



# CORTES GENERALES

## DIARIO DE SESIONES DEL

# CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Año 2009

IX Legislatura

Núm. 210

## SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. GASPAR LLAMAZARES TRIGO

Sesión núm. 10

celebrada el miércoles 25 de febrero de 2009

Página

### ORDEN DEL DÍA:

Comparecencia del señor secretario general de Sanidad (Martínez Olmos) para informar sobre los trabajos en relación al Pacto por la Sanidad. A petición del Gobierno. (Número de expediente 212/000435.) ..... 2

### Preguntas:

— Del diputado don Gaspar Llamazares Trigo, del Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds, sobre la posición del Gobierno en relación a la introducción del copago en el sistema sanitario mediante figuras como el «euro por consulta» el «ticket moderador» o la «factura en la sombra» entre otros. (Número de expediente 181/001145.) ..... 20

**Del diputado don Antonio Gutiérrez Molina, del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso, sobre:**

- **Desarrollo actual de la Ley de Autonomía del Paciente. (Número de expediente 181/000124.).** 20
- **Revisión del convenio de colaboración, suscrito entre la Ciudad Autónoma de Melilla y el Ingresa, para la unidad de cuidados paliativos. (Número de expediente 181/001260.) . . . . .** 20
- **De la diputada doña Francisca Medina Teva, del Grupo Parlamentario Socialista, sobre valoración de los datos que se desprenden del programa de detección de accidentes domésticos y de ocio, realizado por el Instituto Nacional de Consumo. (Número de expediente 181/000907.) . . . . .** 23
- **De la diputada doña María Concepción Tarruella Tomás, del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), sobre el calendario previsto en relación a la inclusión del subgrupo C10AX donde se encuentra el ezetimiba, en la lista de medicamentos de aportación reducida, en las mismas condiciones en las que se encuentra actualmente el subgrupo C10AA (estatinas). (Número de expediente 181/001273.) . . . . .** 25

**Se abre la sesión a las diez de la mañana.**

**COMPARECENCIA DEL SEÑOR SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD (MARTÍNEZ OLMOS) PARA INFORMAR SOBRE LOS TRABAJOS EN RELACIÓN CON EL PACTO POR LA SANIDAD. A PETICIÓN DEL GOBIERNO. (Número de expediente 212/000435.)**

El señor **PRESIDENTE**: Como saben, tenemos dos puntos fundamentales del orden de día. 1.º, la comparecencia del secretario general, del señor Martínez Olmos, en relación al Pacto por la sanidad, un tema de la mayor actualidad y de la mayor importancia; y a continuación una serie de preguntas de los parlamentarios. Vamos a intentar abordar estos dos temas en su dimensión y, por tanto, a comenzar por la comparecencia en relación con el Pacto por la sanidad. Sin más, le paso la palabra al señor secretario general de Sanidad.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Martínez Olmos): Señorías, quiero, en primer lugar, agradecer muy sinceramente que hayan aceptado la celebración de esta comparecencia, que se hace a petición propia y que tiene la finalidad de informarles puntualmente sobre los trabajos que estamos desarrollando en relación con el Pacto por la sanidad. Y en segundo lugar, tras mi exposición, me gustaría haber sido capaz de satisfacer sus expectativas y poder recabar así, de nuevo, su apoyo para este proceso, estando abierto a aquellas propuestas que tengan a bien realizarme para que el proceso de diálogo en el que estamos inmersos culmine con éxito. El éxito al que aspiramos redundará

en beneficio de los ciudadanos y de los pacientes, que es la principal razón de ser de nuestro Sistema Nacional de Salud.

Como ustedes bien conocen, el Gobierno en esta legislatura pretende desarrollar un gran proyecto político, cuya finalidad es consolidar los principios que inspiran nuestro Sistema Nacional de Salud y contribuir al fortalecimiento, la modernización y la sostenibilidad del mismo. El Pacto por la sanidad que el ministro de Sanidad y Consumo les anunció en su comparecencia en esta Comisión el pasado 2 de junio, y que recibió el respaldo de todos los grupos parlamentarios, es la respuesta a esa necesidad de fortalecer, modernizar y dar sostenibilidad al Sistema Nacional de Salud, y se sustenta por ello en seis principios básicos: la cohesión, la equidad, la calidad, la innovación, la seguridad y la sostenibilidad. La aceptación de estos principios por parte de todas las partes implicadas supone, en mi opinión, la expresión de un cambio de enorme relevancia operado en nuestro país en el período que hay desde la época en que se aprobó la Ley General de Sanidad, en 1986, en la que no todas las fuerzas políticas parlamentarias estaban de acuerdo con el Sistema Nacional de Salud que se aprobó en aquella norma, hasta ahora. Este cambio ha dado lugar a una situación en la que podemos afirmar que no se cuestiona el modelo de Sistema Nacional de Salud definido en la Ley General de Sanidad, probablemente porque en estas dos décadas hemos sido capaces de poner en pie uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo; un sistema que los ciudadanos valoran de manera general y sostenida con un alto nivel de aceptación.

El objetivo del Pacto por la sanidad es garantizar a los ciudadanos una asistencia sanitaria pública de calidad y

equitativa, y que esto sea así en el futuro y, si es posible, que tenga mejores niveles que los actuales, si cabe. Pero también tiene el pacto por objetivo preservar el motor económico que supone para España el actual Sistema Nacional de Salud como elemento de riqueza e innovación para la economía española. Pretendemos así hacer que sea posible que las generaciones futuras puedan beneficiarse de la acción de un sistema sanitario capaz de responder a las necesidades de salud de los españoles. Recordarán SS.SS. que las comunidades autónomas apoyaron la iniciativa en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud del pasado 18 de junio, y hay que señalar que están participando activamente en los trabajos del pacto junto con el ministerio. Concretamente, el pasado 30 de septiembre se constituyeron los seis comités institucionales que se encargan de aportar los contenidos del Pacto por la sanidad y de trabajar para alcanzar puntos de encuentro entre todas las administraciones sanitarias, con la idea de garantizar y reforzar la calidad y la sostenibilidad de nuestro sistema.

El ministro de Sanidad y Consumo me encomendó la coordinación de los trabajos y, como ustedes saben, los comités institucionales que hemos puesto en marcha abarcan las materias estratégicas de la sanidad española. Estas son las que tienen que ver con la cartera común de servicios sanitarios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud, las que tienen que ver con las políticas de recursos humanos, las que tienen que ver con las políticas de racionalización del gasto sanitario, las que tienen que ver con la política de calidad e innovación, las que tienen que ver con las políticas de salud pública y, finalmente, las que tienen que ver con las políticas de salud sobre el consumo de drogas.

Quiero comenzar informándoles de que los comités están compuestos por más de un centenar de miembros, representantes de las comunidades autónomas —todas, menos el País Vasco—, y del Ministerio de Sanidad y Consumo, que trabajan en un ambiente muy participativo, y que lo hacen desde el principio de lealtad institucional que corresponde a un evento como este. También quiero decirles que hemos solicitado, desde el primer momento, aportaciones a todos los agentes del sector: los representativos del mundo empresarial, los representativos del mundo sindical, sociedades científicas, colegios profesionales, asociaciones de pacientes y familiares y asociaciones de consumidores en general. Esta petición se ha hecho para poder realizar un diagnóstico de situación compartido, que permita abordar propuestas de mejora que puedan ser asumidas por las comunidades autónomas y el Ministerio de Sanidad y Consumo en el marco de este Pacto por la sanidad. Puede decirse, por tanto, que el pacto ha tenido una gran acogida en todos los sectores; ha generado una expectativa y una esperanza para la consolidación de nuestro Sistema Nacional de Salud que no podemos ni debemos defraudar.

Señorías, los comités institucionales del Pacto por la sanidad se constituyeron como un foro de debate entre el ministerio y las distintas comunidades autónomas. La

sistemática de trabajo de estos comités es mixta, tanto con reuniones presenciales como a través de un espacio común de trabajo colaborativo mediante iRoom electrónicos creados para cada uno de ellos, que nos permiten la interacción entre sus componentes, evitando la necesidad de realizar numerosas reuniones presenciales. Estos comités centran su trabajo en el diagnóstico de situación y en la identificación de áreas de mejora, con la meta de proponer un conjunto de propuestas y de acuerdos que, una vez integrados con las aportaciones de los agentes sociales, se presentarán al pleno del Consejo Interterritorial de Sistema Nacional de Salud para que a su vez, una vez que sean aprobadas, se apliquen en todo el Sistema Nacional de Salud y, por tanto, en cada una de las comunidades autónomas. Es así, con estos dos importantes flujos de ideas y de información, como estamos obteniendo una visión actual de las diferentes dimensiones de nuestro Sistema Nacional de Salud desde una perspectiva múltiple, ajustadas a las diferentes realidades de los distintos agentes sociales, cuestión que estoy seguro que enriquece el trabajo de los comités institucionales.

