejecución de este Convenio.

Las cuestiones litigiosas que pudieran surgir se someterán a la jurisdicción contencioso-administrativa, dada la naturaleza administrativa del presente Convenio.

Octava. Plazo de vigencia.

Este Convenio entrará en vigor el 1 de enero de 2011 y tendrá una vigencia indefinida. En todo caso, los efectos no se producirán para cada una de las Comunidades Autónomas firmantes hasta el transcurso de los plazos que para la vigencia vengán exigidos por sus Estatutos de Autonomía.

Novena. Adhesión de otras Comunidades Autónomas.

Las Comunidades Autónomas firmantes promoverán las acciones necesarias para que el resto de Comunidades Autónomas que lo deseen se adhieran al presente Convenio.

Décima. Extinción y modificación del Convenio.

El Convenio se extinguirá por el común acuerdo entre las partes o por el incumplimiento de las obligaciones asumidas en el mismo.

Cualquiera de las Comunidades Autónomas firmantes podrá promover la revisión de alguno de los términos del Convenio. Las modificaciones deberán incorporarse al Convenio y ser suscritas por todas las partes.

Undécima. Separación del Convenio de colaboración.

Cualquiera de las Comunidades Autónomas podrá separarse del Convenio previa comunicación, con una antelación mínima de dos meses, a las restantes por cualquier medio que permita tener constancia de su recepción. La separación producirá efectos desde el 1 de enero del año siguiente.

En caso de separación de cualquiera de las Comunidades firmantes, el Convenio seguirá en vigor respecto de las restantes Comunidades Autónomas.

Por todo lo expuesto, en prueba de conformidad, se firma el presente Convenio para que surta efectos con criterios de reciprocidad con todas las Comunidades Autónomas que, teniendo competencias en materia de juventud, lo suscriban.

OTROS TEXTOS

COMISIONES, SUBCOMISIONES Y PONENCIAS

154/000008

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 97 del Reglamento de la Cámara, se ordena la publicación en el Boletín Oficial de las Cortes Generales, del Informe aprobado por la Subcomisión para el Pacto de Estado en la Sanidad, constituida en el seno de la Comisión de Sanidad, Política Social y Consumo, así como de los votos particulares presentados al mismo.

Palacio del Congreso de los Diputados, 6 de octubre de 2010.—P. D. El Secretario General del Congreso de los Diputados, **Manuel Alba Navarro**.

INFORME DE LOS TRABAJOS DE LA SUBCOMISIÓN PARA EL PACTO DE ESTADO EN LA SANIDAD, CREADA EN EL SENO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL Y CONSUMO

ÍNDICE

A) ANTECEDENTES

I. La tramitación parlamentaria de la iniciativa para la creación de la Subcomisión

- II. Composición
- III. Constitución
- IV. Sesiones celebradas
- V. Resumen de las comparecencias celebradas en la Subcomisión para el Pacto de Estado en la Sanidad
- VI. Documentación facilitada por los comparecientes:

B) INTRODUCCIÓN

C) CONCLUSIONES

D) APORTACIONES Y REFLEXIONES DE LOS GRUPOS PARLAMENTARIOS

— Documento de trabajo de recomendaciones comunes, elaborado por el Sr. Llamazares Trigo el 12 de mayo de 2010 (Documento número 1).

— Propuestas de conclusiones, presentadas por el Grupo Parlamentario Socialista en la Subcomisión, el 26 de mayo de 2010 (Documento número 2).

— Propuestas de conclusiones presentadas por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), el 9 de junio de 2010 (Documento número 3).

— Cuestiones que requieren discusión y posicionamiento específico en la Subcomisión del pacto de Estado por la Sanidad, presentado por el Grupo Parlamentario Popular en la Subcomisión el 15 de septiembre de 2010 (Documento número 4).

— Propuesta de texto definitivo para el debate de la elaboración del Informe de la Subcomisión para el Pacto de Estado en la Sanidad, elaborado por el Sr. Llamazares Trigo, incorporando aportaciones del Grupo Parlamentario Socialista y otros grupos, presentado en la Subcomisión el 28 de septiembre de 2010 (Documento número 5).

INFORME DE LA SUBCOMISIÓN PARA EL PACTO DE ESTADO EN LA SANIDAD

A) ANTECEDENTES

I. LA TRAMITACIÓN PARLAMENTARIA DE LA INICIATIVA PARA LA CREACIÓN DE LA SUBCOMISIÓN

1. El 31 de octubre de 2008, el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds presentó una solicitud, en el Registro de la Cámara, de creación de una Subcomisión para el Pacto de Estado en la Sanidad en el seno de la Comisión de Sanidad y Consumo (núm. expte. 158/19), publicada en el Boletín Oficial de las Cortes Generales, Congreso, serie D. núm. 100, de 7 de noviembre de 2008, con el texto siguiente:

«Exposición de motivos

El 30 de septiembre de 2008, el Ministro de Sanidad y Consumo, don Bernat Soria, presentó los comités institucionales que se encargarán de aportar los contenidos del Pacto por la Sanidad y de encontrar puntos de encuentro entre todas las administraciones sanitarias para garantizar y reforzar la calidad y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

La constitución de estos grupos de trabajo responde al compromiso que el Ministro de Sanidad y Consumo adquirió tras su comparecencia el pasado 2 de junio en la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados, donde ofreció al conjunto de las fuerzas políticas un Pacto global en materia sanitaria.

— Equidad en las prestaciones sanitarias para toda la ciudadanía.

— Cohesión entre las autonomías.

— Calidad.

— Innovación.

— Seguridad para los pacientes.

— Sostenibilidad.

Para hacer realidad los principios del Pacto por la Sanidad y establecer puntos de encuentro que ayuden a fortalecer aún más el Sistema Nacional de Salud, se han constituido seis comités institucionales.

Estos comités están compuestos por un centenar de miembros representantes del Ministerio de Sanidad y

Consumo y de las Comunidades Autónomas y su forma de trabajo seguirá un modelo similar al establecido con las Estrategias de Salud.

Los comités institucionales constituidos son:

1. Comité de políticas de Recursos Humanos.

2. Comité de Cartera común de Servicios Sanitarios y Unidades de Referencia del Sistema Nacional de Salud.

3. Comité de Políticas para la Racionalización del Gasto Sanitario.

4. Comité de Políticas de Salud Pública.

5. Comité de Políticas de Calidad e Innovación.

6. Comité de Políticas de Salud sobre el Consumo de Drogas.

Además del marco territorial resulta necesario un ámbito parlamentario al objeto de favorecer el acuerdo político más amplio.

Por ello y por todo lo expuesto anteriormente, se presenta la siguiente propuesta de creación de Subcomisión, para el Pacto de Estado en la Sanidad, en el seno de la Comisión de Sanidad y Consumo.

Composición:

La Comisión de Sanidad y Consumo determinará, a instancias de la Mesa y portavoces, el número de diputados que cada Grupo Parlamentario designará para dicha Subcomisión.

Reglas de organización y funcionamiento:

Sistema de decisión: Los acuerdos se adoptarán por voto ponderado.

Designación de comparecientes: Cada Grupo Parlamentario tendrá derecho a designar hasta un máximo de cuatro ponentes para recabar la información oportuna para cumplir con el objeto de la Subcomisión.

Documentación: Cada Grupo Parlamentario podrá recabar, en cualquier momento de los trabajos de la Subcomisión, la información que considere oportuna para cumplir con el objeto de la Subcomisión.

Plazo: En el plazo de seis meses desde su constitución, la Subcomisión para el Pacto de Estado sobre la Sanidad elevará a la Comisión de Sanidad y Consumo un informe para su aprobación, con los votos particulares oportunos de los Grupos Parlamentarios discrepantes.

Palacio del Congreso de los Diputados, 31 de octubre de 2008.—Gaspar Llamazares Trigo, Diputado.—Joan Herrera Torres, Portavoz del Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds.»

2. La Comisión de Sanidad y Consumo, en su sesión del día 20 de noviembre de 2008, tras debatir la mencionada solicitud de creación de una Subcomisión para el Pacto de Estado en la Sanidad del Grupo Parlamentario Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per

Catalunya Verds (núm. expte. 158/19), acordó, a los efectos previstos en el apartado tercero de la Resolución de la Presidencia del Congreso de los Diputados de 26 de junio de 1996, elevar al Pleno la propuesta aprobada, presentada por dicho Grupo Parlamentario, modificada como resultado de la incorporación de una enmienda transaccional, publicada en el Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso, serie D, núm. 141, de 5 de febrero de 2009. Corrección de error: Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso, serie D, núm. 160, de 6 de marzo de 2009, con el siguiente texto:

«A) Composición

La Comisión de Sanidad y Consumo determinará, a instancias de la Mesa y Portavoces, el número de diputados que cada Grupo Parlamentario designará para dicha Subcomisión, de acuerdo con la Resolución de 26 de junio de 1996¹.

B) Sistema de decisión

Los acuerdos se adoptarán por voto ponderado.

C) Objeto

Favorecer el acuerdo político más amplio en estas materias y en aquellas otras que permitan la mejora de la sostenibilidad, la calidad y la suficiencia del Sistema Nacional de Salud, que son:

- Políticas de recursos humanos.
- Cartera común de servicios sanitarios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud.
- Políticas para la racionalización del gasto sanitario.
- Políticas de salud pública.
- Políticas de calidad e innovación.
- Políticas de salud sobre el consumo de drogas.

D) Designación de comparecientes

Cada Grupo Parlamentario tendrá derecho a designar los ponentes para recabar la información oportuna que permita dar cumplimiento al objeto de la Subcomisión.

¹ La Resolución señalada dispone dentro de su punto tercero.I sobre esta cuestión que, en el caso de ausencia de previsión acerca de la composición, será de aplicación lo dispuesto en la Cámara para las Ponencias. La Resolución de la Presidencia del Congreso de los Diputados de 3 de junio de 2008, sobre designación y funciones de las Ponencias, establece lo siguiente:

«Las Ponencias colegiadas se compondrán de nueve miembros, de los que tres pertenecerán al Grupo Parlamentario Socialista, dos al Grupo Parlamentario Popular en el Congreso, y uno a cada uno de los Grupos Parlamentarios Catalán (Convergencia i Unió), Vasco (EAJ-PNV), Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds (ER-IU-ICV), y Mixto.»

Por consiguiente, debe entenderse que la composición de la Subcomisión habría de ajustarse a tales previsiones.

E) Documentación

Cada Grupo Parlamentario podrá recabar, en cualquier momento de los trabajos de la Subcomisión, la información que considere oportuna para cumplir con el objeto de la Subcomisión.

F) Plazo

En el plazo de diez meses desde su constitución, la Subcomisión para el Pacto de Estado en la Sanidad elevará a la Comisión de Sanidad y Consumo un informe para su aprobación, con los votos particulares oportunos de los Grupos Parlamentarios discrepantes.»

3. El Pleno del Congreso de los Diputados, en su sesión del día 12 de febrero de 2009, acordó, de conformidad con lo dispuesto en el Punto Segundo.1 de la Resolución de la Presidencia del Congreso de los Diputados de 26 de junio de 1996, la creación, en el seno de la Comisión de Sanidad y Consumo, de una Subcomisión para el Pacto de Estado en la Sanidad, en los términos de la propuesta de la citada Comisión, publicada en el «BOCG. Congreso de los Diputados», serie D, núm. 160, de 6 de marzo de 2009. (Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso, serie D, núm. 151, de 20 de febrero de 2009. Corrección de error: Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso, serie D, núm. 161, de 9 de marzo de 2009).

4. Primera prórroga.

El 10 de marzo de 2010, la Comisión de Sanidad, Política Social y Consumo acordó, por unanimidad, solicitar una prórroga hasta el 30 de junio de 2010, todo ello de conformidad con el punto Tercero.2 de la Resolución de la Presidencia del Congreso de los Diputados, de 26 de junio de 1996, sobre procedimiento de creación y reglas de funcionamiento de las Subcomisiones en el seno de las Comisiones de la Cámara. (Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados. Comisiones. núm. 492).

El Pleno del Congreso de los Diputados, en su sesión de 23 de marzo de 2010, acordó, de conformidad con el punto Tercero.2 de la citada norma, en relación con la solicitud de la Subcomisión para el Pacto de Estado en la Sanidad, creada en el seno de la Comisión de Sanidad, Política Social y Consumo, prorrogar el plazo para rendir informe, hasta el día 30 de junio de 2010. (Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso, serie D, núm. 369, de 7 de abril de 2010).

5. Segunda prórroga.

El 16 de junio de 2010, la Comisión de Sanidad, Política Social y Consumo acordó, por unanimidad, solicitar una segunda prórroga hasta el día 30 de sep-

tiembre de 2010. (Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados. Comisiones, núm. 570).

El Pleno del Congreso de los Diputados, en su sesión de 22 de junio de 2010, acordó ampliar, hasta el día 30 de septiembre de 2010, el plazo para que la Subcomisión para el Pacto de Estado en la Sanidad, creada en el seno de la Comisión de Sanidad, Política Social y Consumo, elaborara su Informe (Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso, serie D, núm. 419, de 30 de junio de 2010).

II. COMPOSICIÓN

La Subcomisión quedó integrada por los miembros que se indican:

Vocales:

GRANDE PESQUERO, Pilar	GS
FIDALGO FRANCISCO, Alberto	GS
MARTÍN GONZÁLEZ, María Guadalupe	GS
MINGO ZAPATERO, Mario	GP
PASTOR JULIÁN, Ana M. ^a	GP
TARRUELLA TOMÀS, María Concepció	GC-CiU
AGIRRETXEA URRESTI, Joseba	GV (EAJ-PNV)
LLAMAZARES TRIGO, Gaspar	GER-IU-ICV
BARKOS BERRUEZO, Uxue ²	GMx

Vocales suplentes:

ESTEVE ORTEGA, Esperança	GS
CANO DÍAZ, Ana	GS
CEDIEL MARTÍNEZ, María Virtudes	GS
MARTÍNEZ SORIANO, Juan de Dios	GP
GUTIÉRREZ MOLINA, Antonio	GP
XUCLÀ I COSTA, Jordi	GC-CiU
CANET COMA, Francesc	GER-IU-ICV

III. CONSTITUCIÓN

La Subcomisión quedó constituida en su sesión de 25 de febrero de 2009.

IV. SESIONES CELEBRADAS

— La Subcomisión se ha reunido, en treinta y una ocasiones, en las fechas que se indican:

25 de febrero de 2009
 11 de marzo de 2009
 18 de marzo de 2009
 01 de abril de 2009
 22 de abril de 2009
 21 de mayo de 2009

² La Sra. Barkos Berruezo, Uxue (GMx) es sustituida por la Sra. Fernández Davila, Olaia (GMx) con fecha 23 de septiembre de 2010.

17 de junio de 2009
 24 de junio de 2009
 09 de septiembre de 2009
 13 de octubre de 2009
 15 de octubre de 2009
 27 de octubre de 2009
 29 de octubre de 2009
 12 de noviembre de 2009
 17 de noviembre de 2009
 01 de diciembre de 2009
 16 de febrero de 2010
 17 de febrero de 2010
 23 de febrero de 2010
 24 de febrero de 2010
 17 de marzo de 2010
 13 de abril de 2010
 28 de abril de 2010
 12 de mayo de 2010
 26 de mayo de 2010
 09 de junio de 2010
 16 de junio de 2010
 08 de septiembre de 2010
 15 de septiembre de 2010
 28 de septiembre de 2010
 30 de septiembre de 2010

— Asimismo, la Subcomisión ha celebrado sesiones con la comparecencia de las personas que se indican seguidamente:

17 de junio de 2009

— De D. José Luis Ferrer Aguarales, Director General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitaria de la Consejería de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura.

— De D. Manuel Cervera Taulet, Consejero de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Valencia.

— De D. Marciano Sánchez Bayle, Presidente de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.

24 de junio de 2009

— De D. Fernando Lamata Cotanda, Consejero de Salud y Bienestar Social de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

— De D. Miquel Vilardell Tarrés, Catedrático de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona.

9 de septiembre de 2009

— De D. Xavier Trias i Vidal de Llobatera, ex Consejero de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Catalunya.

— D. Francisco Javier Álvarez Guisasaola, Consejero de Sanidad de la Junta de Castilla y León.

13 de octubre de 2009

— De D. Vicenç Navarro López, Catedrático de Economía Aplicada y Ciencias Políticas de la Universidad Pompeu Fabra.

— De D. Xesús Veiga Buxan, Profesor de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad de Santiago de Compostela.

— De D.^a Pilar Navarro Barrios, Secretaria Federal Sector Salud y Servicios sociosanitarios de la FSP-UGT.

15 de octubre de 2009

— De D. Ramón Veras Castro, Médico de Familia en A Coruña.

27 de octubre de 2009

— De D. Antonio Beteta Barreda, Consejero de Economía y Hacienda de la Comunidad de Madrid.

— De D. Jordi Sevilla Segura, Especialista en Economía de la Salud.

29 de octubre de 2009

— De D. Francisco Sevilla Pérez, Consejero de Sanidad y Consumo en la Representación Permanente ante la Unión Europea.

— De D. Guillem López Casanovas, Catedrático de Economía de la Universidad Pompeu Fabra.

— De D. José Manuel Soria López, Vicepresidente y Consejero de Economía y Hacienda del Gobierno de Canarias.

1 de diciembre de 2009

— De D. Boi Ruiz i García, Presidente de la Unión Catalana de Hospitales.

— De D. José Antonio Herrada García, Presidente Coalición de Ciudadanos con Enfermedades Crónicas.

16 de febrero de 2010

— De D. Máximo González Jurado, Presidente del Consejo General de Enfermería.

— De D. Juan José Rodríguez Sendín, Presidente de la Organización Médica Colegial (OMC).

— De D.^a Francisca Sahuquillo Pérez del Arco, Presidenta del Consejo de Consumidores y Usuarios (CCU).

17 de febrero de 2010

— De D. Albert J. Jovell, Presidente del Foro Español de Pacientes.

— De D.^a María Rosa Suñol Sala, Directora de la Fundación Avedis Donavedian.

— De D. Jesús Usón Gargallo, Director del Centro de Cirugía de Mínima Invasión «Jesús Usón».

— De D. Humberto Arnés Corellano, Director General de Farmaindustria.

23 de febrero de 2010

— De D. Alfonso Castro Beiras, Jefe del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de A Coruña.

— De D. Ángel López Díaz, Técnico de Salud de la Gerencia de Atención Primaria SESPA.

— De D. José Manuel Pascual Sánchez-Gijón, Gerente de José Manuel Pascual Pascual, S.A.

24 de febrero de 2010

— De D.^a Margarita Alfonsel Jaén, Secretaria General de la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (FENIN).

— De D. Javier Rey del Castillo, Médico especialista en salud pública.

13 de abril de 2010

— De D. Fernando Redondo Montoro, Presidente de la Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (FEFE).

— De D. Eduard Rius Pey, Director Gerente de Acciona Servicios Hospitalarios.

28 de abril de 2010

— De D. Carlos Ocaña Pérez de Tudela, Secretario de Estado de Hacienda y Presupuestos.

— De D. José Martínez Olmos, Secretario General de Sanidad.

V. RESUMEN DE LAS COMPARECENCIAS CELEBRADAS EN LA SUBCOMISIÓN PARA EL PACTO DE ESTADO EN LA SANIDAD

SUBÍNDICE

	Página
• Día 17 de junio de 2009.....	48
Intervención de:	
— D. JOSÉ LUIS FERRER AGUARELES, Director General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitaria de la Consejería de Sanidad y Dependencia Junta de Extremadura	48
— D. MANUEL CERVERA TAULET, Consejero de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Valencia	48
— D. MARCIANO SÁNCHEZ BAYLE, Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública	49

	<u>Página</u>		<u>Página</u>
• Día 24 de junio de 2009	49	— D. JOSÉ MANUEL SORIA LÓPEZ, Vice-	
Intervención de:		presidente y Consejero de Economía y	
— D. FERNANDO LAMATA COTANDA,		Hacienda del Gobierno de Canarias	54
Consejero de Salud y Bienestar Social de			
Castilla-La Mancha	49	• Día 1 de diciembre de 2009	54
— D. MIQUEL VILARDELL TARRÉS,		Intervención de:	
Doctor en Medicina por la Universidad de		— D. BOI RUIZ I GARCÍA, Presidente de la	
Barcelona	49	Unión Catalana de Hospitales	54
• Día 9 de septiembre de 2009	50	— D. JOSÉ ANTONIO HERRADA GAR-	
Intervención de:		CÍA, Presidente de la Coalición de Ci-	
— D. XAVIER TRIAS I VIDAL DE LLO-		udadanos con Enfermedades Crónicas	55
BATERA, ex Consejero de Sanidad y			
Seguridad Social de la Generalitat de		• Día 16 de febrero de 2010	55
Cataluña	50	Intervención de:	
— D. FRANCISCO JAVIER ÁLVAREZ		— D. MÁXIMO GONZÁLEZ JURADO, Pre-	
GUISASOLA, Consejero de Sanidad de		sidente del Consejo General de Enfermería	55
la Junta de Castilla y León	50	— D. JUAN JOSÉ RODRÍGUEZ SENDÍN,	
• Día 13 de octubre de 2009	51	Presidente de la Organización Médica	
Intervención de:		Colegiada (OMC)	55
— D. VICENÇ NAVARRO LÓPEZ, Cate-		— D. ^a FRANCISCA SAHUQUILLO PÉREZ	
drático de Economía Aplicada y Ciencias		DEL ARCO, Presidenta del Consejo de	
Políticas de la Universidad Pompeu		Consumidores y Usuarios	55
Fabra	51	• Día 17 de febrero de 2010	56
— D. XESUS VEIGA BUXAN, Profesor de		Intervención de:	
la Facultad de Ciencias Económicas y		— D. ALBERT J. JOVELL, Presidente del	
Empresariales de la Universidad de San-		Foro Español de Pacientes	56
tiago	52	— D. ^a MARÍA ROSA SUÑOL SALA, Direc-	
— D. ^a PILAR NAVARRO BARRIOS, Secre-		tora de la Fundación Avedis Donavediam.	56
taria Federal del Sector Salud y Servicios		— D. JESÚS USÓN GARGALLO, Director	
Sociosanitarios de la FSP-UGT	52	del Centro de Cirugía de Mínima Inva-	
• Día 15 de octubre de 2009	52	sión «Jesús Usón» (Cáceres)	57
Intervención de:		— D. HUMBERTO ARNÉS CORELLANO,	
— D. RAMÓN VERAS CASTRO, Médico		Director General de Farmaindustria	57
de Familia en A Coruña	52	• Día 23 de febrero de 2010	57
• Día 27 de octubre de 2009	52	Intervención de:	
Intervención de:		— D. ALFONSO CASTRO BEIRAS, Jefe	
— D. ANTONIO BETETA BARREDA, Con-		del Servicio de Cardiología del Hospital	
sejero de Economía y Hacienda de la		Universitario de A Coruña	57
Comunidad de Madrid	52	— D. ÁNGEL LÓPEZ DÍAZ, Técnico de	
— D. JORDI SEVILLA SEGURA, Diputa-		Salud de la Gerencia de Atención Prima-	
do	53	ria SESPA	58
• Día 29 de octubre de 2009	53	— D. JOSÉ MANUEL PASCUAL SÁN-	
Intervención de:		CHEZ-GIJÓN, Gerente de José Manuel	
— D. FRANCISCO SEVILLA PÉREZ, Con-		Pascual Pascual, S.A.	58
sejero de Sanidad y Consumo en la Repre-		• Día 24 de febrero de 2010	59
sentación Permanente de España ante la		Intervención de:	
Unión Europea	53	— D. ^a MARGARITA ALFONSEL JAÉN,	
— D. GUILLEM LÓPEZ CASASNOVAS,		Secretaria General de la Federación	
Catedrático de Economía de la Universi-		Española de Empresas de Tecnología	
dad Pompeu Fabra	54	Sanitaria	59
		— D. JAVIER REY DEL CASTILLO, Médi-	
		co Especialista en Salud Pública	59

	Página
• Día 13 de abril de 2010	60
Intervención de:	
— D. EDUARD RIUS PEY, Director Gerente de Acciona, Servicios Hospitalarios	60
— D. FERNANDO REDONDO MONTORO, Presidente de la Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles	60
• Día 28 de abril de 2010	60
Intervención de:	
— D. CARLOS OCAÑA PÉREZ DE TUDELA, Secretario de Estado de Hacienda y Presupuestos	60
— D. JOSÉ MARTÍNEZ OLMOS, Secretario General de Sanidad.....	61

Día 17 de junio de 2009

- Intervención de D. José Luis Ferrer Agualeles, Director General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitaria de la Consejería de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura.

