



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2008

IX Legislatura

Núm. 32

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. GASPAR LLAMAZARES TRIGO

Sesión núm. 2

celebrada el lunes 2 de junio de 2008

Página

ORDEN DEL DÍA:

Comparecencia del señor ministro de Sanidad y Consumo, (Soria Escoms) para informar sobre:

- | | |
|--|---|
| — Las líneas generales de la política de su departamento. A petición propia. (Número de expediente 214/000004)..... | 2 |
| — Las medidas políticas que adoptará como responsable de su ministerio. A petición del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 213/000015.)..... | 2 |
| — Las líneas generales de la política de su departamento. A petición del Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 213/000032.) | 2 |

	Página
— Los objetivos y programa de trabajo del ministerio durante la presente legislatura. A petición del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió). (Número de expediente 213/000057.)	2
— Las medidas adoptadas por el ministerio a raíz de la alerta comunitaria sobre determinadas partidas de aceite de girasol procedentes de Ucrania. A petición propia. (Número de expediente 214/000018.)	32
— Las razones que han llevado a recomendar el no consumo de aceite de girasol durante un período de tiempo en el mercado español. Comparecencia urgente a petición del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 213/000062.)	32
— Las decisiones adoptadas por el Gobierno en relación al consumo de aceite de girasol y su incidencia sobre la salud humana. A petición del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió). (Número de expediente 213/000063.)	32
— Para que dé explicaciones ante la crisis generada a raíz de la posible adulteración de aceite de girasol, y tras las preocupantes declaraciones al respecto realizadas por él mismo, así como para informar acerca del plan de actuación previsto por el Ministerio de Sanidad y Consumo a raíz de la crisis ya citada. A petición del Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV). (Número de expediente 213/000064.)	32

Se abre la sesión a las cinco de la tarde.

COMPARECENCIA DEL SEÑOR MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO (SORIA ESCOMS), PARA INFORMAR SOBRE:

- **LAS LÍNEAS GENERALES DE LA POLÍTICA DE SU DEPARTAMENTO. A PETICIÓN PROPIA. (Número de expediente 214/000004).**
- **LAS MEDIDAS POLÍTICAS QUE ADOPTARÁ COMO RESPONSABLE DE SU MINISTERIO. A PETICIÓN DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 213/000015.)**
- **LAS LÍNEAS GENERALES DE LA POLÍTICA DE SU DEPARTAMENTO. A PETICIÓN DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (NÚMERO DE EXPEDIENTE 213/000032.)**
- **LOS OBJETIVOS Y PROGRAMA DE TRABAJO DEL MINISTERIO DURANTE LA PRESENTE LEGISLATURA. A PETICIÓN DEL GRUPO PARLAMENTARIO CATALÁN (CONVERGÈNCIA I UNIÓ). (Número de expediente 213/000057.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señor ministro, señoras y señores diputados, tenemos dos puntos en el orden del día: uno de ellos tiene que ver con las líneas generales de la política del departamento de Sanidad y Consumo

y otro, más concreto, ver con el consumo de aceite de girasol y su influencia en la salud humana. Vamos a tramitar estos dos puntos de forma consecutiva; es decir, primero abordaremos las líneas generales del departamento y luego lo más específico, que es lo que tiene que ver con el consumo. En cuanto al método, siguiendo la tradición de la Comisión, intervendrán en primer lugar los grupos parlamentarios que han pedido la comparecencia y después el resto de los grupos parlamentarios, fijando su posición. El tiempo será flexible, sobre todo en esta primera comparecencia; el criterio general es que cada grupo parlamentario consuma en torno a los 15-20 minutos en su intervención sobre las líneas generales del departamento. Con relación al segundo punto del orden del día, desde esta Presidencia se recomendaría un tiempo más breve; en todo caso, dependerá también de la voluntad de los propios grupos parlamentarios y del tiempo que hayamos utilizado hasta entonces.

El Gobierno ha pedido la comparecencia y también, por orden de registro, el Grupo Parlamentario Popular, el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) y el Grupo Parlamentario Socialista. También aquí seguiremos la tradición: después del Grupo Parlamentario Popular intervendrá el Grupo Parlamentario Catalán y el Grupo Parlamentario Socialista intervendrá al final, como es la tradición en las comparecencias del Gobierno. En ese sentido ordenaremos el debate y estoy seguro de que no habrá ningún problema de tiempo, como he dicho antes, porque la voluntad de esta Presidencia y de la Mesa de la Comisión es que hoy haya sobre todo tiempo para que cada uno pueda expresar y fijar su posición.

Sin más, le paso la palabra al ministro de Sanidad y Consumo.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Soria Escoms): Muchas gracias, señor presidente.

Señoras y señores diputados, es un honor presentarme de nuevo en esta Comisión de Sanidad y Consumo para iniciar con ustedes la IX Legislatura. Para algunos de nosotros esta comparecencia es un reencuentro, para otros el inicio de una tarea apasionante, pero para todos representa el ejercicio de la responsabilidad pública que ostentamos para prestar un servicio a los españoles: en mi caso, desarrollando una gestión y una labor de Gobierno que les garantice el derecho a la salud y les procure una mejor calidad de vida y bienestar; en el suyo, controlando que esas acciones se lleven a la práctica con rigor, transmitiendo al Gobierno, como representantes de los ciudadanos, las demandas y necesidades de los mismos. No quiero proseguir mi intervención sin antes dedicar un agradecido recuerdo a aquellos diputados que en la pasada legislatura nos acompañaron en esta Comisión y que en esta nueva etapa han cambiado de labores parlamentarias, o han dirigido los pasos de sus carreras profesionales hacia otras responsabilidades.

Creo que comparto con todos ustedes el convencimiento de que la salud es una cuestión central en la vida de las personas y su cuidado contribuye de forma esencial a la mejora del nivel de bienestar y desarrollo de un país. La protección de la salud es un derecho de la ciudadanía recogido en el artículo 43 de la Constitución española. Nuestro Sistema Nacional de Salud supone la materialización de los principios de universalidad, equidad, solidaridad y calidad de los servicios que recoge la Ley General de Sanidad de 1986. Asimismo, las actuaciones que les comentaré son acordes con la construcción del espacio de Salud europeo, cuyos principios compartimos. Los diversos gobiernos centrales y autonómicos que se han sucedido desde entonces han profundizado en estos principios, consiguiendo mejoras evidentes que demuestran que no es incompatible la descentralización del sistema sanitario con el mandato constitucional de la equidad en el acceso a los servicios públicos.

En esta legislatura que comenzamos ahora, y en línea con las prioridades de igualdad, seguridad e innovación, fijadas por el presidente del Gobierno, José Luis Rodríguez Zapatero, en su discurso de investidura, pretendo desarrollar un gran proyecto político para consolidar los principios que inspiran nuestro Sistema Nacional de Salud y contribuir decisivamente a su fortalecimiento y modernización; en el mismo ámbito, la protección de los derechos del consumidor se desprende de las prioridades señaladas. Les voy a plantear un proyecto político ambicioso, que profundice en la innovación, en la gestión eficiente del conocimiento y en la calidad de los servicios sanitarios, para hacer posible que en el futuro nuestro Sistema Nacional de Salud siga siendo considerado, como lo es hoy, uno de los mejores del mundo y

ejemplo a seguir para otros países; un proyecto político que garantice y refuerce la cohesión territorial, desarrolle políticas eficaces para asegurar la equidad de los españoles en el acceso a los servicios de salud en cualquier parte del territorio nacional y fortalezca la sostenibilidad financiera presente y futura del sistema sanitario español; un proyecto político que asegure políticas de excelencia dirigidas a nuestros profesionales sanitarios, elemento esencial de nuestro Sistema Nacional de Salud, y políticas de seguridad dirigidas a los ciudadanos; un proyecto, en definitiva, que quiere desarrollar, impulsando la cooperación y el consenso con las comunidades autónomas, el dialogo social con las organizaciones del sector y la participación activa de los ciudadanos, con especial atención a los pacientes. Todos estos principios (equidad, calidad, innovación, cohesión, seguridad y sostenibilidad) deben inspirar un gran pacto por la sanidad que, como les detallaré más adelante, pienso ofrecer a las comunidades autónomas para reforzar el Sistema Nacional de Salud en torno a determinadas materias estratégicas y garantizarle un brillante futuro. Dicho acuerdo debe lograr puntos de encuentro en cuestiones tan cruciales como la política de recursos humanos, la cartera común de servicios, la designación de los servicios y unidades de referencia, la racionalización del gasto sanitario, la política de salud pública, el procedimiento para la determinación del calendario vacunal común, el sistema de garantías de tiempos máximos de espera, el impulso de las políticas de calidad e innovación en nuestros servicios de salud o las políticas para ganar la batalla de la prevención del consumo de drogas. Este esfuerzo, que debemos realizar todos en los próximos años para consolidar y fortalecer nuestro sistema sanitario, se hace aún más pertinente con el horizonte de la Presidencia de la Unión Europea que España ostentará en 2010. Nuestro país está en condiciones de liderar el proceso de construcción del espacio europeo de salud, con la aportación de nuestra experiencia en la gestión de un sistema descentralizado en el que el ciudadano tiene garantizadas la equidad, la calidad y la universalidad en el acceso a los servicios sanitarios. Al igual que el derecho a la protección de la salud, nuestra Constitución refleja en el artículo 51 que los poderes públicos garantizarán la defensa de los consumidores y usuarios, protegiendo, mediante procedimientos eficaces, la seguridad, la salud y los legítimos intereses de los mismos. Señorías, el consumo es parte fundamental de nuestra vida cotidiana en la sociedad actual. Reforzar los derechos de los consumidores conlleva por tanto mejorar las condiciones de vida de los ciudadanos. Por ello pretendo situar las cuestiones relacionadas con esta materia en primera línea de la agenda política, especialmente en lo que afecta a la calidad, la equidad, la innovación y la seguridad.

Quiero señalar en lugar destacado mi compromiso como ministro de Sanidad y Consumo para otorgar un papel principal al diálogo directo con los interlocutores sociales, colectivos profesionales y organizaciones de

pacientes, usuarios y consumidores, es decir para aumentar el capital social de nuestro país. El Banco Mundial se refiere al capital social como el conjunto de instituciones, relaciones y normas que conforman la calidad y cantidad de las interacciones sociales. Tomar en cuenta la opinión, las necesidades, el sentir de los ciudadanos y de las organizaciones que lo representan debe convertirse en algo esencial para la buena gestión del Estado de bienestar. Hacerlo de un modo abierto y transparente es condición imprescindible para generar confianza y legitimación, dos elementos imprescindibles para acrecentar el capital social. Un generador fundamental de esas interacciones entre Administración pública y sociedad, en el caso del Ministerio de Sanidad y Consumo, es el Foro abierto de salud que me comprometo a reunir cada seis meses, dando continuidad al compromiso adquirido con esta Comisión en la anterior legislatura. Tanto las asociaciones de pacientes como el propio ministerio, tenemos grandes esperanzas sobre los resultados de sus trabajos. También se va a consolidar en estos cuatro años el foro virtual, herramienta de participación ciudadana directa en el Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud a través de las nuevas tecnologías de información. Además contaremos aún más con los ciudadanos en numerosos proyectos concretos del ministerio, por ejemplo en el diseño de un nuevo plan estratégico de política farmacéutica, del que luego les hablaré. En esta estrategia de relación estrecha del ministerio con los ciudadanos y sus representantes en colectivos y asociaciones deben jugar un papel relevante los medios de comunicación social que en materia sanitaria y de consumo gozan de una considerable y útil especialización. Son ellos, los medios, los periodistas, los que deben hacer llegar nuestros mensajes a los españoles; a ellos les pido y les ofrezco, como a ustedes, señorías, un espíritu de leal colaboración con un único objetivo, la mejor atención y defensa de los intereses reales de los ciudadanos. Igualmente procederemos con las estrategias para el uso correcto de los medicamentos que nos van a permitir el fomento de programas para mejorar la calidad de la prestación farmacéutica en nuestros pacientes, con especial énfasis en colectivos con dificultades especiales, por ejemplo los mayores. La autonomía y la participación pueden ser también decisivas para acabar con las desigualdades en salud, ya que nos permitirán escuchar a los colectivos desfavorecidos que experimentan peor salud o mayores riesgos de salud que la media. Me propongo trabajar de forma especial en la concertación de acciones para reducir las iniquidades en salud. En esta tarea deseo contar con los interlocutores sociales, las comunidades autónomas y otros departamentos de este Gobierno entre los que quiero destacar el ministerio de Justicia y el de Igualdad. Como ejemplo de esta preocupación por aliviar las dificultades asistenciales a las que se enfrentan determinados colectivos, quiero destacar el Plan de apoyo a enfermos celíacos —ya en marcha—, que incluye un protocolo de detección precoz de la celiaquía en el Sistema Nacional

de Salud, la elaboración de un mapa epidemiológico en toda España y un proyecto de normas sobre el etiquetado de productos para facilitar el consumo de estos enfermos. En este sentido, quiero anunciarles que el Gobierno de España ha solicitado la inclusión en el orden del día del Consejo de Ministros de la Unión Europea del próximo 10 de junio un punto relativo a las necesidades de articular políticas comunitarias ante los problemas de los pacientes celíacos.

Otra muestra de la importancia de la participación en la gestión del sistema sanitario español es el fomento de la responsabilidad individual sobre la propia salud. Previamente a esa exigencia, corresponde a las administraciones la ejecución de acciones para aumentar la capacidad de elección del individuo mediante educación accesible y temprana en hábitos saludables o en factores de riesgo. El ministerio pretende continuar la línea de acción emprendida en la legislatura pasada para reforzar las medidas de control relacionadas con los riesgos asociados a los consumos de drogas, tabaco y alcohol, especialmente con los vinculados a menores, ámbito laboral o seguridad vial. También queremos desarrollar los acuerdos alcanzados con la industria del ocio y la hostelería para facilitar la adopción de medidas relacionadas con la prevención de estos riesgos. En materia de consumo la participación de los ciudadanos a través de organizaciones y colectivos es igualmente crucial para la adecuada protección y defensa de sus derechos. Es fundamental que los españoles puedan disfrutar de la mayor tranquilidad posible a la hora de acceder a los diferentes productos de consumo y a la contratación de bienes y servicios, pero para poder ejercer sus derechos los consumidores, los ciudadanos, deben conocerlos. Es por ello que durante este mandato desde el Instituto Nacional de Consumo intensificaremos la difusión y la formación en materia de los derechos que como consumidores nos asisten a todos.

Los avances conseguidos por nuestro Sistema Nacional de Salud con su consiguiente complejidad han generado entre los ciudadanos nuevas expectativas. Los españoles están dispuestos a participar, a asumir sus responsabilidades, a tomar decisiones propias con prudencia y confianza pero nos exigen seguridad; seguridad sobre la propia atención sanitaria, seguridad del paciente, confidencialidad, participación, calidad de los servicios y cualificación de los profesionales, seguridad con respecto a los medicamentos y productos sanitarios; además de seguridad de los alimentos y del medio ambiente y seguridad acerca de la propia sostenibilidad del sistema. Este debe ser otro elemento clave en la gestión de mi departamento en esta legislatura. En primer lugar, seguridad respecto a la atención sanitaria. Los pacientes y sus familias desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos en el marco del Sistema Nacional de Salud. Para lograrlo, el Ministerio de Sanidad y Consumo trabajará con las comunidades autónomas para hacer efectivo el reconocimiento de los derechos de los ciudadanos a la confidencialidad y a la

autonomía individual en las decisiones de salud. En este sentido, una pronta asistencia contribuye a aumentar la confianza y la seguridad del ciudadano respecto del sistema sanitario. Por ello, el ministerio elaborará una norma común para ofrecer garantías de tiempos máximos de espera en aquellos procesos en los que un retraso puede derivar en discapacidad o secuelas graves. Igualmente, tal y como nos comprometimos la vicepresidenta del Gobierno y yo mismo en los últimos meses de la pasada legislatura, promoveremos en breve una norma para garantizar la seguridad, la calidad de la atención y la confidencialidad de los datos de las mujeres en las interrupciones voluntarias del embarazo, así como la seguridad jurídica de los profesionales. Una consecuencia de este compromiso con la seguridad es que el ministerio haya situado la estrategia de seguridad del paciente como uno de los pilares del Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud y que haya destinado a su desarrollo casi 50 millones de euros desde su puesta en marcha en la pasada legislatura.

En el ámbito farmacéutico, el desarrollo de la Ley 29/2006, de garantía y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, alumbrará normas que reforzarán la seguridad de la cadena farmacéutica, como, por ejemplo, la que incrementará la seguridad y la calidad de los medicamentos disponibles mediante el refuerzo de la farmacovigilancia, incluyendo los medicamentos veterinarios; la que implantará un sistema que facilite la trazabilidad de los medicamentos, desde su fabricación hasta su entrega a los ciudadanos, para reaccionar con mayor facilidad ante cualquier eventualidad que pueda aparecer en la cadena de distribución. Esta medida se complementará con otra, dirigida a regular las actividades de distribución de medicamentos, que contemplará todos aquellos aspectos que van a garantizar el suministro de medicamentos de manera continua en todos los lugares del territorio nacional. Apostaremos por la consolidación del modelo de distribución de amplia gama, que se ha mostrado como uno de los elementos clave para el éxito de nuestro sistema de farmacia y de nuestra prestación farmacéutica. Este esfuerzo normativo irá unido a la estrategia para la lucha contra los medicamentos falsificados que va a liderar este ministerio a través de la Agencia Española de Medicamentos y

Productos Sanitarios, con la colaboración de los agentes que intervienen en la cadena farmacéutica, las comunidades autónomas y el Ministerio del Interior. En esta legislatura también van a cobrar el protagonismo que merecen las acciones de impulso a la salud pública, dado que es en esta área donde mayores beneficios para la salud de los ciudadanos podemos obtener con la aplicación de políticas adecuadas. Promoveremos la elaboración de una ley de salud pública que sea capaz de sentar las bases de la moderna salud pública del siglo XXI en un mundo globalizado, y donde el papel protagonista no puede recaer solo en las administraciones y los profesionales, sino que debe ser compartido también por los ciudadanos, las familias, las empresas, las uni-

versidades, los centros de investigación y los agentes sociales. Nuestras metas al elaborar esta ley serán: sentar las bases para desarrollar políticas que mejoren la salud de los españoles, en coordinación con las comunidades autónomas y en reducir las iniquidades sociales en salud; garantizar la sostenibilidad y la cohesión del sistema, haciendo de las políticas de salud pública una herramienta para evitar la enfermedad y el sufrimiento al ciudadano, y de esta manera colaborar también en la suficiencia financiera del sistema; diseñar políticas del Gobierno y del resto de administraciones públicas, de manera que permitan ganancias en salud para la sociedad española e influir para que se implanten políticas públicas saludables en todos los niveles de Gobierno; establecer formas de gobernanza en salud que integren a todas las partes interesadas para que mejorando la salud de los españoles se alcance un mayor grado de bienestar social y de desarrollo económico; liderar y contribuir a la implantación de programas dirigidos a los principales problemas de salud e impulsar iniciativas europeas que pongan la salud y el bienestar en el centro de todas las políticas. Todo ello se hará con criterios de coordinación y cooperación institucional y de participación entre todos los actores implicados. Con esta ley de salud pública se verán institucionalizados todos estos objetivos.

Como opciones concretas del ministerio en materia de salud pública y de prevención, cabe destacar que vamos a desarrollar una unidad de prevención y promoción de la salud que trabajará en red para evaluar la efectividad y eficiencia de las intervenciones en salud pública, en función de las mejores pruebas científicas y sociales disponibles para afrontar los problemas más relevantes de salud pública. Iniciaremos una estrategia innovadora de vigilancia en salud pública, mediante una encuesta estatal de salud, con recogida de muestras biológicas y con recogida de información del entorno social, físico y ambiental. Esta perspectiva, que es inédita en países avanzados, permitirá no solo conocer cuestiones como, por ejemplo, la cobertura vacunal o las interacciones que en salud humana tienen los factores ambientales y genéticos, sino que permitirá disponer de un biobanco de muestras biológicas representativas, de indudable valor en la evaluación del estado de salud de los ciudadanos españoles. Crearemos una unidad para la evaluación del impacto en salud, que permita el trabajo en red y difundir la práctica de valorar sistemáticamente los efectos que en la salud de la población tienen las diversas políticas y contribuir así a lograr que todas las políticas sean saludables, en consonancia con la estrategia europea de salud pública. Desarrollaremos un plan de sanidad exterior que modernice y potencie nuestros servicios de sanidad exterior, responda adecuadamente a las necesidades y desafíos relacionados con la intensa movilidad de personas y mercancías y garantice una adecuada protección de la salud de la población. Adaptaremos nuestra legislación al nuevo Reglamento Sanitario Internacional, que amplía el radio de acción de la defensa colectiva para abarcar cualquier emergencia con

repercusiones sanitarias internacionales, los desastres naturales y los incidentes químicos o radionucleares. Reforzaremos la coordinación con las comunidades autónomas para trabajar transversalmente con otros sistemas de información en el ámbito de la salud, y así definir las señales que permitan detectar los riesgos de forma precoz. El Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias sanitarias actuará como coordinador de la Red nacional de alertas, y está participando ya en las redes de alerta de la Comisión Europea. Dicho centro ejerce las funciones encomendadas por el Reglamento Sanitario Internacional al Centro Nacional de Enlace, garantizando la transmisión de la información a los niveles autonómicos, intraministerial, interministerial e internacional, evaluando el riesgo para el territorio español junto con los expertos en cada circunstancia y recomendando las medidas de control más eficaces hasta el momento.

Procederemos a implantar nuevas regulaciones y a ampliar las existentes para reducir la exposición de los ciudadanos a factores químicos, físicos y biológicos que amenacen su salud. Elaboraremos un plan de acción de salud y medio ambiente 2009-2012 en colaboración con el Ministerio de Medio Ambiente, y Medio Rural y Marino, que incluya la creación de un observatorio del cambio climático y salud, para el conocimiento de los efectos que los cambios en el clima tienen en la salud de la población, para diseñar las políticas preventivas oportunas. También vamos a contribuir a mejorar la salud de los trabajadores, y a través de ello la eficiencia y competitividad de las empresas. Veinte millones de españoles pasan muchas horas al día, cinco días a la semana y muchas semanas al año en el trabajo. Las relaciones entre el trabajo y la salud han sido profusamente estudiadas desde el punto de vista político, económico, sociológico, psicológico y médico. La experiencia adquirida en el ámbito de la prevención de problemas importantes de salud pública debe inspirar las medidas preventivas en el lugar del trabajo. Por eso en esta legislatura elaboraremos un nuevo plan de salud laboral en colaboración con las comunidades autónomas, el Ministerio de Trabajo e Inmigración, los agentes sociales y económicos, así como las sociedades científicas, para la consecución de los objetivos planteados en la estrategia española de seguridad y salud en el trabajo 2007-2012. Desarrollaremos acciones sobre salud e inmigración, que nos permitan mejorar la salud de los inmigrantes y avanzar hacia su plena integración. Estas acciones se enmarcan en el Plan estratégico de ciudadanía e integración 2007-2010, ya aprobado por el Consejo de Ministros y que incorpora varios objetivos relacionados con la salud de los inmigrantes. Quiero profundizar en el trabajo conjunto con la Federación Española de Municipios y Provincias para impulsar la salud pública local y diseñar acciones de política local y salud, así como revitalizar el proyecto de ciudades saludables. En él tendrán un especial protagonismo las acciones preven-

tivas sobre el cambio climático y sus efectos sobre la salud.

Lugar relevante en el ámbito de la salud pública merecen los afectados por VIH-sida. Queremos que el enfoque de este asunto responda al plan multisectorial frente a la infección por VIH-sida 2008-2012, aprobado de manera conjunta con las comunidades autónomas, colectivos profesionales y las ONG hace unos meses. Dicho enfoque es más amplio que el limitado a la prevención y promoción de la salud. En este aspecto tenemos intención de promover un amplio pacto social que garantice la no vulneración de los derechos de las personas VIH positivas en el acceso a recursos públicos de todo tipo, educativos, sociales, sanitarios, etcétera, y que podría ampliarse a otros bienes y servicios. Esta legislatura va a ser la del desarrollo del Plan multisectorial frente a la infección por VIH-sida España 2008-2012 que fue aprobado el año pasado. El plan garantizará el impulso de la prevención, información, asistencia, tratamiento, integración e igualdad plena de derechos de las personas con VIH-sida. Su principal finalidad es la coordinación entre las administraciones públicas, garantizando la cohesión mediante un liderazgo fuerte, un compromiso continuo y la aplicación de los recursos necesarios que sirvan a las comunidades autónomas y a los demás sectores corresponsables para dar la mejor respuesta posible a la epidemia.

En cuanto a las drogodependencias, tras los resultados esperanzadores de la última encuesta sobre el uso de drogas entre estudiantes de enseñanza secundaria, tenemos ahora ante nosotros el reto importante de elaborar la nueva estrategia nacional sobre drogas. Esta iniciativa, que abarcará el periodo 2009-2016, tiene como objetivo consolidar estos datos y avanzar en la disminución del consumo de drogas en España, y se desarrollará a través de dos planes de acción de vigencia cuatrienal. Espero poder presentarla ante la Comisión Mixta Congreso-Senado para el estudio del problema de las drogas a finales de este mismo año. Hacer posible esta nueva estrategia requiere la colaboración de todos: de los distintos departamentos ministeriales del Gobierno de España, de las comunidades y ciudades autónomas, de ayuntamientos, diputaciones y cabildos y, cómo no, de las organizaciones no gubernamentales, las instituciones sociales, las sociedades científicas y las asociaciones profesionales. Estamos ante una oportunidad muy importante de implicar a todas las instituciones y sectores sociales en acciones para incrementar la conciencia de riesgo en un nuevo ejercicio de responsabilidad que fortalezca las intervenciones para disminuir los consumos de drogas, prevenir su aparición, mejorar la asistencia a los drogodependientes y poner a su disposición recursos que faciliten su integración social. Para alcanzar estos objetivos el ministerio trabajará tanto en el ámbito familiar como en el entorno juvenil, reforzando el trabajo conjunto con los profesionales, cuya intervención es decisiva para el éxito de estas políticas. El ministerio ha dado ya los pasos necesarios para proceder a la evalua-

ción de la estrategia que ahora concluye, de común acuerdo con las comunidades autónomas. Este análisis será el punto inicial para marcar nuevos objetivos y diseñar nuevas iniciativas. No me extenderé en precisar las acciones concretas que el ministerio pretende llevar a cabo en este ámbito puesto que, como les he adelantado, tengo la intención de comparecer ante la Comisión Mixta Congreso-Senado para dar cumplida explicación sobre las principales líneas de actuación que en política de drogas queremos desarrollar durante esta legislatura.

En otro asunto crucial para el futuro de nuestra sociedad, la obesidad y especialmente la infantil —que es un serio problema sanitario— quisiera manifestarles mi satisfacción y mi agradecimiento por la excelente respuesta que hemos obtenido respecto a la estrategia NAOS, tanto por parte de las administraciones públicas como por las asociaciones de consumidores, industria alimentaria y comunidad científica, pero aprovecho también para hacer un llamamiento a todos ellos a fin de alertarles del peligro de la autocomplacencia en este terreno. Nos preocupan especialmente las tasas de obesidad y sobrepeso entre los niños. Por eso, continuaremos desarrollando el programa Perseo, en colaboración con el Ministerio de Educación, Política Social y Deporte y extenderemos su aplicación a todas las comunidades autónomas. En coordinación con esta iniciativa, la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición desarrollará y aplicará un programa escolar en la promoción del consumo de frutas y verduras, en colaboración con el Ministerio de Educación, Política Social y Deporte y el Ministerio de Medio Ambiente, Medio Rural y Marino. Igualmente potenciaremos el cumplimiento del código de autorregulación de la publicidad de alimentos, especialmente la dirigida a menores. En cualquier caso, la obesidad no es la única preocupación de este Gobierno en materia de seguridad alimentaria y nutrición. Buena muestra de nuestro interés global por esta materia, ante la que los ciudadanos son cada vez más sensibles, es la reciente aprobación en el Consejo de Ministros de la estrategia de seguridad alimentaria 2008-2012. Esta iniciativa, que liderará el ministerio, tendrá carácter transversal, ya que afecta a otros siete departamentos de este Gobierno, además de a comunidades autónomas y corporaciones locales, a sectores económicos del ámbito alimentario y a asociaciones de consumidores y ciudadanos.

La política de la Unión Europea abarca toda la cadena alimentaria y establece una amplia legislación, una de las más estrictas del mundo. Esta nueva estrategia responde a esas exigencias comunitarias y está llamada a convertirse en un instrumento básico de planificación y coordinación. Un mecanismo único, integrador de todos los sectores de la cadena alimentaria y fruto de la coordinación interterritorial e intersectorial. La estrategia de seguridad alimentaria se despliega en torno a tres grandes ejes: impulsar la acción coordinada de la Administración General del Estado; reforzar la coordinación y la acción entre la Administración General del Estado, las comu-

nidades autónomas y la Administración local y mejorar la coordinación de las políticas nacionales de seguridad alimentaria con las políticas comunitarias. En el seno de esta estrategia se enmarca nuestro compromiso de elaborar y remitir a las Cortes un proyecto de ley de seguridad alimentaria y nutrición con el objetivo de abordar, de forma integral y desde todas las perspectivas posibles, un ámbito tan complejo y tan sensible y con tantos actores implicados, públicos y privados.