Pasaré a describir la situación actual de los trabajos desarrollados en cada uno de los comités institucionales. Habrá de tenerse en cuenta que, aunque estamos ya en una fase avanzada, queda un cierto trabajo que realizar antes de disponer de las propuestas definitivas, y que en todos los casos las cuestiones que eventualmente puedan acordarse en los comités institucionales no serán definitivas hasta su consideración por el pleno del consejo interterritorial, que sería el órgano soberano para establecer acuerdos válidos en este proceso de diálogo. Asimismo, hay que señalar que el abordaje de todas las cuestiones que se tratan en los comités institucionales, se hace desde el más estricto respeto a los ámbitos competenciales que corresponden al Ministerio de Sanidad y a las comunidades autónomas. Es, por tanto, un proceso de diálogo que pretende sacar de todos nosotros lo mejor que tenemos, en un espíritu que pretende hacer posible compartir nuestras experiencias positivas para lograr un acuerdo que permita el liderazgo eficaz del ministerio en las políticas esenciales para el Sistema Nacional de Salud.

En cualquier caso, la situación actual de lo trabajo en marcha es la siguiente. En primer lugar, en relación con el Comité institucional de cartera común de servicios sanitarios y servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud, dependiente de la Dirección General de Ordenación Profesional, Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección, ha celebrado tres reuniones presenciales, los días 30 de septiembre, 12 de noviembre y 12 de febrero. Como bien saben SS.SS., el objeto de este comité es proponer un acuerdo al pleno del consejo interterritorial en materia de cartera de servicios, en materia de servicios de referencia, y también en materia de garantías de tiempos máximos de espera comunes, abordando los objetivos estratégicos que a medio y largo plazo se quieran alcanzar en los próximos

años de estas materias. Estos objetivos, recogidos en un documento que incorporará las aportaciones de los agentes del sector, se aplicarían una vez aprobados, en todo el Sistema Nacional de Salud. Este comité, concluida la fase de diagnóstico, tiene bastante avanzado un consenso en torno a las siguientes cuestiones. En lo que se refiere a cartera común de servicios, en el aspecto de actuaciones coordinadas para disponer de una cartera común, en el seno del comité institucional se asume la necesidad de comprometerse en una coordinación real en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, ante cualquier iniciativa de introducción de prestaciones complementarias en la cartera de servicios que pueda provenir de una comunidad autónoma. Esto quiere decir que antes de que una comunidad, en el marco de sus competencias, decidiera incorporar una prestación nueva en su cartera de servicios, el consejo interterritorial valoraría la eventual incorporación de esa prestación en el catálogo común de todo el sistema.

En relación con la ampliación del actual catálogo de prestaciones comunes del sistema, en estos momentos en el comité habría coincidencia en precisar mejor el alcance de las que ya están incluidas, continuar trabajando en la catalogación y en los precios recomendados para dietoterápicos, ortoprótesis e implantes quirúrgicos. Y en relación con la ampliación del actual catálogo, se ratifica que deberá realizarse de acuerdo con lo establecido en la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, es decir, con un informe previo basado en evidencias científicas de las ventajas que puede generar una nueva prestación y un informe económico de impacto positivo o negativo de su aplicación. En relación con la información para los ciudadanos sobre cartera de servicios, en el comité institucional habría coincidencia en desarrollar el sistema de información de cartera de servicios con los contenidos que tiene la cartera común del Sistema Nacional de Salud y de las diferentes carteras complementarias de las comunidades autónomas, para que sean accesibles a los ciudadanos.

En relación con los servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud, el comité valora positivamente el proceso de trabajo que se inició a partir del año 2006, y que ha propiciado que en la actualidad el consejo interterritorial haya nominado cuarenta servicios y unidades de referencia en una iniciativa que ya es pionera en Europa. Tengo que señalarles que el próximo consejo interterritorial volverá a abordar algunos nuevos servicios y unidades de referencia para su eventual aprobación. Hay acuerdo en el comité en relación con la necesidad de impulsar, por tanto, la continuidad de este procedimiento de designación de centros, servicios y unidades de referencia, por lo que el comité anima a continuar los trabajos emprendidos. En relación con las garantías de tiempos máximos de espera comunes, en esta materia también hay un amplio consenso en el comité institucional para considerar conveniente el desarrollo de una norma básica y común en materia de garantías de tiempos máximos de espera para todo el Sistema

Nacional de Salud. En relación a los trabajos de este comité, puedo decirles que en las próximas semanas incorporaremos las aportaciones que los agentes del sector quieran realizarnos. Aprovecho para informales de que el lunes pasado ya solicité aportaciones y propuestas concretas a todos los agentes del sector, que viene a ser una segunda petición a la primera que realizamos, para que nos aportaran datos para el diagnóstico de situación, y estas aportaciones que nos realicen los agentes del sector serán analizadas por los componentes del grupo, por los componentes de este comité, para que finalmente podamos disponer de un documento con las propuestas que el comité crea conveniente elevar al pleno del consejo interterritorial. Previsiblemente, los trabajos de este comité institucional concluirán a finales de abril o mediados del mes de mayo, por lo que estaríamos dentro del marco temporal que inicialmente habríamos previsto para la finalización de sus trabajos.

Señorías, paso a continuación a informarles sobre el estado de los trabajos del Comité institucional de políticas de recursos humanos, que también dependen de la Dirección General de Ordenación Profesional, Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección. Este comité ha celebrado también tres reuniones presenciales, los días 30 de septiembre, 19 de diciembre y la última ayer mismo, 24 de febrero. Los objetivos de comité son definir las líneas estratégicas en las políticas de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud, líneas que pueden posibilitar un acuerdo en la ejecución coordinada de acciones en cada una de las siguientes áreas: en la planificación de recursos humanos para la salud; en segundo lugar, en los criterios comunes en relación con la gestión de personal y la organización de los servicios; en tercer lugar, en la reforma de la formación sanitaria especializada, incluida la troncalidad y sus consecuencias; y finalmente en la formación continuada en el contexto del desarrollo profesional continuo. Hay que decir que se ha avanzado en los temas propuestos, y en las reuniones celebradas se están produciendo debates interesantes.

Puedo avanzarles que en el comité institucional hay planteamientos comunes en torno a las siguientes cuestiones. En primer lugar, en relación con la conveniencia de disponer de registros fiables que permitan analizar y actuar de manera que se pueda adecuar la oferta de especialistas a las necesidades reales con carácter prospectivo. En segundo lugar, en la necesidad de mejorar los procesos de homologación y reconocimiento de los títulos de médicos especialistas, garantizando la calidad formativa y competencial de los profesionales. En tercer lugar, en la necesidad de seguir avanzando en el desarrollo de la formación troncal de los médicos especialistas, de tal modo que se flexibilice el modelo formativo y la consecución de la especialidad. Y finalmente, en la necesidad de impulsar la formación continuada como un elemento de mejora de la calidad y de la fidelización de los profesionales al Sistema Nacional de Salud.

En relación con la actividad de este comité, y concretamente con lo vinculado a la planificación de recursos humanos, permítanme, señorías, que les comente que en breve serán presentados los resultados de un estudio realizado por el ministerio sobre necesidades y perspectivas de profesionales médicos para el Sistema Nacional de Salud, que vendrá a llenar el tradicional vacío existente en materia de planificación estratégica en relación con estos profesionales sanitarios. Presentaremos la próxima semana, al consejo interterritorial, los resultados de este estudio. Está prevista una nueva reunión de este comité institucional en abril, y es previsible que este comité pueda disponer de conclusiones que incorporarán también las propuestas de los agentes del sector a las que antes me referí, para ser elevadas al pleno del consejo interterritorial en el plazo previsto, ya que también estamos en la idea de que a mediados de mayo finalizará este comité sus tareas.