En primer lugar, elogia el sistema sanitario público existente en España, dotado de mecanismos de solidaridad y de cohesión. Asimismo, sostiene la necesidad de un pacto de Estado para la Sanidad con las siguientes condiciones:

- Respeto de las competencias propias del Estado y de las Comunidades Autónomas.
- Pacto alcanzado mediante el diálogo y el consenso de todas las partes y basado en el principio de lealtad constitucional.
- Pacto concebido como proceso dinámico y no como un fin en sí mismo.
- Liderazgo efectivo del Ministerio de Sanidad, Política Social y Consumo.
- Adaptación del modelo actual al que resulte de tal acuerdo.
- Relevancia del factor de la calidad.
- Pacto fundado en el diálogo social con organizaciones del sector y de los ciudadanos.
- Adaptación y coordinación en sintonía con la Unión Europea.

A continuación, el compareciente destacó la importancia de la descentralización, así como la necesidad de coordinación de las políticas públicas en la materia. El Sistema Nacional de Salud necesita de instrumentos más efectivos para su funcionamiento, entre ellos, el reconocimiento de su personalidad jurídica. En este sentido, subraya la necesidad de que el Consejo Interterritorial deba asumir una potestad decisoria en algunas materias. Cita, a título de ejemplo, la determinación del calendario o la adquisición de vacunas.

Por otra parte, afirmó la necesidad de una nueva Ley de Salud Pública, que refuerce las tareas de prevención, protección y promoción, no sólo las de diagnóstico y tratamiento de los procesos patológicos. Igualmente, subrayó la importancia de fortalecer el sistema de información del Sistema Nacional de Salud, lo que implica una fluida relación en punto a comunicación entre el Estado y las Comunidades Autónomas. La tarjeta individual electrónica, la historia individual común y la receta electrónica válida en todo el territorio nacional constituyen claros exponentes de esta necesaria colaboración. Los indicadores de calidad, la cartera de servicios o los servicios de referencia, de la misma forma, resultan fundamentales para el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

En cuanto a política de recursos humanos, estimó necesario establecer un sistema común de retribuciones, vinculado a esfuerzos y resultados, así como la planificación de la formación especializada. La demografía y las nuevas tecnologías inciden de manera muy clara en la política de recursos humanos, que requieren, al mismo tiempo, un sólido compromiso de los profesionales. Debiera facilitarse la movilidad efectiva del personal sanitario dentro del Sistema Nacional de Salud.

Por otra parte, resultaría imprescindible un pacto para la eficiencia, mediante el establecimiento de centrales de compra e, incluso, de compras unitarias para el Sistema Nacional de Salud.

Entre otras propuestas, incluye la elaboración de un plan de calidad activo, una estrategia común para la investigación, la coordinación entre el Sistema Nacional de Salud y la atención a la dependencia y, finalmente, un esfuerzo para la cohesión y la solidaridad internacional.

La financiación de la Sanidad debiera incrementarse, en torno a un 1,5 % del P.I.B., sin utilizar el copago. Estas previsiones pueden realizarse para un horizonte de cuatro años. A su juicio, la financiación debiera ser finalista o cuasi finalista. En este orden de consideraciones, el envejecimiento, la densidad y la dispersión de la población, además de la superficie del territorio, debieran tenerse en cuenta, entre otros factores, para la determinación de la financiación de la Sanidad en cada Comunidad Autónoma.

- Intervención de D. Manuel Cervera Taulat, Consejero de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Valencia.

El Sr. Cervera Taulat aborda, en primer lugar, la financiación sanitaria. Subraya el incremento de los costes como consecuencia del envejecimiento de la población, así como del propio aumento de la población; en el caso de la Comunidad Valenciana, este incremento ha sido de un millón de personas en los diez últimos años. Estos costes han producido una desviación presupuestaria próxima a los mil millones de euros

anuales. Actualmente, el 38,4 % del presupuesto de la Comunidad citada se destina a sanidad. La tasa per cápita, en cambio, es de las más bajas de España. Por estas razones, considera que debiera de redefinirse el modelo de financiación. A su juicio, ésta debiera ser finalista.

En cuanto a política de recursos humanos, considera que existe una carencia de profesionales, que se irá agudizando en los próximos años, si no se toman medidas a este respecto, que, además, deben adoptarse con carácter urgente, habida cuenta del largo período de tiempo que requiere la formación profesional.

Entre otras propuestas, refiere aquellas sobre la utilización de Agencias de Evaluación, la coordinación de la cartera de servicios y la adecuación de los gastos a la situación económica general.

En resumen, el pacto es posible siempre que exista voluntad de consenso y de diálogo entre todos.

- Intervención de D. Marciano Sánchez Bayle, de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.

El Sr. Sánchez Bayle se refiere a la ausencia de información compartida en materia sanitaria entre el Estado y las Comunidades Autónomas. Critica la actual desvertebración del Sistema Nacional de Salud con una enorme disparidad en los servicios y la calidad de los mismos. La ausencia de un calendario de vacunación común es llamativa. Los funcionarios reciben también diferentes prestaciones por entidades distintas. Al mismo tiempo, existe una diversidad de modelos en una misma Comunidad Autónoma.

Igualmente, se refiere a la falta de cohesión interterritorial del propio Sistema Nacional de Salud.

En cuanto a la financiación, considera que el sistema se encuentra subfinanciado, de manera crónica y con disparidades llamativas entre Comunidades Autónomas. Sin duda, la crisis económica incrementará estas carencias. La financiación debiera ser finalista.

La coordinación entre las autoridades sanitarias es posible, como se ha demostrado recientemente con motivo de la Gripe A. Deben mejorarse los sistemas de información entre las Comunidades Autónomas y el Estado, utilizando indicadores comunes. Convendría establecer un observatorio para evaluar las desigualdades y los modelos de gestión utilizados en España. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud debiera estar dotado de la competencia para adoptar decisiones vinculantes, con mayorías cualificadas. Un plan integrado de salud debiera orientar la política sanitaria española.

No corren buenos tiempos para los sistemas públicos de salud. Existen Comunidades Autónomas donde se han producido hechos graves para su sistema de sanidad. Entidades como MUFACE debieran haberse suprimido hace tiempo por su carácter discriminatorio.

Día 24 de junio de 2009

- Intervención de D. Fernando Lamata Cotanda, Consejero de Salud y Bienestar Social de Castilla-La Mancha.

En primer lugar, el Sr. Lamata Cotanda pone de relieve que el Sistema Nacional de Salud de España es eficiente, con un gasto ajustado en relación a su economía, 5,7 % del P.I.B. en el ámbito público, porcentaje al que se añadiría un 2,4 % para el gasto sanitario privado en 2006. No obstante, es preciso adoptar medidas de reforma para asegurar su funcionamiento, dado que el presupuesto actual resulta insuficiente. Probablemente, bastaría incrementar el gasto público hasta un 8 % del P.I.B. El incremento no es arbitrario, sino que se fundaría en el aumento de la población, en su envejecimiento, en el propio incremento de la demanda, en la necesidad de utilización de nuevas tecnologías.

Hoy en día, el sistema está muy descentralizado y, por tanto, la cohesión debe reforzarse. La configuración actual del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud es insuficiente para atender esta necesidad. Un modelo operativo se podría inspirar en el funcionamiento de las instituciones de la Unión Europea, con la adopción de acuerdos vinculantes.

Interesaría la puesta en común, en materia de profesiones sanitarias, de la cartera de servicios, del sistema de información. De ahí se deduce la necesidad de contar con un órgano capaz de adoptar decisiones vinculantes para los integrantes del Sistema Nacional de Salud.

Evidentemente, el pacto habría de incorporar, también, a la ciudadanía, como expresión de su derecho a la participación.

A su juicio, la financiación debiera ser finalista para mejorar la transparencia y el conocimiento del destino de los gastos por el contribuyente, lo que, además, facilitaría el eventual incremento de las contribuciones del mismo, aunque considera complicada su implantación. Evidentemente, el incremento de recursos debe descartarse en una situación de crisis como la que vivimos. Por otro lado, duda de la utilidad del copago en la sanidad.

Para concluir, considera necesaria la integración entre los servicios sanitarios y los sociales, porque ello redundará en el beneficio de todos, incluyendo la reducción de costes.

- Intervención de D. Miquel Vilardell Tarrés, Doctor en Medicina por la Universidad de Barcelona y Catedrático de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona.

El Sr. Vilardell Tarrés sostiene que los recursos, evidentemente, son limitados. Por ello, deben administrarse con criterios de eficacia, eficiencia, de calidad y sostenibilidad. Para el cumplimiento de estas directrices

debe contarse con profesionales competentes. El sistema MIR ha dado resultados positivos, pero debe incidirse también en la necesidad de una formación continuada, basada en la voluntariedad del profesional. El estímulo de los profesionales no debe basarse sólo en la retribución, sino también en la recuperación de su autoestima y su consideración social.

Por otro lado, destaca el papel relevante, a todos los efectos, que puede desempeñar una agencia de calidad y evaluación de las tecnologías, antes de introducirlas en el sistema sanitario.

El sistema autonómico se funda en el principio de descentralización, pero ello no debe ser obstáculo para la existencia de una adecuada coordinación entre las Comunidades Autónomas. El principio de autonomía debiera aplicarse también en los centros sanitarios, redundando los beneficios del ahorro, también, entre los profesionales de los mismos. Esta circunstancia repercutiría también en la satisfacción personal.

En otro orden de consideraciones, un capítulo esencial sería el fomento de la educación ciudadana en la sanidad, especialmente, en materia de prevención. Ello beneficiaría de manera considerable a todos.

Por otro lado, resulta imprescindible un control de calidad, que abarque resultados, encuestas de satisfacción, índices de calidad y rendición de cuentas.

La cartera de servicios ha de ser un mínimo común denominador en toda España, lo cual es importante por razones de equidad. La ampliación de la cartera de servicios debe fundarse en motivos de eficacia, debidamente comprobada. El copago ya existe en materia de farmacia, como es sabido. No cree en la utilidad del copago en términos generales. La coordinación de la asistencia social y sanitaria resulta esencial.

Respecto de la financiación finalista, estima que cada Parlamento de Comunidad Autónoma debe decidir al respecto, siempre que se satisfagan los mínimos establecidos. Una Agencia evaluaría la calidad de los servicios prestados. El mal uso de los servicios sanitarios podría frenarse con una correcta definición de la cartera asistencial.

Día 9 de septiembre de 2009

- Intervención de D. Xavier Trias i Vidal de Llobatera, ex Consejero de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Cataluña.

Comienza el compareciente destacando que España dispone de uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo, con financiación pública. Esta circunstancia le dota de una gran equidad, con escasas barreras para acceder al mismo. Es un sistema integral, que incluye la prevención y no sólo la asistencia. La relación entre el precio y la calidad es eficiente y resulta barato. A partir de la premisa enunciada, reconoce la existencia de determinados problemas, derivados del incremento de la población y de las necesidades asistenciales. Los

cambios tecnológicos influyen también en esta cuestión.

Es importante que cada hospital sea considerado como una empresa para racionalizar la gestión, con la implicación de sus profesionales. Resulta necesario concienciar acerca de que la actividad sanitaria no es sólo generadora de gasto, sino también de riqueza para el conjunto del país.

Desde la perspectiva de la sostenibilidad, es necesario el incremento de recursos, pero precisando, al mismo tiempo, cuál debe ser su destino. Existe un déficit en la financiación muy importante. El presupuesto sanitario no se corresponde con la realidad. La prevención se convierte hoy día en un elemento fundamental, resultando insuficientes la pura labor de diagnóstico y tratamiento.

El copago podría aplicarse, en un porcentaje a concretar, teniendo en cuenta la capacidad económica y otras circunstancias del paciente. No obstante, no puede considerarse como un buen sistema de financiación.

El Ministerio de Sanidad, Política Social y Consumo debería valorar la posible inclusión de nuevas prestaciones y tecnologías dentro del Sistema Nacional de Salud. El plan básico de salud desempeñaría un papel fundamental para este fin.

En cuanto a formación, el sistema MIR ha demostrado su validez a lo largo de muchos años, aunque, en la actualidad, no genera el número adecuado de profesionales, por lo que debiera revisarse para atender a la insuficiencia detectada.

El compareciente defiende la convivencia entre los sistemas público y privado de aseguramiento. El sistema privado alivia la presión asistencial sobre la sanidad pública.

Respecto del funcionamiento del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, considera conveniente que siga operando con los criterios actuales, basándose en el consenso y la buena voluntad de sus integrantes.

- Intervención de D. Francisco Javier Álvarez Guisasaola, Consejero de Sanidad de la Junta de Castilla y León.

Para comenzar, el compareciente defiende la necesidad de contar con un sistema sanitario homogéneo, basado en la cooperación para satisfacer las demandas sociales. El objetivo debiera ser su sostenibilidad, de acuerdo con los principios de calidad y cohesión.

Uno de los problemas a los que se enfrenta el sistema de sanidad es la falta de profesionales y la necesidad de reordenación. Para afrontarlos, se han ido contratando profesionales extranjeros. En materia de personal, sería necesario homogeneizar la política retributiva y de condiciones laborales, evitando tensiones entre Comunidades Autónomas. En este orden de reflexiones, debiera crearse un organismo que vigile, con carácter anual, el número de médicos licenciados

por las Universidades, las necesidades hospitalarias y la capacidad de formación de especialistas por los hospitales.

Tras referirse a la necesidad de establecer una cartera de servicios comunes, señala la importancia de establecer una financiación básica para atender el nivel de prestaciones de una manera similar en todo el territorio español. Igualmente, destaca el interés de realizar una labor de formación educativa, para que la ciudadanía conozca las pautas acerca del uso de servicios sanitarios. Propone hacer hincapié en aspectos comunes del Sistema Nacional de Salud, como son las prestaciones farmacéuticas, las adquisiciones de bienes y servicios, las políticas de salud pública y los servicios de información comunes y, en particular, la tarjeta sanitaria, la historia clínica o la receta electrónica.

En punto a la financiación, destacan las tensiones existentes por el incremento del gasto producido en los últimos años. A este respecto, debiera asegurarse el carácter finalista de la financiación para asegurar su aplicación a tal objeto y su ajuste a las necesidades reales. La suficiencia financiera debiera inspirar la tarea sanitaria.

La coordinación entre lo sanitario y lo sociosanitario resulta imprescindible. Las necesidades asistenciales se incrementan por la necesaria atención de las enfermedades mentales.

Para finalizar, el enfrentamiento político debiera excluirse, en aras de la obtención de un pacto de Estado para la Sanidad.

Día 13 de octubre de 2009

• Intervención de D. Vicenç Navarro López, Catedrático de Economía Aplicada y Ciencias Políticas de la Universidad Pompeu Fabra.

El Sr. Navarro López se centra en el tema de la financiación de la sanidad, de forma paralela al gasto social general, partiendo de la base de que la situación de gasto público sanitario es un indicador de una situación más amplia, como es la del Estado del bienestar en España. Considera que la comprensión acerca de la situación de gasto en la sanidad no puede separarse de la situación del gasto en el Estado de bienestar.

Tras citar algunas expresiones del Estado social, destaca que en España el sector público no está sobredimensionado, pese a que así se sostiene con frecuencia. La comparación con los países de la Unión Europea resulta muy elocuente en el sentido referido. Para el Sr. Navarro López el euro se ha establecido a costa de reducir gastos en bienestar. En estos momentos, existe un déficit en materia de protección social, que cabría calificar en unos setenta mil millones de euros. El gasto público en sanidad resulta excesivamente bajo en relación con la media de la Unión Europea.

En torno a un 30 a 35 % de la población utiliza la sanidad privada en España. Los sectores de población

con mayor capacidad económica tienden a utilizar la sanidad privada. La comodidad es un atractivo de la sanidad privada, pese a que la calidad del personal y de infraestructuras es superior en la sanidad pública. A su juicio, debiera incrementarse el gasto público en la sanidad. A tal fin, sugiere aumentar las aportaciones públicas, incluso con un incremento de la presión fiscal. Propone también que este incremento sea finalista.

En esta línea, sugiere que las mutuas laborales devuelvan el coste de la asistencia sanitaria proporcionada por los servicios públicos de salud. La cesión del patrimonio de la Seguridad Social a las Comunidades Autónomas permitiría un mayor endeudamiento del Sistema Nacional de Salud. Cabría delegar el poder de compra de farmacia y equipamientos médicos a las Comunidades Autónomas, con plena autonomía en la compra de tales productos. Es partidario de potenciar la utilización de productos genéricos en farmacia. Asimismo, se debiera establecer el pago por parte del usuario de los nuevos servicios provistos por los centros públicos primarios, con precios reglados por el sistema público (odontología, podología y otros). Igualmente, cabría aumentar la carga fiscal de aseguramiento privado para ciertos tipos de aseguramientos, en línea con la propuesta de la Administración Obama en Estados Unidos.

A continuación enuncia algunas propuestas de mejora:

— Integración de los diferentes sectores públicos en un Sistema Nacional de Salud dentro de una red única. Esta red única debe incluir también las instituciones privadas contratadas por el servicio público.

— Regionalizar y coordinar los diferentes niveles de atención sanitaria, con mayor protagonismo de la atención primaria y la salud pública.

— Regular con mayor intensidad el sector privado concertado, tanto por razones de eficiencia como de calidad.

— Potenciar la dedicación exclusiva de los profesionales.

— Impedir la exclusión de la población asegurada privadamente, cuando se trate de pacientes que requieren mayor atención sanitaria.

— Impedir la concentración de casos graves en la pública y permitir la concentración de casos leves en la privada, mediante el desvío de pacientes de un sector a otro por causas económicas.

— Estimular mayor autonomía de los profesionales de atención primaria, con un sistema de pago que incentive la calidad y la sensibilidad en favor del usuario.

Para finalizar, el Sr. Navarro López estima que en España se está estableciendo un sistema federal, sin un Gobierno de tal naturaleza, que resulta imprescindible. En Estados Unidos, el Departamento de Sanidad es el segundo en importancia después del de Defensa. Hace falta un liderazgo federal, que sirva a las Comunidades

Autónomas. De la misma forma, es necesario un sistema de información rápido y ágil, del que España actualmente carece.

- Intervención de D. Xesus Veiga Buxan, Profesor de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad de Santiago de Compostela.

Su exposición se centra en el tema de la financiación de la Sanidad Pública en Galicia. En todo caso, a su juicio, estima necesario consolidar el Sistema Público de Sanidad.

Se refiere a las distintas etapas en materia de financiación hasta el año 2009. Del examen de la misma, deduce que hasta la actualidad ha existido una infravaloración de los costes de la asistencia sanitaria. Detecta carencias en la aplicación práctica de la garantía del nivel mínimo de los servicios por parte del Estado. Asimismo, constata que la previsión de gasto resulta insuficiente con el modelo de financiación actual.

Para la determinación del coste de los servicios sanitarios deben identificarse una serie de variables esenciales, como son la población y la estructura de edad, su distribución en el territorio y la utilización de los recursos sanitarios por la población. Estos extremos no siempre se han tenido en cuenta. Asimismo, debieran desarrollarse las previsiones de la Ley Orgánica de Financiación de Comunidades Autónomas para garantizar por el Estado el nivel de servicios mínimos, tanto en educación como en sanidad. Probablemente, es necesario incrementar los recursos disponibles y mejorar su administración. Debiera garantizarse el coste efectivo de los servicios sanitarios, para evitar graves desviaciones y situaciones de déficit en el presupuesto, lo que incide, al mismo tiempo, en una pérdida de calidad de los servicios.

Por cuanto se refiere al copago, duda de su eficacia, en términos generales. La extensión de una cultura cívica, que valore la importancia de los servicios sanitarios y su correcta utilización, resulta clave para la consolidación y potenciación de la sanidad.

- Intervención de doña Pilar Navarro Barrios, Secretaria Federal del Sector Salud y Servicios Sociosanitarios de la FSP-UGT.

En su exposición, la Sra. Navarro Barrios se refiere a cuestiones relacionadas con la política de personal sanitario y al propio Pacto de Estado para la Sanidad.

Expresa su criterio favorable a la financiación finalista. De cualquier forma, los recursos presupuestarios deben ser suficientes para atender las necesidades sanitarias.

La adopción de un pacto requiere tener una perspectiva general de España, para evitar desequilibrios locales, como en el caso de la política retributiva de los profesionales sanitarios.

Finalmente, estima necesario evitar la externalización y la privatización, por su falta de transparencia y porque suelen implicar un empeoramiento de las condiciones laborales de los trabajadores.

Día 15 de octubre de 2009

- Intervención de D. Ramón Veras Castro, Médico de Familia en A Coruña.

El Sr. Veras Castro subraya los principales retos del sistema, como son el tratamiento de las enfermedades crónicas, la dependencia, la implantación de nuevas tecnologías y la racionalización de procedimientos. Asimismo, destaca la relevancia de la atención sanitaria como elemento esencial para el bienestar de la población.

En este sentido, resulta urgente mejorar los tiempos de asistencia en consultas, operaciones y urgencias.

La coordinación con el ámbito sociosanitario es básica para garantizar el buen funcionamiento del sistema. En esta materia, el médico de familia puede actuar como coordinador, en la medida en que actúa como puerta de entrada al sistema sanitario. La participación ciudadana debiera canalizarse a través de Consejos. En lo que atañe a profesionales, señala la necesidad de reactivar el complemento de exclusividad y la aplicación del sistema de incompatibilidades.

En cuanto al copago, duda de su utilidad en términos generales. Puede servir para moderar la demanda durante un cierto tiempo respecto de grupos concretos, pero, al mismo tiempo, introduce un elemento de inequidad en el sistema.

La financiación debiera incrementarse en el conjunto de la política social, no sólo la sanitaria. Es aconsejable reorientar la política de bienestar social para hacer especial hincapié en las condiciones de vida y, por tanto, en la prevención. Respecto de la financiación finalista, lo relevante es contar con una financiación suficiente, que permita combatir las desigualdades. Por ello, no considera imprescindible el carácter finalista de tal financiación.

En cuanto a las modalidades de gestión privada, aplicadas hace algunos años en Galicia, los estudios practicados han demostrado su alto coste y el rechazo de los pacientes, cuyo tratamiento, económicamente, resulta muy elevado.

Día 27 de octubre de 2009

- Intervención de D. Antonio Beteta Barreda, Consejero de Economía y Hacienda de la Comunidad de Madrid.

El Sr. Beteta Barreda se refiere a los desafíos actuales a los que se enfrenta el Sistema Nacional de Salud, en cuanto a sostenibilidad, recursos humanos, docencia e investigación, entre otros.

En cuanto a la suficiencia financiera, considera que es un problema esencial. Previsiblemente, con un coste cero para el usuario la demanda será infinita. La Comunidad de Madrid dedica en la actualidad el 37,84 % de su presupuesto a sanidad. La inmigración ha contribuido al aumento de la población de una forma notable. Al mismo tiempo, también, ha colaborado al incremento del P.I.B. de Madrid. En este sentido, ha crecido el número de hospitales en la Comunidad de Madrid y la atención necesaria de su financiación, produciéndose un desequilibrio entre ingresos y gastos. El envejecimiento de la población incide también en el alza de los costes de la sanidad. Igualmente influye el incremento del coste de los servicios sociales. De la misma forma, resulta necesario potenciar la investigación en la salud.

Otro problema suscitado se refiere a la atención en Madrid de personas residentes fuera de la Comunidad, que incrementa el gasto y sólo en parte es paliada por el Fondo de Cohesión. El nuevo sistema de financiación no atiende este déficit estructural, que, previsiblemente, ahondará la brecha en las prestaciones sanitarias entre Comunidades Autónomas. En esta línea de consideraciones, pone de relieve la necesidad de que el Estado garantice los servicios mínimos. Además, debiera promoverse un cambio de filosofía respecto de la financiación en materia sanitaria. El gasto suele ampliarse durante el ejercicio presupuestario y las previsiones tienden a desbordarse. Le gustaría que la financiación fuera finalista y que esta no fuera ampliable.

En cuanto a gasto farmacéutico convendría potenciar la utilización del medicamento genérico. El sistema sanitario y el sistema de dependencia son ámbitos comunicados entre sí. Las carencias en uno inciden en el otro, normalmente, suelen suceder respecto de la sanidad.

El Fondo de Cohesión Sanitaria debe mantenerse como elemento de cierre del sistema. La financiación del sistema debiera incrementarse, a través de los impuestos, o racionalizar el gasto de una forma profunda. En Madrid, el gasto excede a la cantidad presupuestada, por lo que se abre una dinámica difícil de prever. Por lo demás, considera necesario mantener el sistema, pero introduciendo cambios, algunos de ellos urgentes.