Otras líneas de actuación que abordaremos desde la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición son, por ejemplo, la mejora de la regulación europea para evitar zonas grises y lagunas normativas que favorezcan el fraude de ley y la falta de control en lo relativo a seguridad alimentaria en casos como los complementos alimenticios; la actualización del programa nacional contra la salmonelosis o el refuerzo en la lucha contra el anisakis y el campylobacter; las acciones de prevención y limitación en la exposición de las personas a los agentes químicos en su alimentación; el Plan de reducción del consumo de sal o el Plan de regulación y control de productos milagro y su publicidad.

He asegurado hace unos minutos, señorías, que en esta legislatura quiero que las políticas de consumo ocupen un lugar primordial en la agenda política. En nuestra acción de gobierno mantendremos y reforzaremos la máxima de mayor y mejor información, como derecho del consumidor, pero hay que ir más allá. Nuestras acciones pueden frustrarse si el consumidor no asume un papel responsable y solidario. Fomentarle estará entre las prioridades del ministerio, porque a nadie se le escapa que el consumo puede tener efectos positivos o negativos sobre la salud, la economía o el desarrollo sostenible. Dentro del objetivo general de fomento del consumo responsable, el Instituto Nacional del Consumo pretende optimizar el desarrollo del Plan de medidas para la seguridad y control de los productos de consumo en el mercado, que anuncié en la legislatura pasada. El plan ya ha dado sus primeros frutos mediante la intensificación de la cooperación con las autoridades aduaneras en el marco de la Unión Europea y la colaboración con la industria del juguete, que pretendemos extender a otros sectores durante la actual legislatura, tales como el turístico o el financiero.

No puedo dejar de citarles el importantísimo papel que en materia de consolidación y extensión de los derechos de los consumidores ha de jugar la trasposición a nuestra legislación de la directiva comunitaria de prácticas desleales, que haremos en colaboración, entre otros, con el Ministerio de Justicia. Dicha regulación nos va a dotar de mejores y más efectivas herramientas para coordinar en nuestro país la lucha contra los productos milagro y otros fraudes alimentarios, pero también para combatir las estafas en materia de consumo, especialmente relacionadas con las nuevas tecnologías, los servicios de telefonía, la venta de productos por Internet y las ofertas de ocio, entre otras. Además, la directiva nos facultará para luchar con efectividad contra prácticas

absolutamente desleales contra el consumidor como aquellas que se aprovechan de la vulnerabilidad del ciudadano en situaciones límite. En este mismo ámbito de actuación impulsaremos nuestras redes de alerta para mejorar el intercambio de información sobre productos inseguros y sobre las medidas a adoptar a nivel nacional y europeo.

Mediante el establecimiento de protocolos de colaboración que sistematicen el trabajo entre distintas administraciones públicas competentes, entre ellas la Conferencia Sectorial de Consumo, debemos asegurar que el mercado no solo funcione eficientemente conforme a las reglas de la leal competencia, sino que la salud y seguridad de los consumidores y sus legítimos intereses económicos sean suficientemente protegidos y respetados. Por eso es muy importante para nosotros la regulación, junto con el Ministerio de Economía y Hacienda, de la intermediación financiera, en particular la que realiza la actividad y reunificación de deudas dada la proliferación de las empresas que se dedican a esta actividad, así como la actual coyuntura económica de subida de tipos de interés. La regulación de estos intermediarios es una demanda de la sociedad y particularmente de las asociaciones de consumidores y del Consejo de Consumidores y Usuarios tal y como ponen de manifiesto distintas iniciativas emprendidas en la pasada y en la presente legislatura. Por todo ello ésta será para nosotros una acción prioritaria. Me propongo igualmente intensificar e institucionalizar en esta materia la colaboración con la Federación Española de Municipios y Provincias e impulsar la autorregulación y corregulación empresarial. Para garantizar la calidad, la innovación, la equidad y la seguridad del Sistema Nacional de Salud en todo el territorio español son imprescindibles las políticas de cohesión, estas deben contribuir a que la sanidad no pueda usarse como arma política en defensa de distintas identidades territoriales y a que nuestro sistema sanitario siga siendo un ejemplo de igualdad y solidaridad. En este sentido quiero reforzar durante la presente legislatura el funcionamiento de varios órganos clave que impulsen medidas y actuaciones de salud y consumo para el conjunto de los ciudadanos y para el fomento de la cooperación entre comunidades autónomas en los ámbitos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el Plan Nacional de Drogas y la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud. En el consejo interterritorial avanzaremos en la designación de centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud para garantizar la equidad en el acceso a una atención sanitaria de calidad, segura y eficiente a las personas con patologías que por sus características precisan de cuidados de elevado nivel de especialización, que requieren concentrar los casos a tratar en un número reducido de centros del Sistema Nacional de Salud; de hecho quiero anunciarles que el próximo pleno del consejo interterritorial, que será el primero de esta legislatura y que se celebrará el próximo 18 de junio, podrá designar las primeras unidades y servicios de

referencia para toda España en la historia de nuestro Sistema Nacional de Salud. En los sucesivos consejos interterritoriales continuaremos estas designaciones para asegurar cohesión, igualdad de acceso y calidad a prestaciones y procesos de baja frecuencia en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Una buena noticia, por ejemplo y entre otras patologías, para los pacientes con enfermedades raras.

En la misma línea de preocupación por la cohesión del sistema, el Real-Decreto 111/2008, de uno de febrero, ha supuesto la puesta en marcha del Plan de Salud Bucodental, que abarca el tratamiento gratuito para los niños y niñas de toda España de edades entre 7 y 8 años. A lo largo de esta legislatura, y en colaboración con las comunidades autónomas, se irá incrementando progresivamente la cobertura de este programa para alcanzar al final de la misma la asistencia hasta los 15 años. Vamos a apoyar a las comunidades autónomas en la potenciación de la atención primaria, mediante la aplicación de la estrategia AP21. El pleno del consejo interterritorial consideró en diciembre de 2006 el marco estratégico para la potenciación y mejora de la atención primaria en el Sistema Nacional de Salud. Se estableció que en un horizonte de seis años, 2007-2012, las comunidades autónomas desarrollarían las medidas que hicieran posible la consecución de los avances propuestos en las diferentes estrategias de mejora para la atención primaria de salud en España. Muchas comunidades autónomas ya lo están haciendo y el Ministerio de Sanidad y Consumo ha apoyado proyectos dentro del Plan de calidad que impulsan líneas de actuación contenidas en la estrategia. Además, en esta legislatura se apoyarán los desarrollos que vayan encaminados a incrementar la capacidad de resolución de los servicios, los cuidados sanitarios a domicilio, la mejora en la coordinación entre atención primaria y atención especializada y la disminución de la carga burocrática de los profesionales. Próximamente se concluirá la elaboración de los indicadores de seguimiento de esta estrategia, cuya primera versión fue remitida a las comunidades autónomas en los primeros meses de 2008. En su gestación contamos con el acuerdo de las organizaciones profesionales y, con base en estos indicadores, elaboraremos informes periódicos sobre el grado de avance de la estrategia AP21. El cumplimiento y mejora de todos los estándares de calidad y los principios de cohesión y equidad en el acceso de los ciudadanos a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud han de estar perfectamente garantizados. Para ello desarrollaremos convenientemente las funciones de alta inspección en esta legislatura. En este sentido, les anuncio que presentaremos al pleno del consejo interterritorial una estrategia de alta inspección del Sistema Nacional de Salud con el objetivo de asegurar la equidad en la atención sanitaria a los ciudadanos y proponer líneas de mejora de nuestro sistema. En el ámbito de actuación del Instituto de Gestión Sanitaria, competente en materia de atención sanitaria en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, nuestro objetivo es que ambas

ciudades tengan unos servicios equiparables a los del resto de España, garantizando y mejorando la equidad, la calidad y la innovación en los mismos. Para ello se seguirán las estrategias del Sistema Nacional de Salud y, paralelamente, se abordarán dos áreas de especial importancia: las enfermedades infecciosas, especialmente la tuberculosis, y la atención materno infantil. Igualmente, pretendemos mantener y mejorar los tiempos de espera quirúrgica y para el acceso a consultas externas y a pruebas diagnósticas, que se sitúan, en el caso de Ceuta y Melilla, entre las más bajas del Sistema Nacional de Salud. La modernización de los sistemas de información, el desarrollo de la telemedicina y las mejoras en políticas de desarrollo profesional están igualmente entre las líneas de actuación del Ingesa. Por último, quiero destacar que se están terminando las obras del nuevo hospital de Ceuta, cuyas consultas externas entrarán en funcionamiento a lo largo del segundo trimestre de 2009 y que se encontrará a pleno rendimiento en el 2010. Próximamente se va a adjudicar la construcción de un nuevo hospital en Melilla que va a ser de utilización conjunta, civil y militar, y que, al igual que en Ceuta, va a suponer importantes mejoras en la atención especializada para los melillenses.

Permítanme que aborde ahora otro de los pilares en los que se sustenta el Sistema Nacional de Salud, quizás el principal. Si los ciudadanos y los pacientes son la razón de ser del sistema sanitario, convendrán conmigo, señorías, que los profesionales son sus actores imprescindibles, la herramienta del Estado para garantizar y mejorar la salud de los españoles como depositarios que son del conocimiento y como principales responsables de la asignación de recursos. A ellos quiero también extender en esta legislatura esos principios de participación, seguridad y calidad que se estimulan para pacientes y ciudadanos en general y que impregnan la columna vertebral de esta comparecencia y, por tanto, de nuestro proyecto de Gobierno. Por eso, en primer lugar, trabajaremos desde el diálogo social para poner en marcha medidas que refuercen la consideración social de los profesionales sanitarios. También, en coordinación con los servicios de salud autonómicos, nos ocuparemos de las líneas básicas que deben impulsar las diferentes políticas de recursos humanos para consolidar un modelo de actuaciones basado en la motivación de los profesionales, la excelencia de su formación y en su compromiso con el sistema sanitario público. En los próximos años es imprescindible desarrollar una adecuada planificación de recursos humanos adoptando medidas que permitan asegurar un número suficiente de profesionales para atender el Sistema Nacional de Salud y reformar la formación sanitaria especializada para dar mejor respuesta, cuantitativa y cualitativamente, a las necesidades de la sociedad española. Velaré también por su acceso a programas de excelencia profesional e investigadora, lo que repercutirá directamente en el nivel de la calidad asistencial.

Hemos trabajado y seguimos haciéndolo en el análisis de la oferta y necesidades de médicos especialistas en el periodo 2006-2030. Según los datos obtenidos, se ha incrementado por primera vez en los últimos quince años el número de estudiantes de las facultades de medicina: un 9 por ciento en 2006 y un 6 por ciento en 2007, al tiempo que aumentaron también las plazas de formación MIR. Así, desde 2004 hasta ahora, hemos elevado la oferta en la formación sanitaria especializada en régimen de residencia un 18,26 por ciento, con 1.134 plazas más.

De acuerdo a los principios y datos que les he enunciado, las líneas de actuación del ministerio serán: la reforma de la formación sanitaria especializada estructurada bajo los principios de flexibilidad y polivalencia de los contenidos formativos; para ello estamos estudiando con el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud los mapas formativos de las distintas especialidades para hacer una propuesta de su agrupación en troncos. Impulsaremos también la regulación de una nueva prueba de acceso a la formación especializada en ciencias de la salud, introduciendo novedades como las habilidades comunicativas. Procuraremos el equilibrio entre las plazas que se ofertan y el número de estudiantes que cada año se licencian en las facultades de medicina. Como les indicaba antes, la toma de decisiones sobre estas materias debe fundamentarse en sistemas de información precisos, exactos, que es necesario implantar; está en marcha ya la creación del registro de profesionales sanitarios según los principios generales aprobados por el consejo interterritorial el 14 de marzo de 2007; la implantación de estos sistemas de información servirá para la planificación y toma de decisiones. Elaboraremos con las comunidades autónomas un plan para favorecer el retorno de los profesionales sanitarios que trabajan fuera de España, que contemple incentivos a la reinstalación profesional en España y el apoyo a las instancias de formación e investigación al extranjero.

Por otra parte, y ante las necesidades que manifiesta nuestro Sistema Nacional de Salud, trabajaremos para mejorar la integración en el mismo de aquellos especialistas formados en otros países que sean requeridos, siempre con la mayor garantía de su calidad profesional. Para ello vamos a desarrollar el artículo 18 de la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias, que prevé el reconocimiento en España de títulos de especialistas obtenidos en Estados no miembros de la Unión Europea a efectos no académicos pero sí profesionales. Ya les he mencionado antes mi intención de elaborar una estrategia de cuidados de enfermería que potencie la atención a domicilio y el trabajo de enfermería en el ámbito escolar, y que establezca nuevas competencias y roles entre estos profesionales. Finalmente, tal y como se recogía en el programa electoral del Partido Socialista, estudiaremos, en colaboración con el Ministerio de Justicia, medidas que sirvan para evitar las agresiones a los profesionales sanitarios y, desde luego, haremos campañas dirigidas a

que la sociedad reconozca y ofrezca a estos profesionales la consideración que se merecen.

La consecución de la calidad, la equidad, la cohesión y el fomento de la innovación en nuestro sistema precisa también que las políticas públicas incluyan sistemas de información que permitan seguir el estado de salud de los españoles, valorar la evolución de sus determinantes para anticiparse a los desenlaces negativos y establecer acciones de prevención y promoción de la salud en todos los niveles de gobierno. Las tecnologías de la información se han convertido en un instrumento decisivo para alcanzar dichos objetivos a través de proyectos estratégicos como la historia clínica digital, común para todo el Sistema Nacional de Salud, instrumento fundamental en los modernos sistemas de salud que ha de permitir al ciudadano fuera de su comunidad autónoma de residencia tener disponible información esencial de su historia clínica para poder así acceder en el resto del país a una correcta asistencia sanitaria cuando cualquiera se desplace por el territorio nacional; la receta electrónica, en la que España será referencia y de la que ya se están comenzando a comprobar las mejoras que aporta en términos de comodidad para la ciudadanía y de eficiencia en la gestión del tiempo de los médicos de familia; el registro de profesionales sanitarios tanto de medicina como de enfermería y otras profesiones sanitarias; la informatización de la oficina central de la Organización Nacional de Trasplantes; el desarrollo de los servicios de información y participación de la ciudadanía a través de distintos canales, entre los que ya he citado la creación de un foro virtual para dar respuesta a la imparable tendencia de las redes sociales virtuales, por ejemplo. Les anuncio asimismo el impulso de una web de apoyo al Plan especial sobre anorexia y bulimia que queremos desarrollar en breve, así como otras aplicaciones que agilizarán los trámites de los diversos procedimientos del ministerio. No quiero dejar de mencionar aquí el sistema de arbitraje de consumo electrónico que implantaremos muy pronto, una vez aprobado recientemente el decreto que lo regula. En esta materia de nuevos servicios de información destacaré finalmente, por su positiva repercusión en todas las instancias de la sanidad, la creación del portal estadístico del Sistema Nacional de Salud, que se verá complementado por un portal de salud pública para Latinoamérica.

Para hacer frente a todos estos retos que les estoy enunciando, el principio de sostenibilidad del sistema resulta de importancia cardinal. Este Gobierno asegura el derecho constitucional a la protección de la salud para todos los ciudadanos en condiciones de equidad y solidaridad y garantiza la defensa y sostenibilidad de nuestro Sistema Nacional de Salud, que incluye la adecuada financiación del mismo. El presidente del Gobierno en su discurso de investidura ya avanzó que una de las tareas más exigentes y necesarias de esta legislatura es la aprobación de un nuevo sistema de financiación autonómica. El Gobierno garantizará la cohesión de las prestaciones de educación, sanidad y servicios sociales básicos en

toda España como uno de los principios esenciales del Estado. Promoveremos en el Consejo de Política Fiscal y Financiera la mejora de la financiación sanitaria, impulsando su base capítativa y la suficiencia dinámica del sistema. En este sentido, quiero anunciarles que el próximo 18 de junio llevaré al consejo interterritorial un punto del orden del día para debatir en torno a los argumentos y criterios que determinan las actuales necesidades financieras y de cohesión del Sistema Nacional de Salud. El objetivo es trasladar el resultado de esta reflexión al debate abierto sobre la financiación autonómica que tendrá que resolverse en el seno del Consejo de Política Fiscal y Financiera.

Impulsaremos el objetivo de reforzar el papel del Fondo de Cohesión Sanitaria para garantizar una mayor equidad y trabajaremos con las comunidades autónomas para mejorar la eficiencia del gasto sanitario. Las medidas apuntadas sobre financiación y cohesión buscan un incremento de la equidad y la efectividad en la asignación de los recursos públicos destinados a la sanidad. Estas medidas requieren del apoyo de los diversos agentes interesados en fortalecer nuestro Sistema Nacional de Salud y, de forma especial, del apoyo de todos los componentes del Consejo de Política Fiscal y Financiera para hacerla realidad. Pero la sostenibilidad no se sustenta únicamente en los aspectos económicos, también debe evaluarse en términos de eficiencia del gasto y de la utilidad de las acciones realizadas con ese gasto, estableciendo su impacto en la generación final de salud mediante indicadores que se refieran a la mortalidad evitada y la cantidad de años de vida libres de discapacidad ganados. Resulta necesario el desarrollo de redes de investigación aplicada y de análisis ad hoc para evaluar el impacto que el gasto tiene sobre la salud de los españoles y así poder analizar la eficiencia de la asignación de los recursos y del uso de los mismos. Por ello, con la estrategia de evaluación de políticas públicas de salud que vamos a desarrollar, podremos establecer la relación entre coste y utilidad en las decisiones sobre asignación de recursos.

En mi compromiso programático con ustedes, y por ende con todos los españoles, resulta indispensable una amplia referencia a la política farmacéutica de este ministerio. Esta será una política en la que se combinen la defensa del modelo español de farmacia; el desarrollo de programas de mejora de la calidad de la prestación farmacéutica para asegurar en los pacientes la adherencia de los tratamientos y mejoras en la efectividad de los mismos; el establecimiento de prioridades de investigación orientadas hacia los ciudadanos y la necesaria colaboración con los sectores económicos, la industria farmacéutica y la de tecnologías sanitarias. He señalado en numerosas ocasiones que nuestro objetivo prioritario en materia farmacéutica es y será garantizar que todos los ciudadanos puedan disponer de los medicamentos que necesiten, cuando los necesiten, garantizando que estos productos sean seguros, de calidad y eficaces. Ese es el fundamento del Plan estratégico de política farma-

cética y de la Ley 29/2006, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, aprobados en la anterior legislatura. Ambos han supuesto un avance radical para asegurar la calidad, la seguridad, la disponibilidad y la accesibilidad de los medicamentos, y la transparencia en el funcionamiento del sector farmacéutico. Vamos a continuar completando los objetivos del plan estratégico, impulsando la disponibilidad de los medicamentos innovadores en beneficio de nuestros pacientes, favoreciendo la disponibilidad inmediata de los medicamentos genéricos, una vez finalizado el periodo de protección de patentes, e incidiendo en cuestiones de calidad de la prestación que tienen repercusión directa sobre los ciudadanos. Ya les he mencionado algunas estrategias para el uso racional de medicamentos, que desarrollaremos con la colaboración de las comunidades autónomas, colectivos profesionales y organizaciones de pacientes y consumidores.

Queremos promover, además, una reflexión conjunta, entre médicos, industria farmacéutica y administraciones sanitarias, en relación con las actividades de publicidad y promoción de los medicamentos, sobre la base de criterios de ética y de evidencia científica. Además de avanzar en los objetivos del plan que nos propusimos hace ahora cuatro años, ya estamos trabajando en el Plan estratégico de política farmacéutica 2008-2012. Les destacaré las líneas estratégicas en las que incidirá este nuevo plan: La equidad y la calidad en el acceso de los ciudadanos a la prestación farmacéutica; la protección de los pacientes, reforzando la seguridad y eficacia de los medicamentos y productos sanitarios; el refuerzo de la colaboración entre las administraciones; el impulso de la participación de los profesionales sanitarios, así como de los usuarios, consumidores y pacientes en foros de medicamentos; y el mantenimiento de la sostenibilidad del sistema sanitario, la optimización de la gestión de los recursos y la efectividad de la cadena farmacéutica y sus operadores. Como ven, estos objetivos reproducen los principios cardinales que queremos que impregnen a todos los actores y sectores que tienen participación en la sanidad española. La Ley 29/2006 incorporó disposiciones de impacto en la calidad de vida de los ciudadanos, como consecuencia de la mejora de la calidad de la prestación farmacéutica, con medidas que potencian la seguridad, disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos. Son las normativas que ya les enuncié anteriormente en materia de refuerzo de la farmacovigilancia, trazabilidad de los medicamentos desde su fabricación hasta su entrega a los ciudadanos, con identificación por unidad de envase y regulación de las actividades de distribución de medicamentos, garantizando el suministro, de manera continua, en todos los lugares del territorio nacional.

Mención aparte merece la estrategia para la lucha contra los medicamentos falsificados, que contará con cuatro líneas básicas: La cooperación de todos los sectores implicados, el intercambio de información rápida y permanente entre agentes y autoridades sanitarias, la

formación de los profesionales sanitarios y la información a la ciudadanía sobre la existencia de este riesgo potencial y las medidas para su control. La norma que regule la receta médica será otro elemento básico para el uso racional de los medicamentos, tanto para los profesionales sanitarios como para el paciente. Además de la regulación de la receta electrónica, a la que ya he hecho referencia antes, este texto normativo regulará un modelo único y obligatorio de receta privada, con lo que se ganará en seguridad jurídica. Todo ello garantizará que el tratamiento prescrito a un paciente pueda ser dispensado en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional. Como ven, el Gobierno apuesta firmemente por facilitar la implantación de la sanidad en línea y acelerar la implantación de las nuevas tecnologías de la información en el ámbito del Sistema Nacional de Salud con criterios de interoperabilidad. El desarrollo de la Ley de garantías, en combinación con la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias, va a facilitar un marco jurídico estable para los profesionales, estableciendo apreciables mejoras en la atención sanitaria a los pacientes. Por supuesto, continuaremos con las medidas que han posibilitado que durante la anterior legislatura se pusieran a disposición de los pacientes, por procedimiento urgente, medicamentos innovadores en el tratamiento de patologías, como el cáncer, sida, diabetes, enfermedades raras, etcétera. Asimismo, seguiremos aplicando las eficientes medidas para utilizar la gestión de los recursos y el control del crecimiento de la factura farmacéutica, previstas en la Ley de garantías, como, por ejemplo, el sistema de precios de referencia y el apoyo a los medicamentos genéricos.

Gracias a la idoneidad de las medidas adoptadas para la contención del gasto farmacéutico en la anterior legislatura, se ha conseguido frenar su incremento; en ninguno de los últimos cuatro años ha superado el 6 por ciento. Al cerrarse 2007 se situaba en un 5,22 por ciento y en el mes de abril, último dato del que disponemos, en el 5,84 por ciento interanual. Tengo que resaltar aquí, y agradecer, la gestión de las comunidades autónomas de la demanda de medicamentos y su implicación en la difusión del uso racional de los mismos. Todas las medidas que adoptemos de mejora en el sector, sin duda, reportarán beneficios para los ciudadanos. Por eso, respecto de nuestros profesionales, elementos clave del sistema sanitario, continuaremos promoviendo la mejora de su formación e información sobre medicamentos. El Plan de formación, que en los últimos años ha propiciado la capacitación y la formación continua de nuestros profesionales en medicamentos, tendrá un carácter estable y duradero para poder asegurar la necesaria actualización de conocimientos en un ámbito cambiante como el de la farmacoterapia. La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios pondrá a disposición de los profesionales una nueva edición de la guía de prescripción y garantizará la accesibilidad a los informes de evaluación de nuevos medicamentos y la

difusión de las notas de información terapéutica y alertas a través de suscripción electrónica.

No quiero concluir mi propuesta sobre este crucial sector de la sanidad española, sin destacar el liderazgo que queremos que asuma la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios con la aprobación de un nuevo estatuto. Su nuevo régimen potenciará su papel en la garantía de la calidad, seguridad, innovación e información de los medicamentos puestos en el mercado. Mi propósito es consolidar la agencia como un organismo de referencia para ciudadanos y profesionales, dotado de unos medios informáticos y telemáticos a la altura que demandan las exigencias de la administración electrónica, con medidas como la suscripción electrónica para el servicio de alertas, o la nueva aplicación para la solicitud de ensayos clínicos.

Los esfuerzos que el ministerio que dirijo pretende hacer durante la presente legislatura para reforzar la equidad, la innovación, la cohesión y la sostenibilidad del sistema, deben estar siempre inspirados por el ánimo de alcanzar las máximas cotas de calidad. La calidad, tal y como la aborda el Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud, significa ir más allá; significa detectar nuevas necesidades asistenciales y darle respuesta para mantener la sanidad española en la vanguardia mundial, tanto en servicios y prestaciones como en profesionales, y todo ello garantizando la sostenibilidad de uno de los sistemas sanitarios más eficientes. En las políticas de calidad, el ministerio profundizará en lo que se ha mostrado como una magnífica herramienta de trabajo: las estrategias. Esos grandes acuerdos institucionales, sociales y científicos que permiten garantizar una respuesta homogénea, equitativa y de calidad en todo el territorio español ante un mismo problema de salud. El Ministerio de Sanidad y Consumo tiene previsto poner en marcha en esta legislatura nuevas estrategias, entre otras, accidente vascular cerebral, EPOC, enfermedades raras, salud sexual y reproductiva, especialmente dirigida a jóvenes y adolescentes. Como garantías adicionales de la calidad de nuestro sistema de salud, que afectan a los profesionales que buscan la mayor protección y seguridad de los mismos, pero que inciden directamente sobre la mejor atención a los pacientes, quiero destacar dos medidas que pondremos en marcha en los próximos meses: el Plan de prevención de violencia y lesiones a profesionales sanitarios, al que ya he hecho referencia, y nuestro compromiso electoral de crear un registro de profesionales sanitarios objetores al cumplimiento de la Ley de interrupción voluntaria del embarazo.

El Sistema Nacional de Salud, uno de los mejores del mundo, tiene que disponer de mecanismos ágiles para incorporar los avances de la investigación a la práctica clínica. El Gobierno multiplicará su esfuerzo en esta línea de actuación. Muestra de la calidad de nuestro sistema y ejemplo a seguir es la Organización Nacional de Trasplantes, que sostiene el liderazgo mundial de España en materia de donación y trasplantes. España es el único país que ha tenido un incremento progresivo y

mantenido en el tiempo del número de donantes de órganos, con la mayor tasa de donantes de personas fallecidas —34,3 donantes por millón de habitantes— a nivel mundial. Sin embargo, queremos seguir mejorando. Para ello, hemos diseñado una estrategia que se plasma en el Plan 40, que tiene como objetivo global aumentar el número de donantes de órganos en España hasta 40 donantes por millón de habitantes y por año en el período 2008-2010. Esta iniciativa integra un plan de mejora de la donación por captación de donantes de origen no español.

Por otra parte, es de todos conocido, señorías, que nuestra industria farmacéutica y biotecnológica precisa un gran esfuerzo inversor en I+D+i. La industria se enfrenta a nuevos retos y a un cambio de modelo a nivel mundial, cambios en sus estrategias de mercado, inversiones e investigaciones que debemos propiciar para que reviertan en riqueza en nuestro país. En un esfuerzo integrado del Gobierno y en colaboración con otros ministerios, como el de Industria, Comercio y Turismo y el de Ciencia e Innovación, promoveremos un plan sectorial en la industria farmacéutica y de tecnologías sanitarias que aseguren un futuro seguro y brillante para nuestros sectores productivos sobre la base de la creación de riqueza y la promoción de la calidad, la investigación y la innovación en el Sistema Nacional de Salud. Esta iniciativa se encuadrará necesariamente en el Plan nacional de reformas del Gobierno, dentro de la estrategia de Lisboa, que dispone de iniciativas clave como Ingenio 2010 y el Plan de Fomento Empresarial. Un aspecto esencial de la investigación y de la innovación en el Sistema Nacional de Salud es trasladar cuanto antes el conocimiento bien fundado a la práctica clínica, aplicado en beneficio de la salud de los pacientes. Otro aspecto, no menos importante, es impulsar la capacidad investigadora e innovadora de los profesionales y las instituciones sanitarias y, sobre todo, para este ministerio, la traslación de los resultados de investigación al paciente. El impulso de este trabajo conjunto supone una oportunidad enorme de generación de riqueza y un motor de progreso, y, sobre todo, sus efectos sobre el bienestar de los ciudadanos van a ser, lo están siendo ya, una realidad palpable. El ministerio va a continuar trabajando para que los ciudadanos puedan beneficiarse de los avances científicos gracias a la rápida conversión de los resultados de I+D+i en terapias avanzadas, en nuevas aplicaciones sanitarias y para que desde la práctica clínica se desarrollen iniciativas de investigación e innovación sobre todos aquellos aspectos que mejoran la efectividad y la calidad de la atención. La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, además, debe ser una herramienta crucial en el esfuerzo que el ministerio, el Gobierno en su conjunto, quiere hacer en el impulso a la innovación y a la investigación en el marco del Sistema Nacional de Salud. Y lo será por su capacidad para fomentar la investigación independiente y la traslación de los resultados de investigación a los pacientes, potencialidades que esperamos potenciar e

incrementar en esta legislatura. Pero ni el esfuerzo por garantizar la seguridad de los ciudadanos en todos los ámbitos, ni la apuesta por la innovación y la calidad en el sistema sanitario, ni el aumento de iniciativas, prestaciones o servicios deben alejarnos ni un milímetro de otro de nuestros principales objetivos: la mayor humanización de la atención sanitaria, el logro de la calidez, aparte de la calidad, del Sistema Nacional de Salud. Nuestro objetivo es colaborar con las comunidades autónomas para avanzar más en la siempre inacabada tarea de humanizar la atención. Por ejemplo, en la asistencia a las mujeres víctimas de violencia de género en colaboración con el Ministerio de Igualdad. O también universalizando el acceso a los cuidados paliativos en toda la población, atendiendo al parto normal, con sensibilidad a las preferencias de la mujer y a la diversidad cultural o por su discapacidad, también promoviendo la lactancia materna, ayudando las comunidades autónomas en los programas de atención sanitaria a domicilio a las personas en situación de dependencia. En este último punto se incluye la redacción de una estrategia de atención a personas cuidadoras que cubra las necesidades sanitarias derivadas de su tarea, dentro de los objetivos de consecución de la igualdad real entre hombres y mujeres en España. Igualmente, el ministerio desarrollará una estrategia de equidad, salud y género. Esta iniciativa debe ser el eje en torno al que giren las diversas acciones del ministerio en materia de igualdad, una de las líneas de actuación transversales del Gobierno de España para esta legislatura. En su marco, completaremos el desarrollo de la estrategia de atención al parto normal, elaboraremos estrategias de prevención del embarazo no deseado, de la fibromialgia, de la menopausia y evaluaremos e impulsaremos la aplicación del protocolo de detección precoz de víctimas de violencia de género, incluyendo proyectos de investigación en la materia.