Señorías, en relación con el Comité institucional de políticas para la racionalización del gasto sanitario, que yo mismo coordino, les informo de que se ha reunido en tres ocasiones, los días 30 de septiembre, 21 de enero y 12 de febrero. Las reuniones también han sido de gran provecho y utilidad, al permitir compartir experiencias de las diferentes comunidades autónomas en la gestión de las diferentes dimensiones del gasto sanitario. Quiero señalarles que en este comité excluimos el debate sobre el copago; el resto de las cuestiones son cuestiones a debatir. En la última reunión se concluyó el debate sobre el diagnóstico de situación de todos los puntos que previamente habíamos acordado que íbamos a abordar. Me refiero a ello. En primer lugar, abordamos cómo analizar las estrategias para una gestión común y eficiente del Sistema Nacional de Salud en materia de compras. En este ámbito ha habido unanimidad en el comité institucional respecto a la oportunidad de compartir información sobre precios, características y calidades de los productos que se adquieren en el conjunto de las comunidades autónomas y, por lo tanto, en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Se coincide en que estas actuaciones podrían redundar en una menor variabilidad y en una reducción de los precios. En segundo lugar, hemos abordado el análisis de las experiencias de gestión desarrolladas a nivel macro en nuestro país, organizaciones de diferente naturaleza que se han puesto en marcha en diferentes comunidades autónomas con la idea de mejorar la eficiencia de la gestión. También respecto a esta cuestión ha existido un acuerdo en la necesidad de compartir las experiencias de los diferentes modelos de gestión, realizando estudios *ad hoc* que aporten transparencia en sus resultados. En tercer lugar, hemos abordado la necesidad de proceder a la evaluación de las iniciativas de gestión clínica —lo que se llama la gestión micro— en lo que se refiere a su impacto en la eficiencia de la gestión de los recursos. Al igual que con la cuestión anterior, se propuso compartir experiencias relacionadas con la gestión clínica mediante estudios

específicos, estudios que nos darán también transparencia en relación con los resultados.

En cuarto lugar, y en relación con las estrategias informativas y educativas que deberían implantarse para asegurar un uso correcto de los servicios sanitarios por parte de los ciudadanos, se consideró necesaria la realización de campañas, dirigidas tanto a usuarios como a profesionales sanitarios, para informar de un adecuado uso de los recursos y hacerlos con las comunidades autónomas, para asegurar que se determina adecuadamente quiénes son, también en este sentido, los mejores canales de actuación. De alguna manera, también en lo que se refiere a un uso adecuado de los recursos, y para mejorar los ingresos de las comunidades autónomas, hay coincidencia en trabajar de manera conjunta en lo que se refiere a la identificación de quiénes son los responsables del aseguramiento de las prestaciones a los pacientes cuando se dirigen a los ciudadanos, sean mutualidades de funcionarios, mutualidades de accidentes laborales o de accidentes de tráfico, de tal manera que finalmente la carga de financiación se repercuta adecuadamente en la entidad responsable de la asistencia sanitaria. Esta es un cuestión especialmente importante en algunas comunidades autónomas.

En quinto lugar, en lo que se refiere a las estrategias para la aplicación de procedimientos de evaluación de tecnologías sanitarias en el Sistema Nacional de Salud, hay que tener en cuenta que uno de los elementos que más incide en el crecimiento del gasto es la innovación en el ámbito de las tecnologías. Se viene trabajando en el fortalecimiento de la actividad de las distintas agencias de evaluación de tecnologías sanitarias, y hay acuerdo también en este comité institucional en reforzar esta línea de trabajo y en mejorar la difusión de los informes que realizan, e incluso incorporarlos a la hora de tomar decisiones en la ampliación de la cartera de servicios.

En sexto lugar, en lo que se refiere a las estrategias sobre demandas de medicamentos que pueden estar directamente ligadas a su consumo, que ha sido otra cuestión abordada en este comité institucional, hay un acuerdo general sobre la necesidad de actuar sobre la demanda, y también sobre la necesidad de incidir en los formatos de presentación de los fármacos, de tal manera que se adecuen a lo que son las necesidades establecidas por las indicaciones habituales de la práctica clínica, y también en el desarrollo y generalización de dispositivos personalizados adecuados a lo que son las necesidades de los pacientes crónicos, y especialmente los polimedificados. En séptimo lugar, hemos abordado las actuaciones en relación con la oferta de medicamentos con impacto en atención primaria y también en atención hospitalaria. Respeto a este aspecto, se ha planteado la conveniencia de revisar la actual normativa de publicidad y promoción de los medicamentos, así como incidir en la coordinación entre atención primaria y especializada, compartiendo protocolos terapéuticos comunes, aprovechando experiencias que se vienen desarrollando en algunas comunidades autónomas con éxito.

En octavo lugar, hemos abordado el análisis de las medidas autonómicas sobre la prescripción y dispensación de medicamentos y el tema de visado de medicamentos. En este punto, las diferentes representaciones apuntaron sus experiencias en relación con estos aspectos y consideraron conveniente compartir esta información antes de poder hacer aportaciones concretas al pleno del consejo interterritorial. Esta es una cuestión, por lo tanto, que aún está en estudio. En noveno lugar, en relación con la evaluación del impacto de la política de genéricos, y en medidas que pudieran mejorar su eficacia en el objetivo de racionalización del gasto, aún siendo todavía una cuestión que está siendo trabajada, tengo que decirles que en general se considera que la actual política de medicamentos genéricos es una política adecuada a los objetivos de racionalización del gasto, que son los objetivos que se están abordando en esta Comisión.

En décimo lugar, estamos también abordando en esta Comisión la necesidad de establecer políticas retributivas comunes para el Sistema Nacional de Salud. Todos los participantes en este comité institucional se manifiestan a favor de establecer políticas retributivas comunes mediante la concreción de una serie de elementos comunes, bandas similares estrechas que limiten la actual espiral inflacionista que hace que, desde la perspectiva de las comunidades autónomas, esta sea una cuestión que siempre está abierta. Finalmente, hemos abordado en este comité institucional, estamos abordando, la situación del Sistema Nacional de Salud en relación con prótesis, transporte sanitario y políticas de conciertos. Respecto a este punto, la propuesta que existe por parte del comité institucional es que el ministerio pudiera realizar recomendaciones sobre indicaciones protésicas y, asimismo, se consideró la eventual necesidad de que el ministerio elabore normas sobre conceptos básicos de transporte sanitario que permitan estandarizar sus indicaciones de uso. También en esta cuestión quedan algunas tareas pendientes de trabajar en el comité institucional. Este comité tiene prevista una próxima reunión en breves fechas, en concreto el 12 de marzo próximo. Estamos seguros de que permitirán definir las propuestas que definitivamente se vayan a elevar al pleno del consejo interterritorial, también incorporando aportaciones que los diferentes agentes del sector nos realicen en estos días, y que podamos terminar este trabajo en el marco temporal que habíamos previsto al inicio, a finales de abril probablemente, como máximo mediados de mayo.

Permítanme, señorías, que mencione aquí algo que ya fue también analizado en la última reunión de este comité, me refiero a la consideración de la excelente labor realizada desde su creación, y con motivo de la primera Conferencia de Presidentes, en octubre de 2004, por el Grupo de análisis del gasto sanitario, que se ha consolidado como un potente instrumento de coordinación entre la Administración General del Estado y las comunidades autónomas, y que está siendo muy útil a la hora de articular reflexiones en este grupo, así como

medidas en relación con la financiación autonómica. De sus informes pueden dar fe el Consejo de Política Fiscal y Financiera, el consejo interterritorial, y el proyecto que hay es profundizar en el estudio de eficiencia del gasto público, por lo que este comité tiene grandes expectativas en la continuidad de los trabajos del Grupo de análisis del gasto sanitario. Este tiene que ser un tema en permanente análisis, porque siempre hay márgenes de mejora en la eficiencia en el uso de los recursos en el ámbito sanitario.

Señorías, paso ahora a comentarles la situación de los trabajos del Comité institucional de políticas de calidad e innovación, coordinado por el director general de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, comité que se ha reunido en dos ocasiones, el 30 de septiembre y el 16 de diciembre. Como ustedes saben, para la promoción de la calidad y la innovación, se han definido tres ejes transversales de actuación que se desarrollarán en tres líneas de actuación específica. Los ejes transversales son: equidad, considerando que la igualdad en el acceso a los servicios de salud es necesaria, pero no suficiente para garantizarla. Hay que asegurar la calidad homogénea en todos los procesos asistenciales, independientemente de que las personas tengan determinada edad, determinado género, lugar de residencia o clase social o nacionalidad, etcétera, que es la mejor manera de alcanzar la equidad. Otro eje es el de la participación de todos los agentes implicados, sean profesionales, sean usuarios, porque esto es un reconocimiento de derechos y es básico para la mejora de la calidad. Y finalmente, el otro eje transversal es la gestión del conocimiento de una manera democrática y efectiva, promoviendo una reflexión inteligente, y la generación de innovación en todos los ámbitos y niveles asistenciales. Bien importante es aquí la difusión a todos los agentes implicados, para que se incorporen los conocimientos a la toma de decisiones tanto en la planificación y en la gestión de los servicios como, especialmente, en la práctica clínica.