- Intervención de D. Jordi Sevilla Segura, Diputado.

Para comenzar, destaca las virtudes del sistema sanitario, aunque advierte de la necesidad de su reforma. En estos momentos, el gasto sanitario excede de las previsiones presupuestarias. De ahí la exigencia de establecer un límite o introducir recortes lineales, para atender los múltiples costes de este servicio (gasto farmacéutico, de personal, de introducción de tecnologías, etc.). Las previsiones apuntan un incremento notable de este gasto en el ámbito de la OCDE.

La financiación debe ser suficiente, aunque no necesariamente finalista, pero debe de establecerse un con-

trol de este gasto. Así, debiera evaluarse con detenimiento la inclusión de nuevas tecnologías, el sistema de compras de bienes y servicios, el establecimiento de un catálogo de prestaciones y el cobro por servicios no incluidos, como son los que se prestan a entidades aseguradoras privadas. La calidad y el gasto sanitario deben equilibrarse. Ambos factores debieran evaluarse por un órgano fiscalizador, sin que tal tarea deba considerarse como un elemento peyorativo o de desconfianza en los gestores.

El Sistema Nacional de Salud se orienta a la atención de enfermedades agudas y no a la atención de enfermedades crónicas y de mayores. Esta nota exige un reajuste del sistema sanitario. Debe modificarse la prestación y el lugar donde se realiza. Muchas veces se trata de prestaciones sociosanitarias, no sanitarias en sentido estricto. Esta fue una de las razones que impulsó la Ley de Dependencia.

La prevención también resulta fundamental para mejorar la calidad de vida de las personas y para reducir costes.

A su juicio, no se han explotado a fondo las posibilidades de las nuevas tecnologías. Deberá modificarse todo lo relacionado con la telemedicina, monitorización del paciente, apertura al sector privado. Las nuevas tecnologías deben de facilitar la transparencia en la gestión de los servicios sanitarios, así como en lo que se refiere a las listas de espera.

En estas circunstancias, resulta fundamental un Pacto de Estado para la Sanidad. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud debe ser algo más que un órgano de coordinación y debe estar habilitado para tomar decisiones vinculantes.

El paciente debe volver a ser el centro del sistema, cosa que en la actualidad no siempre sucede. Por ello, también, debe facilitarse su participación, como sucede en Cataluña.

Día 29 de octubre de 2009

- Intervención de D. Francisco Sevilla Pérez, Consejero de Sanidad y Consumo en la Representación Permanente de España ante la Unión Europea.

El Sr. Sevilla Pérez considera que, en conjunto, el Sistema Nacional de Salud es un buen sistema, valorado así por los ciudadanos, pero necesitado de algunos ajustes. En relación a la sostenibilidad, se vincula a la definición del modelo de aseguramiento: común o por Comunidades Autónomas; único o descentralizado. Personalmente, él defiende un modelo único. El sistema ha ido transformándose, especialmente, como consecuencia de la transferencia de la gestión a las Comunidades Autónomas. Pueden presentarse algunas dificultades para la sostenibilidad del sistema por la necesidad de delimitar sus relaciones con los espacios sociosanitarios y la atención de la dependencia.

El sistema de información resulta fundamental para garantizar una correcta asistencia sanitaria. Le consta el déficit que existe sobre esta cuestión en el Sistema Nacional de Salud en la actualidad. Por otra parte, la política de personal merece una profunda revisión en estos momentos.

En cuanto a la financiación, el modelo adoptado en 2001 tiene ventajas e inconvenientes. Es importante la asunción de sus contenidos. En todo caso, el incremento medio anual del gasto, con tasas del 9 %, resulta insostenible. Deberán fijarse prioridades y conocer el gasto real. La sostenibilidad precisa de la cooperación y el entendimiento de todos los implicados. Resulta irrelevante que la financiación sea finalista o no. Esta debe ser suficiente y debe posibilitar la cohesión territorial. A tal fin, los sistemas de información debieran potenciarse. No es partidario del copago porque genera problemas en el acceso de los pacientes y, además, resulta costosa la gestión del mismo. De todas formas, ya existe el copago en materia farmacéutica.

- Intervención de D. Guillem López Casasnovas, Catedrático de Economía de la Universidad Pompeu Fabra.

El Sr. López Casasnovas considera que, probablemente, el gasto sanitario debiera resultar algo superior al crecimiento del P.I.B., pero ello incidiría en un incremento de la presión fiscal para sostenerlo. Se suele incrementar el gasto sanitario al desarrollarse económicamente una sociedad, porque ésta tiende a medicalizarse.

La sostenibilidad financiera del sistema es una decisión política. El peso de la sanidad privada va aumentando en relación a la pública. La razón probable es la existencia de nuevos diagnósticos y tratamientos, que tienden más a cuidar que a curar. También, la tendencia señalada se funda en la búsqueda de segundas o terceras opiniones.

En relación al copago, considera que es una financiación pública complementaria, aunque no tenga naturaleza tributaria. Su virtualidad varía según el objetivo a alcanzar: freno del gasto o limitación del consumo de un producto. Igualmente, puede utilizarse como medida recaudatoria. Las circunstancias de cada sistema pueden aconsejar o no su utilización.

Existen fórmulas para la limitación del gasto sanitario como las que se utilizan en Gran Bretaña o en Holanda, que quizá convendría introducir también en España.

En relación al pacto, estima que debiera centrarse en los procedimientos, debidamente reglados y evaluados por agentes independientes. El pacto no debiera ser de contenidos.

En cuanto a la financiación finalista, su juicio variará en función del destino que se le dé a tales recursos.

Respecto de los modelos de gestión, públicos o privados, es partidario de aquellos que puedan innovar, como sucede en Cataluña, y que se puedan evaluar.

- Intervención de D. José Manuel Soria López, Vicepresidente y Consejero de Economía y Hacienda del Gobierno de Canarias.

El Sr. Soria López destaca las particularidades de la asistencia sanitaria en Canarias. En primer lugar, existe una parte importante de la población que es flotante, en torno al 22,6 % del total. Asimismo, otra de las notas específicas es la atención universal en todas las islas, algunas con escasa población. Por ello, resulta necesario que los pacientes se desplacen por barco o vía aérea a las islas capitalinas, lo que implica importantes costes. Esto ha originado un importante déficit financiero. En la actualidad, el gasto sanitario alcanza el 31 % del total del presupuesto de la Comunidad. El modelo de financiación vigente resulta insuficiente para atender las circunstancias de insularidad y ultraperiferia de las Canarias. En este sentido, expresa su preocupación por la reducción del Fondo de Cohesión Sanitaria.

La mejora de la financiación del sistema en Canarias requeriría la adopción de las siguientes medidas:

- Compensación por atención a una población superior a la prevista en 2009.
- Introducción en el cálculo de la financiación de la población flotante.
- Valoración de la condición insular y ultraperiférica.
- Incluir en el Fondo General los saldos netos o balanzas de la atención de pacientes extranjeros y de otras Comunidades Autónomas.
- Incorporar en el Fondo planes integrales de salud.
- Potenciar el principio de lealtad institucional.
- Sistematizar el copago.

Día 1 de diciembre de 2009

- Comparecencia de D. Boi Ruiz i García, Presidente de la Unión Catalana de Hospitales.

En relación a la financiación, considera que debe adecuarse a la situación del país en términos generales. Echa en falta la adopción de decisiones sobre esta materia, lo que se manifiesta con más intensidad en períodos de crisis como los que vivimos. Una adecuada gestión de recursos requiere medir y cuantificar los resultados. Esa tarea debe ser realizada por una Central de Evaluación, de acuerdo con los principios generales de la Ley General de Sanidad. La evaluación se construiría sobre indicadores de calidad (rapidez, proximidad, ausencia de contagio, etc.). Tales datos son medibles y permitirían comparar modelos de gestión. Los recursos disponibles debieran acompasarse al crecimiento anual del

P.I.B. En este orden de cosas, propone incrementar la participación de las Comunidades Autónomas en los impuestos, así como el incremento del Fondo de Compensación Sanitaria. Resulta imprescindible, también, eliminar la deuda sanitaria histórica. Por el contrario, en el ámbito sanitario debería aplicarse un tipo de IVA superreducido, al menos durante el período de crisis actual.

Con algunos matices, el copago debiera aplicarse en gastos de farmacia y en gastos hospitalarios, relacionados con el alojamiento y la alimentación de los pacientes. Esta modalidad habría de aplicarse, también, en el caso de la primera visita en la atención especializada. Desde una perspectiva general, el copago, en relación con los productos farmacéuticos, valoraría el nivel de renta del paciente para precisar la aportación en cada caso. Estas medidas contribuirían a fomentar la responsabilidad de todos en el uso de las prestaciones sanitarias.

La atención primaria debiera gestionar las altas y las bajas laborales. Es una función esencial por su impacto económico en la sociedad. Esta tarea debiera de estar financiada por el Instituto Nacional de la Seguridad Social.

En cuanto se refiere a la gestión, convendría utilizar algunos elementos propios de la empresa privada, lo que no equivale a privatizar. Lo importante es la eficacia y, también, la transparencia.

A su juicio, el déficit existente resulta difícil de evaluar, pero debiera afrontarse para no lastrar el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Se debe intentar implicar a los profesionales en la gestión sanitaria, distinguiendo por lo que son, por lo que hacen y por la forma en que actúan.

- Intervención de D. José Antonio Herrada García, Presidente de la Coalición de Ciudadanos con Enfermedades Crónicas.

El Sr. Herrada García anuncia que su visión se corresponde con la de un usuario habitual del Sistema Nacional de Salud. Forma parte del grupo numeroso de enfermos crónicos, que generan una parte importante del gasto sanitario. Considera que el sistema es válido en su conjunto, pero, como enfermo, cree que podría optimizarse la utilización de recursos. Por ello, cree que sería muy conveniente dar audiencia a asociaciones, como la que representa, para poder mejorar el sistema en su conjunto.

Día 16 de febrero de 2010

- Intervención de D. Máximo González Jurado, Presidente del Consejo General de Enfermería.

Su intervención se centra en el tema de los recursos humanos. Subraya los problemas derivados del envejecimiento de la población, en general y del profesional de enfermería, en particular. La necesidad de aumentar

la asistencia, previsiblemente, se va a producir en los próximos años por el incremento de enfermos crónicos. Estas y otras circunstancias harán necesario conseguir un mayor número de profesionales de enfermería. Se planteará que estos profesionales asuman nuevas competencias en atención domiciliaria y asistencia sanitaria. El modelo de formación es válido, aunque se tarda en culminar la tarea formativa. La planificación de la formación debe atenderse con una clara visión de futuro. Las desigualdades retributivas habrán de ser evitadas dentro del Sistema Nacional de Salud.

- Intervención de D. Juan José Rodríguez Sendín, Presidente de la Organización Médica Colegiada (OMC).

En primer lugar, expresa su convicción acerca de la necesidad de alcanzar un gran acuerdo de Estado para la Sanidad, que cuente con el respaldo del conjunto de la sociedad española.

En materia de recursos humanos, detectan algunos problemas, aunque, a veces, les faltan datos para conocer en profundidad la cuestión. En cuanto a política retributiva, su organización estima que el modelo no es el más adecuado. Sería necesario tener presente el puesto, los resultados y la eficacia del profesional. Seguramente, servirían modelos elásticos y abiertos, aunque su implantación pueda resultar difícil. Convendría disponer de un registro de personal único y centralizado. Los indicadores de calidad debieran ser accesibles. Se debe velar por el respeto a una cartera común de servicios, con indicadores de calidad comunes. En síntesis, se hace preciso revisar el sistema vigente. Además, la tarea de prevención es imprescindible, en todos los niveles.

Respecto del copago, su criterio no es favorable a su implantación, dado que, si es bajo no compensa, y, si es alto, impediría el acceso a ciertos servicios a una parte de la población. Con todo, si se decidiera su utilización en algún caso, debiera valorarse el nivel de renta de los usuarios.

Por último, debiera fomentarse la participación de los pacientes, así como de los municipios, en la adopción de decisiones que afecten al Sistema Nacional de Salud.

- Intervención de doña Francisca Sahuquillo Pérez del Arco, Presidenta del Consejo de Consumidores y Usuarios.

La Sra. Sahuquillo Pérez del Arco elogia el actual Sistema Nacional de Salud, aunque matiza la necesidad de incluir algunos ajustes, para potenciar los principios de cohesión y sostenibilidad.

Desde la perspectiva económica, la eficiencia en la gestión sanitaria ha de mejorarse. La financiación habrá de vincularse al propio crecimiento económico de la sociedad. El fomento de estilos de vida saludables, esto es, a la postre la prevención, contribuirá a la modera-

ción del gasto sanitario. Sin olvidar que la salud es el principal motor del crecimiento económico de un país.

La participación ciudadana puede canalizarse a través del Consejo de la Asociación que representa, el cual viene detectando numerosos problemas relativos a la gestión sanitaria: problemas de acceso a la historia clínica, asistencia a celíacos, falta de confidencialidad en abortos, anorexia por falta de apoyos, demoras en la atención, carencia de profesionales, déficit en la prestación de salud mental, problemas derivados de la implantación de nuevas formas de gestión sanitaria, necesidad de coordinación entre el Sistema Nacional de Salud y el Sistema Nacional de Dependencia, etc.

Día 17 de febrero de 2010

- Intervención de D. Albert J. Jovell, Presidente del Foro Español de Pacientes.

El Sr. Jovell indica que un problema importante estriba en el desconocimiento de los derechos del paciente. Detecta, al mismo tiempo, un envejecimiento tanto en la población como entre los profesionales sanitarios, sólo compensado parcialmente por la inmigración.

Por otro lado, señala la llamativa falta de interés en potenciar los estudios sobre política sanitaria en las Universidades españolas, con unas manifestaciones muy escasas.

En materia de personal, debiera replantearse la carrera profesional.

La distribución de competencias entre Administraciones Públicas no siempre es conocida entre los pacientes. Existe un cierto desequilibrio entre la legislación y su ejecución. A pesar de estos problemas, existe un alto grado de satisfacción por las prestaciones proporcionadas por el Sistema Nacional de Salud. Este fenómeno no se ha dado en otros países, como son Estados Unidos, Canadá o Gran Bretaña.

Concreta sus propuestas en los términos siguientes:

- Facilitar el acceso a la información disponible en el Ministerio de Sanidad, Política Social y Consumo.
- Publicar datos sobre resultados asistenciales.
- Preservar la equidad con indicadores específicos.
- Racionalizar la política del gasto.
- Concienciar de que parte de los problemas de la gestión sanitaria se conectan con su éxito.
- Resaltar los deberes de los ciudadanos en cuanto al cuidado de la salud y al uso razonable de los servicios sanitarios.

Asimismo, se citan otra serie de medidas (incorporación del paciente-experto, necesidad de coordinación entre las Administraciones Públicas, lucha contra el tabaco y el alcohol, fomento de una vida saludable, etc.).

En relación al modelo retributivo de los médicos, debe valorarse la escasez de profesionales en estos

momentos y que se trata de una profesión, fundamentalmente, vocacional, donde no prima el puro beneficio crematístico. Ahora bien, la retribución debe ser acorde con la tarea y la formación también ha de ser continua.

En cuanto al copago, no conoce estudios serios sobre el mismo, por lo que considera preferible, en estos momentos, hacer hincapié en estrategias educativas o complemento de especialidades.

Respecto de la financiación, sería deseable alcanzar un 10 % del P.I.B., mejorando, al mismo tiempo, la gestión de los servicios sanitarios.

Los espacios públicos libres de humo son muy necesarios. Numerosas personas enfermas, dentro de su Asociación, ven agravadas sus patologías por el humo y así se lo han manifestado de forma reiterada.

Para concluir, convendría dotar de competencias ejecutivas al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

- Intervención de doña María Rosa Suñol Sala, Directora de la Fundación Avedis Donavedian.

La calidad del Sistema Nacional de Salud existe en distintos niveles y no de una forma integral. No basta con atinar en el diagnóstico, sino que el sistema debe ser capaz de generar una satisfacción general.

En su exposición trata tres temas: la seguridad de los pacientes, el recorte de los recursos disponibles y la persona. En lo que se refiere a la seguridad de los pacientes, destaca que, en ocasiones, se crean situaciones de riesgo.

Aproximadamente un 10 % de las personas ingresadas en centros sanitarios sufren algún tipo de complicación. Estos datos no siempre se tienen en cuenta. La reducción de problemas se vincula al establecimiento de procedimientos cautelares para evitarlos.

En cuanto a recortes de recursos, hoy parece una necesidad imprescindible en la Unión Europea, a la vista de las circunstancias que atraviesa. Tales recortes, previsiblemente, repercutirán, principalmente, en la disminución del personal, en la reducción de la atención sanitaria y, quizá, en su calidad.

El factor personal implica la asunción, por parte de todos, de deberes de prevención y la adquisición de hábitos saludables de vida. Asimismo, los ciudadanos deben involucrarse en la adopción de decisiones en materia de gestión y de participación.

La publicación de indicadores de calidad debiera ofrecerse a la ciudadanía, con el compromiso de no utilizar la calidad como un arma arrojadiza. Las mediciones sobre la calidad debieran atribuirse a una Agencia independiente, que utilizara criterios y mediciones homogéneas. No obstante, dicha tarea no, necesariamente, debe ser realizada en todos los casos por tal Agencia. La eficiencia y la sensatez debe predominar en este terreno.

La utilización del copago debe regirse, con nitidez, por el objetivo a conseguir: mejora del servicio, incre-

mento de la recaudación, o restricción de los servicios. En todo caso, la necesidad del copago debe acreditarse.

- Intervención de D. Jesús Usón Gargallo, Director del Centro de Cirugía de Mínima Invasión Jesús Usón (Cáceres).

El Sr. Usón Gargallo informa a la Subcomisión sobre los orígenes del centro que dirige y los objetivos del mismo, centrados sobre todo en la formación de personal, la investigación y, en su caso, la formulación de patentes, que desempeñan un papel de primer orden en cualquier sistema económico contemporáneo.

- Intervención de D. Humberto Arnés Corellano, Director General de Farmaindustria.

El Sr. Arnés Corellano afirma que el Sistema Nacional de Salud funciona con un grado considerable de satisfacción, entre la ciudadanía, y resulta económico, aunque plantea algunas cuestiones respecto de su sostenibilidad a medio plazo. No obstante, cabe mejorar su eficiencia. En este sentido, las transferencias para la gestión por las Comunidades Autónomas han redundado en una mejora general de la sanidad pública. Con todo, ciertas diferencias entre las cantidades gastadas y los servicios prestados pueden incidir en la cohesión general de este servicio a nivel de Estado. En síntesis, es imprescindible un pacto que garantice la equidad, la cohesión y mejore la eficiencia, aunque no cree que, de momento, se necesiten modificaciones estructurales.

Su intervención se centra en el análisis del gasto sanitario, comenzando por el reconocimiento de la insuficiencia de recursos financieros, que en el ámbito público alcanza un 6 % del P.I.B., cuando la media europea es de un 7,4 %. Se va generando un déficit crónico para asegurar la calidad del servicio. En ese contexto, se enmarca la industria farmacéutica española. Es un sector con altas tasas de productividad y de empleo cualificado, que además genera innovación y desarrollo.

La factura farmacéutica alcanzó el pasado año un importe de doce mil quinientos millones de euros, esto es, un 18 % del gasto total de la sanidad pública. El pasado año se redujo, como consecuencia de la aplicación de los precios de referencia. No obstante, se detectan una serie de factores que impulsan el crecimiento de este gasto, como son el incremento del número de recetas, vinculado al aumento de población; el aumento de prescripciones fundadas en medicina preventiva; el aumento de la renta per cápita y el precio reducido de los medicamentos.

Se formulan una serie de propuestas para la racionalización del gasto farmacéutico, como son:

- El incremento en la utilización de genéricos.
- La mejora en la eficiencia del consumo.

- La educación en el uso racional de medicamentos.

- El refuerzo de la prevención de la salud.

- Atención especial sobre los sectores de la población mayores consumidores de productos farmacéuticos.

Convendría preservar la calidad y eficiencia del Sistema Nacional de Salud, en términos generales. A tal efecto, resultaría necesario incrementar los recursos, de manera que no se ponga en riesgo la estabilidad del propio sistema.

Por su parte, la entidad a la que representa expresa su compromiso con el mantenimiento de un empleo de calidad, así como con la mejora en sus niveles de competitividad, especialmente a nivel internacional.

Igualmente, subraya los esfuerzos en inversión y desarrollo de la industria farmacéutica, que superó los mil millones de euros en el año 2007. A este fin resulta imprescindible contar con un marco regulatorio, que proporcione seguridad y estabilidad. Asimismo, los precios de los productos farmacéuticos habrán de reconocer la tarea innovadora, que es lenta y cara. El coste de la inversión deberá recuperarse y producir beneficios.

En relación al copago, considera que es una decisión que corresponde a los políticos.

Para concluir, reafirma la voluntad de Farmaindustria de colaborar en la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, brindando su apoyo en esta tarea a las Administraciones Públicas.

Día 23 de febrero de 2010

- Intervención de D. Alfonso Castro Beiras, Jefe del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de A Coruña.

El Sr. Castro Beiras comienza recordando los múltiples cambios que vive el sector sanitario en la actualidad, en gran parte, conectados con los progresos desde la perspectiva tecnológica. Estas transformaciones ayudan a mejorar el nivel de vida y tienen como consecuencia la prolongación de las expectativas vitales. La innovación e investigación son fundamentales para mantener esa línea evolutiva.

A su juicio, en la actualidad existen importantes diferencias entre las Comunidades Autónomas que integran un sistema muy descentralizado. Por otra parte, constata que la sanidad sigue basculando en torno a los hospitales. Además, considera que la propia organización interna de los hospitales debiera ser sometida a una profunda revisión. El paciente debiera convertirse en el eje del sistema. El hospital no debe estar siempre provisto de todos los instrumentos. El trabajo en red podría contribuir a racionalizar el empleo de los recursos sanitarios. Para ello, interesaría ofrecer los resultados de la atención prestada con plena transparencia. La atención primaria ha de asumir un papel mucho más

relevante que en la actualidad. El hospital, por el contrario, debiera reservarse para casos agudos y singulares. Los hospitales, en una organización más racional, en línea con lo expuesto, se integrarían en una red de asistencia. El panorama mejoraría, si los ciudadanos contribuyeran con hábitos de vida saludables.

Interesaría reducir los plazos para la formación del personal sanitario, potenciando la troncalidad o la acreditación de experiencias. Por su parte, el sistema sanitario cuenta con una capacidad inmensa para la innovación, la creación de patentes y, en consecuencia, para la creación de riqueza en el país. En el presente, se penaliza la investigación y se mantiene como objetivo la comodidad en el desempeño del puesto de trabajo.

En síntesis, se impone la necesidad de ir implantando nuevos modelos de organización en los servicios de salud, articulados sobre los principios enunciados.

- Intervención de D. Ángel López Díaz, Técnico de Salud de la Gerencia de Atención Primaria SESPA.

El Sr. López Díaz estima que el Sistema Nacional de Salud es un modelo eficiente y adecuado para la sociedad española. No obstante, existen algunos elementos de preocupación, como son: la crisis económica, los intentos del capital privado para obtener beneficios excesivos del sistema sanitario y el bloqueo de los agentes que intervienen en la sanidad.

Sus propuestas se articularían sobre la necesidad de centrar el sistema en las tareas que, verdaderamente, sea capaz de afrontar. Asimismo, debiera de realizar una seria lucha frente a las desigualdades.

Interesaría mantener las principales virtudes del Sistema Nacional de Salud: la universalidad, su capacidad y eficiencia. No obstante, reconoce que el sistema necesita algunas modificaciones. El gasto se mantiene en niveles razonables, aunque la utilización de recursos debiera centrarse en operaciones más efectivas y eficientes. En cuanto al gasto farmacéutico, hay margen para su reducción. Desde la perspectiva del personal, el Sistema Nacional de Salud mantiene un equilibrio precario entre los diversos intereses de sus agentes. De ahí que resulte sumamente complicado introducir cualquier reforma. En este sentido, los cambios debieran efectuarse en situaciones de tranquilidad y con recursos suficientes, puesto que cualquier innovación en este sector tiene unos costes importantes.

El Sr. López Díaz estima que la participación ciudadana resulta deficitaria en el Sistema Nacional de Salud.