Durante la presente legislatura, desarrollaremos una estrategia de colaboración y gestión del conocimiento en el ámbito internacional que nos permita afrontar de forma coordinada y eficiente los retos que los distintos países tenemos planteados en materia de salud y consumo: la Presidencia de la Unión Europea que España ostentará en 2010, las especiales relaciones con los países iberoamericanos y la posibilidad de colaborar activamente con todos aquellos países desde donde se ha manifestado un interés expreso en la evolución de nuestro Sistema Nacional de Salud. Se trata, en su conjunto, de un grupo de elementos que nos ofrecen una magnífica oportunidad de continuar mejorando el sistema sanitario español a la vez que contribuimos al desarrollo de los sistemas de otros países del mundo. En particular, la Presidencia de la Unión Europea ofrece a España un papel protagonista en un momento crucial para el continente en el que se desarrollará la construcción del espacio europeo de Salud. En ella, nuestra aportación puede y debe nutrirse de la experiencia de España en la gestión de un sistema sanitaria descentra-

lizado pero que garantiza la equidad, la calidad y la universalidad en el acceso al mismo. Nuestro país tiene mucho que decir en materia de cohesión del sistema sanitario con el modelo del Sistema Nacional de Salud, así como en experiencias modernizadoras del mismo tales como el proyecto de aplicación de las nuevas tecnologías, sanidad en línea, o el sistema de unidades de referencia para garantizar el tratamiento de patologías de baja prevalencia. Como ejemplo de la experiencia exitosa que España puede aportar a la Unión Europea y a otros ámbitos internacionales, quiero resaltar el trabajo llevado a cabo en el Consejo de Europa, en la Organización Mundial de la Salud y en Latinoamérica por la Organización Nacional de Trasplantes. La seguridad del paciente que, como ya les he referido, constituye y constituirá una de las prioridades de mi departamento, es otro de los ámbitos donde la colaboración internacional es particularmente intensa. Nuestra estrategia nacional juega un papel destacado en la alianza mundial por la seguridad del paciente. Ya les he hablado de nuestras gestiones ante la Unión Europea para promocionar y defender el modelo español de farmacia y también para conseguir que Europa adopte nuestros criterios en materia de productos sin gluten. Quiero asegurarles que en todos los foros internacionales a los que debe o puede asistir el ministerio nos esforzaremos por defender y promover los principios de equidad, universalidad, calidad y solidaridad que han hecho de nuestro sistema uno de los mejores del mundo.

Señor presidente, señorías, en la medida del tiempo de que dispongo creo haber esbozado de forma suficientemente clara y detallada las prioridades de la acción de Gobierno que desarrollaré al frente del Ministerio de Sanidad y Consumo en esta legislatura apenas estrenada. Espero que de mis palabras hayan deducido claramente que el Ministerio de Sanidad y Consumo hace una apuesta a ultranza por la transparencia en la gestión. Esa era al menos mi intención y me gustaría haberlo conseguido. Ni el ministerio ni el ministro que les habla tenemos a la participación activa de todos los actores con presencia en la sanidad, ni a la información, ni a la colaboración con las administraciones e instituciones, entre ellas esta Comisión. Una mejor información de todos —ciudadanos e instituciones— conlleva, es cierto, una mayor exigencia de eficacia y efectividad, de calidad en suma, pero también implica responsabilidad, y el ministerio busca esa responsabilidad; no por hacer dejación de la suya —nunca lo haremos—, sino porque cuanto mayor sea la implicación mayor será el sentimiento de pertenencia respecto al Sistema Nacional de Salud. Esos factores, información, participación y responsabilidad, redundan directamente en una de las principales necesidades que siente el ciudadano cuando acude a los servicios sanitarios: sentirse seguro, como en su propia casa; es lo que muchos expertos han llamado deseabilidad del sistema, que los ciudadanos perciban la importancia de la contribución de la atención sanitaria al bienestar social, la importancia de un sistema

público, la propia deseabilidad del gasto sanitario. Para facilitarla, identificaremos y evaluaremos las alternativas para la financiación del sistema, las reformas destinadas a mejorar su eficiencia y a priorizar y racionalizar las prestaciones públicas.

Como ya les he apuntado al inicio de mi intervención, esta no debe ser la legislatura de la confrontación sino la de la concertación, el diálogo y el acuerdo. Por ello, me propongo ofrecer a las comunidades autónomas, interlocutores necesarios del ministerio en la gestión del Sistema Nacional de Salud, un pacto por la sanidad acerca de materias fundamentales del sistema sanitario español que garanticen la equidad, la calidad, la innovación, la cohesión y la sostenibilidad. Este gran acuerdo debe incluir necesariamente puntos de encuentro en la construcción de una política común de recursos humanos para definir necesidades, planificación y desarrollo profesional. La ampliación de la cartera común de servicios; el impulso a la designación de los servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud; la puesta en marcha de estrategias para la racionalización del gasto sanitario; el desarrollo de una política de salud pública común; la definición de un procedimiento consensuado para la determinación del calendario vacunal común; el establecimiento de un sistema de garantías de tiempos máximos de espera; la apuesta por las políticas de calidad e innovación en nuestros servicios de salud o un gran acuerdo en las políticas a desarrollar para ganar la batalla al consumo de drogas mediante la prevención. Este Pacto por la sanidad española debe ofrecernos seguridad a todos, especialmente a los ciudadanos, de que los temas cruciales de la sanidad no serán objeto de controversia política sino que todas las administraciones aunarán sus esfuerzos para conservar y mejorar el Sistema Nacional de Salud y para garantizar que nuestros hijos puedan seguir contando con este eficiente pilar del Estado del bienestar. Mis palabras se convierten, desde este mismo momento, en compromiso, en promesa formulada solemnemente. Sé que es así en el aspecto formal por la alta dignidad del foro al que me dirijo, y en el material por la responsabilidad que asumo ante los ciudadanos desde mi cargo. Puedo garantizarles que no escatimaré tiempo ni esfuerzo en este empeño; no lo haré, como tampoco lo hará el valioso equipo humano que me acompaña en este reto. Solo confío en estar a la altura de las expectativas, de las suyas y de las de todos los españoles. Si lo consigo, no seré yo quien salga ganando; saldrán ganando la salud, el bienestar y la seguridad de todos. **(Aplausos.)**

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señor ministro.

A continuación, vamos a dar la palabra a los grupos que han solicitado la comparecencia.

Por el Grupo Parlamentario Popular van a intervenir sus dos portavoces, el señor Mingo Zapatero y la señora Nadal i Aymerich. En primer lugar, tiene la palabra el señor Mingo.

El señor **MINGO ZAPATERO**: Como es natural, serán mis primeras palabras para felicitar al presidente de la Comisión al asumir esta nueva responsabilidad en esta legislatura, al que deseamos los mayores éxitos posibles, exactamente igual que a todos los miembros de la Comisión.

Señor ministro, bienvenido una vez más a la Comisión de Sanidad. Es la tercera vez que usted y yo debatimos en esta Comisión de Sanidad en los meses que lleva usted de ministro. Muchísimas felicidades por su victoria electoral y por su nombramiento como ministro. Sus dos comparecencias anteriores fueron radicalmente distintas de la de hoy. En la primera expuso usted unas líneas maestras, que en principio iban a ser para nueve meses, pero que ya pretendían alcanzar un horizonte lejano de cuatro años, y el contenido de su mensaje fue completamente distinto del contenido del mensaje de hoy; en los ocho o nueve minutos que tengo para intervenir se lo intentaré desgranar. La segunda intervención fue una ardorosa defensa de la investigación biomédica y del Instituto de Salud Carlos III. Hoy en su intervención hay una ausencia clamorosa del mismo, lo cual me produce una enorme tristeza y me empuja a hacer un análisis en relación con la investigación.

Ofrece hoy, señor ministro, y bienvenido sea, un Pacto por la sanidad. Durante cuatro años de la legislatura pasada lo he formulado —y también Convergència i Unió— y ustedes han estado cuatro años rechazándolo. Rectificar es de sabios. Bienvenido, señor ministro. Ahí va a tener usted al Grupo Parlamentario Popular y a todas las comunidades del Partido Popular. Durante la pasada legislatura insistí fundamentalmente en que el Sistema Nacional de Salud tenía cada vez más desigualdades. Les recriminaba a ustedes y les pedía, por favor, que incrementaran más económicamente el Fondo de Cohesión Sanitaria como mecanismo y herramienta que marca la ley para evitar desigualdades. Ustedes lo dejaron congelado en 99 millones de euros, pero ahora el ministro ofrece un pacto de Estado y parece que va a incrementar esa dotación presupuestaria, que bienvenida sea. Durante cuatro años pedimos que se desarrollara la Ley de cohesión y calidad y que hubiera centros de referencia para tratar a todos los ciudadanos por igual y fundamentalmente de determinadas patologías. El silencio fue total aquellos cuatro años. Hoy el ministro viene a decir que en el próximo consejo interterritorial va a haber centros de referencia. Bienvenidos sean. En esa propuesta del Grupo Parlamentario Popular en relación con el pacto le pido, señor ministro —puesto que va a haber muchas cosas que usted y yo vamos a acordar en esta legislatura—, que en esa cartera de servicios que usted va a preparar haya segunda opinión médica, que haya libertad de elección de los ciudadanos de su médico especialista, que haya libertad de elección de los enfermos de los centros donde sean atendidos, y que haya una financiación de la deshabituación tabáquica como una de las condiciones que los expertos entienden precisas para que los fumadores dejen de fumar.

En la pasada legislatura les propuse constantemente en cuantas ponencias, iniciativas y presupuestos anuales hubo, que hiciéramos una ley que garantizara un acceso mínimo en la lista de espera, como marca la ley. Bienvenido sea, señor ministro. Por fin vamos a tener una ley que marque tiempos máximos de espera diagnóstica y de espera quirúrgica que sea lo menor posible. Llevamos cuatro años reclamando que hubiera un pacto de Estado y una política común en relación con los recursos humanos. Señor ministro, en este sentido cuatro años perdidos. Bienvenido que haya una recuperación en relación con las políticas de recursos humanos. Constituya usted la comisión consultiva, dé agilidad a la Comisión Nacional de Recursos Humanos, arregle los problemas que tenemos en relación con las distintas especialidades, áreas de capacitación específica, desarrollo de los profesionales. Es asombroso que no se cubran las plazas de médicos de familia y que todas las comunidades autónomas estén diciendo que no tienen médicos ni personal de enfermería para las sustituciones en el verano. Pongámonos todos de acuerdo. Les dijimos: estudiemos en el Congreso de los Diputados con todas las comunidades autónomas y hagamos una subcomisión para que trabaje en este campo y lleguemos a acuerdos. La oferta está ahí de nuevo, señor ministro, para que convoquemos una subcomisión en este Congreso de los Diputados y en esta Comisión para trabajar todos juntos en relación con este asunto.

En cuanto a las nuevas tecnologías, señor ministro, quiero dar una pincelada. En la legislatura pasada se invirtieron aproximadamente 141 millones de euros. Bien, según los datos recogidos en Eslovenia el otro día, España está diez puntos por debajo de la media europea en la aplicación de nuevas tecnologías. Cuatro años diciendo que tenía que haber receta electrónica; no la hay. Ahora usted la va a poner. Bienvenida sea. Cuanto antes mejor. Cuatro años reclamando la tarjeta sanitaria de igualdad y de cohesión; pasó el tiempo y no la tuvimos. Espero que la tengamos en esta legislatura. Historia clínica electrónica, que sea vital para todo y que sea computable en todas las comunidades autónomas. En los cuatro años pasados no se produjo. Espero que en esta legislatura sea así.

Dos pinceladas en relación con la farmacia. Al principio hubo muchas dudas por su parte. No aceptaron las proposiciones no de ley de mi grupo parlamentario de defensa del modelo sanitario de farmacia español —que es muchísimo mejor que el modelo liberal o que el modelo económico—, porque ahí tenemos una gran garantía sanitaria. En cuantos impulsos necesite el Gobierno ahí va a tener al Grupo Parlamentario Popular para defender el modelo de farmacia. ¿Y para que haya control del gasto farmacéutico? De acuerdo. Pero tenemos un incremento del 19 por ciento en el mes de abril, espero que sea una cuestión puntual de un mes. Le sugiero, señor ministro, en este sentido un asunto: que todos los ciudadanos españoles, con independencia del territorio donde estén, tengan el mismo derecho y el

mismo acceso a los fármacos, sea cual sea el médico que recete o la farmacia que expida en las comunidades autónomas, porque hay determinados ciudadanos que no tienen acceso a fármacos que son financiados por el Sistema Nacional de Salud.

Dos pinceladas rápidas sobre propuestas de acuerdo en relación con la salud pública. Ha mencionado usted la tuberculosis. Espero que tengamos ya por fin un trabajo en este sentido, porque las cifras de la tuberculosis resistente en España son las primeras en Europa. Y, ¡ojo con la gripe aviar! Llevo cuatro años hablando de la gripe aviar, señor ministro. Esfuerzos se han hecho, pero menos esfuerzos económicos de los que debiera haber; seguimos sin tener fábrica de vacunas; estamos en nivel 3 de alerta mundial; parece que ya hay salto luego, aviso que este es un tema muy importante en salud pública. Pacientes. Cuatro años pidiendo representación para los pacientes, cuatro años con enmiendas pidiendo apoyo real a los pacientes en la participación. Silencio; ni una sola enmienda aprobada en este sentido. Yo pido para los pacientes más información, que se profesionalice su gestión, que tengan presupuesto y que el apoyo sea real. Financiación. Señor ministro, bienvenidos. Si en el próximo Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se va a debatir por fin lo que marca la Ley de Cohesión y Calidad que aprobamos todos, y se va a debatir por fin por los consejeros de Sanidad qué ocurre con la financiación sanitaria, con sus peculiares matices sobre financiación global de todas las comunidades autónomas, podían haberlo hecho ustedes antes y cumplir la ley. ¡Cuatro años perdidos! Pero bienvenida sea la rectificación. Así que le felicito si en el próximo consejo interterritorial las comunidades autónomas pueden hablar de financiación sanitaria. Estaré encantado. Seguro que será positivo para el Sistema Nacional de Salud y positivo para la sanidad española.

Por último, dos temas. Señor ministro, me da un poco de pena que un gran investigador —una licencia y, por qué no, un apoyo en este caso, señor ministro— viniera a transformar la investigación en el Ministerio de Sanidad y Consumo y que hoy su silencio haya sido clamoroso. Le pido que haga cuantos esfuerzos sean necesarios de acción política en el Gobierno de la nación para que el Carlos III, como marca la Ley General de Sanidad, dependa del Ministerio de Sanidad y Consumo; que se garantice que el CNIO y el CNIC y todos los centros nacionales de investigación permanezcan en el Ministerio de Sanidad y Consumo, por una sola razón: porque así serán trasladados más fácilmente los acuerdos entre investigación básica e investigación clínica, así como el mantenimiento de la investigación en red que tanto compartimos, que debe marcar una iniciativa de extraordinaria trascendencia para la modernidad del Sistema Nacional de Salud. Si usted deja que den este bocado al Ministerio de Sanidad y Consumo, usted habrá defraudado muchísimas ilusiones, habrá perdido casi la mitad del presupuesto del Ministerio de Sanidad y Consumo —una parte importante—, y desde luego habrá sido un

claro error del Gobierno del señor Rodríguez Zapatero, pero en eso nos va a tener usted también.

Por último, señor ministro, le quiero hacer dos sugerencias finales, a ver si también en esto tengo suerte y podemos ponernos de acuerdo. Llevo cuatro años pensando y diciéndoles que uno de los pocos cánceres preventivos es el cáncer de colon, y hemos presentado durante cuatro años iniciativas y enmiendas para que se incorpore la prevención del cáncer de colon en todas las comunidades autónomas. ¿Va a ser esta una realidad a lo largo de esta legislatura? Segundo. Otro clamoroso silencio: el de la salud mental. Usted ha estado hablando más de una hora y le recuerdo que en este momento en la población mundial va a haber un 11 por ciento de enfermos, un 11 por ciento de ciudadanos que tendrían trastornos del comportamiento. Por tanto, requieren diagnóstico, tratamiento y prevención. Todo esfuerzo que haga el Ministerio de Sanidad y Consumo en este tema, en colaboración con las comunidades autónomas, en este tema, me parece que es de una enorme trascendencia para mejorar la salud de los ciudadanos. Como se ha acabado el tiempo, señor presidente, le paso la palabra a mi compañera de escaño para que mencione cuál es nuestra posición ideológica y política en relación con las políticas de consumo y de seguridad alimentaria.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Nadal, tiene usted la palabra.

La señora **NADAL I AYMERICH**: Quiero, en primer lugar, felicitarle, señor ministro, por las responsabilidades que nuevamente asume en el ministerio y quiero reiterar la bienvenida que le ha dado el presidente a esta Comisión, a pesar de que usted no es nuevo en esta plaza. Lo que lamento no poder agradecerle es la información que usted nos ha facilitado respecto a cuáles van a ser los objetivos y el programa que pretende desarrollar el Gobierno que ha obtenido la confianza de la Cámara. Digo que no se lo puedo agradecer, porque del cómputo total del tiempo que usted ha dedicado, no se ha extendido más allá de cuatro minutos y medio a hablar de consumo. Nos hemos molestado en comprobarlo. Ha sido una exposición que, en materia de consumo —se lo digo con todo respeto y con toda cordialidad, pero también con toda contundencia—, ha parecido más una política de perdigonada que una política con unos ejes políticos de acción y una voluntad, que es lo que queremos pedirle esta tarde, en nombre del Grupo Parlamentario Popular: una voluntad de ejercer un verdadero liderazgo desde su ministerio en materia de consumo. Que se termine con aquello que ha pasado en esta legislatura que acabamos de terminar, es decir, con aquella sensación y aquella realidad política de: ¡Uf, y encima me ha tocado consumo! No, señor ministro, creo que la significación social de las políticas de consumo y el impacto que tienen en la calidad de vida de los ciudadanos le obligan a usted —le obligaban a usted hoy, esta

tarde— a ofrecernos no sólo unas grandes líneas generales, no sólo unas grandes políticas, sino a hablarnos realmente de políticas concretas. Es muy necesario que usted nos cuente cómo va a proteger ese bien jurídico superior que son los derechos de los consumidores, porque usted esta tarde ha vuelto a reconocer algo que ya reconoció en el acto de toma de posesión de sus altos cargos. Ha reconocido que en cuatro años el consumo no ha estado en la agenda política del Gobierno. Usted ya lo ha hecho en otras ocasiones y lo ha vuelto a hacer hoy: parece que quiere poner el marcador a cero y no pueden poner el marcador a cero, señor ministro, porque si es cierto que usted tiene responsabilidad en materia de consumo desde hace menos de un año, no lo es menos que el Gobierno socialista ni inicia hoy su andadura ni la inició tampoco con usted. Ustedes llevan cuatro años gobernando y ahora se dan cuenta de que tienen que poner el consumo en la agenda política, porque —repite sus palabras— me importa lo que importa a los ciudadanos. Pero durante cuatro años realmente no les ha importado lo que importa a los ciudadanos.

También debo decirle, señor ministro, asimismo con toda cordialidad, que no puede haber tanta exigencia cuando estaban en la oposición y tan poca diligencia en sus cuatro años de Gobierno. Haré algunas consideraciones y preguntas concretas que creo de la mayor utilidad, dada la premura de tiempo y por esa especie de mochila en que se ha convertido el consumo en su comparecencia de esta tarde. En definitiva, si hablamos de los grandes principios, usted ha mencionado mejorar la formación y la información de los consumidores. ¡Hombre, pues claro que sí! ¿Quién va a estar en contra? Todos estamos de acuerdo. Pero si pasamos de esta grandilocuencia declarativa, de estos grandes principios, el principal problema que ha tenido el Gobierno socialista en la defensa de los derechos de los consumidores ha sido la falta de liderazgo. Y le pondré algunos ejemplos que me parecen de la mayor importancia, sobre todo porque como no empiezan de cero tenemos la obligación, como ha hecho mi compañero, de analizar la credibilidad de sus palabras a la luz de lo que han hecho estos últimos cuatro años.

Fíjese, usted ha empezado diciéndonos —ya se había producido antes en la comparecencia de su antecesora la ministra Salgado— que el ministerio está empeñado en una amplia renovación normativa. ¿Pero cuál es la realidad? La realidad es que sigue vigente la Ley de 1984. Es cierto que se hicieron reformas. Es cierto que se hicieron incorporaciones importantes que dieron lugar a un texto refundido. Pero un texto refundido que está basado en normas que responden a una ley de principios de 1984, con lo cual la filosofía que se recoge es de finales de los años setenta. Eso no puede dar en ningún caso respuesta a las necesidades de la defensa de los derechos de los consumidores en una realidad que ha cambiado completamente. ¿Ha mejorado el marco? Sí. Pero es absolutamente imprescindible contar con una nueva ley. Usted se ha referido muy de pasada —yo se lo

digo con todo el respeto, pero con toda claridad—, en esa política de perdigonada que nos ha parecido su intervención respecto a materia de consumo, a comercio electrónico, telecomunicaciones, reunificación de créditos, productos milagro, calidad de los servicios; son ejemplos que hay que abordar con urgencia, porque nada tienen que ver con la realidad, con la filosofía, incluso con la técnica legislativa de una ley de principios de los años ochenta. Es verdad que la semana pasada, en previsión de que tendría esta comparecencia, presentó usted ante el Consejo de Ministros una estrategia de seguridad alimentaria 2008-2012. Esta presentación responde a una huida hacia delante por parte de su ministerio ante la pésima gestión que se hizo de la crisis del aceite de girasol. Porque si se dice que se tienen que mejorar los controles de seguridad, de trazabilidad y de calidad de los alimentos, ¿oiga, qué hemos hecho hasta ahora? Creo sinceramente que se deberían mejorar la seguridad, la trazabilidad y la gestión del Ministerio de Sanidad y Consumo. En cualquier caso a esta estrategia de seguridad alimentaria quisiera referirme, señor presidente, en la siguiente comparecencia.

Si dejamos los grandes principios y hablamos de liderazgo, hace cuatro años, en una comparecencia idéntica a ésta, al inicio de la legislatura el Gobierno asumió el siguiente compromiso: vamos a mejorar la posición de todos los consumidores en aquellos contratos de adhesión en los servicios que más les afectan, agua, teléfono, gas, servicios bancarios, luz. ¡Luz, señor ministro!

Pero, ¿qué ha hecho usted? Aquí hemos oído hablar a todo el mundo; aquí ha intervenido el ministro de Industria, la vicepresidenta primera del Gobierno, pero usted no ha dicho nada. Usted —estoy segura de que lo hace— está en contacto con las asociaciones de consumidores, y sabe que esa es una de las principales preocupaciones que tienen en este momento los consumidores y usuarios. Es que usted tiene que explicar a los veinte millones y medio de usuarios de la tarifa doméstica qué va a pasar con el precio de la luz. Puedo entender que haya alguien en el Gobierno que esté muy preocupado por los resultados de las eléctricas, pero es que usted tiene que pronunciarse sobre esta propuesta que aparece y desaparece, como el Guadiana, en relación con una factura social en el precio de la luz o respecto a la supresión de la tarifa nocturna.

Le pedimos liderazgo, no puede ser que desde el Gobierno se engañe a los ciudadanos diciendo que va a haber más horas valle y que, por tanto, el precio de la luz no va a ser más caro, cuando todos sabemos que, aunque se incrementen las horas valle —que es verdad, está en el decreto—, se obliga a contratar mayor potencia y, como la luz es más cara, mayor potencia a mayor precio, recibo de la luz mucho más caro.

En materia de asociaciones de consumidores quieren mejorarlas y darles la importancia que tienen. Pero es que hace cuatro años nos dijeron que se establecería un marco jurídico de estas asociaciones. ¿Qué ha pasado

con esto? ¿Dónde está la normativa? ¿Qué ha pasado con la tan cacareada profesionalización de las asociaciones de consumidores? En este punto, señor ministro, no puedo dejar de preguntarle sobre una cuestión que me parece de extrema importancia, de extrema gravedad, porque tiene un impacto muy importante sobre una materia de seguridad jurídica. ¿Tendría la bondad de aclararnos cuál es la situación jurídica del Consejo de Consumidores y Usuarios, después de una sentencia del Tribunal Supremo en la que declara ilegales los requisitos que deben reunir las asociaciones para formar parte de este consejo? ¿Qué piensa hacer para dar cumplimiento a la sentencia? Seguro que usted está de acuerdo conmigo, señor ministro, en que es de vital importancia no dejar planear esa sombra de inseguridad jurídica en un órgano que tiene tanta importancia en la defensa de los consumidores como es el consejo.

Tengo que hacer una referencia imprescindible al Instituto Nacional del Consumo. Señor ministro, pero si es que lo ha mantenido en estado letárgico la pasada legislatura, pero si se ha convertido en la casa de los espíritus, y ahora nos dice que va a crear un observatorio de políticas de consumo. ¿Para qué?, ¿Se trata solo de ampliar organigrama, de hacer una huida hacia delante? ¿En qué va a beneficiar a los consumidores? Porque, que haya un grupo de trabajo y que funcione como un observatorio nos parece muy bien, pero creo que usted debe explicárselo a esta Comisión, porque no le ha dedicado ni un minuto.

Respecto a la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, me referiré a ello ampliamente en el turno de la siguiente comparecencia porque realmente creo que respecto al funcionamiento de la agencia —se lo digo ahora y después se lo ampliaré— le han engañado a usted, señor ministro. Se lo digo con toda claridad y después tendré ocasión de explicarlo.

Se ha referido usted muy ampliamente también a la colaboración y la cooperación con todas las comunidades autónomas, y yo tengo que preguntarle: ¿por qué le da tanta pereza convocar la conferencia sectorial? ¿Por qué no la convoca? Las declaraciones grandilocuentes de cooperación y de colaboración están muy bien, pero es que, fíjese, todas las medidas que usted tomó en la nefasta gestión que hizo del aceite de girasol las hizo a través de la prensa; las comunidades autónomas se enteraban a través de la prensa de lo que estaba pasando, y eso es muy grave, señor ministro, porque usted sabe que además son las administraciones que tienen la competencia ejecutiva en esta materia, son ellas las que la tienen y, como le decía...

El señor **PRESIDENTE**: Señora Nadal, le ruego que vaya terminando; pues llevamos veinticinco minutos.

La señora **NADAL I AYMERICH**: Termino enseñada, señor presidente y lo hago refiriéndome a Fórum y Afinsa. Le repetimos que es imprescindible equiparar los derechos de inversores de bienes tangibles al resto

de inversores, y le insto a que tenga liderazgo, a que constituya el fondo de garantía y que el Instituto de Crédito Oficial cubra el cien por cien de la inversión. Le decía, señor ministro, que usted no puede poner el marcador a cero, porque llevan cuatro años, no nos vale ahora esta huida hacia delante. Lo que sí le puedo decir es que el marcador no está a cero, pero que su ministerio en materia de consumo sí ha venido a esta Comisión con un suspenso.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene ahora la palabra por el Grupo Parlamentario de Convergència i Unió la señora Tarruella Tomàs.

La señora **TARRUELLA TOMÀS**: Señor ministro, señorías, es esta mi primera legislatura y mi primera intervención en esta Comisión. No quiero recordarle que mis compañeros ya le decían muchas cosas de las que usted mencionó en la pasada legislatura, pero sí quiero empezar diciéndole que me ha gustado lo que ha dicho del Pacto para la salud. Es cierto que nuestro grupo parlamentario llevaba tiempo pidiendo, en la otra legislatura y durante la campaña electoral, grandes pactos de Estado sobre sanidad, sobre inmigración y sobre educación. Veníamos reclamando siempre estos pactos y, por lo tanto, oírsele decir a usted en esta Comisión, señor ministro, me ha gustado y creo que ahí nos encontrará para trabajar en este camino y lograr este pacto sobre sanidad.