Las líneas de acción en este ámbito de este comité institucional son: estrategias de salud, sistemas de información y aspectos de formación. En relación con las estrategias de salud, el comité institucional considera en este momento de su trabajo que lo que se ha aplicado en los últimos años, por parte de las distintas administraciones sanitarias a la hora de elaborar estrategias de salud; ha puesto en vanguardia a nuestro servicio sanitario y ha permitido una colaboración institucional con aspectos muy relevantes en las estrategias de salud que han sido aprobadas unánimemente todas ellas por el consejo interterritorial, en lo que sin duda constituye un ejemplo de funcionamiento coordinado de este importante órgano de gobierno del sistema. En este sentido, los trabajos del comité institucional muestran una amplia coincidencia entre sus componentes en relación con la necesidad de desarrollar una metodología de evaluación de las estrategias, de manera que esta permita compartir el conocimiento de lo realizado, de sus resultados, tanto

los positivos como los menos positivos, para mejorar su calidad de manera continua. Se considera que esta tiene que ser una metodología elaborada por consenso por todas las partes implicadas, especialmente por todas las administraciones sanitarias, y que proporcione información tanto cuantitativa con indicadores concretos de procesos y de resultados, como información cualitativa con análisis de buenas prácticas que incorpore también la perspectiva de profesionales y de pacientes. También hay acuerdo en establecer mecanismos de coordinación y cooperación de las estrategias entre sí, y de cada estrategia con los planes correspondientes que tienen las comunidades autónomas, de tal manera que mejore la efectividad y la eficiencia de los recursos que se destinan en todos los ámbitos. Y finalmente, también hay un acuerdo en desarrollar y evaluar la estrategia de seguridad de pacientes, con proyectos específicos en las unidades de cuidados intensivos, en las unidades de atención primaria, mejorando la información a los pacientes y la formación de profesionales, así como impulsar la mejora en la notificación de incidentes y efectos adversos.

Este comité también está de acuerdo en la necesidad de desarrollar y evaluar una estrategia de equidad de género en el Sistema Nacional de Salud, estrategia que proporcione la guía para la aplicación de la Ley orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, hacerlo aplicable en sanidad, incluyendo el abordaje de enfermedades específicas que presentan desigualdades de género, así como las acciones transversales a todas las actuaciones del Sistema Nacional de Salud. También hay acuerdo en este comité institucional en la necesidad de profundizar en el desarrollo y el impacto en la práctica clínica de las herramientas para la evaluación de las tecnologías sanitarias y el conocimiento científico, donde especialmente importante son los informes de las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias. Hay más de trescientos proyectos que han sido financiados en los últimos tres años desde el Plan de calidad, que se van a comenzar a dar difusión, así como la guía de práctica clínica y otras que se están realizando en colaboración con las sociedades científicas. Y finalmente, se plantea también el acuerdo en la necesidad de normalizar los estándares de calidad de centros y unidades sanitarias, de tal manera que se constituyan en un instrumento de acreditación de la calidad en todo el Sistema Nacional de Salud.

En lo que tiene que ver con los sistemas de información, existe en este comité institucional una amplia coincidencia en torno a la construcción de sistemas que generen conocimiento útil para mejorar tanto el Sistema Nacional de Salud como la información que tiene que recibirse por parte de los profesionales. Habrá que generar indicadores comunes a todos los servicios de salud que los componen, y en este sentido se señalan dos proyectos fundamentales como clave para avanzar en esta línea: 1) el desarrollo del proyecto de historia clínica digital del Sistema Nacional de Salud, para mejorar la

atención a las 4.500.000 personas que anualmente reciben asistencia sanitaria en algún momento del año fuera de su comunidad autónoma, ya que con este proyecto pionero a nivel mundial se podrá disponer de la información clínica —informes, pruebas diagnósticas, imagen digital— en cualquier punto del territorio español y, además, los ciudadanos podrán tener acceso a su historia clínica digital y saber dónde y cuándo esta haya podido ser consultada. Tenemos ya definida la historia clínica, y estamos ya en el proceso de inicio del estudio piloto para conocer la viabilidad del proyecto antes de extenderlo al conjunto del Sistema Nacional de Salud. Y también en lo que se refiere a los sistemas de información, hay un amplio acuerdo en proceder a la difusión de los ciento diez indicadores clave, que ya están definidos para el Sistema Nacional de Salud, que han sido aprobados ya por el consejo interterritorial, que se han desarrollado y que suponen un importante elemento innovador para el análisis de eficiencia de cohesión del Sistema Nacional de Salud, ya que aportan información de carácter territorial sobre indicadores que se consideran fundamentales para monitorizar el funcionamiento del sistema.

Y en relación con la formación, los componentes de este comité institucional coinciden en que hay que desarrollar las siguientes líneas. Para el personal sanitario, teniendo en cuenta que los recursos humanos son la base de los servicios de la salud y de la calidad y la actualización continua de sus conocimientos, se plantea la necesidad de fortalecer el proceso de auditoría docente de centros y unidades del Sistema Nacional de Salud para la formación de posgrado, y también impulsar el acceso a la información sobre evidencias científicas utilizando las tecnologías de la información y de la comunicación, y potenciando la colaboración con las sociedades científicas y profesionales. Y en lo que se refiere a la formación para los ciudadanos, se coincide en la necesidad de facilitar información de calidad sobre salud y cuidado de la enfermedad a la población general, pero también hay un acuerdo en el inicio de desarrollo de redes de pacientes, en lo que se refiere a su formación y capacitación, en lo que tiene que ver con el acceso a información de calidad, pero también en lo que tiene que ver con la formación con algunas iniciativas que en alguna comunidad autónoma ya se han iniciado recientemente. En las próximas semanas se va a celebrar una nueva reunión presencial de los miembros de este comité, y también esperamos que antes de que finalice el mes de abril, en este caso, se puedan disponer de las conclusiones definitivas y de las propuestas a elevar al pleno del consejo interterritorial, incorporando también iniciativas de los agentes del sector.

Paso ahora, señorías, a comentarles la situación de los trabajos que desarrolla el Comité institucional de políticas de salud pública, el cual está coordinado por el director general de Salud Pública y Sanidad Exterior, que se ha reunido en dos ocasiones, el 30 de septiembre y 15 de enero. Con la finalidad de poder desarrollar una

política de salud pública común que dé una respuesta consensuada a los nuevos retos y llegar a un acuerdo acerca de los servicios comunes que deben ofrecerse desde la salud pública con criterios de equidad y cohesión, se acordó con los representantes de las comunidades autónomas que conforman este comité institucional, en un marco siempre de consenso y respeto a las competencias de cada una de las administraciones implicadas, trabajar en las siguientes áreas. En primer lugar, en lo que se refiere a la definición de una cartera de servicios común en materia de salud pública. Hay acuerdo en este comité institucional en plantear que la cartera de servicios de salud pública tenga también elementos comunes a los que tienen las comunidades autónomas, y que deba de integrarse todo ello en una cartera única del Sistema Nacional de Salud con el objetivo de reducir la brecha entre el sistema asistencial y la salud pública. Se considera que esta es una medida importante para la cohesión entre las comunidades autónomas; por lo tanto, habría acuerdo en hacer una cartera común en materia de salud pública. En segundo lugar, se trabaja en relación con los elementos que tienen que considerarse para ser incluidos en las normativas de salud pública a desarrollar, tanto en los ámbitos de la Administración General del Estado como en las comunidades autónomas. En este sentido, hay consenso en asegurar que la futura Ley de Salud Pública sirva para integrar esfuerzos y añadir sostenibilidad al sistema. Se considera que la Ley de Salud Pública tiene una importancia capital para sentar las bases de las intervenciones que en este campo corresponden a la sanidad actual, y se ha decidido trabajar conjuntamente en el marco de la Comisión de salud pública para incorporar en el anteproyecto de Ley de Salud Pública las iniciativas que las comunidades autónomas también están trabajando en sus ámbitos territoriales, de tal manera que venga a esta Cámara un proyecto que ya disponga de entrada de un consenso institucional importante. En tercer lugar, en relación con la necesidad de una propuesta de especialidad en salud pública, que es otra de las materias que se ha abordado en este comité institucional, hay una base de acuerdo para hacer una propuesta que considere el carácter multidisciplinar y troncal de la salud pública y que promueva los mecanismos para el desarrollo de la carrera profesional en salud pública equivalente a la de otros profesionales sanitarios. Yo creo que esto también es un elemento de enorme importancia para potenciar este campo de trabajo.