El pacto debe ser una prioridad política, aunque es consciente de las dificultades para alcanzar este objetivo. La presión de los procesos electorales es permanente, aunque, al mismo tiempo, este elemento puede ser de utilidad para propiciar el acuerdo.

De forma resumida, sus propuestas serían las siguientes:

- Promulgar una Ley que defina con precisión el aseguramiento.

- Conectar las materias de salud, sanidad y dependencia.

- Incrementar el gasto en la medida en que resulte preciso, aunque vinculado a cambios estratégicos del sistema.

- Rechazar la aproximación del Sistema Nacional de Salud a las reglas del mercado, así como al derecho privado.

- Manifestar la necesidad de un liderazgo dentro del Sistema Nacional de Salud, independientemente de la denominación que reciba.

- Fijar, dentro del Sistema Nacional de Salud, precios para los proveedores, siendo conscientes de que, en ocasiones, las innovaciones tecnológicas tienen un alto coste y un escaso rendimiento.

- Potenciar la formación de los profesionales.

- Constatar que el médico no debe decidir la política de gasto, entre otros motivos, porque, con frecuencia, está sometido a múltiples presiones de pacientes, empresas, gestores, etc.

- Intervención de D. José Manuel Pascual Sánchez-Gijón, Gerente de José Manuel Pascual Pascual, S.A.

El Sr. Pascual Sánchez-Gijón manifiesta que el Sistema Nacional de Salud se encuentra entre los mejores del mundo, aunque existen problemas y deben adoptarse medidas eficaces para su consolidación, especialmente, en lo que atañe a su universalidad y gratuidad. En este sentido, debiera de mejorarse el sistema de información existente y evitar que la materia sanitaria sea objeto de enfrentamiento entre las fuerzas políticas.

En cuanto al sistema de formación de los médicos, lo valora muy positivamente. No obstante, advierte de la escasez de personal en estos momentos, lo que ha obligado a la contratación de profesionales extranjeros, no siempre debidamente cualificados. La docencia ha reducido su nivel de calidad y ello se reflejará en la formación de profesionales. Tal formación precisa de una cuidadosa planificación para adaptarse a las necesidades reales del país.

A su juicio, en los últimos tiempos, se ha disparado la demanda de asistencia sanitaria y farmacéutica, no siempre de forma justificada, lo que constituye una grave carga financiera para los contribuyentes. Sería muy conveniente difundir la necesidad de la adopción de hábitos de vida saludables, incluyéndose, también esta cuestión, dentro de los planes educativos.

Una paradoja que se detecta es la de la existencia de un alto nivel en la calidad de la asistencia sanitaria, pero sin que España cuente con una tecnología propia. Por motivos elementales, es fundamental el estímulo

del I+D, para propiciar el cambio de modelo productivo y dotarse de productos innovadores sin grandes costes.

Respecto de la sostenibilidad del sistema, la mejora organizativa y la coordinación con el ámbito sociosanitario resultan fundamentales para reducir costes y mejorar la calidad asistencial. En ocasiones, reciben tratamiento hospitalario personas con enfermedades crónicas y en situación de dependencia que podrían ser atendidas en sus domicilios.

Por otra parte, la competencia entre los hospitales podría redundar en beneficio de todos, así como la libre elección por los ciudadanos de los centros. Esta circunstancia permitiría introducir incentivos entre los profesionales sanitarios. La utilización de centros de referencia podría facilitar la asistencia sanitaria, concentrándose la realización de procesos básicos en puntos determinados, todo ello por razones de eficiencia.

La asistencia sanitaria debe prestarse, valorando su eficiencia, independientemente del carácter público o privado del centro.

Día 24 de febrero de 2010

- Intervención de doña Margarita Alfonsel Jaén, Secretaria General de la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria.

La Sra. Alfonsel Jaén comienza su exposición afirmando que el Sistema Nacional de Salud se encuentra entre los mejores sistemas públicos del mundo, aunque detecta ciertas ineficiencias que debieran subsanarse, especialmente, en punto a su financiación. Asimismo, considera necesario un pacto de Estado para la Sanidad, a fin de afrontar los problemas existentes.

Seguidamente, describe el sector de tecnología sanitaria en España, que, en cifras redondas, está integrado por más de 1.700 empresas, 30.000 trabajadores directos y 100.000 indirectos. Aporta en I+D+I unas cantidades muy importantes al P.I.B., con carácter anual. Destaca que los productos que ofrece el sector se caracterizan por su limitado período de vida, por la intensa innovación que predomina en el mercado. Junto a este factor, contrastan los altos costes de su producción y la necesidad de una importante cualificación. Igualmente, el sector de la tecnología sanitaria participa, también, en las tareas de prevención y predicción de patologías.

De lo referido se deduce que la tecnología sanitaria en España desempeña un papel de primer orden dentro de su política industrial. Sus empresas se encuentran bien situadas, tanto a nivel interno como internacional.

A su juicio, interesaría abordar la racionalización del gasto en tecnología sanitaria, que constituye un 8 % del total. Quizá más correctamente, convendría considerar que una parte importante de este porcentaje no es tanto un gasto, sino una auténtica inversión en salud. En esta línea, interesaría lograr la reducción del Impuesto sobre el Valor Añadido, con tipos del 4 %, el tipo

superreducido. Por otra parte, denuncia la existencia de graves problemas en el cumplimiento de los plazos de pago por parte de las Administraciones Públicas, a pesar de las modificaciones legislativas que pretendían atajar el mismo. A 31 de enero de 2009, la deuda alcanzaba los tres mil millones de euros, cifra que resulta difícilmente sostenible para las empresas afectadas, en especial, en una situación de crisis económica, como la que se vive hoy en día. Se necesita una optimización de los recursos. Igualmente, la medicina preventiva y el tratamiento de crónicos, debidamente revisados, podrían permitir un ahorro importante en los costes sanitarios.

La innovación, sin duda, puede ayudar, de manera importante, en este sentido. La entidad a la que representa se encuentra desarrollando un ambicioso programa, PROSAN, a tal efecto, propiciando el intercambio de conocimientos entre profesionales y las empresas.

- Intervención de D. Javier Rey del Castillo, Médico Especialista en Salud Pública.

El Sr. Rey del Castillo se remite a su intervención por escrito. Por otra parte, considera que un pacto sólo tendría sentido en circunstancias extraordinarias que, a su juicio, no se dan en estos momentos. Además, tal pacto podría limitar la variedad de posiciones propias de una sociedad democrática.

De considerarse conveniente un incremento en la financiación, este debiera condicionarse a la revisión profunda acerca de la eficiencia del Sistema Nacional de Salud. En la actualidad, España se encuentra dentro de la media del gasto de los países de la OCDE. En el caso de que se aumentara la financiación, ello debiera aparejar el aumento en los servicios, lo cual, en estos momentos, resulta inviable.

En lo que atañe a asistencia de colectivos profesionales, en sistema resulta inequitativo, en la medida en que se derivan parte de los recursos públicos para atender a ciudadanos concretos, de forma privada. El sistema debiera ser único e igual para todos en materia de prestaciones.

Existen graves deficiencias en la coordinación del Sistema Nacional de Salud. En gran medida, las Comunidades Autónomas no se corresponsabilizan fiscalmente de su financiación. Esta debiera ser finalista en algunas partidas. Sólo así se lograría la coordinación deseada.

Por otra parte, la gestión de la sanidad debiera basarse en centros de naturaleza pública, excluyéndose las formas privadas, sostenidas por fondos públicos.

La situación de crisis actual, también, puede ofrecer importantes oportunidades para establecer un nuevo sistema de sanidad, basado en principios de autogestión.

Día 13 de abril de 2010

- Intervención de D. Eduard Rius Pey, Director Gerente de Acciona, Servicios Hospitalarios.

El Sr. Rius Pey subraya la necesidad de un pacto de Estado para la Sanidad en el que concurra el conjunto de la sociedad española, siendo conscientes de que el sistema existente es uno de los mejores del mundo. Así es valorado por la gran mayoría de la población. Este reconocimiento no debiera llevar a la autocomplacencia, impidiendo abordar problemas y tensiones importantes en los terrenos de la financiación, del incremento de la demanda, de la sostenibilidad, tecnologías, recursos humanos, etc.

Las reformas introducidas para mejorar la financiación han demostrado ser insuficientes. Además, la crisis económica contribuye a dificultar este capítulo. En esta línea de consideraciones, un elemento básico sería la aprobación de presupuestos reales en relación al gasto.

En cuanto a la financiación, quizá, fuera recomendable un incremento de impuestos, tal vez incluyendo fórmulas de copago, aunque, personalmente, no sea partidario del mismo, salvo en prestaciones farmacéuticas. Como es sabido, los jubilados no pagan sus recetas, sin tener en cuenta su nivel de renta. El sistema debiera cubrir el riesgo de enfermedad, no necesariamente la atención de prestaciones farmacéuticas. El copago, en este terreno, debiera ajustarse al nivel de renta del beneficiario. Asimismo, convendría valorar los casos de las enfermedades crónicas o establecer franquicias.

El nivel de gasto se encuentra por debajo de la media de la Unión Europea en todos los niveles, de asistencia sanitaria, de recursos humanos y de prestaciones farmacéuticas. Se necesita mejorar la eficiencia y la accesibilidad, otorgando una mayor flexibilidad a su organización. Igualmente, debiera potenciarse la política de incentivos de los profesionales y, de la misma forma, la transparencia en la gestión y en la difusión de resultados. El papel de las Agencias de Evaluación resultaría fundamental para ponderar las políticas de salud, como sucede en el Reino Unido.

Por otro lado, interesaría analizar el papel del sector privado en la sanidad, el cual sería, predominantemente, complementario y no sustitutivo del público.

Respecto de la industria farmacéutica, destaca su papel innovador, por lo que debiera impulsarse este sector. Aunque existan tentaciones de recortar en gasto farmacéutico, debe valorarse el hecho de que la innovación, que guía este sector, resulta muy costosa y que, en todo caso, la investigación debe proseguir. Esta circunstancia no impide que se detecten consumos innecesarios, que deberán atajarse con decisión.

Otro elemento esencial es el que se refiere a la necesidad de desarrollar y aplicar la Ley de Dependencia, entre otras razones, porque no debe sobrecargarse el

Sistema Nacional de Salud con un problema de naturaleza social, como es el que aborda la referida norma. Desde la perspectiva organizativa, es dudoso si deben unirse lo sanitario y lo social, aunque la coordinación es imprescindible en esta materia.

La conciencia sobre la necesaria utilización racional de los servicios debiera fortalecerse, al igual que el fomento de la participación de la población en la gestión. La variedad introducida por la gestión descentralizada en el Sistema Nacional de Salud lo enriquece.

- Intervención de D. Fernando Redondo Montoro, Presidente de la Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles.

El Sr. Redondo Montoro critica la actuación del Gobierno, que ha relegado el papel de los sectores sociales, inicialmente convocados para participar en el pacto de Estado para la Sanidad, mientras acaba de aprobar el Decreto-Ley 4/2010, para reducir el gasto farmacéutico, sin evaluar sus efectos negativos, en particular, para las Oficinas de Farmacia.

El compareciente resume los principales datos referidos a las oficinas de farmacia en España. Existen unas 21.000, con una ratio por habitante de 2.159, lo cual proporciona cobertura próxima a la casi totalidad de la población que habita en territorio español, y que cuentan con un empleo de alta calidad, del cual el 68 % es femenino.

La farmacia financia las Administraciones Públicas que abonan con cierto retraso las prestaciones farmacéuticas. El coste de los gastos farmacéuticos resulta muy moderado en relación a la media europea. Por otra parte, los márgenes de las oficinas de farmacia han caído de forma considerable en los últimos tiempos.

El presupuesto sanitario es muy inferior al gasto real. Se debe racionalizar tal gasto y reducir la demanda de medicamentos, no sólo mediante la utilización de los precios, los márgenes, etc. Conviene ser conscientes de que un 40 % de los farmacéuticos ganan menos de mil euros al mes. El Decreto-Ley 4/2010 pone en grave riesgo el mantenimiento de más de 10.000 puestos de trabajo. La contención del gasto farmacéutico debiera fundarse en la mayor utilización de los genéricos, el control de las recetas duplicadas y no consumidas o la reducción del Impuesto sobre el Valor Añadido.

En definitiva, el modelo español de farmacia tiene futuro, aunque es mejorable.

Día 28 de abril de 2010

- Intervención de D. Carlos Ocaña Pérez de Tudela, Secretario de Estado de Hacienda y Presupuestos.

La financiación del sistema sanitario en España se encuentra condicionada, como el conjunto de las cuentas públicas, por la crisis en la que se opera en estos momentos. Se está produciendo una retirada selectiva

de los incentivos fiscales introducidos al inicio de la crisis. El reto será el mantenimiento del gasto, en un contexto de fuerte caída de los ingresos públicos.

Desde el año 2004 se han introducido algunas medidas para racionalizar el gasto y mejorar su financiación. Como es sabido, las Comunidades Autónomas reciben y gestionan la financiación. Con las medidas adoptadas se pretendía reforzar la suficiencia financiera de las Comunidades Autónomas, darles más autonomía en sus decisiones y reforzar los recursos del Estado del bienestar. Se introdujo una garantía para asegurar la financiación de los servicios públicos fundamentales, teniendo en cuenta la población existente en el territorio. Hasta ese momento, sólo se había valorado el coste del servicio. Así, a título de ejemplo, se ponderan más la población menor de edad, para gastos de educación, y las personas de la tercera edad, para los gastos en sanidad.

En conjunto, se han incrementado los recursos para financiar los servicios básicos del Estado del bienestar. Como es notorio, el Estado está fuertemente descentralizado. Este proceso se ha producido con una enorme rapidez. Por ello, en muchos casos, se han transferido los servicios antes de evaluar, con exactitud, su financiación. Por esta circunstancia se produce un divorcio entre los impuestos y los servicios a financiar, generando cierta irresponsabilidad fiscal.

En el presente, se vive un proceso de consolidación fiscal. Resulta imprescindible frenar el déficit, lo que entrañará un necesario ajuste presupuestario de todo el sector público, Administración General del Estado, Administración Autonómica y Administración Local. El recorte de gasto se intentará realizar con la mejora de la eficiencia, de manera que la ciudadanía no vea limitados los servicios que recibe, en la medida de lo posible. El Consejo de Política Fiscal y Financiera deberá decidir en los próximos meses.

Por cuanto concierne a la sanidad, se observa un incremento del gasto por encima del crecimiento económico general. El control del mismo es necesario, aunque hay márgenes de actuación a través de la racionalización y la eficiencia. El Gobierno no considera adecuado una financiación finalista para la sanidad, ya que la gestión del gasto se funda en el principio de caja única. Ello no es obstáculo para intentar mejorar la gestión.

A su juicio, no existe un déficit en el gasto sanitario. Las Comunidades Autónomas reciben y administran sus recursos para atender esta necesidad social, sin que ello implique la existencia de tal déficit. Ciertamente, no existe una homogeneidad de las Comunidades Autónomas, dado que la gestión no es la misma en todas ellas ni, en consecuencia, tampoco los resultados. El gasto no es idéntico ni tampoco la calidad de los servicios. Esta dinámica se encuentra en la propia naturaleza del Estado autonómico.

En conclusión, existe un problema de recursos limitados a utilizar para necesidades infinitas. Hay margen

para la mejoría y racionalización del gasto sanitario. Las decisiones sobre la financiación están condicionadas por el marco institucional derivado de la Constitución, en particular, del Estado de las Autonomías, cuyos órganos gestionan la sanidad en España. De los elementos concurrentes se deduce que existen fundamentos suficientes para proporcionar unos servicios de calidad razonable.

- Intervención de D. José Martínez Olmos, Secretario General de Sanidad.

El Sr. Martínez Olmos señala que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud ha asumido la obligación de consolidar tal sistema sobre la base del consenso, elemento fundamental para alcanzar tal objetivo. Además, existe consenso para no utilizar la sanidad en el debate partidista. Igualmente, existe acuerdo para adoptar medidas de carácter estructural, que deberán abordarse no más tarde del final de 2013, incidiendo en la calidad, la equidad, la cohesión y la eficiencia del Sistema Nacional de Salud.

En lo que se refiere a sostenibilidad del sistema, el Sr. Martínez Olmos estima que existe un déficit, unas veces por una defectuosa gestión de los responsables, otras por caída severa de ingresos. Sin duda, concurren serias dificultades para atender tal financiación, lo cual podría redundar en recortes de derechos. Estas circunstancias obligan a adoptar medidas drásticas para recortar el gasto farmacéutico o el de las adquisiciones, mediante compras centralizadas. Factores diversos, como el incremento de la edad y de la población, las nuevas patologías, la utilización de tecnologías novedosas, etc., empujan al alza tal gasto.

Los recursos adicionales debieran ser finalistas, para permitir su aplicación por las Comunidades Autónomas, únicamente, en gasto sanitario. Tal es el criterio del Consejo Interterritorial de Salud, adoptado recientemente. No obstante, esta resolución plantea problemas en su aplicación. Por otro lado, convendría ir asumiendo la idea acerca de la imposibilidad de satisfacer todas las necesidades en el ámbito de la salud. El Fondo de Cohesión habrá de rectificarse, incorporando nuevas finalidades.

En conjunto, observa con optimismo el futuro del Sistema Nacional de Salud, siempre que se adopten medidas para su sostenibilidad. En los treinta últimos años se ha construido un gran sistema de salud, con un coste del 6 % del PIB. Sin embargo, los presupuestos siguen siendo inferiores al coste real de este gasto. Debe afrontarse con decisión una situación complicada.

El pacto de Estado en la Sanidad deberá utilizarse como una hoja de ruta y un diagnóstico general en esta materia. El recorte del gasto farmacéutico ha sido una de las primeras medidas tomadas en el sentido expresado. En estos momentos habrán de desarrollarse y aplicarse otras medidas propuestas por el Consejo Inter-

territorial del Sistema Nacional de Salud, institución donde la lealtad de sus miembros ha predominado. El pacto se construirá sólo con el acuerdo del Ministerio de Sanidad, Política Social y Consumo y de las Comunidades Autónomas. La garantía de la suficiencia financiera y de la cohesión son pilares de este gran acuerdo. El incremento de recursos resulta imprescindible. El recorte de gastos se impone, de la misma manera que la obtención de una financiación adecuada. A su juicio, el carácter finalista de la financiación evitaría desviaciones en la utilización de recursos.

VI. DOCUMENTACIÓN FACILITADA POR LOS COMPARECIENTES

— De D. José Luis Ferrer Aguarales, Director General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitaria de la Consejería de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura.

- Aporta texto de su intervención.

— De D. Manuel Cervera Taulat, Consejero de Sanidad de la comunidad Autónoma de Valencia.

- Aporta texto de su intervención.

— De D. Marciano Sánchez Bayle, Presidente de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.

- Aporta texto de su intervención.
- Informe 2008 sobre los servicios sanitarios de las CCAA (V Informe).
- Diversos artículos de periódicos.
- Informe. Evaluación de la atención primaria en las CCAA.

— De D. Fernando Lamata Cotanda, Consejero de Salud y Bienestar Social de Castilla-La Mancha.

- Cooperación y Gobernabilidad en el Sistema Nacional de Salud. Documentación sobre su intervención.
- Aporta transparencias de su intervención.

— De D. Miquel Vilardell Tarrés, Doctor en Medicina por la Universidad de Barcelona, Catedrático de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona.

- Factores y Condicionantes Pacto Sanidad (transparencias de su intervención).

— De D. Xavier Trias i Vidal de Llobatera, ex Consejero de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Catalunya.

- Aporta texto de su intervención.

— D. Francisco Javier Álvarez Guisasola, Consejero de Sanidad de la Comunidad de Castilla y León.

- Aporta texto de su intervención.

— De D. Vicenç Navarro López, Catedrático de Economía Aplicada y Ciencias Políticas de la Universidad Pompeu Fabra.

- Aporta texto de su intervención.

— De D. Xesús Veiga Buxan, Profesor de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad de Santiago de Compostela.

- Aporta texto de su intervención.

— De D.^a Pilar Navarro Barrios, Secretaria Federal Sector Salud y Servicios sociosanitarios de la FSP-UGT.

- Aporta texto de su intervención.

— De D. Ramón Veras Castro, Médico de Familia en A Coruña.

- Aporta texto de su intervención y transparencias.

— De D. Boi Ruiz i García, Presidente de la Unión Catalana de Hospitales.

- Aporta artículo «Diario Médico»
- Aporta texto de su intervención.
- Aporta Informe «Desarrollo sostenible y Hospitales» 36th World Hospital Congress.
- Propuesta de Pacto de Medidas para la Sostenibilidad del Sistema Sanitario y Social de Cataluña.
- Informe relativo a posibles medidas incentivadoras en el ámbito tributario a las actividades sanitarias y sociales.

— De D. José Antonio Herrada García, Presidente Coalición de Ciudadanos con Enfermedades Crónicas.

- Aporta texto de su intervención.

— De D. Máximo González Jurado, Presidente del Consejo General de Enfermería.

- Aporta texto de su intervención e informe.
- Aporta Informe de las Aportaciones del Consejo General de Enfermería.

— De D. Juan José Rodríguez Sendín, Presidente de la Organización Médica Colegial (OMC).

- Aporta texto de su intervención.

— De D.^a Francisca Sahuquillo Pérez del Arco, Presidenta del Consejo de Consumidores y Usuarios (CCU).

- Aporta texto de su intervención
- Encuesta sobre gastos sanitarios.
- Encuesta sobre servicios sanitarios.

— De D. Albert J. Jovell, Presidente del Foro Español de Pacientes.

- Aporta texto de su intervención.
- Aporta texto con «links» para acceder al «Estudio de Confianza en el Sistema Nacional de Salud».
- Aporta texto con «links» para acceder a diversa documentación de interés.

— De D. Humberto Arnés Corellano, Director General de Farmaindustria.

- Aporta texto de su intervención.

— De D. Alfonso Castro Beiras, Jefe del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de A Coruña.

- Aporta transparencias de su intervención.

— De D. José Manuel Pascual Sánchez-Gijón. Gerente de José Manuel Pascual Pascual, S.A.

- Aporta texto de su intervención.

— De D.^a Margarita Alfonsel Jaén, Secretaria General de la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (FENIN).

- Aporta transparencias de su intervención.
- Aporta Informe «La tecnología sanitaria y su compromiso con el Pacto de Estado en la Sanidad».

— De D. Javier Rey del Castillo. Médico especialista en salud pública.

- Aporta texto de su intervención.

B) INTRODUCCIÓN

1. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

A lo largo de los años, el Sistema Nacional de Salud ha hecho gala de una notable capacidad para generar buenos resultados sostenibles con arreglo a distintos parámetros de rendimiento:

- Estado de salud de la población.
- Cobertura, acceso y equidad financiera.
- Calidad y seguridad de la atención sanitaria.
- Satisfacción de los usuarios.

Estos logros se han alcanzado con un nivel relativamente bajo de gasto, si se compara con el porcentaje del PIB que se dedica a la sanidad en otros países europeos. Los ciudadanos españoles disfrutaban de un sistema sanitario con una buena relación coste-calidad.

Desde su creación, el Sistema Nacional de Salud español se diseñó para ser, además de un componente clave del estado de bienestar, un reflejo de los nuevos valores políticos: la redistribución, la equidad social y territorial y la transferencia de competencias a los nuevos (las Comunidades Autónomas). Hoy es además, un sector estratégico de la economía española de alto valor añadido, generador de empleo.

El SNS debía tener una cobertura universal, financiarse mediante la recaudación tributaria, basarse principalmente en la atención primaria. El proceso de descentralización a las CC.AA. ha jugado un papel clave en cohesión y calidad del SNS.

Sin embargo, pese a estos positivos resultados, el SNS tiene que superar algunos de importantes retos.

- Promover la cohesión en un marco de descentralización:

— El gobierno compartido y coordinado de un Sistema Nacional de Salud integrado por diecisiete sistemas sanitarios autonómicos independientes junto al INGESA en Ceuta y Melilla.

— Garantizar la igualdad efectiva entre los españoles en el acceso a los servicios y la protección de la salud, con independencia de su comunidad, así como la equidad vertical, reduciendo las diferencias atribuibles a los distintos niveles de renta en la prestación de servicios en todo el territorio nacional.

— Desarrollar nuevos instrumentos que permitan la evaluación comparativa y el aprendizaje mutuo en todo el SNS.

— Adoptar un modelo centrado en el usuario (calidad y seguridad).

— La universalización efectiva del Servicio Nacional de Salud y la integración de los distintos subsistemas.

— Coordinar la atención sanitaria en una estructura gerencial que, por lo general, es doble, entre la atención primaria y la atención especializada.