Usted ha hablado aquí de grandes planes, de proyectos, pero le quiero recordar, como usted lógicamente sabe, que las comunidades autónomas son las que tienen lo sustancial de las competencias de prestaciones a los ciudadanos, y si bien ha estado diciendo que todos estos planes se harán en colaboración con estas comunidades autónomas, tengo la obligación de recordarle que lo que debe, sobre todo en colaboración con las comunidades autónomas, ponerse al día es la financiación. Usted conoce la deuda histórica que hay en materia de sanidad con Cataluña, y desde nuestro grupo parlamentario le volvemos a recordar que esperamos que se pueda resolver en breve plazo.

Le he oído hablar de reforzar la coordinación con las comunidades autónomas, de seguridad y tranquilidad respecto de los ciudadanos y de los profesionales, estamos de acuerdo en ello. Estamos de acuerdo, señor ministro, y sobre todo en los planes de acción que van a desarrollar sobre salud laboral. Nuestro grupo estará de acuerdo en colaborar con el ministerio para llevar a cabo estos planes pero siempre vigilando la no invasión de competencias, ya que en materia de sanidad sabe que son muy pocas —se lo he dicho antes— las que le quedan en su ministerio. Pero, ya que habla de la seguridad y tranquilidad de los ciudadanos y de los profesionales, hoy quiero preguntarle —tengo el compromiso de hacerlo— cómo va a llevar a cabo el compromiso que usted ha adquirido —y estos últimos días lo ha ido diciendo también en prensa, lo ha comentado con los

consejos generales de Enfermería y Podología— para resolver la inseguridad jurídica que en este momento están sufriendo miles y miles de profesionales de enfermería, pero también de podología, en relación con la prescripción. Ha hablado muy bien de los planes de asistencia domiciliaria, del nuevo papel de la enfermería en la sanidad, y para llevar a cabo todo esto es necesario e imprescindible que solucionemos este problema de la inseguridad jurídica de todos ellos. Le pido que, después de este compromiso que usted ha asumido públicamente, me explique cómo lo vamos a poder resolver. Desde luego, nuestro grupo estará en ello. Nosotros teníamos iniciativas preparadas para presentarlas y esperamos que lo podamos resolver porque es importantísimo para la sanidad y también para la seguridad de estos profesionales.

Usted también ha comentado la falta de profesionales médicos y las especialidades, y quisiera preguntarle cómo piensa ayudar a este centenar y pico de personas que están ejerciendo de pediatras en nuestro país en las diferentes comunidades autónomas y que todavía no tienen el título homologado; si piensa hacer alguna nueva convocatoria y qué piensa hacer al respecto para poder solucionar este tema. No le he oído hablar aquí —lo he echado de menos en su intervención y se lo ha dicho el representante del Grupo Popular, que me ha precedido en el uso de la palabra— de salud mental. Tampoco le he oído hablar de la coordinación que debe llevarse obligatoriamente con el Ministerio de Educación, Política Social y Deporte en el aspecto sociosanitario. La pasada legislatura se aprobó aquí la Ley de autonomía personal y atención a la dependencia, pero yo le pido que desde su ministerio haga todo lo posible para potenciar la investigación sobre todas esas enfermedades crónicas que pueden generar dependencia y que, de hecho, generan dependencia, y cómo con el estudio de todas estas enfermedades, hacer planes para prevenirla y para no hacerla más gravosa.

Quiero pedirles ante todo, y como he dicho al comienzo de mi intervención que lleguen a un acuerdo en cuanto a la financiación de las comunidades autónomas. Hoy mismo, mientras venía hacia aquí, leía un artículo en *La Vanguardia* donde se manifestaba que la sanidad catalana necesita mil millones más al año para sostenerse. Eso es cierto y usted lo sabe. Lo he dicho antes. Espero que lo podamos solucionar pronto, porque si no tendremos un grave problema en nuestra sanidad para poder continuar garantizando esta equidad, seguridad y calidad de la asistencia que estamos dando a todos nuestros ciudadanos.

También quería pedirle, en la potenciación de la asistencia primaria necesaria, que estos planes que se están impulsando desde el ministerio sobre asistencia primaria no sean más de lo mismo. Le pido sobre todo que tenga en cuenta todo el aumento de profesionales especialistas y, si puede ser, que se incorporen en estos equipos psicólogos y podólogos. Es muy importante para nuestra población, para prevenir muchos de los problemas y en

esta medicina preventiva que se necesita tanto en nuestro país, que se incorporen también estos profesionales en todas las áreas básicas de la sanidad. Le quería preguntar qué puede hacer al respecto y qué intenciones tiene en este sentido.

Señor ministro, también le quiero recordar que nuestro grupo parlamentario se ha caracterizado siempre por la colaboración, pero vigilando siempre que estas políticas sean muy respetuosas con nuestras competencias.

El señor **PRESIDENTE**: A continuación, grupos que deseen fijar posición. En primer lugar, por el Grupo Mixto tiene la palabra la señora Barkos.

La señora **BARKOS BERRUEZO**: Doy la bienvenida al ministro y a su equipo hoy en esta primera comparecencia en Comisión y, por supuesto, le felicito por la revalidación al frente del ministerio. Analizaremos, si le parece, señor ministro, su prolija —no sé si decir exhaustiva— presentación de planes y de intenciones que usted nos trae, con su equipo, para la IX Legislatura. Y digo prolija —y no sé si tanto exhaustiva— porque sí nos hemos encontrado con un amplio catálogo de planes, un amplio catálogo de objetivos, en el que sin duda en esta Comisión todos nos vamos a encontrar (de hecho, me empieza a preocupar un tanto que ese gran pacto para la sanidad que usted nos anunciaba y que empieza a ser tan bien acogido, dada la bondad con la que es recogido por grupos tan diferentes en esta Cámara, no vaya a quedar en un brindis al sol), pero seguramente —y coincidiremos en ello la mayor parte de los grupos esta tarde— hemos echado en falta medidas concretas para ese frontispicio que usted nos ha dibujado de objetivos en los que, como no puede ser de otra manera, todos coincidimos, incluso quienes representamos en esta Cámara a comunidades que, en ese sentido, si acaso, pueden acompañar en los objetivos, pero no tantos; dado el grado competencial y de financiación en esta materia que hoy nos ocupa, quizá no hay tanto una reivindicación territorial, pero sí un acompañamiento —cómo no— en los objetivos. Por tanto, como decía, gran Pacto por la sanidad, por descontado, pero, en esa expresión genérica de la acción de su ministerio, nos hemos quedado con ganas de escuchar medidas concretas. Por ejemplo, respecto a la coordinación o a la cohesión sanitaria, materia enormemente sensible y seguramente el eje principal del ministerio que usted ocupa. Sensible políticamente, primero, porque se refiere fundamentalmente a esa política que es el día a día de los ciudadanos, la atención de la sanidad desde el sector público, y sensible también, y especialmente, porque puede ser arma arrojadiza indeseable en el terreno de la batalla partidaria. Usted mismo lo ha dicho y creo que ha apuntado bien cuando decía: materia sensible que jamás debe ser utilizada como arma arrojadiza. Estoy absolutamente de acuerdo y creo que lo compartimos todos en esta Comisión. Pero hemos visto en otras materias especialmente sensibles en la vida diaria de los ciudadanos, como es la educación pública

en estos momentos, que uno de los elementos de mayor embate partidario en el conjunto de la política estatal es precisamente la educación pública y, más concretamente, el tema de las lenguas en la educación pública. No permitamos —y yo creo que ese debe ser un objetivo a compartir por parte de todos— que materia tan sensible como la atención sanitaria, y muy especialmente la sanidad pública, pueda llegar a ser utilizada en esos términos.

La única medida concreta que hoy nos pone el ministro encima de la mesa es un reforzamiento del Consejo Interterritorial de Salud y nos preguntamos qué ocurre entonces con una materia especial y de especial calado en toda esta cuestión —y lo han citado ya los portavoces que me han precedido—, como es la suficiencia financiera. Es seguramente el gran reto en los próximos cuatro años, reto además transversal, que compete al Gobierno central y a las comunidades autónomas. Con respecto a la suficiencia financiera, nos anuncia, también como medida concreta, un debate en el seno del consejo interterritorial del próximo 18 de junio. Yo me pregunto si no es dilatar la necesidad que en estos momentos tenemos de tomar medidas concretas. Por descontado que el debate no sobra, por descontado que la búsqueda de consensos a través del diálogo es absolutamente vital. Pero entendemos que la situación económica y, por ejemplo, los últimos datos en torno al superávit presupuestario nos obligan a acometer o, cuando menos, a escuchar por boca del ministro, en su primera comparecencia en la Comisión de Sanidad, algunas medidas concretas a la hora de hacer frente al que, sin duda, es el toro que hay que agarrar por los cuernos estos próximos cuatro años, el tema de la suficiencia financiera.

Nos hubiera gustado también escuchar algún tipo de medidas muy concretas —no sé si su equipo las está ya detallando y nos puede adelantar algo— en torno al capítulo más preocupante o desde el que, desde su ministerio, se puede comenzar a tomar medidas unitarias —no digo uniformes, pero incluso hasta uniformes—, que es el capítulo del gasto en medicamentos. Nos gustaría saber si tienen ya previsto acometer algún tipo de medidas que nos permita salir de aquí esta tarde con la sensación de que empezamos a trabajar en una línea marcada por el ministerio, acompañarla o no, y poder debatir esta cuestión en esta Comisión, que creo que también es el foro, más allá del consejo interterritorial.

Un último apunte en torno a las medidas que se están acometiendo y que nos gustaría poder escuchar por boca del ministro. Me refiero a un asunto que resulta recurrente en los últimos años —y al igual que alguna portavoz que me ha precedido yo también su nueva en la portavocía de esta Comisión— y tengo la sensación de que es una materia— y creo que no me he perdido en sus palabras— que no se ha definido en cuanto a medidas; es, señor ministro, la salud mental. Es un asunto que ningún ministerio ha terminado no voy a decir de solventar en cuanto a dotaciones e infraestructura dotacionales, pero cuando menos sí de acometer o de hincarle

el diente. Es una carencia grave que en estos momentos tiene la sanidad pública en el conjunto del Estado en cuanto a infraestructuras para atender a esa parte de la ciudadanía que está aquejada de problemas de salud mental que cada vez va tomando formas y arraigo nuevo en la sociedad y va incidiendo de manera cada vez mucho más especial en el día a día de los ciudadanos y a la que, sin embargo, todas las administraciones públicas, pero muy especialmente la Administración Central, son en estos momentos incapaces de dotar de las infraestructuras, de las dotaciones necesarias para hacerle frente. Me gustaría escuchar medidas concretas en la medida de lo posible o, cuando menos, un esbozo de trabajo con respecto a estas cuatro materias que le señalaba: coordinación o cohesión sanitaria, suficiencia financiera sanitaria, gasto en medicamento y salud mental. Pero también me gustaría escuchar por boca del ministro su impresiones con respecto a otras cuestiones: por ejemplo, el catálogo de prestaciones y de servicios, no tanto uniforme, sino unificado y unitario.

Otra cuestión. En este momento, no sé si llamarle de crisis o de recesión —parece que uno se pone de una parte u otra del hemisferio si lo llama de una u otra manera—, vamos a dejarlo en crítica recesión económica que vivimos, ¿prevé alguna incidencia especial, importante, por ejemplo, con respecto a alguna de las medidas de apoyo en salud buco-dental que anunció su propio ministerio haya por el mes de septiembre? ¿La reducción del superávit presupuestario puede afectar a alguna de las medidas que su ministerio anunció al final de la legislatura pasada? ¿Cómo piensa acometer la coordinación con el Ministerio de Ciencia e Innovación, con respecto al Carlos III? Me ha extrañado, señor ministro, y en esto coincido con el señor Mingo, el hecho de que no haya habido en la presentación del ministro de Sanidad de la IX Legislatura referencia de fundamento al hecho de que haya sido asumido por el Ministerio de Ciencia e Innovación lo que ha venido siendo una pata fundamental en el seno del Ministerio de Sanidad y Consumo, el área de investigación dirigida desde el Carlos III. Por tanto, ¿cómo piensa acometer la coordinación? Entiendo que esto es fundamental. Me gustaría saber si cree usted que las políticas de investigación son transversales o deben ser enclavadas de manera estanca en un ministerio. Estoy convencida de que coincidiremos en que deben ser transversales y, dado que se ha decidido hacer de la materia de investigación algo más estanco en torno a un ministerio, me gustaría saber cuáles son esas medidas de coordinación y de trabajo esenciales que piensa acometer con el Ministerio de Ciencia e Innovación para llevar adelante una tarea absolutamente fundamental que entiendo compete también a este ministerio.

Respecto a la otra pata del departamento —consumo—, en un reciente encuentro que mantuvo el ministro con los portavoces de esta Comisión, llegamos a la conclusión de, al menos en esta legislatura, hacer permeable al conjunto de la sociedad —medios de comu-

nicación, grupos de opinión, sociedad en general— el hecho de que el Ministerio de Sanidad y Consumo ha hecho un catálogo amplio y exhaustivo, y desde luego prolijo. Sé que luego vamos a tratar una cuestión que va a poner en evidencia la defensa que hará usted del departamento que dirige en este área concreta, y por tanto no me voy a extender mucho más. Pero sí quería preguntarle en torno a una polémica reciente en la que hemos echado en falta la voz del Ministerio de Sanidad y Consumo, la polémica que representantes de la alta cocina han mantenido estos días con una profusión importante en los medios de comunicación, tema que quizá no ha alertado, pero sí ha interesado enormemente a la opinión pública, a los ciudadanos en general. Se ha seguido con avidez, se ha seguido con profusión y sinceramente, ministro, hemos echado en falta la voz del Ministerio de Sanidad y Consumo; hemos echado en falta la voz docta, la voz neutral, pero sobre todo la función de árbitro de la Agencia de Seguridad Alimentaria, permitiendo no tanto que se generara una alerta de las dimensiones que sí se generaron en torno a la crisis del aceite de girasol, de la que hablaremos luego, pero sí algunas referencias preocupantes para una industria, quizá no amplia en su dimensión económica, pero sí importante, como es la industria gastronómica, y para el turismo del conjunto del Estado. Como digo, se genera una polémica en la prensa internacional que creo que ha dañado un área muy sensible para el turismo, para la industria gastronómica, por el hecho de que ustedes, la Agencia de Seguridad Alimentaria no haya sido rápida, o ágil a la hora de responder, a la hora de mediar en torno a esta polémica. Ha sido un mal ejemplo de cómo deben actuar, en casos como al que me refiero, el Ministerio de Sanidad y Consumo, y muy en concreto la agencia. Nos señala usted que tiene prevista, según nos anunciaban tras el Consejo de Ministros del pasado viernes, esa estrategia de seguridad alimentaria 2008-2012, y en ella entiendo inscrito un proyecto de ley de seguridad alimentaria y nutrición. La celeridad en la actuación, incluso en casos que pudieran parecer mínimos como este último al que me he referido, es absolutamente necesaria en un ministerio que aspiro, seguro que aspiramos todos, a que sea conocido al final de esta legislatura como el Ministerio de Sanidad y Consumo.

El señor **PRESIDENTE**: A continuación, en nombre del Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds tiene la palabra el señor Canet i Coma

El señor **CANET I COMA**: En primer lugar, quiero felicitar al señor ministro por reasumir las funciones. Muchas de las cosas que le podría decir ya han sido apuntadas anteriormente por otros portavoces. En cualquier caso, ninguna objeción al contenido general de su exposición, mucho menos a la terminología, al vocabulario. Hablar de pacto, hablar de no utilizar la sanidad como arma política, hablar de cohesión, de equidad en

el acceso a los servicios sanitarios y, sobre todo, hablar de la adecuada financiación difícilmente es discutible pero, como también se le ha dicho repetidamente, la pregunta importante es cómo lo va a conseguir. La portavoz de *Convergència i Unió* se ha referido a unas cifras que ha publicado la prensa en Cataluña provenientes de la *Conselleria de Sanidad* que hablaban de esos mil millones al año necesarios para poder seguir dando prestaciones de calidad a los usuarios. La pregunta, por tanto, sigue siendo cómo se las va a arreglar usted para resolver este problema que algunos lo hemos situado geográficamente, pero que es general. Por tanto, más allá de la buena intención, sería bueno saber qué solución mágica, si es que la tiene, va a aplicar a este problema.

Ha hablado de reflexión —si no he apuntado mal— sobre criterios en el próximo consejo interterritorial. Evidentemente, habrá que reflexionar pero también que resolver. Le apunto — intentaré ser muy breve y concreto porque las generalidades, repito, ya se han dicho—, como ejemplo el caso de autonomías que tienen déficit clarísimos en la atención a desplazados de otras autonomías que en el caso de Cataluña se cifra en 16 millones de euros. ¿Ese va a ser un criterio fundamental? ¿Lo va a defender? ¿Encuentra lógico que se tenga en cuenta? O, por ejemplo, otro criterio. En algunas comunidades autónomas, quizá no de forma general pero sí localizada en centros importantes demográficamente hablando, la atención turística y la atención sanitaria a los extranjeros, ¿va a ser un criterio sobre el que van a reflexionar? Pero, sobre todo, ¿se tomarán decisiones en ese aspecto? O en alguna otra circunstancia más, quizá de tipo fiscal o cuasi fiscal, por ejemplo, ¿se ha planteado el Gobierno eximir a los centros de la red sanitaria pública de impuestos como el IBI o el IAE, compensando, evidentemente, a las haciendas locales? O, por ejemplo, ¿se ha planteado que los centros sanitarios puedan recuperar el IVA de sus compras a fin de que puedan destinar más recursos a la atención? Son preguntas concretas que sumo a las ya generales que se han formulado antes, insistiendo en ese problema de financiación que afecta seguramente a la sanidad de todas las comunidades autónomas que tienen competencias, y —como también se ha dicho— son sus autoridades las que reciben el impacto ciudadano —si se me permite la expresión— cuando la atención no es todo lo correcta que se quiere.

Una brevísima pincelada respecto a temas farmacéuticos. ¿Se ha planteado el Gobierno modificar la Ley de Ordenación Farmacéutica a fin de bajar el módulo de 1.000 habitantes/farmacia, a fin de que barrios de ciudades en expansión tengan el suficiente servicio farmacéutico? Aunque sea en aplicación de lo que usted ha llamado equidad en el acceso al servicio. También en ese caso sería importante.

Respecto al caso competencial de Cataluña —insisto en que mi partido representa, lógicamente, ese ámbito territorial o el de países catalans, y a ese caso concretamente vamos a circunscribirlo— también quiero formular una pregunta también: ¿Tiene el Gobierno previsto

modificar la Ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias, a fin de que la *Generalitat de Catalunya*, en ejercicio de sus competencias, pueda elaborar programas de formación de las especialidades de ciencias de la salud, fijar la oferta de plazas de acceso a la formación especializada, acreditar los centros y las unidades docentes para la formación de especialistas en ciencias de la salud y, finalmente, regular la relación laboral especial de residencia? Pregunta también bastante concreta sobre si su Gobierno se lo ha planteado en el ámbito competencial.

Finalmente, dos pinceladas —si usted quiere— ideológicas: el aborto y la eutanasia. El aborto está despenalizado, efectivamente, desde hace mucho tiempo —año 1985— pero la regulación clara, a juicio de nuestro grupo, no existe. Por tanto, le hago la siguiente pregunta: ¿Se plantea regularlo al menos de una forma más clara? ¿Piensa abordar el tema de la regulación de la eutanasia en esta legislatura? O, por ejemplo, en el caso de la Ley Antitabaco —y no quisiera entrar en casuísticas parlamentarias del edificio— ¿se plantea su ministerio hacerla más restrictiva en el futuro vistos los resultados o considera que donde estamos nos encontramos ya bien situados y con resultados correctos?

También, para no alargarme, quisiera hacer dos precisiones en cuanto a consumo. Quiero sumarme a lo que se ha dicho antes en cuanto a que seguramente el peligro es que la pata del consumo se quede en una pata a lo mejor no siempre bien asentada pero, en cualquier caso, esperemos —porque confiamos en usted— que sea capaz de darle otro aire a este peligro que muchos ya han afirmado que ven. Decía que quería hacer dos apreciaciones. Una genérica, relativa a la futura ley de la intermediación financiera. ¿Usted cree que el perfil de supervisión lo encontraremos más en personal de organismos de consumo o en personal de organismos financieros como, por ejemplo, del Banco de España? Es una pregunta para ver por dónde irán los tiros. En el caso de Cataluña, quiero mencionar una cuestión que usted no ignora en absoluto respecto al Centro Europeo del Consumidor. El Estado español en el año 2004 decidió centralizar la gestión de los centros europeos en Madrid. Creemos que implicaba un cierto menosprecio al trabajo hecho desde el año 1991 por el Centro Europeo del Consumidor de Barcelona que se había convertido en uno de los mejores de Europa con reconocimiento muy explícito y con años de experiencia. Viendo que otros países han decidido tener dos sedes, por ejemplo, Italia o Alemania, o algunos tener una sede distinta de la capital, le pregunto también si se ha planteado la posibilidad de algún tipo de medida compensatoria —por llamarlo de una forma eufemística— hacia Cataluña y Barcelona por ese tema.

Repito la felicitación, señor ministro.

El señor **PRESIDENTE**: A continuación, tiene la palabra el portavoz del Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV), señor Agirretxea Urresti.

El señor **AGIRRETXEA URRESTI**: Señor ministro, yo también soy nuevo, por tanto me estreno como portavoz en esta Comisión. Seré muy breve, entre otras cosas, porque creo que la intervención del ministro ante esta Comisión en primer lugar requiere una lectura pausada, una atención que no tiene por qué derivar en una respuesta *a bote pronto*. Quizá la propia legislatura nos dé tiempo y espacio para que todas las cuestiones que él ha ido planteando aquí las vayamos respondiendo los diferentes grupos parlamentarios en la actividad parlamentaria que se nos ha encomendado. Por tanto, agradezco la intervención que ha realizado.

Mi grupo prefiere juzgar lo hecho a posteriori, sin prejuizar; sin prejuizar en lo negativo, pero tampoco en lo positivo, porque a veces la alabanza excesiva puede ser un prejuicio positivo. Nos mantendremos en una especie de atención constante y haremos profesión de vigilantes en aquello que el señor ministro ha prometido realizar y que ha planteado como política de su ministerio. Usted ha presentado un programa lleno de buenas intenciones —que no dudo de que así sean, además— y planes que llevan interesantes títulos, pero que en muchos casos, me temo, reflejan una necesidad de llenar la cartera de acciones o de actividades. De todos modos, mejor pecar de exceso que de inactividad. Pero, cuidado, el exceso nunca puede ser una invasión, y lo digo como mecanismo preventivo, no como acusación de nada; el exceso nunca puede ser una invasión.

Señor ministro, atención por igual a todos los ciudadanos, por supuesto; cooperación entre comunidades autónomas y Gobierno central, también; acceso y equidad garantizada a todos los ciudadanos, cómo no; calidad y calidez —esas son sus palabras—, también de acuerdo. Todo eso está muy bien. Cooperación, sí; igualdad, sí; equidad, sí; calidad, sí; imposición, no. La autonomía es autonomía en todo el ámbito competencial establecido y reconocido. Las comunidades autónomas —y hablo por la mía— tienen su propio sistema, tienen su propia política y tienen su propia gestión, reconocida y refrendada, además; no pueden ser consideradas unas delegaciones del Ministerio de Sanidad, porque no lo son. Colaboración, sí; imposición, no. En nombre de la igualdad no se puede cercenar lo que está transferido y pactado; además, le emplazo, señor ministro, a que no permita, como ministro de Sanidad, que se juegue con conceptos dañinos y arrojados. Antes se ha utilizado aquí el concepto de la sanidad como arma arrojada, sea usted el garante de que eso no sea así. Nosotros tenemos las transferencias, tenemos nuestro Servicio Vasco de Salud —estoy hablando en este caso como representante del Partido Nacionalista Vasco— en la Comunidad Autónoma de Euskadi y, además, por medio de nuestro sistema fiscal propio, derivado del Concierto Económico y posteriormente del cupo que pagamos al Estado, nos financiamos. No permita que se nos acuse de privilegiados, porque eso no es ningún privilegio, es un derecho, reconocido constitucionalmente, además. Defiéndalo usted; sea usted quien, ante acusaciones que quieren

utilizar a veces la sanidad como síntoma de desigualdad, defienda que eso no es así y que la colaboración, la cooperación con las comunidades autónomas, y en este caso con la mía, ha sido positiva y que debe seguir siendo así. Porque a veces —y coincido con mi compañera de escaño, con Uxue Barkos, y además no creo que a nadie tenga que extrañarle que coincidamos porque parte de mi partido es parte de su coalición— se utiliza como arma arrojada y en otros conceptos mucho más amplios. Ella ha hablado de la educación, pero también ocurre en la sanidad. En mi propia comunidad autónoma ha habido algunos partidos políticos que incluso han presentado proposiciones no de ley en el Parlamento Vasco defendiendo el uso de la lengua para acceder precisamente al servicio vasco de salud, como si saber euskera y ser un buen médico no fueran cosas compatibles; como si para ser un buen médico no hubiera que saber euskera o si sabes euskera no pudieras ser nunca un buen médico. Son lamentables situaciones que se han dado en mi comunidad autónoma y que prefiero que no se repitan.

En cuanto a las líneas generales, yo le agradezco, señor ministro, las explicaciones que nos ha dado y la cartera de actividades, de planes y de proyectos que tiene usted. Espero que sean realizados. Por nuestra parte, tendrá colaboración para todo ello. Sí me preocupa, como decía también la señora Barkos, el área de la investigación, y en eso coincido también con el representante del Grupo Popular. La investigación biomédica creo que es algo muy importante y usted es el primero que lo sabe. No sabemos todavía que hará el otro ministerio porque aún no nos lo ha dicho. La semana pasada, por medio de una interpelación pedimos la transferencia de I+D que estatutariamente está reconocida y que en el Estatuto de Gernika aparece además como tal. El Gobierno nos despachó con cajas destempladas diciendo que nunca se transferirá. Esperábamos que fuera la propia ministra quien nos lo dijera. En este caso, no sabemos si la investigación biomédica quedará en sus manos, en qué términos quedará, en cuáles no. Todavía estamos esperando.

En el ámbito puramente profesional sanitario, yo también he echado en falta referencias concretas a temas como la homologación de títulos; atención y planes concretos para enfermedades mentales, como ha dicho mi compañera de Convergència i Unió, o para enfermedades derivadas de la senectud. Cada vez somos más viejos, por lo tanto, más dependientes. Estamos viviendo lo que se denomina el envejecimiento del envejecimiento; un nuevo fenómeno en esta Europa occidental, y precisamente mi comunidad es una de las más viejas de toda Europa. Por lo tanto, hay nuevas realidades y se precisan nuevos remedios y nuevas soluciones. El alzheimer es una enfermedad que deberíamos estudiar en esta legislatura. La oncología es otro de los aspectos que cada vez afectan y preocupan más a la ciudadanía, y podríamos enumerar muchos más casos.

Desde mi grupo parlamentario le deseo la mejor de las suertes, pero la suerte no como concepto derivado del azar, sino como derivado del trabajo, la dedicación y las ganas de entendimiento.

El señor **PRESIDENTE:** A continuación tienen la palabra los dos portavoces del Grupo Parlamentario Socialista, la señora Grande Pesquero y el señor Fidalgo Francisco. Tienen ustedes veinte minutos deslizantes.

La señora **GRANDE PESQUERO:** Con el término deslizante me ha dejado usted un poco deslizada. Espero que sea amable con los tiempos como lo ha sido con el resto de los grupos.

Señor ministro, bienvenido de nuevo a esta Comisión de Sanidad y Consumo. Esta vez sí al principio de la legislatura; una legislatura durante la que vamos a tener a buen seguro retos tan importantes como interesantes y que va a necesitar del esfuerzo y la colaboración de todos los estamentos y, desde luego, también de esta Comisión del Congreso de los Diputados que, desde su carácter legislativo —estoy segura que como lo ha hecho siempre— estará una vez más a la altura para continuar colaborando en el mantenimiento de nuestro Sistema Nacional de Salud como un patrimonio social de todos los ciudadanos al que nadie en nuestro país está dispuesto a renunciar. Para ello desde mi grupo le ofrecemos toda la colaboración a usted y a su equipo.

En la legislatura pasada el Gobierno dedicó mucha atención a la salud de los españoles. En líneas generales, se trabajó mucho para la prevención y promoción de hábitos de vida saludables, el fomento de la investigación biomédica y por la sostenibilidad del sistema con aportaciones extraordinarias por parte del Estado. Mientras que el señor Mingo se pasó cuatro años reclamando, el Gobierno se pasó cuatro años trabajando; producto de esto es que el ministro comparece hoy para explicarnos cuál es su programa de trabajo para los cuatro años. Es un programa extenso y, como ha dicho la portavoz de Nafarroa Bai —no está en este momento—, la señora Barkos, prolijo y con muchísimas medidas concretas. Ella ha hablado de una sola medida concreta, pero deberá leerse el discurso después —como ha dicho el portavoz del Grupo Parlamentario Vasco habrá que leerlo con mucha dedicación y tranquilidad— porque ha dado muchísimas pistas y ha dicho muchísimas medidas concretas en todos y cada uno de los ámbitos y pilares de la sanidad española. Señora Barkos, decía que después se lo lea tranquilamente porque ha habido muchísimas medidas concretas; más de una.