Otra cuestión abordada se refiere a la gestión de la información en materia de salud pública. Hay acuerdo en impulsar sistemas coordinados de información en materia de salud pública, que permitan tener un núcleo amplio compartido de información, y establecer parámetros comunes y acordar prioridades. Esta es una línea de trabajo abierta aún en el comité institucional, y que concretará incluso la concreción de indicadores a proponer al consejo interterritorial. También se abordan en este comité las cuestiones relativas al calendario vacunal

del Sistema Nacional de Salud. En esa línea se ha trabajado sobre los criterios a considerar para modificación de los programas de vacunas y para la determinación de un único calendario vacunal en el Sistema Nacional de Salud. Los criterios para fundamentar la modificación de los programas de vacunas, hay que señalar, fueron definidos por el grupo de trabajo de la ponencia técnica de programa y registro de vacunaciones, que depende de la Comisión de salud pública del consejo interterritorial, y fueron aprobados en octubre de 2004. Esta cuestión, saben SS.SS., ha generado polémicas relevantes en la pasada legislatura, y en la actualidad, con ocasión de las decisiones que algunas comunidades autónomas tomaron, incorporando nuevas vacunas al margen de la opinión del consejo interterritorial o introduciendo pautas diferentes a las del calendario del Sistema Nacional de Salud, haciendo que hoy en día los ciudadanos no alcancen a entender el porqué de las actuales diferencias. Tengo que reconocer que esta es una cuestión de enorme importancia y de gran complejidad para conseguir un calendario único en el Sistema Nacional de Salud, y que requiere una enorme dosis de generosidad por parte de las comunidades autónomas para que esto sea posible. De no hacerlo, estaríamos probablemente incumpliendo una de las expectativas que tienen los ciudadanos de disponer de un calendario único. Podemos decir que hasta ahora el trabajo del Grupo de políticas de salud pública está progresando. En el momento actual se está ultimando un borrador con las formulaciones que se pueden hacer para el pacto. Pensamos que tras la próxima reunión, que se realizará dentro de pocas semanas, se puede incorporar también las aportaciones de los agentes del sector y, por tanto, las previsiones en torno a la finalización de los trabajos nos sitúan en el mes de abril y, por lo tanto, en el plazo previsto.

Finalmente, señorías, les informo en relación con el Comité institucional de políticas de salud en el ámbito de las drogas, comité dependiente de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, que ha celebrado dos reuniones presenciales, los días 30 de septiembre y 4 de febrero, y que ha realizado un estudio pormenorizado de los dispositivos asistenciales que tienen las diferentes comunidades autónomas. Las líneas de debate de este comité discurren, lógicamente, dentro del marco de la estrategia nacional sobre drogas 2009-2016, estrategia pactada con todos los agentes y todas las comunidades autónomas, que están centradas en la normalización de la asistencia sanitaria que se presta al drogodependiente, a partir de la consideración de la adicción como una enfermedad similar a cualquier otra patología. Existe consenso entre los miembros del comité en que la normalización de la asistencia es el objetivo final que se debe alcanzar. Ello nos permitirá garantizar que la asistencia a los drogodependientes se presta, por la vía que cada comunidad autónoma crea más conveniente, en iguales condiciones de accesibilidad, de equidad y de profesionalidad que cualquier otra patología que se trate en el Sistema Nacional de Salud, y con

independencia del lugar de residencia del afectado. Con este fin, el comité está trabajando en la idea de proponer medidas para potenciar la coordinación entre la asistencia específica a los drogodependientes y los diversos escalones del sistema sanitario público. —Se considera que aquí hay aún una asignatura pendiente—. En segundo lugar, para impulsar el desarrollo de la cartera de servicios de atención al drogodependiente, que se encuentra recogida en el decreto correspondiente, por el que se establece la cartera de servicios comunes, por lo que hay que concretar mejor tanto en atención primaria como en atención especializada. En este sentido, se concentrarán los esfuerzos, según las propuestas del comité institucional, en desarrollar en el sistema público de asistencia sanitaria actuaciones de detección precoz, de intervención temprana en adolescentes y jóvenes consumidores en riesgo y con personas que abusan y dependen de las drogas, así como en impulsar actuaciones que vayan dirigidas a aumentar la implicación y la formación de los profesionales de atención primaria, haciendo especial hincapié en el papel de los profesionales de enfermería tanto en atención primaria como en los servicios de urgencia hospitalarios. También este comité está trabajando en la necesidad de fortalecer el sistema de información para la atención a los drogodependientes. Y finalmente, en la necesidad de definir la red de centros, servicios y unidades de uso público para la asistencia a los drogodependientes, que nos permitirá establecer programas de mejora de la calidad y de monitorización de la asistencia en estos ámbitos asistenciales. En las próximas semanas se celebrará una nueva reunión de trabajo. Las previsiones que tenemos es que dispondremos de las propuestas definitivas para el pleno del consejo interterritorial antes de que acabe el mes de mayo próximo.

Señorías, esta es la situación de los trabajos de los diferente comités institucionales. Ruego disculpen la minuciosidad de mi exposición, pero creía importante dar a conocer un trabajo muy potente, que se está desarrollando gracias a la enorme colaboración institucional que hemos encontrado; un trabajo callado, pensamos que es importante trabajar tranquilos para conseguir un acuerdo, y es un trabajo que creo que tiene gran calidad. Quiero reiterarles que en esta fase del Pacto por la sanidad estamos también en un proceso de reflexión colectiva que tiene una enorme envergadura y que se hace con pleno respeto a nivel competencial, como antes decía, de cada una de las administraciones participantes, por lo que espero que el País Vasco se incorpore también a los trabajos después del proceso electoral que culmina el próximo domingo. Asimismo, hay que reiterar que la participación de los agentes del sector está asegurada, y que ello nos permitirá avanzar en la consecución del objetivo de disponer de un conjunto de acuerdos que contemplen numerosas aportaciones de todas las parte implicadas. Mediante el Pacto por la sanidad y con el trabajo de los comités y las aportaciones de los agentes sociales, el ministerio no persigue otra cosa que consen-

suar los propósitos comunes para todo el Sistema Nacional de Salud, acordar cómo alcanzarlos incluso, en función de las competencias que ostenta cada Administración. El gran acuerdo que debe resultar de este proceso, y del que yo tengo ahora mismo una visión optimista dado el alcance y la naturaleza de los resultados parciales que estamos consiguiendo en nuestros trabajos, estamos seguros que ofrecerá seguridad a todos, especialmente a los ciudadanos, de que los temas cruciales de la sanidad no serán objeto de controversias innecesarias, sino que todas las administraciones aunarán esfuerzos para mejorar el Sistema Nacional de Salud sobre una base común que ha de generar un acuerdo nacional. De este modo, el Ministerio de Sanidad y Consumo, tal como dijo el ministro, liderará un proceso necesario que permitirá reivindicar el papel fundamental del Sistema Nacional de Salud como pilar del Estado del bienestar y como uno de los principales patrimonios comunes del país, que no solo garantiza una asistencia sanitaria de calidad, sino también es un elemento de riqueza e innovación para la economía española, lo cual nos dota de argumentos más que suficientes para reivindicar nuestra consideración en el próximo sistema de financiación autonómica.

Señorías, no quiero dejar de señalar que hoy es un día importante, porque se constituye la subcomisión para el Pacto de Estado en la sanidad, según tengo entendido. Quiero reiterar en esta Cámara mi total disponibilidad para trabajar con ustedes en el fortalecimiento de nuestro sistema sanitario y para incorporar todas aquellas propuestas de sus respectivos grupos parlamentarios, que permitan mejorar la respuesta del sistema sanitario a los retos y desafíos que nos plantea el siglo XXI. Muchísimas gracias y quedo ahora a su disposición. **(La señora vicepresidenta, Aburto Baselga, ocupa la Presidencia.)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Pasamos al turno de portavoces, que será de menor a mayor. Por tanto, tiene la palabra el señor Llamazares.