Otros retos a los que también se enfrentan muchos países occidentales desarrollados se manifiestan en la realidad del SNS:

- La transición de un modelo basado en la atención de agudos a modelo basado en la gestión de enfermedades crónicas, incluidas las enfermedades mentales.
- La incorporación de una concepción sociosanitaria y la atención a la dependencia como elemento de equidad dando prioridad a las soluciones basadas en la comunidad.
- La adopción de un sistema de evaluación basado en la evidencia en la gestión de la cartera de servicios y la aplicación de un análisis coste efectividad.
- La mejora del marco de gestión clínica y el incremento de las políticas basadas en la evidencia en el ámbito de la equidad y la calidad de la atención sanitaria.
- La rendición pública de cuentas.

- La sostenibilidad y la suficiencia financiera, que han saltado al primer plano de la actualidad como consecuencia de la actual crisis económica.

- La reforma del Fondo de Cohesión Sanitaria potenciando su financiación e introducir parte con carácter finalista.

- Revisar y mejorar los actuales mecanismos de reembolso a los sistemas sanitarios de los gastos de la atención prestada en caso de accidentes laborales y de tráfico. Reconsiderando el papel de subsistemas como MUFACE, ISFAS, etc.

- Incrementar el número y efectividad de Estrategias y Planes de salud.

- Establecimiento de mecanismos comunes para incrementar la participación de los profesionales y de los ciudadanos en la gestión y la asignación de recursos en los servicios de salud, así como el desarrollo de un sistema común para la planificación de recursos humanos.

- Pleno funcionamiento del Registro Nacional de Profesionales Sanitarios, basado en un modelo troncal de formación.

- Establecer un sistema nacional de información de resultados de salud del SNS.

- Promover estilos de vida saludables y modificar los determinantes sociales de salud, priorizando la salud pública.

- Reforzar el papel de la evaluación y aprobación de medicamentos y tecnologías sanitarias y la mejora de investigación en salud.

2. ACCIONES Y MEDIDAS para PROMOVER LA CALIDAD, LA EQUIDAD, LA COHESIÓN Y LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, APROBADAS POR EL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EL 18 DE MARZO DE 2010

La Subcomisión asume como propio el contenido del documento aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 18 de marzo de 2010, acerca de las acciones y medidas para promover la calidad, la equidad, la cohesión y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. En particular interesa mencionar expresamente las características del Sistema Nacional de Salud y las medidas a adoptar, en los términos del referido documento.

a) Características del Sistema Nacional de Salud:

1. El SNS es uno de los que tienen mejores resultados en salud entre los países desarrollados del mundo, como ponen de manifiesto los indicadores, con buenos parámetros de eficiencia.

2. Un sistema descentralizado, equitativo y de gran calidad, situado como el servicio público más valorado por los españoles.

3. Un sector estratégico de la economía española.

Los retos a corto y medio plazo son garantizar la sostenibilidad de los servicios de salud y los desafíos de calidad, equidad y cohesión.

Por ello, la necesidad de un acuerdo sobre acciones y medidas formuladas desde el consenso de todos (territorial, político y social).

Se crea el Grupo Permanente para el diálogo y el consenso en torno al futuro del SNS constituido por Administraciones con competencia que trabajará en torno a una «hoja de ruta» definida por el Consejo Interterritorial con la aportación de expertos.

Los retos financieros pasan por lograr la «suficiencia de recursos» y «mejoras en la eficiencia» con el esfuerzo de todos: usuarios, profesionales, empresas suministradoras de productos sanitarios, gestores y autoridades sanitarias.

El SNS ha hecho un gran esfuerzo de gestión, aunque la crisis a corto plazo y las necesidades de gasto en aumento (población, complejidad de problemas de salud, tecnologías sanitarias, modelo de consumo) requieren una dotación presupuestaria suficiente y una gestión eficaz y eficiente de los recursos disponibles.

b) Medidas:

1. Medidas de refuerzo de la calidad, equidad, cohesión y de contención, así como de ahorro a corto y medio plazo.

2. Garantizar que los aumentos de ingresos futuros tengan destino finalista para el sostenimiento del sistema sanitario.

A. Medidas inmediatas:

En materia de calidad, equidad y cohesión:

- Aprobación de la plena universalización en el acceso al SNS.

- Aprobación de la norma de garantía del tiempo máximo de acceso a prestaciones del SNS. Calendario vacunal único. Extensión de los e Health y la historia clínica digital común.

En relación a la eficiencia y control del gasto:

- Medidas de uso racional del medicamento, compras agregadas.

- Estrategias educativas para moderar la presión asistencial.

- Criterio común de retribuciones.

B. Medidas a medio plazo:

- Incremento finalista de recursos para el SNS.

- Reforma y reforzamiento del Fondo de Cohesión con nuevas finalidades y en políticas comunes.

- Compensación, revisión de tarifas y mecanismos de reembolso en contingencias laborales, tráfico y pacientes UE.

- Nuevas estrategias de salud conjuntas.

- Estudio de necesidades y sistema de planificación común en recursos humanos (medios, enfermería). Registro de profesionales.

- Aumento de la participación de los profesionales en la gestión y dirección de los servicios.
- Sistema de información común con indicadores.
- Nuevo mapa de especialidades.
- Estrategia común de atención a crónicos.
- Estilos de vida saludables y prioridad de la salud pública.

Reforzar el papel de la evaluación de tecnologías sanitarias mediante red de agencias estatales y autonómicas.

c) Referencia al informe de la ponencia de estudio de las necesidades de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud.

Igualmente, la Subcomisión suscribe el contenido del Informe de la Ponencia de Estudio de las necesidades de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud, constituida en el seno de la Comisión de Sanidad, Política Social y Consumo del Senado, publicado en el Boletín Oficial de las Cortes Generales, Senado, Serie I, número 483, de 18 de junio de 2010.

C) CONCLUSIONES

Primera:

La Subcomisión constata la inexistencia en la actualidad de consenso en su seno para el Pacto de Estado en la Sanidad.

Segunda:

Insta a la Comisión de Sanidad, Política Social y Consumo del Congreso de los Diputados a promover las condiciones necesarias que posibiliten la obtención de un amplio acuerdo en la materia señalada.

D) APORTACIONES Y REFLEXIONES DE LOS GRUPOS PARLAMENTARIOS

— **Documento de trabajo de recomendaciones comunes, elaborado por el Sr. Llamazares Trigo el 12 de mayo de 2010 (Documento número 1).**

SUBCOMISIÓN PARA EL PACTO DE ESTADO EN LA SANIDAD

Documento de trabajo de recomendaciones comunes (12.05.10):

1. Determinantes de salud y medidas económicas y sociales propuestas por la OMS (2008).

(Intervención de Ramón Veras Castro a propuesta de BNG.)

2. Necesidad de convergencia en gasto social de España con la Unión Europea de 15: déficit de 1605 € per cápita.

(Intervención de Viceng Navarro a propuesta de IU)

3. **Financiación adicional de la sanidad en un 1 % PIB (del 5,7 % al 6,7 % del PIB para la Sanidad Pública).**

(Fernando Lamata a propuesta del PSOE y Consejeros PP-PSOE en general). (Consejo Interterritorial: aumento de ingresos con destino finalista).

4. **Financiación adicional finalista destinada a dotar el fondo de cohesión para financiar equidad y estrategias mediante impuestos tabaco y alcohol, etc.**

(Acuerdos Comunidades Autónomas-Administración Central y diversos comparecientes).

5. **Universalización de la sanidad como prestación no contributiva y derecho subjetivo ciudadano.**

(Todos lo comparecientes, en particular Francisco Sevilla a propuesta del PSOE, así como Consejeros del PP y PSOE).

(Consejo Interterritorial)

6. En paralelo con la universalización (algunos) proponen integración de MUFACE, MUJEJU e ISFAS... en el sistema nacional de salud o bien declarar estos subsistemas a extinguir y todas las nuevas incorporaciones al sistema general.

(FADSP Marciano Sánchez Bayle).

7. Diversas opciones de gobierno del sistema

a) **Capacidad ejecutiva del Consejo Interterritorial de Salud.**

b) **Creación de un nuevo órgano de consenso solo de las Comunidades Autónomas, en competencias propias.**

c) **Agencia Estatal (técnica o gestora).**

d) **Revisión constituyente de los principios del SNS.**

(Distintos comparecientes Lamata Cotanda, Rey del Castillo, López Casasnova y López Díaz).

8. Integración-organización y gestión de centros y recursos. En relación a nuevos modelos de gestión y privatizaciones: distintas propuestas que van desde la supresión de la gestión privada con ánimo de lucro y reintegración a lo público, a su incremento en distintos niveles del sistema.

a) **La única coincidencia en la materia de privatizaciones entre posiciones antagónicas es someter a evaluación los resultados de los denominados nuevos modelos de gestión en relación a la calidad, la eficacia y la eficiencia de los mismos. Y su pertinencia con las necesidades de salud de los ciudadanos. Y los principios de universalidad, igualdad y gratuidad.**

b) **Otras coincidencias tienen que ver con la necesidad que dentro de lo público y la gestión pública adoptar medidas innovadora (micro y meso gestión) conjugado integración y autonomía.**

c) **También hay coincidencia aunque sólo mayoritaria en el rechazo del copago o ticket moderador.**

9. En cuanto a la planificación se ha propuesto retomar la elaboración de un Plan Integrado de Salud (LGS, 1986), que defina objetivos de salud comunes más allá de las estrategias hoy en funcionamiento (FADSP). Otra propuesta es la del Consejo Interterritorial de nuevas estrategias, con sistemas de información e indicadores comunes. Otra es la realización de una verdadera Encuesta Nacional de Salud (V. Navarro).

10. La integración de los recursos y la continuidad de los cuidados entre atención primaria (AP-21) y especializada y con la salud mental y los cuidados sociosanitarios es otro de los temas comunes.

El Consejo Interterritorial añade la necesidad de una estrategia común de atención a crónicos.

11. Menos coincidencias provoca la salud laboral y su relación con el SNS, tanto en cuanto al papel de las mutuas como en la hipotética integración de la prevención de riesgos con prestación normalizada del sistema (FADSP).

El Consejo Interterritorial propone mecanismos compensatorios del gasto de salud laboral al Sistema Sanitario.

12. En relación a recursos humanos se ha propuesto un Plan Estratégico Común en formación-homologación y perfiles profesionales y formación continuada (Título II Ley 44/2003) así como criterios comunes para el registro de profesionales sanitarios, la carrera profesional, el marco retributivo, etc.

(Compareciente PP, Consejero de Castilla y León, Álvarez Guisasaola).

El Consejo Interterritorial propone el registro de profesionales, un criterio común de retribuciones y un sistema de planificación común en recursos humanos.

13. En relación a la Cartera de Servicios se comparte la necesidad de acordar un marco común y homogéneo básico para todos, que garantice la equidad y evalúe las nuevas prestaciones mediante instrumentos similares a la agencia del medicamento en materia de tecnologías sanitarias (agencia en red de evaluación de tecnologías a propuesta del Consejo Interterritorial).

También se comparten medidas como la central de compras y racionalizar gasto en Farmacia (Consejo Interterritorial).

14. En participación profesional-política y ciudadanía amplio consenso, sin concretar métodos ni marcos de participación (información, consulta, decisión).

(Es cuestión de desarrollarlo más allá de la Ley General de Sanidad). (El Consejo Interterritorial propone participación profesional en gestión y dirección).

15. La Salud Pública entendida como estilos de vida o como determinantes de salud, es otro de los temas comunes a potenciar frente a lo meramente asistencial junto a la atención primaria (AP-21), la salud mental, laboral, etc. (diversos comparecientes y Consejo Interterritorial).

Otra cuestión recurrente es la necesidad de una estrategia o subsistema sociosanitario.

(Diversos comparecientes).

16. La calidad de la atención y la seguridad es otro de los capítulos de posible consenso en base a un sistema de indicadores común y la propuesta de una Agencia de Evaluación.

17. Investigación: vuelta del Instituto de Salud Carlos III (en materia de Salud Pública) al Ministerio de Sanidad y Política Social y configuración de la investigación biomédica y epidemiológica como conjunto (¿agencia?) y en relación con el Sistema de Salud.

18. Nuevo Mapa de Especialidades (Consejo Interterritorial).

19. En eficiencia y control de gasto, el Consejo Interterritorial propone medidas de uso racional del medicamento estrategias educativas de moderación de la presión asistencial y criterios comunes en retribuciones.

20. En calidad el Consejo acuerda norma de garantía de tiempos máximos de acceso al SNS. Calendario vacunal único y extensión de e-Health e historia clínica digital común.

Gaspar Llamazares Trigo.—Presidente de la Comisión de Sanidad, Política Social y Consumo

— **Propuestas de conclusiones, presentadas por el Grupo Parlamentario Socialista en la Subcomisión, el 26 de mayo de 2010 (Documento número 2).**

CONCLUSIONES

1. Financiación adicional de la sanidad teniendo como indicador o referencia la aproximación en un 1 % adicional del PIB.

2. Financiación adicional finalista destinada a dotar el Fondo de Cohesión para financiar equidad y estrategias mediante impuestos como por ejemplo el tabaco, el alcohol u otro tipo de fiscalidad.

3. Rechazo del copago en la asistencia sanitaria y del ticket moderador.

4. Reforma del Fondo de Cohesión Sanitaria que contemple nuevas finalidades que permitan reforzar su utilidad como herramienta para impulsar políticas comunes de cohesión en el Sistema Nacional de Salud.

5. Universalización de la sanidad como prestación no contributiva y derecho subjetivo ciudadano.

6. Reforzar el carácter vinculante de los acuerdos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

7. Reforzar la función evaluadora de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud sobre la calidad de las prestaciones y la equidad y cohesión del sistema.

8. Establecer un sistema de información común con indicadores que ofrezcan transparencia a los resultados de salud del Sistema Nacional de Salud.

9. Evaluación del impacto en salud de la gestión de los servicios sanitarios. Integración de los recursos y la continuidad de los cuidados entre atención primaria (AP-21) y especializada.

10. Establecer los canales de coordinación necesarios entre dos de los pilares del Estado de Bienestar: el sistema sanitario y el sistema de apoyo social que dé una respuesta eficaz a las nuevas demandas de los ciudadanos provocadas por los importantes cambios demográficos de la sociedad, fundamentalmente, el envejecimiento progresivo de la población y la cronificación de las enfermedades como consecuencia de los avances médicos. Los pacientes con enfermedades raras, así como las personas que padecen un trastorno mental o de comportamiento, y sus familias, tendrán un lugar preponderante en este nuevo espacio socio-sanitario.

11. Recursos humanos.

- Establecimiento de un sistema común para la planificación de los recursos humanos a partir de las necesidades de médicos, enfermeras y otras profesiones sanitarias con criterios de distribución y necesidad para el Sistema Nacional de Salud. A estos efectos es necesario establecer y mantener actualizado un registro de profesionales que incorpore retribuciones, carrera, categorías profesionales, etc.

- Desarrollo de un nuevo mapa de especialidades médicas fundamentado en un modelo troncal de formación.

- Definir criterios comunes para las retribuciones.

- Desarrollar mecanismos comunes para aumentar la participación de los profesionales en la gestión y dirección de los servicios de salud y en la asignación de los recursos.

13. Acordar un marco común y homogéneo básico para todos respecto a la Cartera de Servicios, que garantice la equidad y evalúe las nuevas prestaciones en materia de tecnologías sanitarias (agencia en red de evaluación de tecnologías a propuesta del Consejo Interterritorial).

14. Impulsar el procedimiento de compras agregadas para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, al que las Comunidades Autónomas pueden sumarse. Elaborar e implantar un sistema de información que permita compartir entre las Comunidades Autónomas los precios de compra a diferentes proveedores y otros

aspectos relativos a la racionalización del gasto sanitario

15. Racionalizar el gasto de la prestación farmacéutica y adoptar medidas de uso racional del medicamento.

16. Mejorar el acceso de la ciudadanía a la información disponible en el sistema de información común referido en la conclusión 8. Promover que la ciudadanía conozca y asuma sus deberes cívicos en el cuidado de su propia salud y en el uso responsable de los servicios sanitarios, mediante, entre otras, estrategias educativas.

17. Potenciar la salud pública entendida como estilos de vida o como determinantes de salud frente a lo meramente asistencial. Potenciar la atención primaria (AP-21), la salud mental, laboral, etc.

18. Establecer una norma común de garantía de tiempos máximos de acceso al Sistema Nacional de Salud. Calendario vacunal único y extensión de e-Health e historia clínica digital común.

19. Determinantes de salud: Fomentar la coordinación con otros sectores que, en cooperación con el sanitario, permitan una lucha más eficaz frente a las desigualdades en salud, especialmente entre los colectivos vulnerables, de acuerdo con las recomendaciones de la OMS y de la UE sobre los determinantes sociales de la salud.

20. Definir nuevas estrategias de salud conjuntas entre los distintos servicios autonómicos de salud que continúen garantizando la calidad y la equidad de la atención sanitaria a todos los usuarios reforzando los mecanismos de evaluación.

21. Estudiar mecanismos de compensación del gasto soportado por los servicios de salud en concepto de atención sanitaria de las contingencias laborales, cuya financiación corresponde a las Mutuas de Accidentes Laborales y de Enfermedades Profesionales.

— **Propuestas de conclusiones presentadas por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), el 9 de junio de 2010 (Documento número 3).**

CONCLUSIONES SUBCOMISIÓN PARA EL PACTO DE ESTADO EN LA SANIDAD Aportaciones CIU

1. Financiación adicional de la sanidad en un 1 % PIB (del 5,7 % al 6,7 % del PIB para la Sanidad Pública).

2. Financiación adicional finalista destinada a dotar el Fondo de Cohesión para financiar equidad y estrategias mediante impuestos como por ejemplo el tabaco, el alcohol u otro tipo de fiscalidad.

3. Estudiar la modificación del actual copago farmacéutico, así como de otras posibles formas de copago.

4. Reforma del Fondo de Cohesión Sanitaria con el fin de garantizar la plena financiación del coste de

los desplazados y, en su caso, para financiar políticas comunes de cohesión en el Sistema Nacional de Salud.

5. Universalización de la sanidad como prestación no contributiva y derecho subjetivo ciudadano. Posible integración de MUFACE, MUJEJU e ISFAS en el sistema nacional de salud o bien declarar estos subsistemas a extinguir y todas las nuevas incorporaciones se incluyan en el sistema general.

6. Creación de una Agencia independiente que evalúe la calidad del Sistema Nacional de Salud en relación a la calidad de las **prestaciones, la equidad y cohesión del sistema**.

7. Establecer un sistema de información común con indicadores que ofrezcan transparencia a los resultados de salud del Sistema Nacional de Salud.

8. Evaluación del impacto en salud de la gestión de los servicios sanitarios.

9. Fomentar la integración de los recursos y la continuidad de los cuidados entre atención primaria (AP-21) y especializada.

10. Establecer los canales de coordinación necesarios entre dos de los pilares del Estado de Bienestar: el sistema sanitario y el sistema de apoyo social, desarrollando las prestaciones de atención socio-sanitaria establecidas en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

11. Recursos humanos. (La redacción definitiva de este punto queda pendiente a la espera de las conclusiones de la Ponencia de estudio de las necesidades de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud, constituida en el seno de la Comisión de Sanidad, Política Social y Consumo).

- Prever adecuadamente los recursos humanos a partir de las necesidades de médicos, enfermeras y otras profesiones sanitarias con criterios de distribución y necesidad para el Sistema Nacional de Salud. A estos efectos es necesario establecer y mantener actualizado un registro de profesionales que incorpore retribuciones, carrera, categorías profesionales, etc.

- Replantear el papel de los profesionales sanitarios.

- Desarrollo de un nuevo mapa de especialidades médicas fundamentado en un modelo troncal de formación.

- Definir criterios comunes para las retribuciones.

- Desarrollar mecanismos comunes para aumentar la participación de los profesionales en la gestión y dirección de los servicios de salud y en la asignación de los recursos.

En los puntos anteriormente descritos deberán salvaguardarse las competencias que ostentan en materia de personal sanitario las Comunidades Autónomas.

12. Acordar un marco básico para todos respecto a la Cartera de Servicios, que garantice la equidad y evalúe las nuevas prestaciones e materia de tecnologías

sanitarias. Valorar la creación de una Agencia independiente de evaluación de tecnologías.

13. Impulsar el procedimiento de compras agregadas para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, al que las Comunidades Autónomas pueden sumarse. Elaborar e implantar un sistema de información que permita compartir entre las Comunidades Autónomas los precios de compra a diferentes proveedores y otros aspectos relativos a la racionalización del gasto sanitario.

14. Mejorar el acceso de la ciudadanía a la información disponible en el sistema de información común referido en la conclusión 7. Promover que la ciudadanía conozca y asuma sus deberes cívicos en el cuidado de su propia salud y en el uso responsable de los servicios sanitarios, mediante, entre otras, estrategias educativas.

15. Potenciar la salud pública entendida como estilos de vida o como determinantes de salud frente a lo meramente asistencial. Potenciar la atención primaria (AP-21), la salud mental, laboral, etc., todo ello, sin perjuicio de las competencias atribuidas a las Comunidades Autónomas y a los municipios en esta materia.

16. Establecer una norma común de garantía de tiempos máximos de acceso al Sistema Nacional de Salud. Extensión de e-Health e historia clínica digital común.

17. Determinantes de salud: Fomentar la coordinación con otros sectores que, en cooperación con el sanitario, permitan una lucha más eficaz frente a las desigualdades en salud, especialmente entre los colectivos vulnerables, de acuerdo con las recomendaciones de la OMS y de la UE sobre los determinantes sociales de la salud.

18. Definir nuevas estrategias de salud conjuntas entre los distintos servicios autonómicos de salud que continúen garantizando la calidad y la equidad de la atención sanitaria a todos los usuarios reforzando los mecanismos de evaluación.

19. Estudiar mecanismos de compensación del gasto soportado por los servicios de salud en conceptos de atención sanitaria de las contingencias laborales, cuya financiación corresponde a las Mutuas de Accidentes Laborales y de Enfermedades Profesionales.

20. Introducir medidas, como las bonificaciones fiscales, para los usuarios que, dentro de sus capacidades y posibilidades, utilicen los servicios de las mutuas o aseguradoras sanitarias y la medicina privada.

21. Prioritariamente la Sanidad Pública debe encargarse de la atención de las urgencias y enfermedades agudas, sin olvidarse de implantar de manera paralela una potente red socio-sanitaria para atender las enfermedades crónicas.

22. Estudiar un nuevo tratamiento del Impuesto sobre el Valor Añadido en el sector sanitario y social, al objeto de solventar la problemática en la deducción de las cuotas soportadas.

— **Cuestiones que requieren discusión y posicionamiento específico en la Subcomisión del pacto de**

Estado por la Sanidad, presentado por el Grupo Parlamentario Popular en la Subcomisión el 15 de septiembre de 2010 (Documento número 4).

CUESTIONES QUE REQUIEREN DISCUSIÓN Y POSICIONAMIENTO ESPECÍFICO EN LA SUBCOMISIÓN DEL PACTO DE ESTADO POR LA SANIDAD

Nuevo modelo de financiación del Sistema Nacional de Salud en base al principio de sostenibilidad, suficiencia y de atención a las nuevas demandas.

- Dotación de financiación a corto y medio plazo para hacer frente a la deuda acumulada por el conjunto del sistema Nacional de Salud (doce mil millones de euros)

- Hay que cuantificar el gasto sanitario a corto y medio plazo en función de la ponderación de los siguientes factores: envejecimiento de la población, cambio del patrón epidemiológico, cronicidad, infraestructuras necesarias, previsión de inversiones en I+D, recursos humanos necesarios, gasto farmacéutico...

- Compromiso de incremento de dotación del Fondo de Cohesión Sanitaria y cuantificación

- Participación de las Comunidades Autónomas a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en la elaboración del Anteproyecto de Presupuestos Generales del Estado a efectos del área sanitaria

- El 25 % del gasto destinado a Atención Primaria, Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad.

Establecer, dotar presupuestariamente y desarrollar Planes Integrales de Salud conforme a lo previsto en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud

- Acordar los criterios básicos para establecer una estrategia farmacéutica a medio plazo con la participación de todos los actores, con el objeto de hacer compatible la incorporación de las innovaciones terapéuticas a nuestro Nomenclátor, y a la vez un uso racional de los medicamentos, todo ello acompasado al crecimiento del PIB nominal.

- Establecer un procedimiento de participación efectiva de las Comunidades Autónomas en la incorporación de nuevos fármacos al Nomenclátor.