El señor ministro comparece hoy para explicarnos cuál es su programa de trabajo para los próximos cuatro años. Yo quiero recordarles en esta primera sesión de la Comisión de esta legislatura desde dónde partimos y qué hizo el Gobierno en general y el ministerio en particular después de que el Partido Socialista obtuvo la confianza de los ciudadanos, por tanto, las responsabilidades de Gobierno en el año 2004. Se hicieron muchas cosas, señor Mingo, y se las voy a recordar. Nosotros éramos

dialogantes —continuamos en el diálogo—, intentábamos el consenso, pero ustedes se pasaron cuatro años no solo reclamando sino con una crispación un poco más dura. Bienvenidos sean ustedes también al consenso, bienvenidos al diálogo; ahí nos encontrarán siempre. Se ha leído el programa del Partido Socialista y ya he entendido de su intervención que le hemos convencido. **(Rumores.)** No sabe usted la alegría que me da, porque me estreno en las labores de portavoz y la verdad es que es bien difícil a veces estar en la crispación y no en el diálogo. A nosotros siempre nos tendrá en los acuerdos, con una lealtad institucional, como no puede ser de otra manera.

Siempre hablamos de evaluación, de que la evaluación es una asignatura pendiente de las políticas públicas; pues vamos a evaluar, aunque los ciudadanos ya lo han hecho el 9 de marzo y no creo que haga falta que les recuerde con qué resultado. Quiero comenzar con el gran impulso que se dio a la promoción de hábitos saludables de vida, que ya ha empezado a producir resultados, disminuyendo importantes problemas de salud de la población española, con la Ley de Prevención del Tabaquismo, la estrategia NAOS, el código PAOS y el programa Perseo, el estudio antropométrico de la población femenina, el Plan de acción contra las drogas 2005-2008 y las estrategias nacionales de atención al parto natural, al cáncer, a la cardiopatía isquémica, a la diabetes, a la salud mental y a los cuidados paliativos. Por eso cuando el ministro y nosotros hablamos de programas de calidad y cohesión estamos hablando de salud mental, de oncología, de cardiopatía isquémica, de parto natural, porque están las estrategias de salud donde se habla extensamente de eso. La primera, la del cáncer, va a ser evaluada en los próximos días, y vamos a tener la colaboración de todas las comunidades autónomas y de todas las sociedades científicas. Por tanto, sí hemos hablado de salud mental. Hay una estrategia de salud mental que está en marcha, por cierto financiada por el ministerio. La Ley de Prevención del Tabaquismo, que fue aprobada por todos los grupos parlamentarios de esta Cámara y con el respaldo de más del 70 por ciento de los ciudadanos, merece una mención especial como ejemplo de lo que es deseable en políticas de salud pública. Esta ley ha sido calificada por el Comité nacional de prevención del tabaquismo como el mayor avance en salud pública en España en las dos últimas décadas. En su informe de 2007 —y tras solo un año en vigor— indican que esta ley ha alcanzado el 80 por ciento de sus objetivos sin que se hayan generado conflictos significativos en la sociedad española, y esto a pesar de la aplicación sui generis que algunas comunidades autónomas hacen de la propia ley. Gracias a la ley han disminuido un 40 por ciento los puntos de venta y en el 85 por ciento de las empresas españolas hay un buen cumplimiento, fruto de lo cual más de 750.000 españoles han dejado de fumar y 2 millones fuman menos. Estos datos son esperanzadores, específicamente en adolescentes entre 14 y 18 años, donde registramos que ha descendido el consumo

por primera vez desde el año 1994, aunque desde luego las cifras todavía siguen siendo muy elevadas. Como indicadores de salud, me gustaría recalcar que los primeros datos han revelado una disminución en la morbilidad por infarto de miocardio del 11,4 por ciento. Desde luego legislar a veces trae buenos resultados. Además de la aprobación de la ley, se han impulsado políticas de prevención tabáquica y de deshabituación con una financiación de más de 45 millones de euros. Por tanto, también se habla, también se financia y también se trabaja en la deshabituación y en la prevención del tabaquismo.

En cuanto a otras políticas de salud pública, se aprobó un Plan nacional de preparación y respuesta ante una pandemia de gripe aviaria y hay 10 millones de tratamientos antivirales y se reforzaron enormemente los puestos de inspección fronteriza; después está todo el Plan multisectorial frente a la infección del VIH y el sida 2008-2012, y algo que siempre me ha preocupado mucho —quizá por la comunidad de la que provengo, que es Canarias—: desde el año 2004 hay puesto en marcha un Plan nacional de prevención ante los efectos de las altas temperaturas sobre la salud, que se aplica cada verano y que está siendo muy importante sobre todo para los sectores de población más sensibles. En materia de política farmacéutica quiero recordar el Plan estratégico de política farmacéutica, que se publicó a finales de 2004, con el objetivo de mejorar la prestación farmacéutica, fomentar el uso racional de los medicamentos, aumentar la eficiencia de los recursos económicos destinados a su financiación pública y reforzar la sostenibilidad del sistema, y por supuesto la Ley de garantías y uso racional de medicamentos y productos sanitarios que actualizaba una ley del año 1990 y que ha aumentado la transparencia y la objetividad de los procesos, adaptando los avances y garantizando la seguridad, la calidad y la universalidad de la prestación farmacéutica en todo el Sistema Nacional de Salud. Además, como ha comentado el ministro, también el ministerio ha puesto en marcha, conjuntamente con las comunidades autónomas, un programa de control de abastecimiento de medicamentos y una estrategia para evitar los medicamentos falsificados. Todo ello ha producido una moderación en el gasto; ese ahorro en la factura farmacéutica, al que se ha referido el ministro hace un momento, ha sido dedicado por las comunidades autónomas a otras prioridades sanitarias, lo que ha redundado en más y mejores prestaciones para los ciudadanos. Además se ha conseguido que el consumo de medicamentos genéricos se haya doblado desde el año 2004. A todas estas medidas normativas les podemos unir el impulso a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios que, gracias al crecimiento en su plantilla y en su presupuesto de un 100,67 por ciento, pudo desatascar toda la cantidad de procesos de evaluación y autorización que tenía pendientes.

En cuanto a las políticas de calidad, me gustaría comentar algunos aspectos, como el Plan de calidad para

el Sistema Nacional de Salud con las estrategias puestas en marcha, a las que me he referido hace un momento, y que tienen por objeto esencial asegurar una atención sanitaria de excelencia, más personalizada, más centrada en las necesidades particulares del paciente y que también requerirá esfuerzos para apoyar a los profesionales en todo aquello que contribuya a favorecer y conseguir esa excelencia clínica que persiguen las estrategias ya descritas, y que reafirma los protagonismos esenciales que los pacientes y los profesionales de la salud tienen en el sistema sanitario actual. Es una buena noticia la continuidad del Plan de calidad con las nuevas estrategias que acaba de anunciar el ministro, que seguirán mejorando la calidad y la equidad en nuestro sistema. Por cierto, todas ellas tienen ficha financiera, a diferencia de otros planes aprobados que duraban poco tiempo más que el titular del periódico del día donde se anunciaba. Todo el proyecto de sanidad en línea, que el ministro ha anunciado, va a continuar avanzando, como indica el nombre del plan al que se refieren, que es el Plan Avanza. Quiero resaltar un asunto al que su ministerio, en colaboración con otros, ha dado mucha importancia y que he visto que va a continuar con una estrategia que nos ha anunciado de equidad, salud y género, que es la salud de la mujer; con proyectos que se elaboraron en la legislatura pasada, que hoy son una realidad, como el Observatorio de salud de la mujer y la Comisión para la prevención de la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud, que elaboró un protocolo común para la atención sanitaria a las víctimas, que a día de hoy se muestra como una herramienta muy útil para la detección de este tipo de terrorismo doméstico contra el que todos los esfuerzos siguen siendo necesarios.

En cuanto a políticas de cohesión, es mucho lo que se ha hecho: el Plan de salud bucodental, la estrategia de atención primaria para el siglo XXI, sobre la que existen fundadas esperanzas de que tras su primera y próxima evaluación se convierta en un buen instrumento para mejorar la atención en domicilio y la coordinación entre los dos primeros escalones, la atención primaria y la especializada. La calidad y la cohesión se han visto reforzadas al aprobarse normas como la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, que no se actualizaba desde el año 1995, y desde luego por el Fondo de Cohesión Sanitaria pues, pese a lo que diga el portavoz del Grupo Parlamentario Popular, se ha duplicado la compensación a las comunidades autónomas que reciben y atienden a pacientes de otras comunidades y también se ha multiplicado por 30 la financiación del Estado a las comunidades autónomas que asisten a extranjeros, tanto residentes como turistas; y le habla alguien de la Comunidad Autónoma de Canarias, que recibe más de 10 millones de turistas al año. Desde luego no hay mayor expresión de la voluntad de un Gobierno para el mantenimiento de la igualdad y de la equidad entre los ciudadanos que el apoyo para el equilibrio financiero; producto de esa voluntad se puso en marcha en la pasada legislatura la Comisión Interministerial para el equilibrio

financiero del Sistema Nacional de Salud, porque este Gobierno ha creído desde el primer día en un sistema de salud público, universal y de calidad. No solo se celebró una Conferencia de Presidentes monográfica sobre el tema de sanidad sino que además hubo una transferencia de financiación extraordinaria por un total de 7.275,8 millones de euros. En ese sentido mi grupo espera que en el marco de la negociación del nuevo acuerdo de financiación de las comunidades autónomas todas mejoren su posición y que en cumplimiento de sus competencias todas ellas destinen los fondos necesarios para mantener los pilares del Estado de bienestar, de los cuales la sanidad es uno de los más consolidados y reconocidos; a veces no se trata de gastar más sino de gastar mejor. No quiero extenderme mucho más, pero este periodo 2004 a 2008, año en el que nos encontramos, ha sido un tiempo de consolidación, avances y mejoras con una asunción de responsabilidades del Gobierno y protección de lo público como era ya necesario tras los ocho años del Gobierno del Partido Popular. Un período donde el paciente ha vuelto a ser el centro del Sistema Nacional de Salud y en el que se ha trabajado para mantener, reforzar y desarrollar el Sistema Nacional de Salud.

Había preparado mucho más: recursos humanos, investigación biomédica. El señor ministro se ha referido extensamente a esto y en la segunda intervención podríamos ampliar alguna cosa más. Terminaré, señorías, diciendo solamente que nadie puede dudar respecto a la investigación de que investigar salva vidas; con la Ley de Investigación Biomédica hemos logrado tener un marco ético y jurídico para los científicos y para los ciudadanos que está en la vanguardia mundial. Ello nos va a permitir seguir trabajando para que los nuevos logros científicos trasladen sus resultados a la práctica clínica lo más rápidamente posible en beneficio de los ciudadanos, tanto en materia de prevención como para el tratamiento de algunas enfermedades. Usted, señor ministro, ha expresado su voluntad para que el ministerio que dirige siga trabajando para desarrollar iniciativas de investigación e innovación sobre todos aquellos aspectos que mejoren la atención sanitaria, tanto fomentando la investigación independiente y de carácter no comercial como en la regulación en cuanto a ensayos clínicos y en la coordinación entre los clínicos y los investigadores básicos. Asimismo ha expresado que la investigación es un esfuerzo integrado de gobierno, y desde la colaboración con otros ministerios se continuará promoviendo como hasta ahora, quizás más aún, la investigación biomédica. Para nuestro grupo es suficiente con su compromiso y con saber que el Gobierno y los diferentes departamentos, de manera colegiada, van a continuar con la investigación como uno de sus objetivos fundamentales, y para ello estamos convencidos de que se proseguirá invirtiendo en I+D+i en salud como área estratégica del Plan Nacional de I+D+i 2008-2011. El programa que hoy nos ha expuesto está en la línea de mantener las bases del sistema, de proteger sus principios fundacionales (equitativo, solidario, integral y descentralizado)

y que su desarrollo y cumplimiento a lo largo de los próximos años protegerá nuestro Sistema Nacional de Salud para que continúe siendo por lo menos el cuarto sistema mejor del mundo, como ha publicado en enero de este año un estudio de la London School of Hygiene and Tropical Medicine y un servicio público muy bien valorado por los ciudadanos como se refleja en los sucesivos barómetros y encuestas realizadas a la población española. Para ello, para mantener, reforzar y desarrollar el Sistema Nacional de Salud, cuente con mi grupo que sin duda estará en el diálogo leal y en el consenso —no en la adhesión sino en el consenso— para conseguir todas y cada una de las iniciativas que puedan servir para alcanzar tan necesarios objetivos.

Le cedo la palabra a mi compañero.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Fidalgo, tiene la palabra.

El señor **FIDALGO FRANCISCO**: Muchas gracias, señor ministro y felicitaciones por su exposición, además a la vista de la unanimidad que su intervención ha suscitado en la valoración que de ella han hecho los portavoces en términos generales; por tanto felicitaciones. Por cuestión de economía, simplemente me adhiero al protocolo de felicitaciones que también hace el señor Mingo, con lo cual dense todos por felicitados.

Dicho esto y entrando en los temas de Consumo, que son los que en esta legislatura me toca defender desde el punto de vista de la política del Gobierno pero también desde los compromisos programáticos del Partido Socialista, no tengo más que empezar agradeciendo al señor ministro que haya puesto por fin en la agenda política —según las palabras de la señora Nadal— el consumo; ella ya se ha encargado de decir que con una exposición de perdigonada, pero debían ser mil perdigones porque ha quedado bastante claro cuáles son todas las medidas que se piensa llevar adelante en esta legislatura. Evidentemente, si ahora se ponen en la agenda las políticas de consumo, teniendo en cuenta que la legislatura pasada fue desde luego desde el inicio de la democracia, creo, la más fructífera en legislación y en actividad política en torno al consumo, en esta vamos a superar con mucho ese récord, y los frutos van a ser todavía más espectaculares. En todo caso, conviene recordar que en la anterior legislatura, por solo dar unas pinceladas, elaboramos aquí la Ley de mejora de protección de los consumidores y usuarios y el real decreto que plasma el texto refundido y que de alguna manera recoge, ahora sí, todo el conjunto de la legislación estatal sobre políticas de consumo. También aprobamos la Ley por la que se regula la protección de los consumidores y usuarios en la contratación de bienes tangibles; por cierto, que esto nos suena mucho en relación con Fórum y Afinsa, y conviene hacer una precisión en respuesta a la señora portavoz de Consumo del Partido Popular. En esta cuestión el Gobierno hizo lo adecuado: garantizó por supuesto el interés general, la utilidad y buena utilización de los impuestos de todos

los ciudadanos y también dio protección a quien más lo necesitaba. Solo quiero recordar en este sentido que este mismo año, en los presupuestos del año 2008, se recoge una partida presupuestaria de 24 millones de euros en colaboración con el ICO precisamente para dar cobertura a esas personas más afectadas por esa presunta estafa de Fórum y Afinsa. No solo no se quedó ahí sino que también se elaboró un real decreto por el que se modifica la regulación del sistema arbitral de consumo, por no citar también el refuerzo que supuso para la Agencia Española de Seguridad Alimentaria la incorporación en sus competencias —también en su título— de las preocupaciones por la nutrición. Todas estas medidas dan una idea de la complejidad del tema que estamos tratando, pero también de la gran globalidad que hoy representa para nosotros la protección de la salud y también la protección de los derechos de los consumidores, que se pueden afrontar de diferentes maneras. ¿O no es acaso posible afrontar desde la LOE, que también hemos aprobado en la anterior legislatura, con la incorporación de la asignatura de Educación para la ciudadanía, la formación a través de esa asignatura en consumos sostenibles y responsables? Desde luego, está demostrado que la interdependencia y la globalidad es un enfoque que nosotros llevamos adelante de una manera comprometida en la protección de la salud. También la legislatura pasada supuso el éxito de la estrategia NAOS, no solo por los resultados concretos, sino que supuso un cambio en la política y en la cultura respecto a la alimentación que ha dejado de ser tal para ser ahora nutrición, más allá de lo que es en sí misma la comida y ahora también un factor determinante de salud, por tanto fuertemente ligada a las políticas preventivas, a los hábitos saludables y, como decía, de promoción de la salud.

Quizá estemos en un nuevo tiempo. Quizá ahora debemos hacer girar el mundo sobre la salud, no tanto sobre la enfermedad, porque al fin y al cabo la enfermedad no es más que el fracaso de la salud, y por ejemplo tener más pacientes no es un éxito, como tampoco es un éxito ser y sentirse enfermo. Por lo tanto ese es el gran reto a partir de ahora, en ello estamos. Ya en la anterior legislatura iniciamos esa senda de preocuparnos sobre todo por la salud, pero además somos un país optimista, sano y longevo —a ello hacía referencia el portavoz del Grupo Vasco: sano y longevo—, vivimos más prácticamente que ningún país en el mundo en términos generales. ¿Por qué a veces nos esforzamos tanto en obtener un diagnóstico que nos asigne una etiqueta de enfermo? ¿Por qué hay tantos intereses en hacer que la gente se sienta enferma?

Ministro, desde luego, trabajamos por la salud de la gente, y en esto quizá llevamos un poco la contraria, porque centramos nuestras políticas en la salud y también en evitar los riesgos y las agresiones para la salud, por eso celebramos la ley —que usted ha anunciado que ya fue al Consejo de Ministros— de seguridad alimentaria que va a reforzar precisamente esa preocupación preventiva y por todas aquellas cuestiones que inciden

en la salud y pueden entrañar riesgos. Insistiremos mucho durante esta legislatura en la concepción integral de la salud, en proteger la calidad de vida y en proteger también a los ciudadanos, a los consumidores, en todos aquellos factores que sí determinan la salud, por supuesto en todos los consumos y los hábitos que como tales son cambiantes, en un mundo que evoluciona rápidamente como el que tenemos, pero nos adaptamos. Hace unos días se publicaba el conjunto de las estadísticas de reclamaciones y consultas de los ciudadanos y se evidenciaba un cambio en esa situación. Ahora la mayor preocupación de los ciudadanos, por lo menos en términos estadísticos, son los temas relativos a las telecomunicaciones, internet, etcétera. En eso vamos a estar, usted lo ha anunciado también dentro de ese catálogo de medidas que ha desarrollado; por tanto, ese gran esfuerzo que tenemos que hacer será para estar siempre del lado de los que se sienten impotentes, porque también la sociedad en la que estamos genera impotencia muchas veces en los ciudadanos, usuarios y consumidores ante los grandes, ante lo grande y lo poderoso. Ahí estoy seguro de que el ministerio va a estar, porque así también lo hemos recogido en el programa: ciudadanos, consumidores y ciudadanos iguales, y eso es muy importante porque la democracia es libertad, pero es también y sobre todo, aunque algunos a veces no lo entiendan, igualdad, y esta se halla en la base de la ciudadanía; libertad e igualdad también son la base de los derechos de los consumidores y usuarios, y es obligación de los poderes públicos tutelar y garantizar esos derechos de ciudadanía. Las leyes y las normas legales deben proteger esos derechos. Las posiciones abusivas y el incumplimiento de la legalidad quiebran la igualdad de los ciudadanos entre sí y ante las instituciones y entidades, por eso es trascendental para la democracia que los poderes públicos cumplan las leyes pero también que las hagan cumplir como garantía de igualdad y de ciudadanía. Desde luego, nuestro programa consolida ese gran eje de concebir el consumo en una sociedad de consumidores y de ciudadanos a diferencia del Partido Popular, porque me he tomado la molestia de leer su programa. Efectivamente, su programa en materia de consumo es una perdigonada escueta, dispersa y muy centrada en el mercado, muy poco en los ciudadanos, prácticamente nada. **(Rumores.)** Son cosas que ocurren en el Partido Popular que no deja de utilizar, otras veces, palabras como engaño, que hay que ir erradicando de la diatriba política.

No quisiera terminar sin hacer una precisión, porque es un tema que como portavoz de Consumo me preocupa, acerca de las tarifas eléctricas, de la tarifa nocturna. A todos los diputados nos han remitido cartas preocupantes por esta cuestión, pero ya ha habido una respuesta clara y contundente del presidente del Gobierno y también una comparecencia del ministro de Industria en la que puso las cosas en su sitio. No olvidemos que la cuestión de la energía se da en un contexto nuevo donde se ha multiplicado por seis el precio del petróleo; estamos en un momento en que es muy importante para

el cambio climático procurar que el consumo de la energía sea sostenible y ecológico, que se adapte a los tiempos en que la energía no es solo más barata, sino que su producción también es más ecológica. Por tanto, hay que hacer lo posible para que eso sea así. Desde luego, el presidente del Gobierno ha dicho que el incremento de tarifas será razonable y razonado, no va a agredir a los consumidores, y en todo caso es una hipoteca que hemos heredado del Partido Popular con sus políticas de esconder la cabeza en el agujero. (**Rumores.**) Es cierto. Nos han trasladado a nosotros y a las generaciones futuras las funciones...

El señor **PRESIDENTE**: Por favor, vaya terminando. Lleva veinte minutos.

El señor **FIDALGO FRANCISCO**: Termino ya. Simplemente le digo, señor ministro, que estoy seguro de que con el trabajo conjunto de las comunidades autónomas, de los consumidores que tanto trabajo hacen, de las asociaciones, pero también de este Legislativo conjuntamente con el Ejecutivo vamos a obtener excelentes resultados. Desde luego, el Grupo Socialista le brinda todo su apoyo, y estoy seguro de que vamos a hacer leyes justas y protectoras para hacer que se cumpla además la legalidad.

El señor **PRESIDENTE**: Le corresponde la palabra al señor ministro de Sanidad y Consumo.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Soria Escoms): Señorías, quiero empezar manifestando un agradecimiento general a todos los grupos por los comentarios, por el tono y, como no, por las sugerencias que han surgido a lo largo del debate. También agradezco las felicitaciones por la victoria electoral del Partido Socialista y por el hecho de que me corresponda esta responsabilidad que asumo con ilusión y además creo que con un proyecto.

Voy a contestar por orden a las diferentes intervenciones, pero procuraré acumular las contestaciones y así abreviaré el tiempo, lo cual no quiere decir que atienda más al Grupo Popular que a los otros grupos, pero como el doctor Mingo ha sido el primero en intervenir, iré haciendo referencia por orden a otras intervenciones. Una de las primeras intervenciones, que se ha repetido además varias veces, tiene que ver con la investigación biomédica y con el hecho del Instituto Carlos III; empezaré por aquí. Hay dos formas de organizar la investigación en un Gobierno. Podemos organizarla de forma sectorial, cada ministerio tiene su departamento de investigación dentro, o podemos organizarla de forma transversal, un gran ministerio que asume las competencias de Ciencia e Innovación. En este caso además, cuando Innovación es uno de los ejes de la apuesta de esta legislatura, se ha optado por este sistema, que también tienen los países más desarrollados del mundo. Voy a plantearlo de otra forma. ¿Se imaginan ustedes que se hubiera

hecho en España un Ministerio de Ciencia e Innovación con una apuesta clara por la innovación y el Ministerio de Sanidad y el Instituto Carlos III se hubiesen quedado fuera? En ese momento me estarían diciendo: ¿Cómo ha consentido usted que Sanidad no participe del gran esfuerzo investigador que el Gobierno va a hacer en esta legislatura? Ahí es donde estamos, en una política transversal de todo el Gobierno; por ello esa es la fórmula. Eso lo que quiere decir es que precisamente los profesionales sanitarios y los investigadores biosanitarios van a tener más oportunidades de potenciar su capacidad investigadora. Ya tuve ocasión de decir —creo que es la única vez en la cual un ministro habla en la toma de posesión de otro ministro—, cuando la ministra de Ciencia e Innovación tomó posesión, previamente durante unos minutos lo que eso podía suponer como capacidad para dinamizar la investigación biomédica. Por tanto, si queremos que tenga éxito, hemos de colocar todos los organismos públicos de investigación en ese ministerio. Si no, nos pasaría lo que ocurrió en el último intento que se hizo en España —creo que fue en la última legislatura del Gobierno popular— cuando el Ministerio de Ciencia y Tecnología incorporó esa idea, pero no colocó los OPI en el ministerio, con lo cual a la señora Birulés le quedaba solo regular internet y en ese momento algunos temas de telefonía, porque Ciencia y Tecnología no tenía los OPI dentro. Este es el formato que hemos elegido, pero no quiero que lo vivan como una amputación; al contrario, como una potenciación de esa capacidad investigadora que va a participar en ese esfuerzo.

Las propuestas sectoriales, que tienen otras ventajas, tienen otros inconvenientes, y son aquellas zonas de solapamiento entre diferentes sectores. Por ejemplo, ¿qué pasa si hablamos de Medio Ambiente y Sanidad, que son dos ministerios o un solo esfuerzo investigador?, ¿qué pasa cuando tenemos Agricultura separada de Sanidad? Que aparecen numerosos casos en los que no hay un esfuerzo conjunto como el que aquí se puede hacer. Por lo tanto, yo les pido a todos los grupos, porque creo que todos lo han vivido, que consideren que esta es una oportunidad para que la investigación biomédica participe del gran esfuerzo innovador que va a hacer este Gobierno. Es más, agradeciendo las palabras, digamos, porque he dedicado mi vida a la investigación, ¿alguien puede imaginarse que, si yo soy ministro de Sanidad, va a dejar de importarme la investigación biomédica? A mí no se me ocurre, para mí es inimaginable. Por lo tanto, lo que es prioridad es en salud, sobre todo lo que es investigación en terapias avanzadas, en traslación al paciente, que además está dentro de lo que son competencias de nuestro ministerio, es algo que vamos a potenciar, dentro del ministerio y como política transversal del Gobierno.

Quiero agradecer también el acuerdo —creo que casi unánime— que se alcanza acerca de la oferta que hace el Gobierno de un pacto global por la sanidad, que incluye necesariamente el acuerdo con las comunidades autónomas porque el pacto tiene que ser respetuoso con

las competencias constitucionales. Por lo tanto, yo puedo decirles cuál es mi punto de vista, el punto de vista del Gobierno y la oferta de ir a las comunidades y buscar ese punto en el cual, desde el más exquisito respeto a la Constitución y a la distribución de competencias, también garanticemos lo que son competencias del Gobierno, en este caso del Gobierno de España, que es garantizar la calidad, la equidad y la cohesión en la prestación de los servicios sanitarios en todo el territorio. Ahí tenemos un marco fuerte de trabajo y, por lo tanto, yo les invito a mirar al futuro y no a recordar una y otra vez qué hicimos en la anterior legislatura, en la anterior a la anterior o en la anterior a la anterior de la anterior, porque yo creo que todos vamos a encontrar ejemplos y en muchas ocasiones.

Existe una serie de puntos, por tanto, que ya remito directamente a ese pacto, porque es ahí donde los tengo que discutir, pero puedo hacer comentarios específicos. Queremos regular la garantía de los tiempos máximos de espera, pero es que eso estaba en el programa electoral del Partido Socialista y, por tanto, parece natural que lo queramos llevar adelante. Lo relativo a las políticas de recursos humanos es otro de los temas que tenemos que resolver en ese pacto, y también en el consejo interterritorial y en la comisión de recursos humanos, porque no es un problema que podamos resolver —y con esto estoy contestando a una observación del señor Canet i Coma— a nivel de una sola autonomía. En primer lugar, cambiar una ley es un proceso tedioso, como usted sabe, y que necesita un amplio grado de consenso; en segundo lugar, no hay solución si solo una comunidad intenta resolverlo. Eso lo sabe muy bien Cataluña porque uno de los comentarios que me hace el Gobierno de la Generalitat de Cataluña es que allí se están formando estudiantes de otras comunidades o incluso de otros Estados, con lo cual no resolvemos si el paquete es solo una comunidad. Este es un buen ejemplo de cómo tenemos que resolver a nivel estatal. Posiblemente, tendremos que ir después un poco más lejos, aunque no pertenece a las competencias de este Parlamento, entre otras cosas porque Cataluña recibe muchos estudiantes de Portugal y está formando médicos para Portugal. Tendremos que resolverlo, pero no con una aproximación autonómica. Estoy seguro que ni está en el marco competencial.

En recursos humanos tenemos un estudio de necesidades casi completo. Yo le rogaría, señor Mingo, dadas sus buenas relaciones, con la Comunidad de Madrid, que nos aporte los datos porque es la única comunidad que no nos aporta los datos de necesidades, para completar lo que son las necesidades a nivel de Estado. Si no, haré una estimación y trabajaremos con una estimación, pero sabiendo que el resto de comunidades sí que han aportado los datos.

Estamos en el proceso de incorporación de nuevas tecnologías. Los datos a los que usted se refería de Eslovenia tienen que ver con el global y no con el Sistema Nacional de Salud. En el Sistema Nacional de Salud la historia digital, la receta electrónica, la tarjeta, es uno de

los campos en el que vamos por delante, y algunas de nuestras comunidades —y citaré una gobernada por el Partido Socialista como Andalucía, y otra por el Partido Popular, como la Comunidad Valenciana— son pioneras en Europa. Por tanto, ¿cuál es la misión del ministro de Sanidad y del Gobierno? Que el sistema sea interoperativo y compatible, para hacer posible el deseo que todos tenemos de que un ciudadano español pueda moverse dentro del territorio nacional y, con la misma tarjeta, pueda acceder a los datos elementales, cosa que ahora mismo no es posible. Además, dentro de dos años estaremos hablando del espacio europeo de salud y tenemos que buscar la fórmula para que un país, que es receptor de millones y millones de ciudadanos del resto de Europa, pueda también ofertar ese servicio al resto de Europa. Algo que sé que tiene muchos comentarios de financiación, y hablaré de financiación, pero somos, si no la primera, una de las primeras potencias turísticas del mundo. Las razones por las cuales tenemos una industria turística tan potente incluye muchas cosas. Una de las cosas que incluye es que tenemos un buen Sistema Nacional de Salud y un ciudadano de otro país sabe que en España va a tener una buena atención sanitaria si la necesita, de calidad, comparable o superior a la que recibe en su propio país, y en un tiempo récord. Ese factor es lo que hace que seamos competitivos frente a otras ofertas que tenemos cerca, el norte de África, Turquía, y no me extenderé en otros países. Por tanto, esa es una de las cosas en donde también el Gobierno puede trabajar.