El señor **LLAMAZARES TRIGO**: Quiero agradecer la comparecencia del secretario general de Sanidad en relación al Pacto de Estado por la sanidad, en primer lugar. No cabe duda de que nos encontramos ante dos cuestiones importantes; una de ellas, cómo evoluciona el pacto en los comités creados entre el Gobierno y las comunidades autónomas, y a tenor de lo informado parece que evoluciona bien, en nuestra opinión, con avances significativos y sólidos; y por otra parte, qué significado tiene esta comparecencia desde el punto de vista del Congreso de los Diputados o de las Cortes Generales, que van a iniciar prácticamente de manera inmediata su propia subcomisión en relación al Pacto de Estado por la sanidad. Creo que esta comparecencia tiene esos dos significados y, por tanto, mi grupo parlamentario la valora de forma muy positiva en ese sentido, no solamente por los avances ya manifestados, sino por el

reto que el pacto de Estado significa para el conjunto de los ciudadanos y para el conjunto de las fuerzas políticas parlamentarias. No es una cuestión menor, el Pacto por la sanidad viene siendo reclamado hace años y se han producido, en nuestra opinión, cambios muy importantes que lo hacen urgente. Un cambio demográfico a lo largo de los últimos años muy rápido; por otro lado, un cambio también en las tecnologías sanitarias; y asimismo, sobre todo a la luz de los últimos acontecimientos, cambios sobre el significado de los servicios públicos en el conjunto de la política económica y en concreto del servicio público sanitario o de los sistemas sanitarios. Además, en nuestro país se ha producido una descentralización también muy rápida del sistema sanitario, pasando de un sistema sanitario centralizado a un sistema sanitario muy descentralizado. En ese sentido, el Pacto de Estado por la sanidad debe lograr lo que han logrado otros sistemas descentralizados o sistemas federales, y es al mismo tiempo la cercanía de las decisiones y la participación de los ciudadanos, la calidad del sistema y, por otra parte, los mecanismos necesarios de cooperación y de cohesión del conjunto del sistema sanitario. Ambas cuestiones, en nuestra opinión, vitales, ambas cuestiones también complementarias, y no compartimos esa contradicción que se pretende establecer algunas veces entre sistema autonómico o sistema descentralizado y falta de cohesión o, digamos, cuestionamiento del carácter de servicio público o de sistema sanitario. Muy al contrario, pensamos que en estos momentos es necesario avanzar de forma paralela en los dos ámbitos.

En relación a la información dada por el secretario general, como digo, tenemos una valoración positiva de esa información, de los avances que se han producido y que demuestran lo que he dicho con anterioridad, que es posible cohesionar por un parte mejoras sustanciales del desarrollo descentralizado del sistema y al mismo tiempo avances en la cohesión y en la cooperación, y se ve en la mayor parte de las comisiones creadas y en sus resultados hasta ahora; resultados, además, que han sido demandados en los últimos tiempos de manera reiterada por parte de los ciudadanos y de los grupos parlamentarios, en relación a la cartera de servicios, al estudio de prospectiva en materia de formación, al gasto sanitario. Quiero destacar la cuestión no menor de los responsables del aseguramiento y una de carácter fundamental, y es la mezcla que existe todavía en nuestro país entre un sistema de Seguridad Social y un sistema de provisión universal todavía con deficiencias y con contradicciones que sería necesario despejar. No es solamente un problema en el ámbito de las comunidades autónomas, es un reto también en el ámbito del Estado. También lo referido a tecnologías sanitarias, y en este caso ha hablado de las agencias de evaluación, de la capacidad de coordinar las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias, incluso la posibilidad de una ley básica o de una norma básica con respecto a la evaluación de tecnologías sanitarias; la política de retribución común, o esa voluntad de política de retribución común. Hay dos

cuestiones fundamentales que nos llaman la atención y sobre las que nos gustaría que nos diera una explicación: la ausencia del País Vasco, si es un tema coyuntural o es un problema más de fondo; y por otra parte, el tema del copago, que no ha sido abordado en el marco de la comisión sobre el gasto sanitario, y a nosotros nos parece importante saber si hay un consenso que hace que este tema no sea abordado o hay otra razón. Haremos una pregunta con posterioridad en el trámite de preguntas. Lo mismo cabe decir sobre el tema de salud pública o calidad o drogas.

Con relación al segundo aspecto, esta comparecencia como prólogo del funcionamiento de la subcomisión, querría plantear la idea, que luego iremos viendo en el marco de la subcomisión, sobre nuestra complementariedad y nuestra coordinación también con respecto al pacto en el ámbito territorial. Una de métodos sería con relación al Pacto por la sanidad, un pacto imprescindible en estos momentos, lo he dicho antes y creo que es así, y que además estamos en las mejores condiciones para alcanzar el pacto. Alguien planteaba crisis económica, dificultades de financiación de la sanidad y, por tanto, imposibilidad del pacto. Pues yo creo que no ha sido así y que probablemente podamos alcanzar el pacto con mayor responsabilidad, precisamente por los retos que tiene el sistema sanitario y también el sistema económico. En relación con la subcomisión y con los comités creados, uno de los temas importantes es el liderazgo compartido en cuanto al método; es decir, qué papel, por ejemplo, con respecto a la subcomisión va a tener. Ha dicho el secretario general que va a colaborar y a comparecer cuantas veces sean necesarias en la Comisión, pero yo creo que es necesario algo más, es decir, un papel. Al igual que hay un papel de liderazgo del ministerio en el pacto territorial, también debe haber un papel de liderazgo, en mi opinión, del ministerio con respecto a la dinámica parlamentaria. Yo creo que en sus manos está una buena parte de la virtualidad de ese acuerdo y, por tanto, hago un llamamiento al liderazgo compartido; en este caso no compartido como ocurre en el ámbito territorial, pero sí compartido con las fuerzas políticas, con el Congreso y con el Senado. En tercer lugar, el tema de la coordinación. Se ha abierto una ponencia en el Senado sobre recursos humanos. Además de estos comités, está abierta la elaboración de una nueva Ley de Salud Pública. Ahí tenemos un reto de coordinación entre los distintos ámbitos; en algunos casos, por ejemplo, habrá resoluciones de los comités que sea interesante reproducir también en el ámbito parlamentario, pero apuntaría a una complementariedad. Si ahora, en el marco del ministerio con las comunidades autónomas, se abordan sobre todo cuestiones tácticas y de gestión, el papel que le debería corresponder al ámbito parlamentario sería cuestiones políticas y estratégicas; yo creo que esas son las cuestiones esenciales, sin que haya, por ejemplo, una preocupación sobre algunos aspectos nucleares del sistema muy importantes —atención primaria, salud laboral, salud pública—, que es difícil

eludir, pero digamos que la complementariedad sería mejor entre los aspectos tácticos muy importantes y de gestión, y los aspectos estratégicos y políticos que podríamos abordar en el marco parlamentario. En cuarto lugar en el método estaría en mi opinión, la participación. La participación en el ámbito parlamentario, que también se está estableciendo en los comités con organizaciones de usuarios, con profesionales, creo que es esencial. Y el quinto criterio del método, que en mi opinión es imprescindible, sería el consenso; el consenso que está alcanzándose en el ámbito táctico, en el ámbito con las comunidades autónomas, también en el ámbito político y parlamentario. Creo que esas serían cuestiones de método.

Termino. En opinión de mi grupo, las cuestiones que más nos preocupan con relación al Pacto por la sanidad en el ámbito parlamentario serían, aparte de las tácticas o de gestión a que se ha referido el señor secretario general, en primer lugar, una cuestión que todavía no está despejada en nuestro sistema sanitario a pesar del tiempo transcurrido, que es la cuestión de la universalidad del sistema. Yo creo que es universalidad desde el punto de vista legal; algunos problemas desde el punto de vista real, y me he referido a ellos en mi intervención. En segundo lugar, un sistema de expertos, fundamentalmente, pero un sistema con escasa vocación participativa, donde el profesional y donde el usuario son prácticamente entidades pasivas. Yo creo que en ese sentido sí sería necesario que ese ámbito de la reflexión sobre la participación se hiciese en este Congreso de los Diputados. En tercer lugar, se ha referido a él el secretario general, y en buena parte es de lo que estamos hablando, lo que podríamos denominar el liderazgo compartido, la capacidad de coordinar gobernabilidad del sistema, cohesión y equidad. Creo que sería uno de los aspectos esenciales que están íntimamente unidos. Hay liderazgo compartido si hay gobernabilidad, y hay liderazgo compartido también si hay medios para la gobernabilidad y la cohesión, si existe un fondo de cohesión digno de tal nombre. En cuarto lugar, la inteligencia del sistema; y en quinto lugar, en buena parte es lo que se está discutiendo ahora, la sostenibilidad del mismo. Esas son cuestiones que de manera complementaria desde mi grupo parlamentario estamos dispuestos a abordar con los criterios que he dicho antes, con los criterios de coordinación y de complementariedad con lo que ya se ha creado y, por último, con el criterio también del consenso, del necesario consenso parlamentario para sacar adelante un Pacto por la sanidad que no solamente es necesario, sino que tiene más posibilidades que nunca.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Tiene la palabra la señora Tarruella.