Reforma del Sistema de Precios de Referencia para que tengan un mayor impacto de ahorro en el Sistema.

Calendario de medidas para el impulso de los genéricos.

Reincorporación del Instituto de Salud Carlos III al Ministerio de Sanidad para adecuarse a las funciones previstas en la Ley Plan Marco en materia de investigación biomédica con compromisos de impacto en los casos de morbi-mortalidad.

— Establecer calendario y medidas para asegurar la universalidad y la equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias a partir de un catálogo básico común y una cartera de servicios también común. Ello incluirá la revisión del actual catálogo de prestaciones y la revisión de la cartera de servicios de 2006.

- Medidas para el reforzamiento de la Agencia de Evaluación de la Calidad (indicadores, informes periódicos) con objeto de favorecer la nivelación de los estándares de asistencia sanitaria entre Comunidades Autónomas, hacer más transparente la gestión de recursos del Sistema y satisfacer mejor las necesidades asistenciales de los pacientes.

- Criterios para un plan de medidas para la humanización y personalización del Sistema Sanitario con innovaciones en la gestión y una organización flexible que evite duplicidades en los distintos niveles asistenciales; con una mayor participación de los profesionales y satisfacción de los pacientes yendo a modelos de gestión que busquen la eficiencia.

Criterios para una nueva regulación de la movilidad de los pacientes dentro el Sistema Sanitario y de los efectos económicos de ella derivados, así como una historia clínica común, una tarjeta sanitaria común y una receta electrónica que permitan el intercambio real de información y por ende de movilidad de los pacientes.

Criterios básicos para fijar el horizonte de necesidades de profesionales sanitarios (médicos, enfermeros, técnicos...), implantación de la troncalidad y áreas de capacitación específica, reorientación del MIR, desarrollo de las especialidades de enfermería y su nivel competencial y convergencia de las políticas de recursos humanos, en especial las relativas a retribución, motivación, formación, desarrollo profesional y movilidad interterritorial.

Establecer el Registro estatal de Profesiones Sanitarias.

Criterios para fortalecer el funcionamiento del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, especialmente en lo que atañe a los órganos de apoyo y de participación social y profesional (Comité Consultivo y Foro Marco).

Potenciar el papel de las organizaciones profesionales y también de las sociedades científicas conforme a nuestro ordenamiento jurídico

Criterios para establecer un marco estable y flexible que facilite la libertad de elección por parte de los ciudadanos

Criterios para impulsar políticas y normas que contribuyan a promover y preservar la Salud Pública.

Medidas concretas para modernizar el modelo de Atención Primaria.

— **Propuesta de texto definitivo para el debate de la elaboración del Informe de la Subcomisión para el Pacto de Estado en la Sanidad, elaborado por el Sr.**

Llamazares Trigo, incorporando aportaciones del Grupo Parlamentario Socialista y otros grupos, presentado en la Subcomisión el 28 de septiembre de 2010 (Documento número 5).

Texto definitivo para el debate de la elaboración del informe de la subcomisión para el pacto de estado en la sanidad martes, 28 de septiembre de 2010, a las 11:30 horas.

ÍNDICE

1. Introducción.
2. Acciones y Medidas del Consejo Interterritorial de Salud del 18 de marzo de 2010.
3. Borrador de Conclusiones de 27 de marzo de 2010.
4. Recomendaciones finales (resumen)

BORRADOR

INTRODUCCIÓN

RECOMENDACIONES

SUBCOMISIÓN PARA EL PACTO DE ESTADO EN LA SANIDAD

SISTEMA SANITARIO

A lo largo de los años, el Sistema Nacional de Salud ha hecho gala de una notable capacidad para generar buenos resultados sostenibles con arreglo a distintos parámetros de rendimiento:

- Estado de salud de la población.
- Cobertura, acceso y equidad financiera.
- Calidad y seguridad de la atención sanitaria.
- Satisfacción de los usuarios.

Estos logros se han alcanzado con un nivel relativamente bajo de gasto, si se compara con el porcentaje del PIB que se dedica a la sanidad en otros países europeos. Los ciudadanos españoles disfrutaban de un sistema sanitario con una buena relación coste-calidad.

Desde su creación, el Sistema Nacional de Salud español se diseñó para ser, además un componente clave del estado de bienestar, un reflejo de los nuevos valores políticos: la redistribución, la equidad social y territorial y la transferencia de competencias a los nuevos (las Comunidades Autónomas). Hoy es además, un sector estratégico de la economía española de alto valor añadido, generador de empleo.

El SNS debía tener una cobertura universal, financiarse mediante la recaudación tributaria, basarse principalmente en la atención primaria. El proceso de des-

centralización a las CCAA ha jugado un papel clave en cohesión y calidad del SNS.

Sin embargo, pese a estos positivos resultados, el SNS tiene que superar algunos de importantes retos.

• Promover la cohesión en un marco de descentralización:

— El gobierno compartido y coordinado de un Sistema Nacional de Salud integrado por 17 sistemas sanitarios autonómicos independientes junto al INGESA en Ceuta y Melilla.

— Garantizar la igualdad efectiva entre los españoles en el acceso a los servicios y la protección de la salud, con independencia de su comunidad, así como la equidad vertical, reduciendo las diferencias atribuibles a los distintos niveles de renta en la prestación de servicios en todo el territorio nacional.

— Desarrollar nuevos instrumentos que permitan la evaluación comparativa y el aprendizaje mutuo en todo el SNS.

— Adoptar un modelo centrado en el usuario (calidad y seguridad)

— La universalización efectiva del Servicio Nacional de Salud y la integración de los distintos subsistemas.

— Coordinar la atención sanitaria en una estructura gerencial que, por lo general, es doble, entre la atención primaria y la atención especializada.

Otros retos a los que también se enfrentan muchos países occidentales desarrollados se manifiestan en la realidad del SNS:

• La transición de un modelo basado en la atención de agudos a modelo basado en la gestión de enfermedades crónicas, incluidas las enfermedades mentales.

• La incorporación de una concepción sociosanitaria y la atención a la dependencia como elemento de equidad dando prioridad a las soluciones basadas en la comunidad.

• La adopción de un sistema de evaluación basado en la evidencia en la gestión de la cartera de servicios y la aplicación de un análisis coste-efectividad.

• La mejora del marco de gestión clínica y el incremento de las políticas basadas en la evidencia en el ámbito de la equidad y la calidad de la atención sanitaria.

• La rendición pública de cuentas.

• La sostenibilidad y la suficiencia financiera, que han saltado al primer plano de la actualidad como consecuencia de la actual crisis económica.

• La reforma del Fondo de Cohesión Sanitaria potenciando su financiación e introducir parte con carácter finalista.

• Revisar y mejorar los actuales mecanismos de reembolso a los sistemas sanitarios de los gastos de la

atención prestada en caso de accidentes laborales y de tráfico. Reconsiderando el papel de subsistemas como MUFACE, ISFAS, etc.

- Incrementar el número y efectividad de Estrategias y Planes de salud.
- Establecimientos de mecanismos comunes para incrementar la participación de los profesionales y de los ciudadanos en la gestión y la asignación de recursos en los servicios de salud, así como el desarrollo de un sistema común para la planificación de recursos humanos.
- Pleno funcionamiento del Registro Nacional de Profesionales Sanitarios, basado en un modelo troncal de formación.
- Establecer un sistema nacional de información de resultados de salud del SNS.
- Promover estilos de vida saludables y modificar los determinantes sociales de salud, priorizando la salud pública.
- Reforzar el papel de la Evaluación y aprobación de medicamentos y Tecnologías Sanitarias y la mejora de investigación en salud.

ACCIONES Y MEDIDAS

DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DE SALUD EN RELACIÓN CON EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DEL 18 MARZO DE 2010

CARACTERÍSTICAS DEL SNS:

4. El SNS uno de los que tienen mejores resultados en salud entre los países desarrollados del mundo, como ponen de manifiesto los indicadores, con buenos parámetros de eficiencia.
5. Un sistema descentralizado, equitativo y de gran calidad, situado como el servicio público más valorado por los españoles.
6. Un sector estratégico de la economía española.

Los retos a corto y medio plazo son garantizar la sostenibilidad de los servicios de salud y los desafíos de calidad, equidad y cohesión.

Por ello, la necesidad de un acuerdo sobre acciones y medidas formuladas desde el consenso de todos (territorial, político y social).

Se crea el Grupo Permanente para el diálogo y el consenso en torno al futuro del SNS constituido por Administraciones con competencia que trabajará en torno a una «hoja de ruta» definida por el Consejo Interterritorial con la aportación de expertos.

Los retos financieros pasan por lograr la «**suficiencia de recursos**» y «**mejoras en la eficiencia**» con el esfuerzo de todos: usuarios, profesionales, empresas suministradoras de productos sanitarios, gestores y autoridades sanitarias.

El SNS ha hecho un gran esfuerzo de gestión, aunque la crisis a corto plazo y las necesidades de gasto

en aumento (población, complejidad de problemas de salud, tecnologías sanitarias, modelo de consumo) requieren una dotación presupuestaria suficiente y una gestión eficaz y eficiente de los recursos disponibles.

Medidas

1. Medidas de refuerzo de la **calidad, equidad, cohesión** y de contención y **ahorro** a corto y medio plazo.
2. Garantizar que los **incrementos de ingresos futuros tengan destino finalista** para el sostenimiento del sistema sanitario.

A) Medidas inmediatas:

En materia de calidad, equidad y cohesión

- Aprobación de la plena **universalización en el acceso al SNS**.
- Aprobación norma de **garantía del tiempo máximo** de acceso a prestaciones del SNS. Calendario vacunal único. Extensión de los e Health y la historia clínica digital común.

En relación a la eficiencia y control del gasto.

- **Medidas de uso racional del medicamento**, compras agregadas.
- Estrategias educativas para moderar la presión asistencial.
- Criterio común de retribuciones.

B) Medidas a medio plazo:

- **Incremento finalista de recursos para el SNS.**
- **Reforma y reforzamiento del Fondo de Cohesión** con nuevas finalidades y en políticas comunes.
- Compensación, revisión de **tarifas** y mecanismos de reembolso en contingencias laborales, tráfico y pacientes UE.
- **Nuevas estrategias de salud** conjuntas.
- Estudio de necesidades y **sistema de planificación común en recursos humanos** (medios, enfermería). Registro de profesionales.
- **Aumento de la participación de los profesionales en la gestión** y dirección de los servicios.
- **Sistema de información común con indicadores.**
- Nuevo mapa de especialidades.
- Estrategia común de atención a **crónicos**.
- Estilos de vida saludables y prioridad de la **salud pública**.

Reforzar el papel de la evaluación de tecnologías sanitarias mediante red de agencias estatal y autonómicas.

Gaspar Llamazares Trigo, Presidente de la Comisión de Sanidad, Política Social y Consumo.

BORRADOR**PROPUESTA DE CONCLUSIONES****SUBCOMISIÓN PARA EL PACTO DE ESTADO EN LA SANIDAD (27 DE SEPTIEMBRE DE 2010)****1. Financiación adicional de la sanidad para asegurar la suficiencia financiera del SNS.**

España aún presenta un marcado déficit de gasto en protección social si nos comparamos con los países de nuestro entorno en Europa. La Subcomisión entiende que todo avance en el sentido de la convergencia con el gasto que se realiza en ese terreno, no sólo tendrá repercusiones positivas generales, sino muy especialmente en el terreno de la salud, y su incidencia sobre diversas variables económicas y sociales, cuales pueden ser la disminución del absentismo, la capacidad productiva y el bienestar de la población. El gasto sanitario es pues una inversión productiva.

Si bien la Subcomisión entiende que el conjunto del gasto sanitario público y privado en nuestro país alcanza una cantidad muy importante, y con notable eficiencia a tenor de los resultados en salud obtenidos, que sitúan a nuestro país entre los primeros del mundo. Además el servicio público de salud es reiteradamente el mejor valorado por los ciudadanos.

Sin embargo para mantener y mejorar esos niveles y mejorar la calidad y la satisfacción de los ciudadanos y garantizar su sostenibilidad es necesario mejorar aun más su eficiencia y eficacia, la Subcomisión recomienda incrementar la inversión en sanidad de forma que se asegure la suficiencia financiera del SNS. Dicho incremento debería producirse guiado por los siguientes criterios: a) Evaluación rigurosa de la efectividad en términos de salud de cada euro invertido y reorientación del SNS en el sentido indicado por esa permanente evaluación; b) Mejora sistemática de la eficacia y eficiencia del sistema; c) Estableciendo como prioridades del sistema de la equidad, la seguridad, la calidad y la satisfacción; d) Esfuerzo conjunto de las administraciones central y autonómica.

La Subcomisión entiende que el gasto de protección social, y específicamente el sanitario, debe considerarse más una inversión que un simple gasto. Por todo ello la Comisión considera necesario incrementar el gasto sanitario público para asegurar la suficiencia financiera del SNS y en el que han de implicarse todos los actores sanitarios y el conjunto de las Administraciones Públicas.

2. Financiación adicional finalista destinada a dotar sustancialmente el Fondo de Cohesión para financiar equidad y estrategias (mediante impuestos como por ejemplo sobre el tabaco, el alcohol u otro tipo de fiscalidad).

El incremento de la financiación sanitaria ha de ser finalista para ser destinada a afrontar el déficit actual y el pago de la deuda a proveedores y asegurar así la suficiencia financiera, y también ha de estar dirigida a la dotación de un fondo nacional de cohesión, suficiente para garantizar la equidad en todo el territorio nacional. Dicho gasto deberá destinarse, además de a la plena financiación del coste de los desplazados, a la equidad, mediante el desarrollo de estrategias que permitan un desarrollo armónico y equilibrado del conjunto del SNS, y podría ser financiado mediante el acuerdo del Estado y las CCAA en base a los impuestos especiales sobre el tabaco y el alcohol, por ejemplo.

La Subcomisión recomienda la reforma del Fondo de Cohesión Sanitario que contemple nuevas finalidades que permitan reforzar su utilidad como herramienta para impulsar políticas comunes de cohesión en el Sistema Nacional de Salud.

3. Rechazo del copago en la asistencia sanitaria y del ticket moderador.

Las opiniones sobre la necesidad de introducir medidas de pago de los servicios en el momento del uso, sea con fines recaudatorios, sea con la intención de limitar la demanda impropia, son muy variadas.

El copago ya existe en España desde hace muchas décadas, en farmacia, y los incrementos sucesivos de su cuantía en la prestación farmacéutica, como se puede apreciar en las series históricas, no ha tenido un impacto importante en la evolución creciente del gasto farmacéutico en nuestro país.

El sentir mayoritario de la Subcomisión es que la introducción de más elementos de copago no es aconsejable, tanto por razones de equidad como por la baja rentabilidad de las mismas debido a los costes de transacción, coste de administración y a la inelasticidad del uso de los servicios.

La Subcomisión propone, sin embargo, un análisis y actualización, si procede, del copago farmacéutico.

4. Universalización de la sanidad como prestación no contributiva y derecho subjetivo ciudadano.

La Subcomisión considera inexcusable el cumplimiento de las previsiones que en materia de derecho a la protección de la salud hace la Ley General de Sanidad, e insta a los poderes competentes a materializar legal y funcionalmente de forma inmediata la universalización efectiva del derecho a la asistencia sanitaria, vinculándola a la condición de ciudadanía y no a las normas de la Seguridad Social tal y como sucede todavía hoy.

5. Desarrollar y reforzar el carácter vinculante de los acuerdos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

La Subcomisión manifiesta su reconocimiento y apoyo al Sistema descentralizado de gestión sanitaria de nuestro país, así como a la responsabilidad efectiva de las CCAA en la gestión y financiación de sus servicios de salud. Del mismo modo considera imprescindible el papel del Ministerio de Sanidad como garante de la equidad básica acordada para el conjunto de los ciudadanos y de la cohesión del Sistema.

Tanto la actividad sanitaria como las instituciones que la producen son altamente complejas y estas últimas de muy difícil gobierno. El desarrollo histórico del sistema sanitario español y de los servicios de salud de las CCAA ha terminado por dibujar un modelo de gobierno dispar, poco formalizado y escasamente profesionalizado. Casi todos los expertos consideran que los actuales modelos de gobierno de la sanidad y de las instituciones sanitarias son uno de sus principales problemas a resolver.

La Subcomisión recomienda redefinir el SNS en términos legales, organizativos, funcionales y económicos.

La Subcomisión identifica como una prioridad para los gobiernos, las fuerzas políticas y los agentes sociales y del sector salud, un amplio acuerdo específico sobre el modelo del SNS y los Servicios de Salud de las CCAA con las siguientes características mínimas:

1. La incorporación de la participación ejecutiva de ciudadanos y profesionales a todos los niveles del sistema.

2. La revisión del papel del C.I. o su reorientación como un órgano más decisivo de gobierno para el SNS con la definición explícita de las funciones, mecanismos de decisión, financiación y reglas de funcionamiento.

3. La creación en su caso, de mecanismos para la coordinación de la gestión de aquellas funciones, que siendo propias de las CCAA puedan beneficiarse de una gestión compartida.

6. Reforzar la función evaluadora de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud sobre la calidad de las prestaciones y la equidad y cohesión del sistema.

La calidad se ha convertido en una condición ineludible de cualquier servicio público o privado. El sistema sanitario no puede ser ajeno a este hecho. En sus múltiples dimensiones —científico-técnica, hostelera, de trato...— la calidad es un objetivo ampliamente compartido por todos los agentes sanitarios.

Al igual que la calidad, la seguridad se está convirtiendo en otras de las referencias inexcusables de cualquier sistema sanitario. El desarrollo tecnológico, la potencia de los medios diagnósticos y terapéuticos, y la complejidad del proceso asistencial, así lo exigen. La seguridad en trono al paciente debe ser una línea prioritaria de acción del conjunto del Sistema.

La Subcomisión considera que es necesario y urgente dotar al SNS con un dispositivo común de evaluación de las tecnologías sanitarias y seguridad de los procedimientos, que además tenga encomendada la actualización permanente del Plan de Calidad para el SNS.

7. Establecer un sistema de información común con indicadores que ofrezcan transparencia a los resultados de salud del Sistema Nacional de Salud.

La complejidad de cualquier sistema sanitario, exige un permanente ejercicio de planificación como única forma de ordenar, gestionar y orientar el mismo en un entorno complejo y cambiante. Sin embargo, en general, dicha función no ha gozado en nuestro país de medios, prestigio y respeto. Si a ello sumamos la existencia de los S.R.S. como factor multiplicador de la complejidad del sistema, la función de planificación adquiere todavía mayor trascendencia.

Así, la Comisión recomienda al Gobierno y a las CCAA, la potenciación de los mecanismos de planificación, el uso de herramientas adecuadas y reclama de las fuerzas políticas su aportación y respeto a las estrategias de largo alcance más allá de las actuaciones coyunturales

Igualmente la Subcomisión reivindica el papel estratégico de la planificación sanitaria compartida y de las estrategias, de los planes de salud de las CCAA, así como de la Encuesta Nacional de Salud y de cuantos procedimientos permitan identificar el estado de salud y las necesidades sanitarias de la población como instrumentos principales de orientación política del SNS y de los Servicios de Salud de las CCAA.

El Gobierno presentará bianualmente al parlamento un informe sobre el estado de salud de los españoles y el funcionamiento del Sistema. De igual manera los gobiernos autonómicos presentarán periódicamente un informe similar a sus respectivos Parlamentos.

8. Evaluación del impacto en salud de la gestión de los servicios sanitarios.

Es generalizada la opinión de que el sanitario es uno de los tipos de organización más difíciles de gestionar. El modelo español de gestión ha evolucionado escasamente en los últimos 25 años. El principal desafío de nuestro sistema, más allá de la efectividad, la seguridad, la calidad y la eficiencia, es acertar en el equilibrio entre la autonomía de los dispositivos a los diferentes niveles y un grado suficiente de integración de los mismos en una respuesta adecuada a las necesidades de los ciudadanos.

Hasta el momento, las innovaciones en los modelos organizativos y de funcionamiento de nuestros servicios han sido en su mayoría locales y de escaso alcance. La mayoría de estas experiencias han respondido más a criterios con claro trasfondo ideológico que a ensayos controlados para probar la utilidad de

formas organizativas alternativas dentro del sector público, adecuadamente diseñadas y evaluables, que permitan en su momento acometer procesos generalizados de innovación organizativa para el conjunto del sistema,

Por otra parte, la dicotomía público/privado es consustancial al modelo social en el que vivimos. El modelo sanitario español es de provisión y producción mayoritariamente públicas. Sin embargo en los últimos años se viene produciendo un incremento del doble aseguramiento público-privado que convive con los modelos especiales de mutualidades públicas de amplios colectivos de trabajadores públicos.

Las experiencias de introducción de la lógica del mercado en la producción de servicios sanitarios se están realizando por las fórmulas más variadas en diferentes CCAA. Por otro lado las experiencias que se han llevado a cabo en otros países como el Reino Unido con sus P.F.I. también han sido objeto de duras críticas desde la perspectiva financiera. La prudencia aconseja, a juicio de la Subcomisión, limitar estas experiencias a proyectos piloto debidamente supervisados y evaluables más allá de posiciones políticas concretas. En principio, la producción pública sanitaria ha demostrado su mayor eficiencia, su alta calidad y su elevado nivel de equidad, por tanto no debería, sino todo lo contrario, disminuirse su peso. Otra cosa es la necesidad de mejorar su organización y su funcionamiento, cuestión en la que todos coinciden y sobre las que esta Subcomisión se ha pronunciado en puntos anteriores: lo que podría llamarse un nuevo modelo de gestión pública de los servicios sanitarios que respetando la iniciativa privada ordene la producción pública de los servicios y la concertación garantizando calidad y equidad en el conjunto de la provisión.

9. Establecer los canales de coordinación necesarios entre dos de los pilares del Estado de Bienestar, el sistema sanitario y el sistema de apoyo social, que dé una respuesta eficaz a las nuevas demandas de los ciudadanos provocadas por los importantes cambios demográficos de la sociedad, fundamentalmente el envejecimiento progresivo de la población y la cronificación de las enfermedades como consecuencia de los avances médicos.

Los pacientes con enfermedades raras, así como las personas que padecen un trastorno mental o de comportamiento, y sus familias, tienen también un creciente peso.

La complejidad del proceso salud-enfermedad es grande. A ella podríamos añadir la que se acumula al contemplar las prestaciones derivadas de la Ley de Dependencia, configurándose así un continuo socio-sanitario de enorme valor social y gran trascendencia económica y organizativa.

La Subcomisión valora como muy interesantes por ello, las iniciativas del Gobierno y algunas CCAA al unificar en un sólo departamento —Ministerio de Sani-

dad y Política Social y Consejerías que asumen ambas competencias servicios sociales y servicios sanitarios.

Conscientes de sus potencialidades y a la vez de la dificultad organizativa que esto puede suponer, **la Subcomisión recomienda** la mayor armonización posible de estas políticas en la seguridad de que su articulación bien ordenada no sólo tendrá positivas repercusiones económicas sino en la calidad, agilidad y seguridad en la atención a las necesidades de los ciudadanos.

10. Recursos humanos.

Representan el capítulo presupuestario mayor y son el factor más determinante a la hora de alcanzar los objetivos del sistema. Por ello, la Subcomisión entiende necesario que nuestro país desarrolle una política general de Recursos Humanos adecuada a la importancia de este factor, y deberían hacerse esfuerzos redobrados al objeto de articular en un plan general de RRH, los intereses de las CCAA con los intereses generales del Estado.

La Subcomisión entiende necesario un reforzamiento de las referencias generales para todos en temas como la formación, la homologación, los perfiles profesionales, la formación continuada, el registro de profesionales, la carrera profesional y el marco retributivo mediante las medidas siguientes:

- **Establecimiento de un sistema común para la planificación de los recursos humanos a partir de las necesidades de médicos, enfermeras y otras profesiones sanitarias con criterios de distribución y necesidad para el Sistema Nacional de Salud. A estos efectos es necesario establecer y mantener actualizado un registro de profesionales que incorpore retribuciones, carrera, categorías profesionales, etc.**
- **Desarrollo de un nuevo mapa de especialidades médicas fundamentado en un modelo troncal de formación.**
- **Definir criterios comunes para las retribuciones e incentivos que refuercen la eficiencia y el compromiso de los profesionales.**

La Subcomisión propone que, de acuerdo con las organizaciones sindicales y entidades profesionales, el SNS concluya un acuerdo social por los recursos humanos que impulse una gestión más eficiente de los mismos buscando la calidad al servicio del paciente, mayor productividad y rendimientos óptimos y la reducción de la variabilidad en el rendimiento personal y en variabilidad clínica.