Acerca de la defensa del modelo español de oficinas de farmacia, ya me he posicionado públicamente, también aquí en la comparecencia y recuerdo haber contestado en la anterior legislatura una pregunta de *Convergència i Unió* en el Senado y en los mismos términos me mantengo. Continuamos defendiendo ese modelo y lo que significa.

En salud pública se han citado algunos casos, entre ellos tuberculosis. He hecho una referencia colateral a la tuberculosis, en realidad lo hacía dentro del Ingesa. Ustedes saben que las dos ciudades autónomas de Ceuta y Melilla son el único territorio en el que el ministerio tiene competencias de asistencia y era obligación mía hacer referencia a estas ciudades. Ahí concretamente tenemos problemas más específicos, y otros compartidos con el resto del Estado, pero también es cierto que el ministerio ha elaborado un plan de acción para tuberculosis. Se aprobó en noviembre de 2007 por unanimidad de todas las comunidades autónomas y apoyo de once comunidades autónomas. El compromiso con los pacientes y el Foro de pacientes lo adquirí en una comparecencia y lo convoqué en la anterior legislatura. La idea es continuar trabajando y mejorar esa colaboración dentro del compromiso de participación ciudadana al que me he referido. Ha habido una referencia directa a cáncer. Le adelanto que en el próximo consejo interterritorial aprobaremos la estrategia de cáncer y en ella hay una experiencia piloto de cribado poblacional en dos

comunidades autónomas con respecto al cáncer de colon. Sé que no es todo lo que usted pedía pero, por lo menos, tenemos una primera acción que tiene que ver con cáncer de colon.

Ha habido varias intervenciones sobre salud mental. Prácticamente todos los grupos han citado en sus intervenciones la salud mental. Es cierto que no había referencia de ello en el texto, como tampoco la habrá a otros grupos de patologías. No me he referido al envejecimiento, ni tampoco a la diabetes, que es al campo al que he dedicado los últimos veinte años de mi vida, pero eso no quiere decir que lo la tenga presente. Concretamente en lo que es salud mental, hay una estrategia de salud mental que ya fue aprobada las comunidades autónomas, que se ha dotado con cuatro millones y medio de euros en este presupuesto, y previamente habíamos distribuido otros tres. Además, he manifestado públicamente mi compromiso en el desarrollo de ciertas áreas de la psiquiatría que en nuestro país aún son deficitarias, como la psiquiatría infantil y juvenil, que no son una especialidad. El tema de las especialidades es bueno llevarlo dentro del Consejo Nacional de Especialidades, pero en el futuro puede ser un área de capacitación o, si se estima oportuno, una especialidad. En cualquier caso, atender a las necesidades de la población.

Pasaré a la intervención de la señora Nadal, que tiene que ver más con consumo. En primer lugar, ha hecho un análisis de la anterior legislatura, y a mí me gustaría mirar hacia el futuro, porque si le hago la relación de actuaciones legislativas en materia de consumo en la anterior legislativa y la comparo con el período 1996-2004, en el cual otro partido tenía la responsabilidad, salimos muy beneficiados. Esa no es la pregunta, sino si podemos hacer más cosas en consumo, y, evidentemente, sí. Le agradezco el apoyo para que el ministerio lidere esas acciones en consumo y cuento con su colaboración. Es cierto que el consumo no ha ocupado un espacio de tiempo grande. Usted ha minutado cuatro minutos y medio. Yo no lo había contado. Es difícil evaluar la importancia de un tema por el tiempo que se le dedica. A veces una sola frase tiene más peso que el resto de la intervención. Le rogaría que no le concediera al minutado el valor de mayor o menor importancia, simplemente el compromiso por el consumo. Algunas preguntas ya han sido contestadas, como las que tienen que ver con las tarifas eléctricas. Hay otra que tenía que ver con cómo queda la seguridad jurídica después de la sentencia. Esta pregunta también nos la ha planteado en el Senado el Grupo Popular. Puedo adelantarle el borrador de la contestación que estaba escribiendo, que diría así: En relación con la pregunta parlamentaria —en este caso, sería la intervención de doña Dolors Nadal—, sobre las medidas que tiene previsto tomar el Gobierno para dar cumplimiento a la sentencia del Tribunal Supremo que anula el artículo 3.º apartado 6, del Real Decreto-ley 894/2005, se informa que, como no podía ser de otra manera, el ministerio procederá, en el plazo más breve posible, a la modificación del precepto anu-

lado, que en consecuencia no volverá a ser aplicado, dando así cumplimiento a la citada sentencia. Ha dirigido una pregunta acerca de cómo está el tema de Fórum y Afinsa. Sobre este tema se me preguntó ya en el Congreso en la anterior legislatura. Me remito a la respuesta que dí entonces.

En cuanto a la intervención de la señora doña Concepció Tarruella, de *Convergència i Unió*, le agradezco también la disposición a participar en los pactos. Usted los ha llamado pactos de Estado, yo no he querido ser tan ambicioso y he dicho un pacto por la sanidad, pero evidentemente el área territorial es el Estado. Eso se hará siempre dentro de las competencias constitucionales.

Ha habido varias preguntas en la intervención del señor Mingo y con posterioridad en las del Grupo Vasco y de la señora Barkos, por Nafarroa Bai, acerca de cuál era el compromiso sobre la financiación. Tal como se discute en este país, la financiación no es una competencia del Ministerio de Sanidad, sino del Ministerio de Economía, del Consejo de Política Fiscal y Financiera. Hablamos de financiación autonómica, no de financiación sanitaria. Si quieren, de forma coloquial, podemos utilizar ese término porque lo que sí que nos importa mucho a todos los que nos preocupa la sanidad es qué nos cuesta el Sistema Nacional de Salud —el que tenemos y el que queremos tener—, cómo se genera el gasto, qué partidas de gasto pueden aumentar y por qué, y trasladar esos datos a quienes están negociando la financiación autonómica para lo que, en la práctica, es el capítulo de gasto más importante de muchas comunidades autónomas —el 30 o el 40 por ciento es lo que supone el gasto sanitario en algunas de ellas—, para que dispongan de esa información.

También el señor Canet i Coma, por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds, ha hecho una mención directa a financiación. Yo no voy a hablar de deudas históricas. Tampoco voy a discutir preguntas —ni estoy en condiciones ni es competencia mía— tan específicas como si se va a devolver el IVA. Creo que esto pertenece al ámbito de los criterios con los que se va a financiar el gasto de las autonomías. Lo que quiere el Ministerio de Sanidad, y me he comprometido a llevarlo al consejo interterritorial y la medida ha sido bien acogida, es discutir los criterios y las bases de la financiación como una forma de colaborar. Para la representante de Nafarroa Bai esperarme al día 18 es demasiado tiempo. **(La señora Barkos Berruezo hace gestos negativos.)** Entonces lo he entendido mal. Es dentro de dos semanas y el consejo interterritorial ha formado un grupo de trabajo de gasto sanitario que será el ámbito en donde se reflejen estas inquietudes. Por lo tanto, es ahí a donde lo llevaré, con su permiso.

Le agradezco también el compromiso que adquiere la señora Tarruella con diferentes propuestas que hemos hecho. Concretamente hay una pregunta muy específica —creo que solamente usted la ha hecho— que tiene que ver con qué ocurre con el uso de autorización de medi-

camentos y productos sanitarios por parte del personal de enfermería y podología, es decir, profesiones sanitarias que no sean médicos u odontólogos que son los que en este momento por ley pueden prescribir. No voy a utilizar la expresión prescripción-enfermera, que es la que está en el lenguaje cotidiano, porque no estamos hablando de prescripción sino de uso y autorización de medicamentos y productos sanitarios. Ahí efectivamente se ha producido un hecho del cual el ministerio no es ni siquiera el responsable sino esta casa de la cual ahora yo soy miembro como diputado por Alicante. Hay una diferencia entre el acta que se aprueba en el Congreso de los Diputados y lo que se publica en el Boletín Oficial. El ministerio, acogiendo a la cláusula adicional duodécima del Boletín Oficial desarrolla una orden que tenía, y tiene, un nivel de consenso muy alto entre todas las partes implicadas. Cuando se detecta ese fallo —creo que es la primera vez que ocurre una cosa así en la historia de nuestra democracia—, consistente en que una cláusula aparezca publicada cuando previamente no había sido acordada, hace que el ministerio no tenga base legal para emitir esa orden ministerial. Eso es lo que nos dice el Consejo de Estado, que no hay base legal y, por tanto, no puede emitir una orden cuando estaba ya redactada y tenía un nivel de consenso amplio. Eso quiere decir que tenemos que ir a medidas con rango de ley para poderlo resolver. ¿Qué podemos hacer en este momento? Puesto que es una necesidad y hay un nivel de consenso amplio en la sociedad y en los colectivos, tenemos que buscar qué fórmula —y a ser posible me gustaría consensuarla con ustedes—, para que lo que ya es una realidad y un consenso se traslade a la norma y dé seguridad jurídica a todos, porque no solamente los colectivos a los que usted se refería están afectados, también quienes están participando en cualquier formato de un equipo de salud. Extiendo así la contestación a una pregunta que usted me ha hecho también. Es evidente que con el progreso, con la adaptación a Bolonia, se produce un cambio competencial en diversas profesiones. También las de tipo sanitario. Las diplomaturas desaparecen, como usted sabe, adquieren un nivel de grado y, por lo tanto, eso significa mayores conocimientos y también mayores competencias. Esta revisión continua a la que sometemos el trabajo de los equipos de salud va a afectar a cómo se estructura el trabajo dentro de los equipos. Yo espero que sea positivo y útil para nuestro Sistema Nacional de Salud.

Evidentemente, la estrategia de atención primaria que hemos aprobado en el Consejo Interterritorial incluye numerosos indicadores. Un elemento diferencial en las estrategias de salud que estamos aprobando en este momento es que llevan en paralelo unos indicadores para poder hacer evaluaciones y saber si la estrategia está beneficiando a aquello que buscamos. Por ejemplo, en una responsabilidad compartida entre comunidades autónomas y gobiernos previamente, hemos aprobado guías prácticamente para todas las patologías, pero sin tener mecanismos eficientes de evaluación acerca de si

esas guías se aplican finalmente allí donde se tienen que aplicar, que es en las comunidades autónomas, incluso cuando éstas participan y aprueban, ha significado un instrumento poco útil. Ahora lo que tenemos es un instrumento, que ya estamos poniendo en práctica, de estrategias de salud, en el cual, junto con la estrategia, aprobamos también una serie de indicadores que nos permiten evaluar si esa estrategia va generando beneficios en salud. Ese es el camino por el cual continuaremos.

Me referiré a las preguntas específicas, y no contestadas previamente, de la diputada doña Uxue Barkos. Ha hecho una referencia al gasto en medicamentos. Le voy a comentar cuáles son las grandes partidas del gasto. El gasto sanitario en este momento tiene varias grandes partidas, la más alta es la de salarios, capítulo 1, profesionales sanitarios; eso puede ser el 50 o el 60 por ciento del total del gasto, según la comunidad autónoma. Luego tenemos otra que es el gasto en farmacia, que se descompone en dos elementos: uno, que es el gasto que normalmente vemos de las oficinas de farmacia y de las recetas y, otro, que es la farmacia hospitalaria. Precisamente el gasto a través de recetas es el que tenemos mejor controlado y lo mantenemos por debajo del 6 por ciento, no del 19 por ciento; no sé de dónde ha salido esa cifra. El gasto de farmacia hospitalaria es el que está aumentando. Farmacia hospitalaria se suele referir muchas veces a medicamentos innovadores, a medicamentos oncológicos, que son muy caros, y cuya decisión está ligada a un procedimiento distinto. También está creciendo el gasto en la partida de tecnologías diagnósticas y tecnologías terapéuticas. Este es, en resumen, el esquema que estamos discutiendo y que tenemos que aportar a Economía para ver cómo mantenemos un nivel eficiente en la racionalización del gasto que permita atender a servicios.

El gasto en salud —a mí me gustaría utilizar la palabra inversión, pero sé que en los Presupuestos Generales del Estado está en la partida de gastos— es una decisión siempre muy difícil, porque las expectativas en salud son ilimitadas, pero el presupuesto es finito, y hay que dedicarlo a unas partidas y tomar decisiones. Es más, hay otros ámbitos en los que cuando resuelves el problema anulas esa partida de gasto, pero en salud, cuando resuelves un problema generas, normalmente, nuevas necesidades, como es la propia cronificación de las patologías, que aumenta el gasto; es decir, convertir una enfermedad aguda en una enfermedad crónica aumenta sensiblemente el gasto, pero nuestro compromiso es aumentar la calidad y la esperanza de vida en las mejores condiciones posibles.

Creo que ya he contestado al tema de coordinación y de las políticas transversales en ciencia e innovación. Se ha referido al catálogo de prestaciones y servicios, concretamente ha citado la salud bucodental, en el que sí me he comprometido. La cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud es uno de los elementos más fuertes de cohesión que tiene el sistema. Saber que un ciuda-

dano, esté donde esté, tiene un mínimo cubierto —eso no impide que alguna comunidad pueda hacer algo más— es uno de los compromisos en el que ya estamos trabajando, pero que debería ir en ese pacto por la sanidad.

Respecto a la intervención del señor Canet i Coma, en cuanto a financiación de sistemas sanitarios, le diré que no tengo la solución mágica, pero además añado que nadie la tiene. Creo que este no es el momento ni el sitio para hablar de temas específicos que hay que discutir dentro de elementos que contribuyen a la financiación del gasto sanitario. Ha hecho una pregunta muy concreta que tiene que ver con modificar el módulo farmacéutico. Yo previamente me había posicionado sobre la defensa del modelo español. En ese tema es bueno explicar qué es lo que pasa porque se puede percibir como un monopolio lo que es una distribución de funciones. Las oficinas de farmacia forman parte del Sistema Nacional de Salud y contribuyen y están incluidos en nuestros programas de promoción de salud, y además aseguran que un medicamento, un producto sanitario esté accesible a cualquier ciudadano a cualquier hora en cualquier lugar de España. No hay otros sistemas que lo permitan. Por otra parte, es un sistema muy regulado, prácticamente todos los márgenes están regulados por el propio sistema sanitario. Nosotros aprobamos los márgenes de distribución, de dispensación, etcétera. Por supuesto que puede mejorar —es difícil encontrar un ámbito que no sea mejorable— pero es un sistema que ha generado muchos beneficios, y las alternativas, esa onda liberalizadora —que es aparentemente liberalizadora porque es poner en manos de multinacionales la propiedad de las oficinas de farmacia— allí donde se ha empezado a aplicar como en el Reino Unido, ha significado que los ciudadanos que viven en núcleos de población lejanos o pequeños dejan de tener este servicio, porque las oficinas de farmacia interesantes son las que están situadas en buenos sitios pero las que están aisladas o en núcleos de población pequeños, etcétera, no son tan rentables.

Ha hecho tres preguntas muy específicas empleando palabras que yo utilizaré de otra manera: aborto, eutanasia y tabaco. Me ha preguntado si se plantea regular el tema del aborto. Ya he adelantado que es voluntad del Gobierno regular mediante decreto aspectos importantes en el cumplimiento de la ley que tenemos y que ha sido útil en los últimos veinte años, como son la confidencialidad, la intimidad, la calidad de la prestación sanitaria y la seguridad jurídica de los profesionales. Eso, en nuestra opinión, mejoraría y mejora sustancialmente y evitaría si no todo sí gran parte de los datos que estamos detectando y de los que usted es partícipe. Es probable que esta sociedad quiera plantearse una reforma de la ley. Lo que el presidente del Gobierno dijo en su momento y que son palabras que yo suscribo ahora — como no puede ser de otra forma— es que cualquier cambio de esa ley tiene que ser producto de un consenso amplio. La manera de trabajar para el consenso es formar un grupo de expertos donde no esté solo el Ministerio

de Sanidad sino también, por supuesto, el de Justicia, porque al final vamos a hablar de una norma que hará justicia —nosotros somos responsables de las prestaciones sanitarias—, que esté Igualdad, pero les diría más, que no estemos solo la clase política sino que estén también expertos y profesionales para trabajar en el análisis de la ley actual, de la situación actual y de las propuestas que pueden mejorar esa situación; pero debe ser producto de una reflexión que analice todas las posibilidades. En cuanto a la pregunta sobre eutanasia, es una palabra que prefiero no utilizar, más que nada porque significa cosas distintas para cada uno y en eso hay que ser muy preciso en el uso de los términos. La situación legal en España es, en primer lugar, cuidados paliativos. Aquí las acciones que estamos haciendo ya pero que queremos hacer extensivas a toda la población es universalizar los cuidados paliativos garantizando una muerte digna y una muerte sin dolor allí donde se pueda. En segundo lugar, hay otra situación que es legal en España pero que posiblemente permita un trabajo normativo aún que es la limitación del esfuerzo terapéutico. Precisamente la autonomía del paciente en la decisión sobre actuaciones terapéuticas permite dentro de la ley limitar el esfuerzo terapéutico. Esa palabra se utiliza también para algo que es ilegal en España que es el suicidio asistido. Eso, hoy por hoy, es ilegal y es materia más de Justicia que de Sanidad.

En cuanto a qué haremos con el tabaco, si nos planteamos hacerlo más restrictivo o no, es un tema que ha estado presente estos últimos días porque el Día Mundial sin Tabaco se celebró el pasado sábado y está en el debate. Ahí tenemos, por una parte, a sociedades científicas, a asociaciones que nos piden una medida más restrictiva. Por otra parte, tenemos algunas comunidades que no cumplen la ley o que la hacen más flexible. Por lo tanto, igual que en temas anteriores, la primera actitud del Gobierno es asegurar el cumplimiento de la ley y que la ley dé sus beneficios, porque la ley sí que ha dado beneficios. Si uno lee las encuestas del CIS o las encuestas escolares sobre consumo de tabaco y alcohol ve una disminución clara en el consumo. En España más de 750.000 personas han dejado de fumar. Si uno compara la fotografía que tenemos ahora con la que teníamos hace cuatro o cinco años, ahora se ven cosas que antes no veíamos. Lo que ocurre es que al mismo tiempo Europa también ha cambiado. Nosotros fuimos de los pioneros, pero ahora mismo Italia, Portugal, Francia, Reino Unido han puesto en marcha normas más restrictivas, y cuando los ciudadanos españoles van a Italia —un país muy parecido al nuestro— y ven que ahí está prohibido en todos los sitios y que no pasa nada, te dicen: y por qué no lo hacemos aquí también. Eso es lo que está en la calle. Yo lo que pediría, en primer lugar, es cumplir la ley y cumplirla todos y cumplirla, a ser posible, sin color político. Salud es un tema en el cual podemos estar de acuerdo y trabajar por eso. En segundo lugar, creo que ahí hay un campo común de trabajo para la educación de hábitos saludables. En tercer lugar, a veces se

nos olvida que estamos en Europa y eso mismo que he comentado antes de que otros países europeos ya lo han hecho, hace que estemos cada día más cerca de una directiva europea en ese sentido que, a lo mejor, va a ser una vía en la cual se simplificará el proceso. Existen más actuaciones pero no todas necesariamente tienen que ver con hacer una ley, porque las leyes lo que pretenden es cambiar hábitos y para cambiar hábitos y conductas existen también otros procedimientos. Ha hecho dos preguntas sobre la Ley de Intermediación Financiera, y el Centro Europeo del Consumidor a las que prefiero contestarle por escrito y así acelero la contestación.

De la última intervención, la del señor Agirretxea Urresti, del Grupo Parlamentario Vasco, prácticamente he contestado a todas las preguntas excepto una que tiene que ver con la homologación de títulos profesionales. Esa es una competencia de las universidades, que ahora pertenece al Ministerio de Ciencia e Innovación. Nunca fue competencia del Ministerio de Sanidad homologar quien es o no licenciado en medicina. Ahora, sí que es competencia del Ministerio de Sanidad la formación especializada, las áreas de capacitación y por eso he anunciado el desarrollo del artículo 18 de la LOPS que permita resolver estos temas. He de decirle —y con eso termino— que le agradezco la colaboración que ha manifestado y me alegra haber oído su defensa de los valores constitucionales que todos compartimos y que yo siempre voy a respetar, en lo que tiene que ver con competencias y es lo que tiene que ver con el resto de valores que tenemos en nuestra Constitución.

El señor **PRESIDENTE**: Habíamos previsto una interpretación flexible de los tiempos para no recurrir al turno de réplica; en todo caso, es la primera comparecencia, así que, ¿existe voluntad por parte de algún grupo parlamentario de utilizar el turno de réplica? (**Denegaciones.**)

Terminamos entonces el primer punto del orden del día. Antes de pasar al segundo punto del día vamos a suspender cinco minutos la sesión. (**Pausa.**)

— **LAS MEDIDAS ADOPTADAS POR EL MINISTERIO A RAÍZ DE LA ALERTA COMUNITARIA SOBRE DETERMINADAS PARTIDAS DE ACEITE DE GIRASOL PROCEDENTES DE UCRANIA. A PETICIÓN PROPIA. (Número de expediente 214/000018.)**

— **LAS RAZONES QUE HAN LLEVADO A RECOMENDAR EL NO CONSUMO DE ACEITE DE GIRASOL DURANTE UN PERIODO DE TIEMPO EN EL MERCADO ESPAÑOL. COMPARECENCIA URGENTE A PETICIÓN DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 213/000062.)**

— **LAS DECISIONES ADOPTADAS POR EL GOBIERNO EN RELACIÓN AL CONSUMO DE ACEITE DE GIRASOL Y SU INCIDENCIA SOBRE LA SALUD HUMANA. A PETICIÓN DEL GRUPO PARLAMENTARIO CATALÁN (CONVERGENCIA I UNIÓN). (Número de expediente 213/000063.)**

— **PARA QUE DÉ EXPLICACIONES ANTE LA CRISIS GENERADA A RAÍZ DE LA POSIBLE ADULTERACIÓN DE ACEITE DE GIRASOL, Y TRAS LAS PREOCUPANTES DECLARACIONES AL RESPECTO REALIZADAS POR ÉL MISMO, ASÍ COMO PARA INFORMAR ACERCA DEL PLAN DE ACTUACIÓN PREVISTO POR EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO A RAÍZ DE LA CRISIS YA CITADA. A PETICIÓN DEL GRUPO PARLAMENTARIO VASCO (EAJ-PNV). (Número de expediente 213/000064.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al segundo punto del orden del día, relativo a las comparecencias solicitadas en relación con el aceite de girasol y su incidencia en la salud humana. El procedimiento será el mismo que en el punto anterior, solamente que disminuiré el tiempo y lo haremos menos deslizante. Por tanto, el criterio general será en torno a cinco o siete minutos para cada intervención, teniendo en cuenta que luego haremos la media y habrá intervenciones de quince minutos y otras de veinticinco, aunque espero que en este caso sean bastante menos.

Paso la palabra al ministro de Sanidad y Consumo para tratar este segundo tema relativo a la crisis alimentaria.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Soria Escoms): Señor presidente, señorías, en primer lugar, quiero agradecer a la Comisión de Sanidad y Consumo que haya habilitado esta misma sesión para que tuviera lugar la comparecencia solicitada por el Gobierno y algunos grupos de la Cámara a fin de explicar lo antes posible la gestión del Gobierno ante la presencia en el mercado español de aceite de girasol contaminado con hidrocarburos procedente de Ucrania. Así lo anuncié en mi primera intervención pública y espero que con la de hoy quede ante todos ustedes perfectamente esclarecida la actuación del ministerio y que, con ella, sea evidente la adecuación de todas las decisiones que fueron tomándose desde el primer momento.

Les haré ahora una completa y detallada relación de los hechos. El pasado 24 de abril, la Comisión Europea comunicó a la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, a través de la Red europea de alerta rápida para alimentos y piensos, la entrada en España de 125 toneladas de aceite de girasol crudo contaminado procedente de Ucrania. La notificación procedía de Francia, donde un refinador había informado de la con-

taminación detectada a la autoridad sanitaria francesa. El protocolo europeo establece que debe garantizarse a los consumidores que los productos sujetos a una comunicación de alerta han sido retirados o están en proceso de ser retirados del mercado.

Por ello, el ministerio se puso inmediatamente en marcha para adoptar las medidas necesarias para eliminar de la cadena alimentaria el producto implicado en esta notificación. De este modo, la tarde del 24 de abril se difundió la comunicación a todos los puntos de contacto del sistema español coordinado de intercambio rápido de información; estos puntos de contacto son las comunidades autónomas, Ceuta y Melilla, la industria alimentaria y los grandes distribuidores. Simultáneamente, se iniciaron los contactos entre los responsables de la agencia, representantes del Ministerio de Medio Ambiente, Medio Rural y Marino y representantes del sector importador y refinador de España agrupado en las asociaciones Afoex y Anierac para analizar la situación de las importaciones españolas de aceite de girasol crudo contaminado procedente de Ucrania. Aún no conocíamos la dimensión del problema ni nosotros ni el resto de Europa.

El 25 de abril, la Agencia de Seguridad Alimentaria mantuvo reuniones informativas con las asociaciones empresariales concernidas: las ya nombradas Afoex y Anierac, los responsables de la distribución de estos productos, Anged y Asedas, y la patronal de la industria alimentaria agrupada en la FIAB; también participó el Ministerio de Medio Ambiente, Medio Rural y Marino. Por otra parte, la información aportada por las autoridades de aduanas y sanidad exterior y por las patronales del sector a partir de ese día 25 de abril reveló que la contaminación podía afectar a miles de toneladas de aceite de girasol crudo importado de Ucrania. Este producto, tras haber sido sometido al proceso de refinado, se había distribuido en el mercado español. Aunque en ese primer momento no podía determinarse con total precisión el volumen de producto afectado, hoy ya disponemos de esa información. Desde el 1 de enero hasta el 30 de abril de 2008, periodo fijado por la Comisión Europea como de llegada de aceite sospechoso desde Ucrania al mercado europeo, entraron en España 39.305 toneladas de aceite de girasol importado de Ucrania. De esta cantidad, ya se ha constatado mediante análisis que 24.756 toneladas estaban contaminadas y otras 5.850 toneladas están siendo analizadas en este momento.

Para calibrar la magnitud de la situación, les diré que en España se consumen anualmente 310.000 toneladas de aceite de girasol, lo que representa el 34 por ciento del total del aceite consumido en España. Las empresas españolas importan de Ucrania aproximadamente la mitad de esta cantidad, incluso se ha llegado a superar este porcentaje, ya que en la campaña del pasado año, según datos del propio sector, se importaron 190.000 toneladas desde Ucrania, es decir, el 61 por ciento del total del aceite de girasol que se consume en España cada año. Me gustaría también señalar que en el periodo

estudiado ningún operador de la industria de aceite de girasol informó a ninguna autoridad sanitaria española de la detección de hidrocarburos en las partidas importadas desde Ucrania. El aceite crudo importado no está autorizado para el consumo humano, por lo que según la normativa comunitaria española vigente, su análisis es responsabilidad de la empresa importadora y del resto de empresas que intervienen en la cadena alimentaria. No obstante, como constata el servicio de sanidad exterior de este ministerio, a partir del 25 de abril el Gobierno decidió analizar de forma extraordinaria todas las partidas de aceite crudo que entraron por las fronteras españolas, y esto nos garantiza que no ha entrado ninguna partida contaminada más. En la Unión Europea, según han declarado sus portavoces, se estima que han entrado unas 300.000 toneladas de aceite ucraniano sospechoso de contaminación. Continuaré ahora con los hechos acaecidos el 25 de abril.

Tras las reuniones que mantuvo la Agencia de Seguridad Alimentaria con los importadores, refinadores, envasadores, distribuidores y empresas de alimentación, se llegó al acuerdo conjunto de proceder al vaciado sanitario del mercado. ¿Qué circunstancias determinaron la decisión de sacar del mercado todo el aceite de girasol? La dimensión de la contaminación, el alto consumo de aceite de girasol en España, su uso diverso y amplio en la cocina, la imposibilidad de conocer qué lotes y qué marcas estaban afectados por la contaminación en ese momento, la falta de información previa a la alerta procedente del sector y las incertidumbres iniciales acerca de las características de la contaminación. Estas son las circunstancias que determinaron la decisión de sacar del mercado todo el aceite de girasol de cualquier origen, operación que los operadores del mercado realizaron de forma voluntaria del 25 al 27 de abril para abastecer el mercado a partir del lunes 28 de abril con aceite libre de sospecha. Únicamente se autorizó la reposición del producto en el mercado cuando las empresas acreditaron ante la Agencia de Seguridad Alimentaria que ese aceite no procedía de partidas contaminadas mediante los correspondientes certificados. En cuanto a la decisión también tomada el 25 de abril de recomendar a la población no consumir aceite de girasol hasta aclarar la situación, obedeció a la conveniencia de reducir el riesgo de una posible toxicidad crónica. En aquel momento esta era una eventualidad que debía tenerse en cuenta, ya que aún se desconocía la naturaleza del contaminante y su volumen de presencia en el aceite. En el caso de los hidrocarburos la toxicidad crónica se produce por la acumulación de sustancia en el organismo, por lo que dejar de consumir el producto es esencial para evitarla. Lo primero para este ministerio y para este ministro era, es y será proteger la salud de los ciudadanos. Esta decisión se ampara en el principio de precaución establecido en el artículo 7 del Reglamento comunitario 178/2002, y de nuevo subrayo que fue consensuada con todos los sectores afectados. En el capítulo de información a los ciudadanos, además de la nota de prensa emitida el

viernes 25 por la tarde, el presidente y el director de la Agencia de Seguridad Alimentaria estuvieron en todo momento a disposición de los medios de comunicación. El sábado 26 de abril por la mañana convocamos al Consejo Nacional de Consumidores y Usuarios, con cuya presidencia se había contactado el propio día 25 de abril por la tarde informándoles de todos los pasos que se estaban dando. En todo momento dieron su apoyo a las actuaciones adoptadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Ese mismo día, el 26 de abril, comparecía ante los medios para enviar un mensaje de tranquilidad a la población y explicar cómo estaba actuando el ministerio para proteger la salud de los ciudadanos. El domingo 27, mediante una nueva nota de prensa, informamos a los ciudadanos de que el aceite que encontrarían en las tiendas el lunes 28 estaba ya libre de sospecha y, por tanto, se daba por concluida la alerta. El mismo lunes 28 de abril comparecí de nuevo ante los medios de comunicación para informar del fin de la alerta y de todas las acciones realizadas hasta aquel momento por el Gobierno de España. En esa rueda de prensa el ministerio hizo pública la primera lista de marcas y lotes libres de contaminación elaborada a partir de los certificados enviados por las empresas a la Agencia de Seguridad Alimentaria. Esa información garantizaba a los ciudadanos que adquirirían aceite seguro en el mercado. Dicha lista se actualizó los días 29 y 30 de abril y 2, 5 y 6 de mayo.