La señora **TARRUELLA TOMÀS**: Señor secretario general, desde nuestro grupo queremos agradecerle su presencia y la gran cantidad de información que nos ha dado en este corto espacio de tiempo; tengo que reco-

nocer que yo ahora necesito tiempo para la lectura y para procesar con calma toda esta información que nos ha dado. **(El señor presidente ocupa la Presidencia.)** Por lo tanto, voy a hacer una valoración muy reducida y muy por encima, porque tenemos que analizarla bien, sobre todo hoy que es el día, como usted ha dicho y como ha dicho también el señor Llamazares, que me ha precedido en el uso de la palabra, en que se va a constituir esta subcomisión para el Pacto por la salud, y es un día en que necesitábamos esta información. Yo he echado en falta hasta ahora la información aquí, en ámbito parlamentario, de todo lo que se estaba preparando. Ya sé que los grupos tienen que ir haciendo todo su trabajo, pero por mi parte por lo menos he echado en falta los objetivos, cómo iban a trabajar, qué es lo que iban a desarrollar y, sobre todo, la gente que participaba en esos grupos. Usted nos ha dicho que en estos grupos no solamente están los técnicos, las comunidades autónomas, sino que también está los agentes sociales, y supongo que están también los representantes de los pacientes, porque también tienen mucho que decir sobre lo que se les ofrece y sobre lo que se les da en el sistema sanitario. Muchas veces desde el sistema sanitario se mira la forma de aplicar dicho sistema, pero los usuarios lo que están demandando quizás es otra forma de ser atendidos en sus problemas y en su salud.

La importancia de la salud para todos es prioritaria. Por lo tanto, es muy importante que entre todos lleguemos a la mejora de este sistema de salud, que entre todos haya una mayor coordinación desde las distintas políticas sanitarias. No podemos olvidar que debemos un gran respeto a las competencias de las comunidades autónomas, pero desde el ministerio se ha de coordinar, se han de impulsar una serie de políticas comunes y se ha de vigilar que las políticas básicas mínimas, las que están en las carteras de servicio, se cumplan y cómo se cumplen en las diferentes comunidades autónomas. Este Pacto para la salud del que vamos a hablar —y vamos a estar en la subcomisión que crearemos participando todos— desde nuestro grupo lo vemos como un pacto necesario. Es importantísimo que lleguemos a un consenso por el bien de todos, por el bien del país y por el bien de todos los usuarios. Algunas diferencias que se dan entre unas comunidades autónomas y otras cuando la gente se desplaza, creo que es importante que las podamos corregir y entre todos tenemos que poner nuestro grano de arena para hacerlo. La mejora del sistema, pues, para nosotros es importante, sobre todo su mayor coordinación, esa equidad, cooperación y cohesión que todos pedimos, pero también, el señor Llamazares lo ha dicho hace un momento, para nosotros es muy importante hablar de la sostenibilidad de este sistema; y cuando hablamos de la sostenibilidad no podemos olvidar que tenemos que hablar de la financiación. Estamos comparando sistemas de gestión, diferentes sistemas de servicios. Aquí se está hablando de que todos los ciudadanos españoles tiene los mismos derechos, estamos totalmente de acuerdo, pero todos sabemos que

muchas veces los mismos servicios tienen costes diferenciados en unas comunidades autónomas y en otras, y eso no lo podemos obviar. Eso hay que estudiarlo, hay que tenerlo en cuenta, y cuando se programen las políticas, cuando hablemos de estas carteras de servicios comunes hay que tener en cuenta también cómo se van a financiar todos estos servicios, de qué forma, y que a veces no nos sirve igual para todos, sino que hay que ver las características especiales que en cada sitio o en cada lugar se pudieran dar. Espero que seamos capaces entre todos, junto con el ministerio, de liderar este proyecto, y estoy segura de que por parte de los grupos parlamentarios, por lo menos por parte de nuestro grupo, haremos todo lo posible para que todo esto pueda llegar a buen fin y que este Pacto para la salud, que desde hace muchos años *Convergència i Unió* ya venía reclamando, sea una realidad.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Popular tiene la palabra el señor Mingo.

El señor **MINGO ZAPATERO**: Muchísimas gracias, señor secretario general, por su presencia en esta Comisión; estamos encantados, como siempre, de recibirle y nos agrada que haya venido a informarnos de todo los trabajos que se están haciendo en los comités institucionales que se han creado por el ministerio y por las comunidades autónomas en la propuesta de pacto de Estado.

Lo primero que tengo que decirles a todos ustedes es que estoy encantado de que venga usted aquí a contarnos que las cosas van bien. Como han dicho otros grupos, desde hace cuatro años vengo pidiendo un Pacto de Estado para la sanidad. Lo que usted nos ha contado hoy creo que es muy positivo y les animo a que sigan ustedes trabajando con las comunidades autónomas para llegar a un acuerdo de base en relación con este asunto. Por lo tanto, cuántos esfuerzos hagan ustedes y cuánta mayor ilusión tengan, muchísimo mejor. Parece que me estoy poniendo un poco detrás, pero es que usted nos viene a contar el pacto entre el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas en el consejo interterritorial como responsabilidades de la asistencia sanitaria, y es muy lícito y es muy bueno y, por lo tanto, me congratulo. Y es muy importante que haya venido usted hoy, cuando vamos a crear la subcomisión inmediatamente después. Por lo tanto, hay dos campos perfectamente diferenciados: el campo de la reunión que viene usted a contarnos hoy en relación con las comunidades autónomas en el consejo interterritorial y el Ministerio de Sanidad, que está desarrollando su labor, y lo que vamos a hacer nosotros a partir del día de la fecha, que es hoy. Por tanto, quiero agradecerle, señor secretario general, el trabajo que están haciendo. Me congratulo de que en los seis comités institucionales hayan conseguido avanzar pasos en relación con el consenso, y estoy seguro que eso va a ocurrir en la subcomisión, eso al menos espero. Quiero animarle en dos aspectos nada más en relación con su intervención de hoy. El primero, que hagan todos los

esfuerzos para que el Grupo Parlamentario PNV se incorpore al consenso y cambie o modifique su intención política, manifestada el otro día en el Pleno, de no apoyar con su voto positivo esta subcomisión, porque desde luego la intención de mi grupo es que el consenso sea completo, y eso creo que es intrínsecamente bueno para el país y para todos los españoles, y para todos nosotros que nos interesamos tanto por la sanidad. Señor Martínez Olmos, nos conocemos hace muchos años y llevamos muchos años discutiendo sobre esto. También me gustaría saber si está usted analizando, si el ministerio y las comunidades autónomas están analizando el papel del consejo interterritorial, que quedó muy bien definido en la Ley de Sanidad y también, con ligeras modificaciones, en la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, y que tiene una finalidad troncal con unas funciones muy bien definidas, muy amplias y muy trascendentes para todos los ámbitos del Sistema Nacional de Salud, si se está trabajando en el sentido de incrementar sus posibilidades en la toma de decisiones y cómo se haría, porque ese es un tema que también deberemos debatir en los próximos meses aquí, en el ámbito parlamentario.