- **Desarrollar mecanismos comunes para aumentar la participación de los profesionales en la gestión y dirección de los servicios de salud y en la asignación de los recursos.**

La Subcomisión asume las conclusiones de la Subcomisión «ad hoc» en el Senado.

11. Una oferta de servicios en exceso diferenciada por CCAA puede suponer una fuente de inequidad para las personas.

Con el mayor respeto para la iniciativa de las CCAA la Comisión propone una revisión de la Cartera de Servicios común al SNS de forma que se garantice el acceso a la misma en igualdad de condiciones para todos los ciudadanos con independencia de la CA de origen o de prestación de los mismos y sin perjuicio de sus competencias en la materia.

Proponemos **acordar un marco común y homogéneo básico para todos respecto a la Cartera de Servicios, que garantice la equidad y evalúe las nuevas prestaciones en materia de tecnologías sanitarias (agencia en red de evaluación de tecnologías a propuesta del Consejo Interterritorial).**

12. La Subcomisión considera inaplazable la constitución de un operador nacional de compras para el conjunto del SNS y los Servicios de Salud y las CCAA.

El desarrollo del estado autonómico debería poder combinarse con la utilización de mecanismos de gestión de probada utilidad para una mejor utilización de los recursos públicos. La posición del sector público sanitario como un monopsonio, adecuadamente utilizada, debería suponer un enorme alivio para las arcas de las CCAAy del Estado.

Así, por ejemplo, debe impulsarse el procedimiento de compras agregadas para el conjunto del Sistema Nacional de Salud definido en el Real Decreto-Ley 8/2010, al que las Comunidades Autónomas pueden sumarse y elaborar e implantar un sistema de información que permita compartir entre las Comunidades Autónomas los precios de compra a diferentes proveedores y otros aspectos relativos a la racionalización del gasto sanitario.

13. Racionalizar el gasto de la prestación farmacéutica y adoptar medidas de uso racional del medicamento.

Los medicamentos son un instrumento de trabajo fundamental y de muy amplio uso en el SNS Su importancia nunca será suficientemente valorada. Su impacto económico es muy importante. El proceso que va del origen de un posible fármaco o producto sanitario hasta la puesta a disposición de los enfermos de los medicamentos efectivos y seguros es muy complejo interviniendo agentes científicos, tecnológicos, económicos, políticos y de comunicación que pueden condicionar el resultado final de coste-efectividad.

El gasto en farmacia, y el tipo de consumo farmacéutico del SNS presenta aún bolsas de ineficiencia que de mantenerse pueden llegar a poner en peligro la propia sostenibilidad del sistema.

La Subcomisión entiende que todas las medidas de uso racional del medicamento por parte de los profesionales sanitarios son imprescindibles y de suma importancia, pero también ha llegado a la conclusión de que pueden ser insuficientes para reorientar nuestro gasto en farmacia, muy condicionado por la sensibilidad de los agentes a la influencia del mercado y de las demandas de los ciudadanos.

La Subcomisión considera necesaria una mayor cooperación entre el Estado y las CC.AA. profundizando en los mecanismos de integración de la política farmacéutica que impliquen decididamente a los servicios de salud en la consecución de un gasto farmacéutico más eficiente y compatible con la sostenibilidad del Sistema.

14. La Subcomisión reconoce el escaso desarrollo de la participación de ciudadanos y profesionales en el gobierno del SNS Incluso de las limitadas previsiones que en este sentido hacía la L.G.S. Tanto la literatura como la experiencia transmitida por multitud de expertos comparecientes ante la Subcomisión, ponen de manifiesto la importancia estructural de dicha participación a la hora de legitimar, orientar correctamente y procurar la sostenibilidad del sistema sanitario público.

Por ello, la Comisión recomienda elevar la función de participación a un primer lugar en la agenda política de los gobiernos nacional y autonómicos, y lo hace con la sugerencia de desarrollar los mecanismos de participación social y profesional a un nivel no meramente consultivo o informativo sino gestor, en el marco de un nuevo modelo de gobierno del SNS y de los Servicios de Salud de las CC.AA.

La participación de los pacientes y usuarios debe dirigirse a la calidad de la atención y la de los ciudadanos a la corresponsabilidad.

Para todo ello debe mejorarse el acceso de la ciudadanía al sistema de información y promover que la ciudadanía conozca y asuma sus deberes cívicos en el cuidado de su propia salud y en el uso responsable de los servicios sanitarios, mediante, entre otras, estrategias educativas y de concienciación de costes. Ha de buscarse la mayor implicación de los profesionales orientada a una mayor calidad y eficiencia en la utilización adecuada de los recursos sanitarios siempre presionados por demandas crecientes, no siempre justificadas sanitariamente.

15. La Subcomisión reconoce la atención primaria como eje básico del Sistema e insta a desarrollar sus capacidades en la línea marcada en la estrategia AP-21 y el potencial de la salud pública

entendida como estilos de vida o como determinantes de salud frente a lo meramente asistencial.

La Subcomisión hace suya la filosofía del documento WHO/IER/CSDH/08.1 de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la O.M.S. Ninguna medida, ningún acuerdo sobre la salud y la sanidad será realmente efectivo si el conjunto de los agentes sociales, especialmente los poderes públicos y los principales actores económicos (empresarios, sindicatos y consumidores), no asumen como base ética, moral y política de su actuación el carácter multicausal de los problemas de salud y se comprometen a situar como una referencia inexcusable de su comportamiento la repercusión que el mismo, en cualquier orden de la actividad, puede tener sobre la salud. Así, hace un llamamiento a la reconsideración de las políticas de apoyo a la familia, a la educación, la vivienda, el trabajo, el medio-ambiente, la participación, la equidad, el consumo y cualquiera otra cuyos efectos sobre la salud sean relevantes.

La Subcomisión considera inaplazable fomentar **la coordinación con otros sectores que, en cooperación el con el sanitario, permitan una lucha más eficaz frente a las desigualdades en salud, especialmente entre los colectivos vulnerables, de acuerdo con las recomendaciones de la OMS y de la UE sobre los determinantes sociales de la salud.** La Subcomisión considera conveniente el informe preceptivo de impacto en salud de las medidas legislativas del Gobierno y las Comunidades Autónomas.

También recomienda hacer efectiva la integración de los recursos asistenciales y la continuidad de los cuidados en torno al paciente, así como la asignación efectiva del médico responsable del paciente tal como se reconoce en la Ley 42/ de Autonomía del Paciente

16. Sobre enfoque comunitario.

Uno de los principales desequilibrios del SNS es el que presenta el balance entre los enfoques de promoción y prevención de la salud y la actividad curativa. Este desequilibrio basado en una primacía de lo individual frente a lo comunitario no sólo tiene repercusiones negativas en términos de salud sino también en lo relativo al modelo de consumo sanitario y al coste de la atención.

La Subcomisión recomienda poner en marcha iniciativas comunes que hagan realidad la filosofía y las propuestas de la Estrategia AP-21 y cuantas se consideren efectivas para alcanzar un mayor equilibrio entre los diferentes niveles asistenciales y los esfuerzos realizados en cada momento de proceso salud/enfermedad y llevar este enfoque comunitario a la Ley de Salud Pública.

17. Establecer una norma común de garantía de tiempos máximos de acceso al Sistema Nacional de Salud. Calendario vacunal único y extensión de e-Health e historia clínica digital común.

18. Definir nuevas estrategias de salud conjuntas entre los distintos servicios autonómicos de salud que continúen garantizando la calidad y la equidad de la atención sanitaria a todos los usuarios reforzando los mecanismos de evaluación (junto con asociaciones de pacientes y sociedades científicas).

19. Estudiar mecanismos de compensación del gasto soportado por los servicios de salud en concepto de atención sanitaria de las contingencias laborales, cuya financiación corresponde a las Mutuas de Accidentes Laborales y de Enfermedades Profesionales y reconsideración del papel de las Mutuas en el Sistema de Salud.

20. Sobre los regímenes especiales.

La Subcomisión insta a promover un acuerdo político y territorial amplio para pactar el proceso de articulación y en su caso integración de los subsistemas de mutualidades públicas en el Sistema Nacional de Salud.

La Subcomisión acuerda remitir a la Subcomisión del Pacto de Toledo estas consideraciones.

21. Sobre la investigación.

La investigación biosanitaria es una pieza clave de la calidad, la seguridad y el desarrollo del SNS. La investigación biosanitaria, guiada por criterios de necesidad, impacto poblacional y eficiencia debe ser considerada un área de inversión prioritaria.

La Subcomisión reconoce también el papel clave y la importancia de la investigación biosanitarias en el modelo español de ciencia y tecnología pero la considera también como elemento consustancial al Sistema de Salud, vínculo sin el cual la potencia de la investigación biomédica puede verse mermada al separar el proceso investigador de su principal referencia: la práctica real de los servicios y las necesidades reales de la población.

La Subcomisión recomienda reforzar los instrumentos generales de investigación del M de S. y P.S. y ahora dependientes del Ministerio de Ciencia e Investigación.

22. Sobre el SNS y la SS.

Mutuas, Prevención de Riesgos Laborales, Entidades Colaboradoras, Seguro del Automóvil, Sanidad Penitenciaria, tratamiento fiscal del aseguramiento sanitario privado, son algunos de los ejemplos de la complejidad del entramado del sector salud, en la mayoría de los casos herencia del pasado, en otros, de reciente desarrollo. Todas ellas suponen una considerable falta de sintonía con el hecho de que nuestro sistema sanitario es universal, y que todos los riesgos sanitarios deberían estar cubiertos por la póliza única que los españoles tenemos por hecho de serlo. Probable

herencia de la transición no finalizada entre un sistema de S.S. y uno universal.

La Subcomisión entiende que la lógica de estos dispositivos va sistemáticamente en contra del buen sentido, de la financiación del SNS y y de la calidad de las prestaciones.

La Subcomisión urge al Gobierno, a los partidos políticos y agentes sociales a tratar ordenadamente estos temas al objeto de racionalizar este ámbito del sector sanitario con las premisas de integrar, simplificar y mejorar el sistema público de salud.

La Subcomisión acuerda remitir a la Subcomisión del Pacto de Toledo estas consideraciones.

Así mismo, la Subcomisión propone que la Comisión de Sanidad, Política Social y Consumo realice el seguimiento de la toma en consideración o cumplimiento de las recomendaciones y consideraciones que la Subcomisión ha formulado.

APORTACIONES DE CONVERGÈNCIA I UNIÓ A SOMETER A DEBATE

1. Introducir medidas como las bonificaciones fiscales para los usuarios que dentro de sus capacidades y posibilidades utilicen los servicios de las mutuas o aseguradoras sanitarias y la medicina privada.

2. Prioritariamente la sanidad pública debe encargarse de la atención de las urgencias y enfermedades agudas, sin olvidarse de implantar de manera paralela una potente red socio sanitaria para atender las enfermedades crónicas.

3. Estudiar un nuevo tratamiento del impuesto sobre el valor añadido en el sector sanitario y social al objeto de solventar la problemática en la deducción de las cuotas soportadas.

BORRADOR

RECOMENDACIONES FINALES

SUBCOMISIÓN PARA EL PACTO DE ESTADO EN LA SANIDAD (27 DE SEPTIEMBRE DE 2010)

FINANCIACIÓN

1. La Subcomisión propone una financiación adicional para la sanidad pública para asegurar la suficiencia financiera del SNS.

2. Con objeto de mantener y mejorar esos niveles y mejorar la calidad y la satisfacción de los ciudadanos y garantizar su sostenibilidad es necesario mejorar aun más su eficiencia y eficacia.

3. La Subcomisión recomienda incrementar la inversión en sanidad de forma que se asegure la suficiencia financiera del SNS. Dicho incremento debería producirse guiado por los siguientes criterios: a) Eva-

luación rigurosa de la efectividad en términos de salud de cada euro invertido y reorientación del SNS en el sentido indicado por esa permanente evaluación, b) Mejora sistemática de la eficacia y eficiencia del sistema, c) Estableciendo como prioridades del sistema de la equidad, la seguridad, la calidad y la satisfacción. d) Esfuerzo conjunto de las administraciones central y autonómica.

4. La Subcomisión entiende que el gasto de protección social, y específicamente el sanitario, debe considerarse más una inversión que un simple gasto. Por todo ello la Comisión considera necesario incrementar el gasto sanitario público para asegurar la suficiencia financiera del SNS y en el que han de implicarse todos los actores sanitarios y el conjunto de las Administraciones Públicas.

5. La financiación adicional será finalista destinada a dotar sustancialmente el Fondo de Cohesión para financiar equidad y estrategias (mediante impuestos como por ejemplo sobre el tabaco, el alcohol u otro tipo de fiscalidad).

6. El incremento de la financiación sanitaria ha de ser finalista para ser destinada a afrontar el déficit actual y el pago de la deuda a proveedores y asegurar así la suficiencia financiera y también ha de estar dirigida a la dotación de un fondo nacional de cohesión, suficiente para garantizar la equidad en todo el territorio nacional.

7. La Subcomisión recomienda la reforma del Fondo de Cohesión Sanitario que contemple nuevas finalidades que permitan reforzar su utilidad como herramienta para impulsar políticas comunes de cohesión en el Sistema Nacional de Salud.

COPAGO

Rechazo del copago en la asistencia sanitaria y del ticket moderador.

8. El copago ya existe en España desde hace muchas décadas, en farmacia, y los incrementos sucesivos de su cuantía en la prestación farmacéutica, como se puede apreciar en las series históricas, no ha tenido un impacto importante en la evolución creciente del gasto farmacéutico en nuestro país.

9. El sentir mayoritario de la Subcomisión es que la introducción de más elementos de copago no es aconsejable, tanto por razones de equidad como por la baja rentabilidad de las mismas debido a los costes de transacción, coste de administración y a la inelasticidad del uso de los servicios.

10. La Subcomisión propone, sin embargo, un análisis y actualización, si procede, del copago farmacéutico.

Universalización de la sanidad como prestación no contributiva y derecho subjetivo ciudadano.

11. La Subcomisión considera inexcusable el cumplimiento de las previsiones que en materia de derecho a la protección de la salud hace la Ley General de Sanidad, e insta a los poderes competentes a materializar legal y funcionalmente de forma inmediata la universalización efectiva del derecho a la asistencia sanitaria, vinculándola a la condición de ciudadanía y no a las normas de la Seguridad Social tal y como sucede todavía hoy.

12. Desarrollar y reforzar el carácter vinculante de los acuerdos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

13. La Subcomisión manifiesta su reconocimiento y apoyo al Sistema descentralizado de gestión sanitaria de nuestro país, así como a la responsabilidad efectiva de las CC.AA. en la gestión y financiación de sus servicios de salud. Del mismo modo considera imprescindible el papel del Ministerio de Sanidad como garante de la equidad básica acordada para el conjunto de los ciudadanos y de la cohesión del Sistema.

14. La complejidad, por tamaño, estructura y naturaleza de la propia actividad sanitaria y del propio sistema sanitario, hacen de estos, organizaciones de difícil gobierno. Casi todos los expertos consideran que los actuales modelos de gobierno de la sanidad y de las instituciones sanitarias son uno de sus principales problemas a resolver.

15. La Subcomisión recomienda redefinir el SNS en términos legales, organizativos, funcionales y económicos.

La Subcomisión identifica como una prioridad para los gobiernos, las fuerzas políticas y los agentes sociales y del sector salud, un amplio acuerdo específico sobre el modelo del SNS y los Servicios de Salud de las CCAA con las siguientes características mínimas:

4. La incorporación de la participación ejecutiva de ciudadanos y profesionales a todos los niveles del sistema.

5. La revisión del papel del C.I. o su reorientación como un órgano más decisivo de gobierno para el SNS con la definición explícita de las funciones, mecanismos de decisión, financiación y reglas de funcionamiento.

6. La creación en su caso, de mecanismos para la coordinación de la gestión de aquellas funciones, que siendo propias de las CC.AA. puedan beneficiarse de una gestión compartida.

CALIDAD Y SEGURIDAD

16. Reforzar la función evaluadora de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud sobre la calidad de las prestaciones y la equidad y cohesión del sistema.

17. La calidad se ha convertido en una condición ineludible de cualquier servicio público o privado. En

sus múltiples dimensiones —científico-técnica, hostelera, de trato...— la calidad es un objetivo ampliamente compartido por todos los agentes sanitarios.

Al igual que la calidad, la seguridad se está convirtiendo en otras de las referencias inexcusables de cualquier sistema sanitario. El desarrollo tecnológico, la potencia de los medios diagnósticos y terapéuticos, y la complejidad del proceso asistencial, así lo exigen. La seguridad en trono al paciente debe ser una línea prioritaria de acción del conjunto del Sistema.

18. La Subcomisión considera que es necesario y urgente dotar al SNS con un dispositivo común de evaluación de las tecnologías sanitarias y seguridad de los procedimientos, que además tenga encomendada la actualización permanente del Plan de Calidad para el SNS.

PLANIFICACIÓN

19. Establecer un sistema de información común con indicadores que ofrezcan transparencia a los resultados de salud del Sistema Nacional de Salud.

La complejidad de cualquier sistema sanitario, exige un permanente ejercicio de planificación como única forma de ordenar, gestionar y orientar el mismo en un entorno complejo y cambiante. Sin embargo, en general, dicha función no ha gozado en nuestro país de medios, prestigio y respeto.

20. Así, la Comisión recomienda al Gobierno y a las CC.AA. la potenciación de los mecanismos de planificación, el uso de herramientas adecuadas y reclama de las fuerzas políticas su aportación y respeto a las estrategias de largo alcance más allá de las actuaciones coyunturales.

21. Igualmente la Subcomisión reivindica el papel estratégico de la planificación sanitaria compartida y de las estrategias, de los planes de salud de las CCAA, así como de la Encuesta Nacional de Salud y de cuantos procedimientos permitan identificar el estado de salud y las necesidades sanitarias de la población como instrumentos principales de orientación política del SNS y de los Servicios de Salud de las CCAA.

22. El Gobierno presentará bianualmente al parlamento un informe sobre el estado de salud de los españoles y el funcionamiento del Sistema. De igual manera se promoverá el acuerdo en las CCAA para que los gobiernos autonómicos presenten periódicamente un informe similar a sus respectivos Parlamentos.

GESTIÓN

23. Evaluación del impacto en salud de la gestión de los servicios sanitarios.

24. Es generalizada la opinión de que el sanitario es uno de los tipos de organización más difíciles de gestionar. El modelo español de gestión ha evolucionado escasamente en los últimos 25 años. El principal desafío de nuestro sistema, más allá de la efectividad, la

seguridad, la calidad y la eficiencia, es acertar en el equilibrio entre la autonomía de los dispositivos a los diferentes niveles y un grado suficiente de integración de los mismos en una respuesta adecuada a las necesidades de los ciudadanos.

25. Hasta el momento, las innovaciones en los modelos organizativos y de funcionamiento de nuestros servicios han sido en su mayoría locales y de escaso alcance. La mayoría de estas experiencias han respondido más a criterios con claro trasfondo ideológico que a ensayos controlados para probar la utilidad de formas organizativas alternativas dentro del sector público, adecuadamente diseñadas y evaluables, que permitan en su momento acometer procesos generalizados de innovación organizativa para el conjunto del sistema.

26. Las experiencias de introducción de la lógica del mercado en la producción de servicios sanitarios se está realizando por las fórmulas más variadas en diferentes CCAA. La prudencia aconseja, a juicio de la Comisión Europea, limitar estas experiencias a proyectos piloto debidamente supervisados y evaluables más allá de posiciones políticas concretas. En principio la producción pública sanitaria ha demostrado su mayor eficiencia, su alta calidad y su elevado nivel de equidad.

27. Otra cosa es la necesidad de mejorar su organización y su funcionamiento, cosa en la que todos coinciden y sobre las que esta Comisión se ha pronunciado en puntos anteriores: lo que podría llamarse un nuevo modelo de gestión pública de los servicios sanitarios que respetando la iniciativa privada ordene la producción pública de los servicios y la concertación garantizando calidad y equidad en el conjunto de la provisión.

COORDINACIÓN SOCIO-SANITARIA

28. Establecer los canales de coordinación necesarios entre dos de los pilares del Estado de Bienestar, el sistema sanitario y el sistema de apoyo social, que dé una respuesta eficaz a las nuevas demandas de los ciudadanos provocadas por los importantes cambios demográficos de la sociedad, fundamentalmente, el envejecimiento progresivo de la población y la cronificación de las enfermedades como consecuencia de los avances médicos.

29. Los pacientes con enfermedades raras, así como las personas que padecen un trastorno mental o de comportamiento, y sus familias, tienen también un creciente peso. La complejidad del proceso salud-enfermedad es grande. A ella podríamos añadir la que se acumula al contemplar las prestaciones derivadas de la Ley de Dependencia, configurándose así un continuo socio-sanitario de enorme valor social y gran trascendencia económica y organizativa.

30. La Subcomisión valora como muy interesantes por ello, las iniciativas del Gobierno y algunas

CCAA al unificar en un sólo departamento Ministerio de Sanidad y Política Social y Consejerías que asumen ambas competencias servicios sociales y servicios sanitarios.

31. Conscientes de sus potencialidades y a la vez de la dificultad organizativa que esto puede suponer, la Subcomisión recomienda la mayor armonización posible de estas políticas sociales y sanitarias en la seguridad de que su articulación bien ordenada no sólo tendrá positivas repercusiones económicas sino en la calidad, agilidad y seguridad en la atención a las necesidades de los ciudadanos.

RECURSOS HUMANOS

32. Los Recursos Humanos representan el capítulo presupuestario mayor y son el factor más determinante a la hora de alcanzar los objetivos del sistema. Sin embargo, la Subcomisión entiende necesario que nuestro país desarrolle una política general de Recursos Humanos adecuada a la importancia de este factor, y que por ello deben hacerse esfuerzo redoblados al objeto de articular en plan general de RR.HH. los intereses de las CCAA con los intereses generales del Estado.

33. La Subcomisión entiende necesario un reforzamiento de las referencias generales para todos en temas como la formación, la homologación, los perfiles profesionales, la formación continuada, el registro de profesionales, la carrera profesional y el marco retributivo mediante las medidas siguientes:

34. Establecimiento de un sistema común para la planificación de los recursos humanos a partir de las necesidades de médicos, enfermeras y otras profesiones sanitarias con criterios de distribución y necesidad para el Sistema Nacional de Salud. A estos efectos es necesario establecer y mantener actualizado un registro de profesionales que incorpore retribuciones, carrera, categorías profesionales, etc.

35. Desarrollo de un nuevo mapa de especialidades médicas fundamentado en un modelo troncal de formación.

36. Definir criterios comunes para las retribuciones e incentivos que refuercen la eficiencia y el compromiso de los profesionales.

La Subcomisión propone que, de acuerdo con las organizaciones sindicales y entidades profesionales, el SNS concluya un acuerdo social por los recursos humanos que impulse una gestión más eficiente de los mismos buscando la calidad al servicio del paciente, mayor productividad y rendimientos óptimos y la reducción de la variabilidad en el rendimiento personal y en variabilidad clínica.

37. Desarrollar mecanismos comunes para aumentar la participación de los profesionales en la gestión y dirección de los servicios de salud y en la asignación de los recursos.

38. La Subcomisión asume las conclusiones de la Subcomisión ad hoc en el Senado.

CARTERA DE SERVICIOS

39. Una oferta de servicios en exceso diferenciada por C.A. puede suponer una fuente de inequidad para las personas. Por ello con el mayor respeto para la iniciativa de las CCAA la Comisión propone una revisión de la Cartera de Servicios común al SNS de forma que se garantice el acceso a la misma en igualdad de condiciones para todos los ciudadanos con independencia de la C.A. de origen o de prestación de los mismos y sin perjuicio de sus competencias en la materia.

40. Proponemos además de acordar un marco común y homogéneo básico para todos respecto a la Cartera de Servicios, que garantice la equidad y evalúe las nuevas prestaciones en materia de tecnologías sanitarias (agencia en red de evaluación de tecnologías a propuesta del Consejo Interterritorial).

41. La Subcomisión considera inaplazable la constitución de un operador nacional de compras para el conjunto del SNS y los Servicios de Salud y las CCAA

42. El desarrollo del estado autonómico debería poder combinarse con la utilización de mecanismos de gestión de probada utilidad para una mejor utilización de los recursos públicos. La posición del sector público sanitario como un monopsonio, adecuadamente utilizada, debería suponer un enorme alivio para las arcas de las CC.AA. y del Estado en su conjunto.