Quiero centrarme ahora en la tarde del 30 de abril, tres días después de que España ya tuviese en el mercado aceite seguro. Ese día es clave para que todos ustedes, señorías, comprendan que pueden estar tranquilos con la actuación del Gobierno de España en esta crisis. Porque el miércoles 30 de abril, cinco días después de que España ya hubiese actuado para solucionar el problema y tres días después de que el mercado español estuviese libre de sospecha, la Comisión Europea instó a todos los países afectados a que retiraran de sus mercados todo el aceite de girasol contaminado procedente de Ucrania. Repito, esto tuvo lugar cinco días después de que el Gobierno de España ya hubiese actuado. El 30 de abril Europa instó a seguir los pasos que España ya había dado. Francia, Reino Unido, Bélgica, Italia, Portugal, Suecia, Holanda y Alemania han retirado también el aceite de la cadena alimentaria como consecuencia de esa instrucción. Es la Comunicación número 9 de la Alerta 2008.0461 de la Red de alerta europea. De este modo puedo decir que el Gobierno de España ha actuado ante esta alerta con rapidez y seguridad conforme al principio de precaución y con total transparencia hacia los consumidores. Así lo reconoció la autoridad europea el 30 de abril. En esta comunicación la Comisión también instaba a retirar del mercado los productos transformados, aquellos en los que se usa aceite de girasol en su fabricación o conservación, que contuvieran más de un 10 por ciento de aceite de girasol, en el caso de que este aceite procediese de partidas contaminadas de origen ucraniano. Esta recomendación se restringió el 7

de mayo, en la Comunicación número 18 de la Alerta número 2008.0461 de la Comisión Europea. Ese día se excluyó de la retirada a los productos que, aun conteniendo más del 10 por ciento de aceite de girasol contaminado y sus mezclas, presentasen concentraciones inferiores a 300 partes por millón. Las comprobaciones del cumplimiento de este nivel de 300 partes por millón pueden hacerse analíticamente o mediante trazabilidad, teniendo en cuenta los niveles de partida del aceite crudo contaminado refinado y sus proporciones en el producto transformado.

Todas estas comunicaciones, según el protocolo de alertas establecido, han sido enviadas en esas mismas fechas a las comunidades autónomas, para que tomaran las medidas pertinentes, como competentes en inspección y control. Además, la Agencia de Seguridad Alimentaria convocó a la Comisión Institucional, máximo órgano de representación de las comunidades autónomas en seguridad alimentaria. También se ha convocado dos veces al grupo de consenso técnico, comisión técnica donde se sientan todas las comunidades autónomas, desde el 29 de abril hasta el 12 de mayo, para informarles de las actuaciones y consensuar las acciones de futuro. También se ha reunido al consejo de dirección de la agencia, donde se sientan el Ministerio de Sanidad y Consumo, el Ministerio de Medio Ambiente, y Medio Rural y Marino, el Ministerio de Industria, las comunidades autónomas, la Federación Española de Municipios y Provincias y los representantes de los consumidores y del sector.

Entre estas acciones, destaca la petición de que se realicen inspecciones generales a las empresas para obtener todos los datos sobre la gestión de la alerta. Por el momento, la Agencia de Seguridad Alimentaria ha recibido datos de nueve comunidades autónomas, el resto no ha contestado todavía a este requerimiento, si bien han resultado ser las que tienen más establecimientos y, por tanto, es más compleja la recopilación de estos datos. Cuando las comunidades autónomas entreguen sus datos, el Ministerio de Sanidad y Consumo podrá hacer pública dicha información. En todo caso, el ministerio puede asegurar que los consumidores han visto garantizado su derecho de devolución del aceite gracias a la colaboración de las empresas de distribución.

En cuanto a la restauración, la Agencia de Seguridad Alimentaria ha estado en permanente contacto con la Federación Española de Hostelería y Restauración, de la que dependen 300.000 establecimientos asociados. Desde la agencia se les ha recomendado ponerse en contacto con sus proveedores para efectuar el cambio.

Atención especial ha merecido la Federación Española de Asociaciones de Restauración Social, por la estabilidad de su clientela: comedores de empresa, colegios, hospitales, etcétera, ya que, de no haber actuado, estos clientes podrían haber consumido reiteradamente aceite contaminado y estar más expuestos a eventuales problemas de toxicidad crónica. Por ello, la Agencia de Seguridad Alimentaria y la federación han estado en

contacto para efectuar las pertinentes recomendaciones de devolución a los proveedores y cambio por aceite de garantía.

Quiero referirme ahora a los productos transformados, aquellos que usan aceite de girasol para su elaboración o conservación. La inmovilización del aceite de girasol el día 25 de abril en toda la cadena —almacenes, envasadoras, productoras y distribuidoras— ya evitó la puesta en el mercado de nuevas partidas de productos elaborados con aceite contaminado procedente de Ucrania. No obstante, nuestra preocupación no era tan grande en ese terreno, ya que estos productos tienen porcentajes menores de aceite de girasol, por lo que el riesgo de toxicidad crónica quedaba eliminado en la práctica. En cualquier caso, la Agencia de Seguridad Alimentaria inició las actuaciones en aquellos productos con mayor presencia de aceite de girasol: margarinas, salsas mayonesas y conservas de pescado. Las empresas afectadas iniciaron la retirada del mercado una vez que la Comisión Europea emitió su primera recomendación el 30 de abril. Como ya les he comentado, esta recomendación se restringió el 7 de mayo a los productos con más de un 10 por ciento de aceite de girasol, con origen en partidas contaminadas, y con una concentración superior a 300 partes por millón. Esto ha limitado la retirada y ha facilitado que el producto que esté en el mercado sea considerado como seguro. Para garantizar esta seguridad, la Agencia de Seguridad Alimentaria dispone de los correspondientes certificados, aportados por las asociaciones empresariales del ramo, en los que se asegura que los productos cumplen con los requisitos establecidos por la autoridad europea.

Sobre el contaminante detectado en el aceite crudo, análisis iniciales encargados por la industria, y posteriormente, el 30 de abril, el informe provisional de la célula de crisis de la autoridad europea de Seguridad Alimentaria, llegan a la misma conclusión: el contaminante es aceite mineral de alta viscosidad, constituido fundamentalmente por hidrocarburos alifáticos; es el menos tóxico, comparado con los de media y baja viscosidad. Por eso, su ingesta diaria admisible es mayor, y su perfil de riesgo mucho más bajo que el de estos últimos. La propia Agencia Europea de Seguridad Alimentaria que, como saben, es el organismo de referencia para toda Europa, confirmaba la naturaleza del contaminante la semana pasada, a través de una comunicación a las agencias nacionales.

Es muy importante destacar que, como ya les he comentado, el aceite ucraniano contaminado e importado a España es aceite de girasol crudo que debe refinarse para poder destinarse a consumo humano. Como resultado de este refinado y de la dilución que se produce al mezclar distintos lotes de aceite, se reduce la concentración de hidrocarburos en el producto final.

Por último, no quisiera terminar sin hacer constar las más recientes decisiones adoptadas por la Comisión Europea respecto a las importaciones de aceite de girasol de Ucrania. Además de respaldar la actuación del

Gobierno de España en la retirada de aceite contaminado, la Comisión Europea ha iniciado actuaciones para evitar que la entrada de producto procedente de Ucrania, sin garantías de calidad, se repita en el futuro. Tengo que subrayar que, una vez más, la iniciativa del Gobierno de España ha tenido mucho que ver. El Gobierno de España exigió a la autoridad europea la adopción de medidas para que primara la seguridad alimentaria, frente a cualquier interés comercial. Si el pasado 16 de mayo la Comisión Europea recomendaba a los Estados miembros no aceptar importaciones de aceite de girasol desde Ucrania, hasta que las autoridades sanitarias de este país se comprometieran a garantizar que estaba libre de contaminación, gracias a la postura de España el pasado 23 de mayo la Comisión Europea establecía oficialmente las condiciones de importación de aceite de girasol originario o procedente de Ucrania, debido a los riesgos de contaminación por aceite mineral. La comunicación de la Comisión Europea de 23 de mayo, publicada en el Boletín Oficial de las Comunidades Europeas de 24 de mayo, sobre la decisión 2008/388 de la Comisión, incluye —y cito literalmente— que, habida cuenta del nivel de riesgo, los Estados miembros deben controlar la presencia de aceite mineral en las partidas de aceite de girasol en el momento de la importación, para proporcionar garantías adicionales sobre la precisión y la fiabilidad del sistema de control y certificación, puesto en marcha por las autoridades ucranianas.

Señorías, una vez más, a lo largo de esta crisis España fue por delante. Los servicios de sanidad exterior, como ya les he indicado, activaron estos controles el mismo 25 de abril, en cuanto se empezó a tener conocimiento de la dimensión de esta crisis. El Gobierno de España lleva un mes de adelanto, señorías, lo que se traduce en un mes de adelanto en la protección de los ciudadanos de nuestro país con respecto a otros países de Europa. La decisión oficial que ha adoptado la Comisión Europea es que los Estados miembros prohíban la importación de aceite de girasol originario procedente de Ucrania, a menos que la partida vaya acompañada de un certificado válido que certifique la ausencia de niveles aceptables de aceite mineral, así como los resultados del muestreo y el análisis para detectar la presencia de aceite mineral. Este certificado —continúa la Comisión Europea— solo será válido para las importaciones de partidas de aceite de girasol en la comunidad, si el muestreo y el análisis de la partida y la expedición del certificado han tenido lugar después de que la Comisión Europea haya evaluado y aprobado formalmente el sistema de control y certificación, puesto en marcha por las autoridades ucranianas.

Como pueden ver, señorías, ha sido una crisis de gran magnitud que ha afectado, según portavoces europeos, a unas 300.000 toneladas de aceite de girasol en toda Europa, y que ha llevado al Gobierno de España a proponer el fortalecimiento de la seguridad alimentaria y contra el fraude en consumo en el marco de la Unión Europea. Dada la envergadura del problema, creo que

podemos afirmar, sin temor a equivocarnos, que España ha sido ejemplar en la gestión de la crisis. Nos hemos adelantado en todo momento a las instrucciones de Europa, hemos garantizado el abastecimiento del mercado con producto seguro en un tiempo récord, y hemos procurado la coordinación con el sector y las autoridades autonómicas.

Por último, en el terreno de las responsabilidades que se deriven de esta crisis y coincidiendo con la petición realizada por las asociaciones de consumidores y usuarios, les informo que estas responsabilidades están previstas en la normativa española, tanto de las comunidades autónomas como estatal y europea. Sobre la base de estas disposiciones, las comunidades autónomas son las administraciones competentes para instruir los oportunos expedientes sancionadores. Éstas deben dilucidar, caso por caso, qué empresas importadoras, refinadoras, envasadoras, comercializadoras o distribuidoras han realizado alguna actuación susceptible de ser considerada infracción sancionable. Las responsabilidades que deberán ser depuradas se refieren: a la puesta en el mercado de aceite de girasol procedente de aceite de girasol crudo contaminado, a la utilización como ingredientes en los productos transformados de aceite de girasol procedente del aceite de girasol crudo contaminado, y a la no comunicación a las autoridades sanitarias españolas del problema en tiempo y forma. El Ministerio de Sanidad y Consumo vigilará que en este asunto se llegue hasta el final, para que los ciudadanos españoles puedan estar seguros de que cada parte asume sus responsabilidades, de que la seguridad alimentaria está garantizada, y que el que incumple en este país, lo paga.

Como han podido constatar a lo largo de mi intervención, podemos estar satisfechos de la gestión que hemos hecho de la crisis, pero no vamos a cometer el grave error de caer en la autocomplacencia. Vamos a proponer nuevos mecanismos para garantizar a la ciudadanía la información puntual en momentos de crisis. Lo que sí tengo claro como ministro y como científico, es que lo hemos hecho bien. Se produjo una crisis con muchas sombras, faltaban datos para garantizar la seguridad alimentaria de los ciudadanos, y tomamos la mejor decisión, esto es, proteger la salud de los ciudadanos frente a cualquier peligro potencial, lo que es responsabilidad de este ministerio y de este ministro. Eso fue lo que hicimos. Esta actuación se ha visto respaldada por los profesionales: la Comisión Europea, los consumidores y el comité científico de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Desde el primer momento, las medidas han sido apoyadas por los profesionales de la salud pública y la seguridad alimentaria, como los profesores don Andrés Palou, don Miquel Porta y don Juan José Badiola, cuya profesionalidad y honestidad científica están fuera de toda duda; por la Comisión Europea, en declaraciones del 28 de abril, donde se decía que nuestra actuación había sido la adecuada, cómo no, en las alertas RAS del 30 de abril, del 7 de mayo y del 16 de mayo de 2008; por la propia Comisión Europea con

la publicación en el Boletín Oficial de las Comunidades Europeas de 24 de mayo, sobre la decisión 2008/388 de la Comisión, de estas actuaciones, señalando que la actuación de España ha sido pionera en este proceso. También recibimos el apoyo de las asociaciones de consumidores y usuarios más representativas de nuestro país, y, por supuesto, de los expertos que forman parte del comité científico independiente de la Agencia de Seguridad Alimentaria, cuyas indicaciones hemos seguido en todo momento. En este último caso, en el informe de la reunión celebrada el 14 de mayo, los expertos constatan, y cito literalmente, que la presencia de los niveles de contaminación detectados en algunas muestras supone una erosión del nivel de protección. Esta es una muestra más de que las decisiones adoptadas por este Gobierno entre el 25 y el 28 de abril fueron las correctas. Hemos aplicado enteramente el principio general y la jurisprudencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea de que la protección de la salud tiene prioridad sobre las consideraciones económicas. Las ciudadanas y ciudadanos españoles pueden estar tranquilos, porque los sistemas de alerta funcionan y porque tienen un ministerio que garantiza hasta el límite su protección. Estamos del lado de los consumidores, y más si se trata de asuntos que afectan a su salud. La salud de los españoles para el ministro de Sanidad y Consumo es un asunto muy serio, y no voy a permitir que nadie juegue con ella. Quedo a su disposición para aclarar cualquier duda.

El señor **PRESIDENTE**: Tienen ahora la palabra los grupos peticionarios de la comparecencia. En primer lugar, por el Grupo Parlamentario Popular, la señora Nadal i Aymerich.

La señora **NADAL I AYMERICH**: Gracias, señor ministro, por la información que nos acaba de facilitar, si bien he de decir que no ha aportado ningún dato que no hubiera dado usted a conocer, como es habitual en esta crisis, a través de los medios de comunicación. He de decirle, señor ministro, desde todo el respeto y la consideración personal, que la gestión que usted ha hecho de la crisis del aceite de girasol puede resumirse fácilmente en una frase: fue el fin de semana tóxico provocado por el ministro Soria. Fue así, señor ministro. El 25 de abril usted comunica, a través de la prensa, la alerta sanitaria decretada por la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, naturalmente en atención a esa alerta que usted recibe. Pero en su primera intervención pública, usted causó una gran alarma entre los consumidores y también perjudicó a todos los agentes del sector. Lo único que hizo fue abrir el camino de una gestión posterior, porque lo que mal había empezado ya se ve que no podía ir peor.

Usted ha dicho —lo dijo en su momento, hoy lo ha repetido en varias ocasiones y no podemos estar más de acuerdo con usted— que, como primer criterio, se tiene que proceder en defensa de la salud de los consumidores,

y otra cosa son determinados intereses económicos. Pero usted dijo lo siguiente: para salvaguardar la salud de todos los ciudadanos y para evitar cualquier duda, se tomó la decisión de retirar todo el aceite de girasol. Pero es que, en nuestra opinión, señor ministro, eso debió hacerlo el ministerio sin extender la sombra de la duda sobre todo el aceite, incluido el no contaminado. Retirar ese aceite —el contaminado— significaba retirarlo también de aquellos establecimientos como hoteles y restaurantes, que son sus principales consumidores. Con eso quiero decirle que la pésima gestión que se ha realizado desde su ministerio lo que ha hecho ha sido engrandecer el problema. Lo cierto y verdad, señor ministro, es que usted ha sembrado la duda sobre todos los ciudadanos, y la confusión y la desconfianza entre todos los consumidores.

Usted ha conseguido crear desconfianza en el sector sobre un producto —usted mismo lo ha dicho— que tiene una gran importancia, no solo económica, sino también como producto de gran consumo en los hogares españoles. Pero, lo que es aún peor, señor ministro, usted ha generado la desconfianza en los métodos de control que deben garantizar la calidad de la seguridad alimentaria en todos los españoles. Eso se lo dije en el Pleno, señor ministro. Eso es demoledor, precisamente porque los ciudadanos, si confían en los sistemas de alerta alimentaria, es porque creen que el Gobierno va a actuar con rigor, con conocimiento de causa y con proporcionalidad.

Es cierto, señor ministro, que la Comisión Europea pidió que se retirase el aceite contaminado, repito, señor ministro, contaminado, y eso es lo que debería haber hecho usted. Eso significa que se debe seguir ese producto, localizar ese aceite, y no otro, y retirarse. Se lo he dicho en alguna ocasión: usted utilizó el principio de precaución —que compartimos—, pero lo hizo a su antojo al no discriminar entre uno y otro. Se lo digo con toda sinceridad, señor ministro, usted debe reconocer que retiró lo que no debía retirar; no retiró lo que debía retirar; no colaboró con las comunidades autónomas, y se metió en un lío usted solito del que aún no ha sabido salir.

Señor ministro, en una respuesta oral en Pleno que yo misma le formulé, usted vino a decir lo que ha repetido hoy: que Europa avaló exactamente el procedimiento que había seguido España, al recomendar al resto de países europeos que habían tenido importaciones de aceite contaminado con hidrocarburos alifáticos que hicieran lo mismo. Usted me daba una lista de países —Francia, Bélgica, Italia, Portugal— que siguieron exactamente los pasos de España, pero usted sabe, señor ministro, que eso no fue así. La Comisión Europea recomendó a todos los países afectados por alguna de las partidas contaminadas la retirada de ese aceite y de los alimentos que tuvieran —usted se ha referido a ello y lo quiero repetir literalmente— al menos un 10 por ciento en sus ingredientes de elaboración. Eso es así, lo dijo en la Comisión. Pero usted sabe que en ningún país, en

ninguno, señor ministro, se actuó con la alarma con la que se ha actuado en España. Si hay algún país con el que se pueda comparar no es ninguno de los que usted ha mencionado; si de algún país se puede decir que actuó con la misma alarma que se generó en España este fue Grecia. Insisto, pero con toda consideración personal tengo que decirle que el aceite de girasol, no; porque usted ha tenido mucho interés en diferenciar, en distinguir, en discriminar entre lo que es toxicidad aguda y toxicidad crónica. Yo debo decirle —de nuevo con toda consideración— que los mensajes que usted ha lanzado a la ciudadanía sí que son de una toxicidad aguda.

Si repasamos la cronología del fin de semana tóxico del ministro Soria, no tiene desperdicio. Usted dice: es que las asociaciones de consumidores nos han dado la razón. Señor ministro, ¿pero qué nos está contando? Si desde una de las asociaciones de consumidores más importante —usted la conoce perfectamente—, Facua, se dijo: la alerta no es justificada si, como dice el ministro, no hay riesgo para la salud. Y añade: pero es que, además, si hubiera riesgo para la salud, ¿a qué vienen esas declaraciones posteriores del sábado, del domingo, y esa rueda de prensa del domingo? Si no hay riesgo, deben decirlo. Usted que dice que ha recibido muchas felicitaciones, desde Asaja se pidió la dimisión del ministro por el cúmulo de contradicciones y de incoherencias que hubo en una gestión tan caótica, tan contradictoria como fue la suya, señor ministro.

Tengo que preguntarle varias cosas.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Nadal, lleva ya siete minutos. Le ruego que vaya terminando.

La señora **NADAL I AYMERICH**: Termino muy rápidamente.

Cuando las crisis alimentarias se gestionan sin contar con la comunidades autónomas y se hacen a través de ruedas de prensa, nos encontramos con cuestiones como que no existe ninguna botella tóxica e invita a que le traigan cualquier botella para bebérsela. Eso, sin contar con algunos daños colaterales que se produjeron en esa rueda de prensa, a causa de que usted se encontrara en una situación tan incómoda ese día, y tuviera salidas de tono del estilo de: no estamos aquí para satisfacer curiosidades de nadie.

Yo no puedo dejar de decirle, señor ministro —y aprovecho para hacerlo aquí—, que algo ha debido funcionar mal en los puntos de inspección en frontera cuando usted inmediatamente, y a renglón seguido, dice que se tiene que intensificar la colaboración con las autoridades aduaneras. Yo aprovecho para pedir solemnemente —creo que es una cortesía hacerlo estando usted en esta Comisión, señor ministro— al presidente de esta Comisión —que el otro día, muy generosamente, nos habló de la posibilidad de que la Comisión tuviera una actividad también fuera de esta casa— que pudiéramos visitar los puntos de inspección en frontera para ver cómo funcionan, porque es cierto que son las

empresas las que tienen la obligación de hacer declaración en la DUA, pero también es cierto que usted, señor ministro, tiene funciones inspectoras.

Hay una gran cantidad de cuestiones que debería trasladar al señor ministro. ¿Es que no tenemos un protocolo de actuación cuando hay una situación de crisis? Usted dice: convoqué al consejo de consumidores. ¿Usted convocó al consejo de dirección de la agencia? ¿Usted convocó un comité de crisis? ¿Usted podría confirmarnos que en los dos últimos años hay vocales que no asisten a las reuniones de la agencia, por discrepancias en la gestión? Yo le hablaba de que la agencia se ha convertido en la casa de los espíritus y esto se tiene que resolver. Lo dejo aquí, aunque hay muchísimas cosas que me dejo en el tintero.

Señor ministro, usted podrá beberse y compartir los litros de aceite de girasol que quiera y con quien quiera, pero para asegurar la tranquilidad de los consumidores deberán hacer menos demagogia, un poco más de auto-crítica, ser bastante más transparentes y, desde luego, ser mucho más responsables. Dicho esto, también le digo, señor ministro, que si es para mejorar la seguridad de los ciudadanos, la tranquilidad de los ciudadanos, la mejora de nuestro sistema de seguridad alimentaria, ahí tendrá al Partido Popular. Porque yo le he creído, señor ministro. Yo le creí cuando usted dijo que iba a poner el consumo en la agenda política. También he de decirle que esta tarde me ha decepcionado porque, después de casi tres horas de debate, que usted haya dedicado siete minutos al consumo. Usted ha dicho cosas importantes, pero espero que realmente pueda hacer honor a su palabra, poner el consumo en la agenda, y dejar esas huidas hacia delante con las cuales ha querido tapar el desastre que ha sido la gestión, que se ha hecho desde su ministerio, de la crisis del aceite de girasol.

Gracias por su benevolencia, señor presidente.

El señor **PRESIDENTE**: A continuación, siguiendo el orden de registro, el grupo peticionario es el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió). Tiene la palabra su portavoz la señora Tarruella.

La señora **TARRUELLA TOMÀS**: Señor ministro, gracias por las explicaciones, porque la verdad es que yo ya tenía ganas de saber cómo había ido en realidad todo este tema del aceite de girasol. Tengo que confesarle que hasta hace unos momentos yo todavía tenía una duda sobre si, en realidad, había existido o no peligro para la salud de las personas.

Las explicaciones usted las ha dado y nosotros tenemos muy claro que en todo momento hay que evitar que la salud de los españoles corra ningún riesgo, y ese es el primer principio a seguir. Nosotros lo compartimos, pero nos preocupó mucho la forma en que ha gestionado esta alerta y la forma en que lo ha llevado en los medios de comunicación. Si seguimos un poco el proceso de cómo se generó la alarma, el viernes 25 —usted lo ha dicho muy bien— saltó la alarma, el aceite de girasol

adulterado con hidrocarburos había llegado a España. Recomendó no consumir ningún aceite de girasol, y ordenaba la retirada de todo el aceite. No se decía nada de los productos transformados, de todos aquellos derivados de ese aceite de girasol; simplemente era el aceite de girasol. Apenas 48 horas más tarde se dice que ya no hay peligro, que se puede consumir ese aceite de girasol, y se saca una primera lista de 200 marcas, de entre 800, diciendo que esas marcas que se comercializaban ya estaban libres de contaminación. En ningún momento hemos sabido cuáles eran las marcas o los lotes que estaban contaminados. Es cierto que se ha ido dando ese listado de marcas libres de contaminación, pero algunas personas no sabían distinguir si las que tenían en sus casas, las que estaban consumiendo eran de esos lotes o no.

Consideramos que fallaron ustedes, falló el ministerio, falló el señor ministro en la forma de llevar esta alarma sanitaria, en la gestión y en la forma, porque a las pocas horas de esa alarma usted decía que los que lo tenían en su casa podían continuar consumiéndolo, porque la toxicidad era baja y no pasaba nada. Y hasta que cinco días después la Comunidad Europea alertó a otros países también de que se retiraran los productos transformados y derivados del aceite, los ciudadanos no teníamos mucha más información que un día el aceite está adulterado y a los dos días no pasaba nada si se consumía. Por eso le he dicho que hasta hace poco, hasta oír sus explicaciones —explicaciones que entiendo, pero que creo que hubiera tenido que dar mucho antes— yo todavía tenía esa duda.

Señor ministro, nuestro grupo le quiere pedir que, en el caso de otras alarmas similares, antes de hacer esas comparecencias en los medios de comunicación se siga un protocolo claro de actuación, que no se genere esa alarma que se generó y esas dudas que surgieron en todos los ciudadanos cuando tenía que generarse tranquilidad y confianza. Nosotros, por lo menos, lo hemos vivido así, y creemos que la forma de gestionarlo tiene que mejorarse un poco en toda esta política. Sabemos que en el resto de la Comunidad Europea y aquí en España se ha confirmado que estamos libres de peligro. Sabemos que ahora puede haber tranquilidad para todos los ciudadanos. No tenemos duda de ello, no lo hemos dudado, pero sí en la forma en lo que lo hacía no se transmitía esa tranquilidad.

Esperemos que no tenga que volver a repetirse nunca más una alarma de esta manera.

El señor **PRESIDENTE**: A continuación le corresponde la palabra al señor Agirretxea, del Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV).

El señor **AGIRRETXEA URRESTI**: Señor ministro, antes que nada, nosotros no vamos a hacer casus belli de esto, entre otras cosas porque en la segunda parte de mi pregunta, aparte de pedirle explicaciones sobre la crisis generada a raíz de la posible adulteración de aceite de girasol, le pedía que nos informara acerca del plan de

actuación previsto por el Ministerio de Sanidad y Consumo a raíz de la crisis ya citada. Evidentemente, ha pasado más de un mes y los planes de actuación son ya hechos a posteriori. Por eso mismo, me da la sensación de que sus explicaciones —aparte de que han sido esmeradas y detalladas— seguramente han sido posibles un mes más tarde. Estoy convencido de que las explicaciones que usted ha dado no hubieran sido posibles cuando la crisis estaba en su apogeo. Seguramente, se ha preocupado mucho de hilvanar muy bien todos los datos y las afirmaciones y los comentarios que usted hacía, no vamos a decir para llevar el ascua a su sardina; pero sí que eso ha sido posible un mes más tarde. Lo que sí está claro es que en las fechas de la crisis todo era muy confuso y no tan detallado ni específico como las explicaciones que hoy nos ha dado usted. Porque, entre otras cosas, me parece que ha habido dos formas de gestionar esta cuestión: la gestión interna de la crisis, que ha tenido sus más y sus menos y en la que no voy a entrar en excesivos detalles, y también la gestión pública de esta crisis, que sí ha generado bastante zozobra y alarmismo que después se ha detectado que no era para tanto. Como decía, tampoco vamos a hacer excesiva sangre —como se dice vulgarmente— con este asunto. Lo que sí está claro es que EFSA, la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria, afirmaba que no ha habido riesgo para la salud y que las medidas recomendadas enmarcaron una situación de fraude o contaminación cruzada —el 30 de abril— y el 27 de mayo indicaba que la presencia de hidrocarburos alifáticos de alta viscosidad en esa concentración en aceite refinado inferior al 10 por ciento de la dosis diaria admisible, IDA, aunque al principio es indeseable para el consumo humano no podía afectar a la salud pública.

Como conclusiones, cinco detalles solamente. Creemos que las medidas no han sido ajustadas al riesgo. La seguridad alimentaria, como usted muy bien sabe, se basa en tres pilares: la evaluación, la gestión y la comunicación del riesgo. En este caso, la evaluación desde el inicio de la alerta ha indicado que no había un riesgo para la salud pública de forma inminente, por lo que tanto la gestión como la comunicación se pueden considerar precipitadas. La gestión y la comunicación del riesgo han sido opuestas a las de otros países de la Unión Europea. De acuerdo a la propia información recopilada y suministrada por la Aesan, el 12 de mayo países como Francia, Reino Unido, Italia, Irlanda o Suiza gestionaron la alerta con calma y mesura, no creando alarmismo social. No decimos que no informaran de que existiera esta posibilidad de esta alerta, no; decimos que lo hicieron con calma y mesura. Mensajes contradictorios sí que hubo. La actuación entre Aesan y el Ministerio de Sanidad en los primeros días ha sido de descoordinación, tanto interna como de cara a los consumidores, ya que se han ido sustituyendo las informaciones contradictorias, oscilando de un extremo a otro, desde alarmismos innecesarios —la nota y la rueda de prensa del 25 de abril, instando a no utilizar el aceite que hubiera en las

casas— hasta respuestas no excesivamente congruentes, como la rueda de prensa que usted mismo ofreció con el asunto de tomarse la botella de aceite. Tampoco ha habido —y es algo que me ha preocupado— la coordinación ajustada con las comunidades autónomas y las autoridades de las comunidades autónomas en materia sanitaria. Aesan y el Ministerio de Sanidad han mantenido, por lo menos, una falta de comunicación con las comunidades autónomas, hasta el punto de no informar de que se iba a tomar una medida pactada entre Aesan y las empresas distribuidoras ni de que se iba a realizar una comunicación pública de la misma, hasta que no fue difundida a los medios de comunicación. Por eso tenemos negaciones de que se estuviera preparando una nota de prensa, cuando ya los periódicos digitales sabían que para las 20:00 horas había convocada una rueda de prensa. Por último, consideramos que sus actuaciones no fueron excesivamente consecuentes, asumiendo la responsabilidad que les competía en la asunción del liderazgo en la gestión, reuniones con sector productor, distribuidor y mediático —portada de periódico el viernes 25 de abril—, que paradójicamente al cabo de menos de una semana, el 1 de mayo, deja la responsabilidad en manos de las comunidades autónomas con escritos internos, enviados a las 19:00 horas, exactamente, en los que indican: a las comunidades autónomas corresponde inspeccionar y verificar, y al ministerio y a Aesan corresponde coordinar y apoyar a las comunidades autónomas y a las empresas, pero no tenemos ya ninguna responsabilidad directa.

Señor ministro, pasado está, gracias a Dios y afortunadamente no ha habido ningún daño ni perjuicio en la salud de ninguno de los ciudadanos; esto ya ha pasado. Esperemos que no vuelva a ocurrir una cuestión como esta ni en origen ni en el control ni, por supuesto, en la gestión de este tipo de alertas. Somos conscientes de que pueden ocurrir alertas que no dependen de la gestión del propio ministerio, pero después, a la hora de actuar, creemos que fue más mediático que otra cosa y la zozobra o el alarmismo que se creó en esas fechas fue excesivo, entre otras cosas porque si hay una alerta, evidentemente las medidas que hay que tomar son las que son, pero no se puede desorientar a la ciudadanía, que creo que es lo que ocurrió.

El señor **PRESIDENTE**: A continuación, el resto de los grupos parlamentarios, de menor a mayor. En primer lugar, por el Grupo Mixto, la señora Barkos.

La señora **BARKOS BERRUEZO**: Gracias, señor ministro, por la información que nos da hoy.

Al hilo de sus datos en torno a las toneladas de aceite que fueron importadas de Ucrania, si no los he tomado mal, señor ministro, estamos hablando de cerca de 40.000 toneladas, más de 24.700 contaminadas y cerca de 6.000 que en estos momentos se están analizando y que, en el caso de que fuera también aceite contaminado, estaríamos hablando de 30.000 toneladas de aceite contami-

nado importadas de Ucrania, lo que se corresponde con un 10 por ciento del consumo de aceite de girasol en estos momentos en el conjunto del Estado. Entiendo que es una cifra preocupante, más allá de los análisis que posteriormente han confirmado que el consumo puntual de este aceite contaminado no era tan peligroso como en un primer momento pudiera parecer o, sobre todo, como en un primer momento las medidas tomadas pudieran hacer parecer, pero sí coincidimos —yo creo que la gran parte de esta sala y desde luego, sí, con el ministerio y con usted, señor ministro— en que el principio de precaución en casos como este, si acaso, es mejor que sea atendido con largueza, que no por defecto y tristemente casos hay en la historia del consumo en este país. En cualquier caso, coincidimos todos también en que la alerta creada entre la opinión pública sí ha resultado finalmente desproporcionada con respecto al riesgo que podía haber, al hilo y al tenor de las declaraciones que pocos días después, el mismo sábado 26 de abril, se hacían desde el propio ministerio con respecto a esta cuestión. Lo que nos preguntamos, en cualquier caso, en estos momentos es si se podía haber evitado llegar a ese punto, es decir, si se podía haber evitado llegar a tener que retirar, porque no se hubiera distribuido; es lo que ocurrió en Francia y es lo que ocurrió en Holanda. Por tanto, si queda alguna pregunta es: ¿Falló en algún momento la red de vigilancia alimentaria? Esta, lógicamente, es una pregunta dirigida a quien debe coordinar o a quien debe, de alguna manera, activar esa red de vigilancia alimentaria y, por tanto, al ministerio. Desde luego, hay organizaciones de productores y de consumidores que han insistido a lo largo de estas semanas en que sí falló esa red de vigilancia que, como digo, en Francia o en Holanda o en Bélgica llevó a no tener que llegar a retirar ese producto, porque no llegó a ser distribuido, porque se detectó antes de su distribución. Y respecto a la atención al consumidor, ¿se pusieron los medios necesarios para atender las dudas de los consumidores? Estamos hablando de un producto especialmente sensible en el consumo de muchas familias y lógicamente la alerta, la alarma fue muy extendida. Por tanto este sí es el momento de hacer balance y sí es el momento de preguntarse en qué debemos trabajar o con qué escenarios de trabajo podemos actuar en situaciones similares y tratar de establecer sistemas de futuro. Por tanto, pregunto si se pusieron los medios necesarios para atender las dudas de los consumidores y cuál es el balance que hace en estos momentos el ministerio.

Otra clave para el Ministerio de Consumo. Pasada la primera, que es por supuesto la de la salud pública, hay otra: el aceite de girasol fue el alimento que entre marzo de 2007 y marzo de 2008 más subió en precio. ¿Cuál es el consumo en estos momentos? ¿Se ha dejado sentir? Entiendo que ha pasado un mes, pero seguramente existen ya en el ministerio datos respecto a esta cuestión. Son preguntas bien claras sobre cómo se podía haber mejorado la gestión. Señor ministro, usted mismo reconocía que todo es mejorable y seguramente la gestión de

esta crisis también, y fundamentalmente la de atender a los ciudadanos una vez creada una alerta, una alarma. Más allá de analizar si fue o no desproporcionada, le felicitamos en cualquier caso porque el asunto no llegara a mayores. Para próximos casos similares debemos establecer posiciones o escenarios de juego que no sean previsibles. No quiero terminar, ministro, al hilo de esa reunión que usted nos reseñaba, el día 24, con todos los agentes afectados por esta cuestión (comunidades autónomas, productores, distribuidores, etcétera), sin felicitarle por aquella parte del trabajo que —aquí sí, en red transversal y no vertical, ministro— en red transversal haya podido tener, no lo dudo, a la hora de detener esas partidas contaminadas de un producto, vuelvo a repetir, tan sensible para el consumo diario de muchas familias.

El señor **PRESIDENTE**: A continuación le corresponde la palabra al Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds, señor Canet.

El señor **CANET I COMA**: Brevísimamente, señor presidente, a efectos del «Diario de Sesiones». Después de escuchar al ministro la prolija descripción de todo lo que ocurrió, y también a los portavoces parlamentarios que han intervenido con anterioridad, quiero decir que mi partido comparte la aplicación del principio de precaución pero no podemos negar que hemos tenido la sensación en muchos momentos de que la actuación de la Administración generaba desconcierto, como mínimo, en la opinión pública y en los consumidores en general. Admitimos que era complicado gestionar esta crisis y a efectos del «Diario de Sesiones», y aunque quizás me dirá que ya me ha contestado implícitamente en su explicación anterior, tenía previsto hacerle dos preguntas. La primera: ¿cree que se podría haber gestionado mejor esta crisis? La segunda: ¿qué lecciones ha aprendido —si es que alguna ha podido extraer o aprender— de cómo se ha gestionado la crisis, teniendo en cuenta que podría ser, aunque deseemos que no, que se produjeran otras aunque no de naturaleza igual pero sí semejante en un futuro?

El señor **PRESIDENTE**: A continuación, el Grupo Parlamentario Socialista, señor Fidalgo.

El señor **FIDALGO FRANCISCO**: Muchas gracias, señor ministro, por una nueva exposición que yo califico de lapidaria en el sentido de que ha dejado claro cuál ha sido todo el proceso. Se hace ahora, y con la recopilación que se puede hacer, lógicamente. En el momento en que se inició toda esta situación seguramente no se podía hacer esta recopilación porque se trataba de gestionar un problema. Yo creo que la gestión ha sido un éxito, así lo cree nuestro grupo parlamentario, y yo no tengo la menor duda, y mi grupo tampoco, de que en este momento los ciudadanos se sienten más seguros respecto a la protec-

ción de la salud cuando se trata de riesgos que proceden de la actividad alimentaria. Siempre hay tentaciones de hacer tambalear el principio de precaución. Pero debemos tener en cuenta que el principio de precaución es la salvaguarda más importante que tienen los ciudadanos porque es el que realmente da potencia al ciudadano y da potencia a las autoridades sanitarias ante otro tipo de situaciones y de argumentaciones. De todas maneras yo me pregunto siempre cuál es el efecto tóxico. Creo que el efecto tóxico en estas cuestiones es siempre la demagogia del Partido Popular, lo ha sido siempre y continuará siéndolo porque es inherente a su manera de actuar y comportarse. Además, a estas alturas no nos pueden dar lecciones de transparencia ni de nada. Solo tengo que recordar dos hechos: cómo se transforma una crisis de origen natural, como la encefalopatía espongiforme bovina, derivada, eso sí, de la transgresión antinatural de hacer comer a los herbívoros proteínas animales; una crisis de origen natural, sometida al efecto multiplicador de la Administración del Partido Popular, que se transformó en un desastre de incalculables consecuencias. Por no citar el efecto multiplicador de una orden de alejamiento y disimulo típico y una mentira, que convirtió la acción de una ola sobre un barco viejo en el mayor desastre medioambiental y económico que vio mi tierra, Galicia. **(Rumores.-Una señora diputada: ¿Y qué tiene que ver eso?)** El *Prestige* aún nos duele y tiene que ver con la manera de gestionar las crisis y las situaciones, que se pueden gestionar con transparencia o no. Fruto de aquellas reflexiones y de aquel tiempo, en la legislatura pasada llegamos a la conclusión, el Grupo Socialista llegó a la conclusión de que en cuestiones de salud y, sobre todo, de seguridad alimentaria es necesario guardar unos principios básicos de más derechos, más cooperación entre las comunidades autónomas, más diálogo entre todos, más transversalidad en las actuaciones y, por supuesto, más transparencia y más información; transparencia e información que pueden tener en determinadas ocasiones efectos colaterales o paradójicos que también hay que gestionar.

En todo caso, lo que digo hoy, que estamos en la Comisión de Sanidad y que es donde podemos decirlo, es lo siguiente: todo por la salud. Probablemente en otras comisiones habrá otras visiones diferentes, pero creo que en esto deberíamos ponernos de acuerdo y así se desprende de las intervenciones de los diferentes grupos. Podemos debatir —y seguramente tendremos ocasión de hacerlo— si ha funcionado perfectamente toda la cadena y qué cosas tenemos que mejorar, pero tengamos en cuenta que estamos hablando de cuestiones que afectan al conjunto de la Unión Europea. Se ha argumentado a estas alturas que solo el 12 de mayo, en aquel momento y no antes, actuaron las administraciones europeas, pero creo que fue porque se beneficiaron de la actuación previa del Ministerio de Sanidad, de la Agencia Alimentaria Española, que ha permitido a los demás países tomar unas medidas a posteriori, ya con datos palpables; algunos de esos datos, por supuesto,

eran la composición real, las cantidades y el efecto o no sobre la salud que tenían los componentes que contaminaban el aceite. En todo caso, es cierto que con estas cuestiones es muy difícil establecer la justa medida, la sensatez. En esta sesión estamos debatiendo, parece ser, con un argumento por exceso, pero también se criticaba cierta inhibición en otra argumentación, por ejemplo con el tema de los cocineros que comentaba la señora Barkos. Pongo esto como ejemplo de que es difícil en los temas de salud y seguridad alimentaria saber cuál es el punto justo, porque siempre es fácil criticar los excesos o los defectos. En todo caso, es cierto que en esta situación los consumidores españoles podemos estar más seguros. Además se ha dado una situación que ha servido para poner en valor y reforzar nuestra industria, cosa muy importante, porque se ha demostrado que es una industria solvente, comprometida con la salud, cooperadora con los poderes públicos y, además, se ha reforzado el propio sector productivo español de aceite de girasol, lo que de alguna manera demuestra que lo propio tiene su valor y hay que potenciarlo, sobre todo en los debates que vamos a tener ahora respecto a la situación alimentaria global, los tráficos constantes que hay entre países, etcétera. Pero también se ha reforzado y se ha revalorizado mucho el sistema español de garantía sanitaria, de la alimentación, su independencia y eficacia, y podemos debatir sobre esa cuestión. Tendremos ocasión en su momento, cuando venga a este Parlamento la ley de seguridad alimentaria, y seguramente podremos ponernos de acuerdo en hasta dónde podemos llegar y en qué cuestiones habrá que ser más prudentes. Yo, en todo caso, les remito a esa situación. A mí me preocupa sobre todo porque estamos hablando de un ámbito europeo, la red de alerta europea, que sí ha funcionado, aunque tenemos que aprender lecciones. Se dice que hay 300.000 toneladas que han entrado en la Unión Europea con contaminación por hidrocarburos de origen mineral; lo que no se puede hacer es ir de acusica como han hecho en el Grupo Parlamentario Popular, que no ha pedido que se refuercen los controles fronterizos en el conjunto de la Unión Europea, no, no; ¡que se refuercen en España! **(La señora Nadal i Aymerich pronuncia palabras que no se perciben.)** Esta es la confianza que tiene el Partido Popular en el país.

Digo que en todo caso hay que sacar enseñanzas, creo que estamos en situación de sacarlas y sobre todo tenemos que reforzar de inmediato, es muy importante, todo el sistema de control de fronteras en un mundo globalizado con fortísimas presiones sobre los productos y también sobre los precios, como acabamos de comentar, con lo cual se nos avecina un futuro en el que es necesario reforzar esta burbuja de bienestar que tenemos, esta burbuja europea, pero esa burbuja hay que reforzarla construyendo un mundo mejor, construyendo un mundo más seguro y sobre todo construyendo una periferia más segura. Ese es el reto que nos queda a corto plazo y desde luego, señor ministro, usted va a contar con todo el apoyo del Grupo Socialista para liderar ese esfuerzo que a nivel

europeo hay que hacer, no solo en pos de aumentar ese blindaje en un ámbito de confianza en esa frontera de ósmosis permanente sino también de liderar, como decíamos antes, la lucha y el trabajo por un sistema europeo de salud con garantías para todos los ciudadanos, que puede ser perfectamente a imitación del español.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor ministro.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Soria Escoms): De nuevo quiero agradecer a todos los grupos su intervención y las sugerencias. Estamos aquí para debatir un tema serio; yo nunca hubiera hecho una broma hablando del fin de semana tóxico —por razones profesionales he tenido que estudiar toxicología— y nunca haré bromas sobre temas de salud y consumo, y menos en este tema.

La decisión de retirar todo el aceite de girasol después de saber, como han oído ustedes, que al menos 30.000 toneladas eran de aceite contaminado, era lo que mejor garantizaba la salud y el principio de precaución. Ahora que ya saben ustedes —porque podían achacarlo a que no lo sabían— que había 30.000 toneladas, creo que no pueden cuestionar si la decisión fue correcta. Me podría haber equivocado, pero da la casualidad de que no fue así, de que el principio de precaución que está para proteger la salud de los ciudadanos, ahora que ya sabemos la magnitud del problema en un país que es el principal consumidor de aceite del mundo, merecía una actuación así. Por otra parte, la decisión, contrariamente a lo que aquí se ha dicho o tienen ustedes entendido y lo quiero aclarar, fue una decisión voluntaria y consensuada por el sector; eso ayuda en la gestión.

Expliqué en su momento la diferencia que había entre toxicidad aguda y toxicidad crónica, y eso ayuda también a entender el proceso. Los hidrocarburos alifáticos pueden ser tóxicos de forma crónica, eso quiere decir una exposición prolongada; por eso la medida que hay que tomar —hay que tomarla en algún momento, si la tomamos hoy, es a partir de hoy— es que no se consuma para evitar la toxicidad crónica. Pero al mismo tiempo, sabemos que la toxicidad aguda es muy baja, por lo menos a esas concentraciones. Por lo tanto tenía sentido decir: si usted ha consumido algo o si tiene una botella en casa, no se preocupe, porque sabemos que ese no es el peligro; el peligro era mantener la exposición crónica. ¿Hubiera preferido alguno de ustedes que hubiéramos esperado un mes y que durante un mes hubiéramos expuesto a nuestros ciudadanos a esas 30.000 toneladas? Pues esa es la razón por la cual se dice: no consuman.

En cuanto a la pregunta que se ha repetido sobre si hay un protocolo, les adelanto que sí hay un protocolo, pero no nos inventamos gabinetes o comités de crisis; hay un protocolo. Hay un protocolo que se sigue pautadamente y precisamente el hecho de que se declare una alerta hace que empecemos a analizar en frontera una

cosa que en principio no se analiza porque el aceite crudo sin refinar no es analizado por los puntos de inspección fronteriza. Me hubiera gustado que se supiese eso antes de plantearme esa cuestión. Nosotros lo hacemos porque hay una alerta y entonces vamos más lejos de lo que la norma manda.

Agradezco a la señora Tarruella las sugerencias en la gestión. Se me ha preguntado más de una vez qué he aprendido. Si algo me caracteriza es que aprendo todos los días y, aunque creo que la gestión fue la adecuada en las condiciones en las que tuvimos que tomar las decisiones, por supuesto que he aprendido. Espero que no se repita. Espero que ese aprendizaje sea útil para los ciudadanos. Pero la alarma no la causa la comunicación de una alerta, la alarma la causan 30.000 toneladas métricas de aceite contaminado. Esto es lo que causa la alarma y negar esa evidencia es no estar del lado de la salud de los ciudadanos.

Es cierto que cuando se tienen que tomar decisiones en tiempo real no es lo mismo que cuando ha pasado un mes, pero la historia no ha sido reconstruida. Desgraciadamente para quienes han sido rápidos en la crítica, la Unión Europea nos ha dado la razón. A título de ejemplo, porque no quiero detallarles hasta ese nivel todas las actuaciones, acerca de si se comunicó o no el 25 de abril, le puedo hacer una secuencia de comunicaciones. A las 14:15 horas se solicita a las comunidades autónomas la trazabilidad de las primeras 125 toneladas y los datos analíticos. A las 17:50 horas se informa a las comunidades autónomas de los compromisos de retirada del mercado asumidos por Afoex en la reunión mantenida esa mañana y se anuncia que por la tarde nos reuniremos con distribución, Anged y Asedas, y transformación, Fiab. A las 20:10 horas se remite una nota de prensa a las comunidades autónomas. A las 20:11 horas se remite a las comunidades autónomas el informe toxicológico preliminar de Aesan con los datos que tenemos. A las 23:30 horas remitimos información sobre la reunión con Anged, Asedas y Fiab distribución, recapitulación que recoge Afoex, Anged y Asedas retiran de los puntos de venta el aceite de girasol y Fiab retiene el aceite sospechoso, de forma que no se utilice en la industria de transformación. Además, a las 19:10 horas se habla por teléfono con la Agencia de Seguridad de Cataluña y las 23:00 horas con la Dirección General de Salud Pública del País Vasco, entre otros muchos ejemplos que le podía citar. Tenemos el minutado de actuaciones que incluyen día y noche de los primeros días y que permitieron gestionar la situación de la mejor manera posible.

¿Se podría haber evitado? Quiero agradecerle a doña Uxue Barkos sus comentarios y sobre todo que ponga el principio de precaución por encima y por delante de otros intereses. ¿Qué hicieron otros países europeos? Como este es un foro en el cual, y no puede ser de otra forma, se debe tratar esta cuestión, les puedo contar datos que no pertenecen a este ámbito, pero que me gustaría que tuvieran ese nivel de confidencialidad, otros países

Europeos primero dijeron que el aceite no había llegado al consumidor, pero luego se comprobó que había llegado al consumidor. Por eso la actuación de la Comisión Europea fue más contundente. En ese momento los únicos que reconocimos que ese aceite contaminado podía estar en la cadena de distribución fuimos nosotros y otros dijeron que no había llegado al consumidor. Pues no era así. Por tanto, hemos actuado como teníamos que actuar.

Acerca de qué ha pasado con las cifras de ventas, los datos que tenemos señalan que el precio no ha variado y eso, presumiblemente, refleja que el mercado no se ha resentido y continúa estando igual que antes. Yo quiero reflexionar sobre un punto y quiero trasladarles la reflexión. Precisamente fue la gestión rápida y clara de esta alerta lo que hizo que el mercado no se dañase. Si la gestión hubiera sido lenta y hubiéramos tardado un mes esperando las alertas y esperando que decidiese la Comisión Europea, el daño real en el mercado, el daño real económico hubiera sido mucho mayor. Por lo tanto, si se ha gestionado la alerta de forma que no ha habido daño en la salud y se ha protegido la salud y además no se ha resentido el mercado, creo que, independientemente de los comentarios que merezca la gestión del Gobierno y de este ministerio, los resultados han sido los mejores que podíamos esperar.

Yo les he hecho una relación que, aunque era pormenorizada, no detalla todas las actuaciones, como creo que tampoco me estaban solicitando, pero llegados a este punto quiero decirles que me siento bastante convencido, por no decir completamente convencido, de que la actuación fue correcta. ¿Cuáles son mis avales? Los profesionales. Yo he dado nombres, díganme un nombre de un solo profesional que haya cuestionado la actuación; profesionales de la salud pública o de la seguridad alimentaria. Científicos, díganme un nombre de un solo científico que haya dicho: Eso no es lo que tiene que hacer. Los consumidores. Cuando me he referido a los consumidores, me refería al Consejo de Consumidores, a diez asociaciones que representan a más de tres millones de afiliados. Por último, estos son mis avales. Mis avales son todas las comunicaciones que hace la Comisión Europea diciendo que lo que se ha hecho en España es lo que hay que hacer; y hemos protegido a los ciudadanos.

El señor **PRESIDENTE**: Por parte de algún grupo parlamentario se me ha pedido un turno de réplica. Intentaré conciliar la flexibilidad con la hora y, en ese sentido, daré a quien lo pida un turno de réplica, pero no más de dos minutos, y le cortaré en el momento que pase ese tiempo.

¿Qué grupos parlamentarios quieren la palabra? **(Pausa.)** Grupo Parlamentario Popular.

La señora **NADAL I AYMERICH**: Muchas gracias, señor presidente.

Lo primero que quería decirle, señor ministro, es que me pareció usted molesto en la primera respuesta que me dio. Señor Soria, estamos en una Cámara política y las críticas que yo he hecho han sido críticas políticas. Si ha planeado sobre esta Comisión alguna expresión por la cual usted se ha podido sentir ofendido, no lo haga. Insisto —no se trata de bromear—, lo que yo he hecho, porque estamos en una Cámara política, es una crítica política. Además, yo estoy segura de que usted nunca adoptará la doctrina Lobo, la doctrina del presidente de la agencia. Usted, nunca, estoy segura, creará que la nuestra es una curiosidad caprichosa y malsana. Estoy segura de ello y por eso he de decirle que, como decimos en nuestra tierra, en la suya y en la mía, le hago confianza. Vamos a ver, señor ministro, si todo ha ido tan bien, si todo ha sido tan fantástico, si le han felicitado tanto, ¿a qué viene ir deprisa y corriendo al Consejo de Ministros a aprobar una estrategia de seguridad alimentaria 2008-2012, que además usted pone como paradigma de la maravillosa seguridad alimentaria que vamos a tener? Entonces es que la que tenemos ahora no ha funcionado. Además, la mayoría de las cosas que se contienen en esa estrategia de seguridad alimentaria ya están en la propia agencia, y eso no es más que reconocer el fracaso absoluto. Es que hacen ustedes una declaración de manifiesta ineficacia de su ministerio, recogen la aprobación de un Plan nacional de seguridad alimentaria que no es otro que el exigido por un reglamento de 2004 del Consejo Europeo, que debía estar hecho en 2007; ahora, en junio de 2008, nos promete que lo va a hacer. Vamos a ver, señor ministro, usted nos ha enseñado las alertas y que esas las avalan. Señor ministro, si yo las tengo. Puedo poner a su disposición todo el dossier, que me he molestado en hacer, respecto a la actuación del resto de países. Esa documentación también la tiene el Grupo Popular.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Nadal, vaya terminando. Deslizante, pero no rampante.

La señora **NADAL I AYMERICH**: Termino con dos cuestiones, señor presidente, agradeciéndole nuevamente su benevolencia. Usted dice, señor ministro: el daño que se ha podido producir en Europa. ¿Qué daño se ha producido en Europa por tomar las decisiones ajustadas a lo que ha sido la alerta dada por la Comisión? ¿Qué perjuicio económico ha habido en Europa por actuar siguiendo exactamente los protocolos que se dan en las alertas RAS de las que yo también dispongo, señor ministro? Por tanto, insisto, en la defensa de los derechos de los consumidores, de garantizar la seguridad alimentaria, de garantizar la seguridad alimentaria, de que los ciudadanos recuperen la confianza en el Gobierno y en nuestro sistema de seguridad alimentaria, el Partido Popular estará a su lado, señor ministro. Para eso, insisto, hace falta un poco menos de demagogia, reconocimiento de los errores que se han producido, más transparencia y que haya una verdadera voluntad de llegar a pactos y

a acuerdos con todos los partidos de la oposición, porque eso es una obligación de la oposición, pero fundamentalmente del Gobierno, señor ministro.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Fidalgo.

El señor **FIDALGO FRANCISCO**: Solamente quiero comentar que si alguna vez perdieron la confianza los ciudadanos españoles en sus organismos de seguridad y de protección de la seguridad alimentaria fue antes de 2004; luego tuvimos una legislatura para recuperarla felizmente. El programa del Partido Socialista contempla esa ley de seguridad alimentaria, y por supuesto es el Partido Socialista y el Gobierno al que apoya el Partido Socialista quien fija los tiempos de la aplicación de ese programa, y el Gobierno y el Ministerio de Sanidad está en su absoluta competencia para llevar cuando quiera al Consejo de Ministros las medidas del programa; creo que ha quedado todo claro. La única duda que queda aquí flotando es ¿qué hubiese hecho el Partido Popular si hubiese gestionado la crisis? La respuesta ya la han dado los ciudadanos el día 9 de marzo cuando decidieron que eso lo gestionáramos nosotros.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor ministro.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Soria Escoms): De nuevo quiero agradecerles que estén

a mi lado para proteger a los ciudadanos y la salud de los mismos. Agradezco las dos intervenciones, especialmente la del Grupo Socialista.

Dice que sacamos una estrategia —creo que he oído bien— deprisa y corriendo. Desgraciadamente deprisa y corriendo —digo desgraciadamente porque debería hacer más ejercicio físico— no he ido nunca. (**La señora Nadal i Aymerich: Mal hecho.**) Precisamente soy persona pausada en la toma de decisiones. Ese día, si hubiera recogido todos los datos, la vicepresidenta del Gobierno anunció tres reales decretos: uno sobre alimentos infantiles; otro sobre ingredientes que están en plásticos, que están en contacto con alimentos; y otro sobre productos alimenticios de tipo adelgazante. Los reales decretos, como usted sabe, no se preparan deprisa y corriendo. Tienen que ir al Consejo de Estado, tienen que estar en audiencia pública, se tienen que informar; hablamos de meses. La estrategia de seguridad alimentaria la teníamos escrita antes de que finalizara la anterior legislatura, por eso la pude presentar al mismo tiempo que cuando se aprobaron los reales decretos dentro de un marco, como procura hacer el Gobierno, de políticas coherentes. Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señor ministro. Gracias, señores diputados.

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

Eran las diez y diez minutos de la noche.

Edita: **Congreso de los Diputados**
Calle Floridablanca, s/n. 28071 Madrid
Teléf.: 91 390 60 00. Fax: 91 429 87 07. <http://www.congreso.es>

Imprime y distribuye: **Imprenta Nacional BOE**
Avenida de Manoteras, 54. 28050 Madrid
Teléf.: 91 384 15 00. Fax: 91 384 18 24



Depósito legal: **M. 12.580 - 1961**