43. Así, por ejemplo debe impulsarse el procedimiento de compras agregadas para el conjunto del Sistema Nacional de Salud definido en el Real Decreto-Ley 8/2010, al que las Comunidades Autónomas pueden sumarse y elaborar e implantar un sistema de información que permita compartir entre las Comunidades Autónomas los precios de compra a diferentes proveedores y otros aspectos relativos a la racionalización del gasto sanitario.

POLÍTICA FARMACÉUTICA

44. Racionalizar el gasto de la prestación farmacéutica y adoptar medidas de uso racional del medicamento.

Los medicamentos son un instrumento de trabajo fundamental y de muy amplio uso en el SNS Su importancia nunca será suficientemente valorada. Su impacto económico es muy importante. El proceso que va del origen de un posible fármaco o producto sanitario hasta la puesta a disposición de los enfermos de los medicamentos efectivos y seguros es muy complejo interviniendo agentes científicos, tecnológicos, económicos, políticos y de comunicación que pueden condicionar el resultado final de coste-efectividad.

El gasto en farmacia, y el tipo de consumo farmacéutico del SNS presenta aún bolsas de ineficiencia que

de mantenerse pueden llegar a poner en peligro la propia sostenibilidad del sistema.

45. La Subcomisión entiende que todas las medidas de uso racional del medicamento por parte de los profesionales sanitarios, son imprescindibles y de suma importancia, pero también ha llegado a la conclusión de que pueden ser insuficientes para reorientar nuestro gasto en farmacia, muy condicionado por la sensibilidad de los agentes a la influencia del mercado y de las demandas de los ciudadanos.

La Subcomisión considera necesaria una mayor cooperación entre el Estado y las CCAA profundizando en los mecanismos de integración de la política farmacéutica que impliquen decididamente a los servicios de salud en la consecución de un gasto farmacéutico más eficiente y compatible con la sostenibilidad del Sistema.

PARTICIPACIÓN

46. La Subcomisión reconoce el escaso desarrollo de la participación de ciudadanos y profesionales en el gobierno del SNS Incluso de las limitadas previsiones que en este sentido hacía la L.G.S. Tanto la literatura como la experiencia transmitida por multitud de expertos comparecientes ante la Subcomisión, ponen de manifiesto la importancia estructural de dicha participación a la hora de legitimar, orientar correctamente y procurar la sostenibilidad del sistema sanitario público.

47. Por ello, la Comisión recomienda elevar la función de participación a un primer lugar en la agenda política de los gobiernos nacional y autonómicos, y lo hace con la sugerencia de desarrollar los mecanismos de participación social y profesional a un nivel no meramente consultivo o informativo sino gestor, en el marco de un nuevo modelo de gobierno del SNS y de los Servicios de Salud de las CCAA.

La participación de los pacientes y usuarios debe dirigirse a la calidad de la atención y la de los ciudadanos a la corresponsabilidad.

48. Para todo ello debe mejorarse el acceso de la ciudadanía al sistema de información y promover que la ciudadanía conozca y asuma sus deberes cívicos en el cuidado de su propia salud y en el uso responsable de los servicios sanitarios, mediante, entre otras, estrategias educativas y de concienciación de costes. Ha de buscarse la mayor implicación de los profesionales orientada a una mayor calidad y eficiencia en la utilización adecuada de los recursos sanitarios siempre presionados por demandas crecientes, no siempre justificadas sanitariamente.

ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD PÚBLICA

49. La Subcomisión reconoce la atención primaria como eje básico del Sistema e insta a desarrollar sus capacidades en la línea marcada en la estrategia AP-21. y el potencial de la salud pública entendida como esti-

los de vida o como determinantes de salud frente a lo meramente asistencial.

50. La Subcomisión hace suya la filosofía del documento WHO/IER/CSDH/08.1 de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la O.M.S. Ninguna medida, ningún acuerdo sobre la salud y la sanidad será realmente efectivo si el conjunto de los agentes sociales, especialmente los poderes públicos y los principales actores económicos (empresarios, sindicatos y consumidores), no asumen como base ética, moral y política de su actuación el carácter multicausal de los problemas de salud y se comprometen a situar como una referencia inexcusable de su comportamiento la repercusión que el mismo, en cualquier orden de la actividad, puede tener sobre la salud. Así, hace un llamamiento a la reconsideración de las políticas de apoyo a la familia, a la educación, la vivienda, el trabajo, el medio-ambiente, la participación, la equidad, el consumo y cualquiera otra cuyos efectos sobre la salud sean relevantes.

51. La Subcomisión considera inaplazable fomentar la coordinación con otros sectores que, en cooperación el con el sanitario, permitan una lucha más eficaz frente a las desigualdades en salud, especialmente entre los colectivos vulnerables, de acuerdo con las recomendaciones de la OMS y de la UE sobre los determinantes sociales de la salud. La Subcomisión considera conveniente el informe preceptivo de impacto en salud de las medidas legislativas del Gobierno y las Comunidades Autónomas.

52. También recomienda hacer efectiva la integración de los recursos asistenciales y la continuidad de los cuidados en torno al paciente, así como la asignación efectiva del médico responsable del paciente tal como se reconoce en la Ley 42/... de Autonomía del Paciente

53. Sobre enfoque comunitario. Uno de los principales desequilibrios del SNS es el que presenta el balance entre los enfoques de promoción y prevención de la salud y la actividad curativa. Este desequilibrio basado en una primacía de lo individual frente a lo comunitario no sólo tiene repercusiones negativas en términos de salud sino también en lo relativo al modelo de consumo sanitario y al coste de la atención.

La Subcomisión recomienda poner en marcha iniciativas comunes que hagan realidad la filosofía y las propuestas de la Estrategia AP-21 y cuantas se consideren efectivas para alcanzar un mayor equilibrio entre los diferentes niveles asistenciales y los esfuerzos realizados en cada momento de proceso salud/enfermedad y llevar este enfoque comunitario a la Ley de Salud Pública.

54. Establecer una norma común de garantía de tiempos máximos de acceso al Sistema Nacional de Salud. Calendario vacunal único y extensión de e-Health e historia clínica digital común.

55. Definir nuevas estrategias de salud conjuntas entre los distintos servicios autonómicos de salud que continúen garantizando la calidad y la equidad de la atención sanitaria a todos los usuarios reforzando los

mecanismos de evaluación (junto con asociaciones de pacientes y sociedades científicas).

56. Estudiar mecanismos de compensación del gasto soportado por los servicios de salud en concepto de atención sanitaria de las contingencias laborales, cuya financiación corresponde a las Mutuas de Accidentes Laborales y de Enfermedades Profesionales y reconsideración del papel de las Mutuas en el Sistema de Salud.

REGÍMENES ESPECIALES

57. La Subcomisión reconoce el carácter histórico de todos los sistemas sociales. El SNS no es una excepción como la coexistencia de sistemas diferentes de aseguramiento público. Por tanto la Comisión consciente de la importancia, la delicadeza y las repercusiones de cualquier política que intente corregir las circunstancias mencionadas, insta y apoya un acuerdo amplio de las fuerzas políticas y las CCAA para pactar el proceso por el que los sistemas de mutualidades públicas, funcionarios civiles de la AGE, fuerzas armadas y la justicia, se articulen e integren en el sistema general de asistencia sanitaria.

La Subcomisión acuerda remitir a la Subcomisión del Pacto de Toledo estas consideraciones.

INVESTIGACIÓN

58. La investigación biosanitaria es una pieza clave de la calidad, la seguridad y el desarrollo del SNS. La investigación biosanitaria, guiada por criterios de necesidad, impacto poblacional, y eficiencia debe ser considerada una área de inversión prioritaria.

59. La Subcomisión reconoce también el papel clave y la importancia de la investigación biosanitarias en el modelo español de ciencia y tecnología pero la considera también como elemento consustancial al Sistema de Salud, vínculo sin el cual la potencia de la investigación biomédica puede verse mermada al separar el proceso investigador de su principal referencia: la práctica real de los servicios y las necesidades reales de la población.

60. La Subcomisión recomienda reforzar los instrumentos generales de investigación del M de S. y P.S. y los ahora dependientes del Ministerio de Ciencia e Investigación.

La Comisión de Sanidad, Política Social y Consumo se constituye en Comisión de seguimiento de estas recomendaciones

Palacio del Congreso de los Diputados, 30 de septiembre de 2010.

A la Mesa de la Comisión de Sanidad, Política Social y Consumo

El Grupo Parlamentario Mixto, a instancia de la diputada Olaia Fernández Davila, del Bloque Nacionalista Galego (BNG), al amparo de lo dispuesto en el vigente Reglamento de la Cámara, presenta las siguientes aportaciones a la Propuesta de texto definitivo para el debate de la elaboración del Informe de la Subcomisión para el Pacto de Estado en la Sanidad, elaborado por el señor Llamazares Trigo, incorporando aportaciones del Grupo Parlamentario Socialista y otros grupos, presentado en la Subcomisión el 28 de septiembre de 2010 (Documento número 5).

Palacio del Congreso de los Diputados, 23 de septiembre de 2010.—**M.^a Olaia Fernández Davila**, Diputada.—El Portavoz del Grupo Parlamentario Mixto.

Voto particular núm. 1

1. Propuesta para añadir en la página 10 del penúltimo párrafo:

«La prudencia aconseja, a juicio de de la Subcomisión, no iniciar ninguna nueva iniciativa de financiación público-privada, buscar vías de reversión a financiación pública de las estructuras sanitarias actuales construidas bajo la modalidad PFI, y en todo caso, observar las actuales que no puedan ser recuperadas con financiación pública, como proyectos piloto debidamente supervisados y evaluables más allá de posiciones políticas concretas.»

Voto particular núm. 2

2. En las recomendaciones finales:

a) Pág. 20, punto 37, añadir un apartado 7:

«Apt. 7: Al aumentar la coordinación de las CCAA y revisar el papel del Consejo Interterritorial la línea de dotarlo de mayor capacidad de decisión, sería conveniente, en la línea de las necesarias políticas de autoridad, estudiar la necesidad de un Ministerio de Sanidad.»

b) Pág. 23, en Recursos Humanos, también se podría añadir un punto 59 bis o 60, trasladando el 60 actual a 61, en el que se recoja la necesidad de considerar incompatibles el trabajo en la sanidad pública y privada, y se favorezca la exclusividad del trabajo en la sanidad pública. Se considera adecuado diferenciar el trabajo en la sanidad pública y el trabajo en la sanidad

privada, cumpliendo de modo efectivo la ley de incompatibilidades y promoviendo el trabajo en exclusiva en el sistema sanitario público para los facultativos.

A la Mesa de la Comisión de Sanidad, Política Social y Consumo

Don Josep Antoni Duran i Lleida, en su calidad de Portavoz del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), presenta, mediante el presente escrito, el siguiente voto particular al Informe de los trabajos de la Subcomisión para el Pacto de Estado en la Sanidad.

Palacio del Congreso de los Diputados, 4 de octubre de 2010.—**Josep Antoni Duran i Lleida**, Portavoz del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió).

Voto particular núm. 3

El Grupo Parlamentario Catalán (CiU) considera que una de las principales causas de no haberse alcanzado un acuerdo en el seno de la Subcomisión para el Pacto de Estado en la Sanidad es la precipitación para cerrar un documento final de conclusiones de la Subcomisión después de largos trabajos realizados. Teniendo en cuenta el prolongado tiempo de debate, no tiene sentido que las conclusiones definitivas se intentaran cerrar en periodos, en ocasiones, de 24 horas, tiempo insuficiente para poder limar numerosas matizaciones de las recomendaciones planteadas.

Prueba de nuestra voluntad de consenso fue la presentación por parte de nuestro Grupo Parlamentario de un documento de conclusiones elaborado en base a un documento de trabajo de recomendaciones comunes que incluían las observaciones de los comparecientes y del Consejo Interterritorial, bajo un espíritu de consenso, actualmente inexistente. En un nuevo esfuerzo de concreción y de alcance de consenso en el seno de la Comisión de Sanidad, Política Social y Consumo, el Grupo Parlamentario Catalán (CiU) propone las siguientes conclusiones para su debate:

CONCLUSIONES SUBCOMISIÓN PARA EL PACTO DE ESTADO EN LA SANIDAD

1. Estudiar la modificación del actual copago farmacéutico, así como de otras posibles formas de copago.

2. Reforma del Fondo de Cohesión Sanitaria con el fin de garantizar la plena financiación del coste de los desplazados y, en su caso, para financiar políticas comunes de cohesión en el Sistema Nacional de Salud.

3. Universalización de la sanidad como prestación no contributiva y derecho subjetivo ciudadano.

4. Creación de una Agencia independiente que evalúe la calidad del Sistema Nacional de Salud en relación a la calidad de las prestaciones, la equidad y cohesión del sistema.

5. Establecer un sistema de información común con indicadores que ofrezcan transparencia a los resultados de salud del Sistema Nacional de Salud.

6. Evaluación del impacto en salud de la gestión de los servicios sanitarios.

7. Fomentar la integración de los recursos y la continuidad de los cuidados entre atención primaria (AP-21) y especializada.

8. Establecer los canales de coordinación necesarios entre dos de los pilares del Estado de bienestar: el sistema sanitario y el sistema de apoyo social, desarrollando las prestaciones de atención socio-sanitaria establecidas en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

9. Recursos humanos:

— Prever adecuadamente los recursos humanos a partir de las necesidades de médicos, enfermeras y otras profesiones sanitarias con criterios de distribución y necesidad para el Sistema Nacional de Salud. A estos efectos es necesario establecer y mantener actualizado un registro de profesionales que incorpore retribuciones, carrera, categorías profesionales, etc.

— Replantear el papel de los profesionales sanitarios.

— Desarrollar mecanismos comunes para aumentar la participación de los profesionales en la gestión y dirección de los servicios de salud y en la asignación de los recursos.

En los puntos anteriormente descritos deberán salvaguardarse las competencias que ostentan en materia de personal sanitario las Comunidades Autónomas.

10. Acordar un marco básico para todos respecto a la Cartera de Servicios, que garantice la equidad y evalúe las nuevas prestaciones en materia de tecnologías sanitarias. Valorar la creación de una Agencia independiente de evaluación de tecnologías.

11. Impulsar el procedimiento de compras agregadas para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, al que las Comunidades Autónomas pueden sumarse. Elaborar e implantar un sistema de información que permita compartir entre las Comunidades Autónomas los precios de compra a diferentes proveedores y otros aspectos relativos a la racionalización del gasto sanitario.

12. Mejorar el acceso de la ciudadanía a la información disponible en el sistema de información común referido en la conclusión 5. Promover que la ciudadanía conozca y asuma sus deberes cívicos en el cuidado de su propia salud y en el uso responsable de los servi-

cios sanitarios, mediante, entre otras, estrategias educativas.

13. Potenciar la salud pública entendida como estilos de vida o como determinantes de salud frente a lo meramente asistencial. Potenciar la atención primaria (AP-21), la salud mental, laboral, etc., todo ello, sin perjuicio de las competencias atribuidas a las Comunidades Autónomas y a los municipios en esta materia.

14. Establecer una norma común de garantía de tiempos máximos de acceso al Sistema Nacional de Salud. Extensión de e-Health e historia clínica digital común.

15. Determinantes de salud: Fomentar la coordinación con otros sectores que, en cooperación con el sanitario, permitan una lucha más eficaz frente a las desigualdades en salud, especialmente entre los colectivos vulnerables, de acuerdo con las recomendaciones de la OMS y de la UE sobre los determinantes sociales de la salud.

16. Definir nuevas estrategias de salud conjuntas entre los distintos servicios autonómicos de salud que continúen garantizando la calidad y la equidad de la atención sanitaria a todos los usuarios reforzando los mecanismos de evaluación.

17. Estudiar mecanismos de compensación del gasto soportado por los servicios de salud en conceptos de atención sanitaria de las contingencias laborales, cuya financiación corresponde a las Mutuas de Accidentes Laborales y de Enfermedades Profesionales.

18. Introducir medidas, como las bonificaciones fiscales, para los usuarios que, dentro de sus capacidades y posibilidades, utilicen los servicios de las mutuas o aseguradoras sanitarias y la medicina privada.

19. Prioritariamente la Sanidad Pública debe encargarse de la atención de las urgencias y enfermedades agudas, sin olvidarse de implantar de manera paralela una potente red socio-sanitaria público-privada para atender las enfermedades crónicas.

20. Estudiar un nuevo tratamiento del Impuesto sobre el Valor Añadido en el sector sanitario y social, al objeto de solventar la problemática en la deducción de las cuotas soportadas.

A la Mesa de la Comisión de Sanidad, Política Social y Consumo

El Grupo Parlamentario Popular en el Congreso, por el presente escrito, formula el siguiente voto particular al Informe de la Subcomisión para Pacto de Estado en la Sanidad y, en su caso, propuestas de modificación.

Palacio del Congreso de los Diputados, 4 de octubre de 2010.—**María Soraya Sáenz de Santamaría y Antón**, Portavoz del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso

Voto particular núm. 4

Exposición de motivos

El documento que la Presidencia de la Subcomisión del Pacto de Estado en la Sanidad ha remitido a los grupos parlamentarios es, a juicio de nuestro grupo, inconsistente con los problemas reales de la sanidad española. No aporta soluciones, es inconcreto y, además, plantea propuestas que son inasumibles, como es el caso de la reconsideración del modelo MUFACE, que es un sistema de seguridad social público ampliamente aceptado entre el cuerpo de funcionarios y que se debe mantener.

Después de casi dos años de trabajo, de varias decenas de comparecencias y de un sinnúmero de aportaciones desde todos los ámbitos del sector sanitario, la Presidencia de la Subcomisión debería haber aportado una propuesta que, recogiendo el necesario compromiso del Gobierno y del Grupo Parlamentario Socialista que lo sustenta, permitiera alcanzar el deseable acuerdo para garantizar en el futuro la universalidad, la sostenibilidad, la calidad y la cohesión que precisa el Sistema Nacional de Salud.

En efecto, el Grupo Parlamentario Popular considera que un Pacto de Estado para la Sanidad habría de ser mucho más preciso en el contenido de las medidas, en su ritmo de implantación y, de una manera muy especial, en la definición del modelo de financiación, así como en las iniciativas urgentes para hacer frente a la deuda acumulada y a la dotación suficiente del Fondo de Cohesión. Asimismo, debería aportar soluciones a los principales retos a los que se enfrenta nuestra sanidad en el momento actual, que son:

Financiación y Sostenibilidad. El merecido prestigio de nuestra sanidad no debe esconder el enorme problema actual de sostenibilidad financiera del SNS con un déficit acumulado estimado en 12.000 millones de euros.

Recursos Humanos. La falta de desarrollo de la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias (desarrollo profesional, troncalidad, áreas de capacitación específica, registro de profesionales del SNS, nuevas competencias profesionales...), constituyen un grave obstáculo para la planificación y organización efectiva de los profesionales.

Modernización en la gestión y la organización del SNS. Urge una reforma de la organización sanitaria, centrada en el paciente, más cercana y humana y más resolutive, especialmente en atención primaria.

Política farmacéutica. Aspectos tan relevantes como el nuevo papel de las oficinas de farmacia y los farmacéuticos con más competencias, la protección de la innovación, los precios de referencia o una nueva política de genéricos, brillan por su ausencia en el documento propuesto por la Presidencia de la Subcomisión.

Investigación. Sin una apuesta decidida por la investigación y la innovación, el Sistema Nacional de Salud perderá calidad. Resulta fundamental alinear al máximo la investigación biomédica con los objetivos del SNS.

Cohesión y calidad: cooperación entre las CC.AA. y el Estado. Se deben corregir las desigualdades en resultados en salud que en este momento existen entre los ciudadanos.

Derechos de los pacientes. Urge avanzar en la universalización de la asistencia sanitaria, en la accesibilidad, en la resolución de las listas de espera y en la movilidad de los pacientes en todo el territorio nacional.

Participación de los ciudadanos. Es necesario dotar a los ciudadanos y a las asociaciones de pacientes de un mayor protagonismo.

En consecuencia, el Grupo Parlamentario Popular considera imprescindible establecer compromisos, de modo preciso, sobre las siguientes cuestiones:

Nuevo modelo de financiación del Sistema Nacional de Salud, con base en el principio de sostenibilidad, suficiencia y de atención a las nuevas demandas.

Suficiente financiación a corto plazo para hacer frente a la deuda acumulada por el conjunto del Sistema Nacional de Salud (12.000 millones de euros).

Cuantificación del gasto sanitario a corto y medio plazo en función de la ponderación de los siguientes factores: envejecimiento de la población, cambio del patrón epidemiológico, cronicidad, infraestructuras necesarias, previsión de inversiones en I+D, recursos humanos necesarios, gasto farmacéutico, etc.

Compromiso de incremento de dotación del Fondo de Cohesión Sanitaria y cuantificación.

Participación de las Comunidades Autónomas a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en la elaboración del Anteproyecto de Presupuestos Generales del Estado, a efectos del área sanitaria.

Destinar el 25 % del gasto sanitario a la salud pública: educación y promoción de la salud y prevención de la enfermedad son claves.

Establecimiento, dotación presupuestaria y desarrollo de Planes Integrales de Salud, conforme a lo previsto en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Establecer una estrategia de política farmacéutica con la participación de todos los actores, con el objeto de hacer compatible la incorporación de las innovaciones terapéuticas a nuestro Nomenclator y, a la vez, un uso racional de los medicamentos, todo ello acompasado al crecimiento del PIB nominal.

Establecimiento de un procedimiento de participación efectiva de las Comunidades Autónomas en la incorporación de nuevos fármacos al Nomenclator.

Reforma del Sistema de Precios de Referencia, para que tengan un mayor impacto de ahorro en el sistema.

Calendario de medidas concretas para el impulso de los genéricos.

Reincorporación del Instituto de Salud Carlos III al Ministerio de Sanidad y Política Social, recuperando así sus competencias y priorizar la investigación biomédica hacia las patologías más prevalentes, buscando un mayor impacto sobre la morbi-mortalidad.

Aprobar la cartera de servicios común del Sistema Nacional de Salud para asegurar la universalidad y la equidad en el acceso a la sanidad de todos los españoles.

Reforzar la Agencia de Calidad del SNS, dotándola de independencia y recursos suficientes, con el objeto de garantizar la calidad de la asistencia sanitaria en las Comunidades Autónomas; de hacer más transparente la gestión de recursos del Sistema y de satisfacer mejor las necesidades de los pacientes basados en la mejor evidencia científica.

Reformas organizativas del SNS orientadas a la humanización y la personalización del sistema sanitario, con innovaciones en la gestión y una organización flexible, que evite duplicidades en los distintos niveles asistenciales con especial atención a los pacientes crónicos y las personas dependientes —coordinación socio-sanitaria—; con una mayor participación de los profesionales, y que genere una mayor satisfacción de los pacientes, y una mayor eficiencia.

Poner en marcha una nueva regulación de la movilidad de los pacientes dentro del sistema sanitario y de los efectos económicos de ella derivados, así como la historia clínica común, la tarjeta sanitaria común y la receta electrónica, que permitan el intercambio real de información y, por ende, la movilidad de los pacientes.

Desarrollo de la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias (LOPS), que lleva seis años estancada, determinando las necesidades de los profesionales sanitarios, la implantación de la troncalidad, las áreas de capacitación específica, la reorientación del Grado y del MIR, nuevas especialidades y un mayor nivel competencial. Introducir de forma urgente medidas que resuelvan los problemas de la retribución, la motivación, la formación, el desarrollo profesional y la movilidad de todos los profesionales sanitarios de nuestro país.

Establecimiento de un Registro Estatal de Profesiones Sanitarias y la Colegiación como mejor garantía para el sistema sanitario y por tanto para los ciudadanos.

Potenciación de los órganos de apoyo y de participación social y profesional (Comité Consultivo y Foro Marco) dando cumplimiento a la sentencia de la Audiencia Nacional.

Potenciación del papel de las organizaciones profesionales y de las sociedades científicas, conforme a nuestro ordenamiento jurídico y en cumplimiento de la LOPS.

Definición de criterios para establecer un marco estable y flexible que facilite la libertad de elección por parte de los ciudadanos.

Un nuevo modelo de Atención Primaria, para dotar de mayor autonomía a los profesionales, ofreciéndoles más medios diagnósticos y terapéuticos y asignándoles un mayor papel en salud pública, para lo que se debe aprobar la correspondiente cartera de servicios de salud pública.

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.: 902 365 303. <http://www.boe.es>



Depósito legal: **M. 12.580 - 1961**