Aprovecho su presencia hoy aquí, señor secretario general, para manifestarle cuatro o cinco aspectos, porque no es el momento, pero sí quiero aprovechar el día de hoy para decirle cuáles son a mi juicio los temas principales que tenemos que afrontar en esta subcomisión. Creo que tenemos que ser ambiciosos, no debemos ir a un mínimo común denominador; si es posible, tenemos que ir a un máximo común denominador. Creo que estamos en el momento adecuado y que lo podemos hacer. Mi grupo tiene intención de escuchar con atención a todo el mundo, y quiere dejar también encima de la mesa que hay temas que son preocupantes para el Sistema Nacional de Salud hoy; porque estamos todos muy contentos con que tenemos un sistema muy bueno, tenemos muchos puntos fuertes, pero también tenemos puntos débiles, y debemos tomar decisiones en relación con los puntos débiles. A mi juicio, los puntos débiles del Sistema Nacional de Salud hoy son los siguientes: no tenemos garantizada una sostenibilidad financiera del sistema. En este momento, muchas opiniones expertas dicen que tenemos una deuda de 14.000 millones de euros en el Sistema Nacional de Salud. Hay evidentes tensiones económicas, y mucho más en un momento de crisis económica del país tremenda. Tenemos cinco millones más de ciudadanos, tenemos una población que envejece y tenemos una población que demanda más, lo que todos tantas veces hemos hablado y en lo que tan de acuerdo estamos, y está en el trabajo del que el señor secretario general nos ha informado hoy, en la unidad de gasto y en los trabajos de gasto que se están realizando por parte del ministerio, por parte de las comunidades autónomas, y que se han aprobado, como es natural, o se han presentado en el consejo interterritorial y del que el Consejo de Política Fiscal y Financiera tiene conocimiento. ¿Se ha planteado el señor secretario general que

dentro del modelo de financiación haya una partida mínima sanitaria obligatoria, que garantice una asistencia sanitaria de calidad para todos los españoles con independencia del lugar donde residan en el nuevo modelo de financiación? Les recuerdo que en el modelo de financiación y en las transferencias se hizo con una cantidad mínima obligatoria. En relación con la cartera de servicios y los derechos de los ciudadanos, es un Sistema Nacional de Salud moderno, y no quiero ser muy exhaustivo porque tendríamos mucho tiempo para hablar de esto, hay tres temas que son inaplazables: libertad de elección de médico y centro, segunda opinión médica y una ley que garantice que los ciudadanos tengan que esperar menos para ser atendidos. Tenemos un gran campo por delante en relación con los profesionales, y ese es el gran reto, y lo hemos dicho muchas veces. En el Senado se está trabajando ampliamente en la ponencia y los acuerdos a que se llegue deben ser incorporados a esta subcomisión en relación con el Pacto de Estado, por tanto no voy a incidir en relación con este tema.

Hay dos temas que no se han incorporado al debate en estos seis comités institucionales. El primero es la investigación. Es decir, si nosotros no incorporamos la investigación al Sistema Nacional de Salud y al modelo de Estado creo que cometeremos un error, cuando de la investigación y de la innovación constante depende la asistencia sanitaria de todos los días en el conjunto del país. Cada cinco, ocho o diez años cambia drásticamente la aproximación a los problemas y los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que utilizamos todos los profesionales sanitarios. Por lo tanto, yo le pediría al secretario general de Sanidad que se hiciera un enorme esfuerzo por que pudiéramos recuperar las competencias de investigación biomédica y biosanitaria en relación con el Ministerio de Sanidad y Consumo. Hay dos últimos aspectos que no solamente he manifestado en muchísimas ocasiones, lo hago con convicción, señorías, pero es que lo dice la Organización Mundial de la Salud, y yo creo que ahí tenemos que hacer esfuerzos, y uno es que cada día tenemos más desigualdades. Es intrínsecamente bueno el proceso descentralizador, claro que sí, y además, es positivo, pero tiene riesgos, y los riesgos aparecen y, por tanto, tenemos herramientas de cohesión en la Ley de cohesión y calidad, tenemos herramientas; pues aprovechémoslas para disminuir y evitar desigualdades. Creo que en eso estamos todos de acuerdo, por lo menos lo estuvimos desde el año 2003 y creo que seguimos estándolo. Y por último, la participación de los pacientes. Ese es otro tema que por la evolución de la medicina, de la sanidad y de las relaciones debe ser enormemente potenciado, porque la sociedad demanda mayor compromiso y quiere mayor participación, y creo que es intrínsecamente bueno hacerlo. Por tanto, con ello termino, presidente, quiero agradecerle su presencia y manifestar una vez más que el Partido Popular y el Grupo Parlamentario Popular quiere un pacto de Estado y quiere trabajar en sintonía con todos los grupos en relación con este asunto, que debemos

ser ambiciosos, que debemos analizar todos los temas sin ideas preconcebidas y que ojalá logremos llegar a acuerdos que beneficien al Sistema Nacional de Salud y a todos los ciudadanos.

El señor **PRESIDENTE:** Tiene la palabra por el Grupo Parlamentario Socialista doña Pilar Grande.

La señora **GRANDE PESQUERO:** Señor secretario general, bienvenido de nuevo a esta Comisión. En primer lugar, quiero poner en valor que el Gobierno sea el primero en comparecer ante la Comisión de Sanidad y Consumo como paso previo al comienzo de los trabajos de la subcomisión sobre el Pacto de Estado por la sanidad que vamos a poner en marcha hoy, como han dicho otros portavoces que me han precedido en la palabra. Esto demuestra no solo el espíritu de colaboración entre este Ejecutivo al que usted pertenece y el Legislativo, que no siempre ha sido así, por cierto, en otras etapas, sino también el impulso real que el ministerio quiere darle a este Pacto por la sanidad. Mi grupo le agradece enormemente su comparecencia de hoy y toda la información, la profusa información que acaba de compartir con todos nosotros, y se lo agradecemos también como muestra de la importancia que la Administración, a la que usted pertenece, da al Congreso de los Diputados y a esta Comisión de Sanidad y Consumo, ante la cual, como usted bien ha recordado, el ministro de Sanidad, el pasado 2 de junio, anunció el Pacto de Estado por la sanidad; pacto que desde el primer momento el propio ministro ha venido impulsando y liderando para el fortalecimiento de nuestro Sistema Nacional de Salud. Esta iniciativa, como ya creo que todos conocemos, nació para fortalecer y dar sostenibilidad a nuestro sistema público de salud, y desde el primer momento ha convocado a todas las administraciones autonómicas y también a todos los agentes y a todos los sectores implicados, para que a través de los seis comités de los que usted nos ha estado hablando en su comparecencia esta mañana, trabajen juntos para hacer realidad este pacto, con el fin de que efectivamente garantice a los ciudadanos una asistencia sanitaria por supuesto pública y de calidad para el futuro, y que además preserve el motor económico que no podemos olvidar nunca que para España significa y supone el Sistema Nacional de Salud. Tampoco podemos olvidar que nuestro sistema sanitario, a pesar de ser un sistema ampliamente descentralizado, como decía el portavoz del Grupo Popular hace un minuto, es un ejemplo de eficiencia, somos un ejemplo de eficiencia, porque con un presupuesto de algo más de 60.000 millones de euros el sistema español atiende a una población de 45 millones de residentes, un sistema que genera además un empleo estable y de calidad y altamente cualificado, que significa casi el 6 por ciento del empleo total de nuestro país y que invierte más de 20.000 millones anuales entre medicamentos y nuevas tecnologías como impulsor del I+D+i. Es, en definitiva, un motor de crecimiento y un instrumento para liderar

la transición a un nuevo modelo económico, que muchos sectores llevan muchos años reclamando, basado en la innovación, el conocimiento y la aplicación de las nuevas tecnologías, porque no podemos dejar de repetir una vez más que las políticas sanitarias públicas no significan un simple gasto para la sociedad, sino un gasto rentable que produce beneficios cuantificables, más bien, una inversión. Por ello, era tan necesario un gran Pacto por la sanidad que garantizase la consolidación del modelo para las próximas generaciones.

Los retos actuales de nuestro Sistema Nacional de Salud son, entre otros, asegurar la sostenibilidad financiera, desarrollar políticas eficaces de cohesión y continuar, entre otras, con las estrategias de racionalización del gasto que aseguren la eficiencia de gestión, como usted nos ha ido relatando; retos a los que este Gobierno, por cierto, desde su primer día ha venido respondiendo. Y como ejemplo en cuanto a la financiación, yo no quiero dejar de recordar el consenso que se obtuvo en la Segunda Conferencia de Presidentes para alcanzar acuerdos que ayudaran a resolver algunos de los problemas de nuestra sanidad pública, algunos de los problemas que venían adoleciendo, como era, por ejemplo, y de manera muy importante, la falta de fondos y la necesidad de liquidez, que se palió con una inyección de más de 6.000 millones de euros entre los años 2006 y 2007 como aportación extraordinaria del Gobierno central a las comunidades autónomas, y que significó que por primera vez en muchos años la sanidad pública fuera una prioridad política en un Gobierno del Estado, como dijo el presidente del Gobierno en esos momentos, en el año 2005. Pero además, este Gobierno también ha trabajado para conseguir mejorar otra de las necesidades importantes de nuestro sistema sanitario, como es la ordenación de los recursos humanos, sobre los que no solo se han aumentado las plazas universitarias, un 34 por ciento desde el año 2004, sino que también se incrementaron las plazas de oferta MIR en un 25 por ciento en general, y específicamente en algunas especialidades detectadas como deficitarias, todo ello acompañado de un incremento de unidades docentes acreditadas, que ha sido también desde el año 2004 de un 8 por ciento, y por supuesto todo ello en colaboración con las comunidades autónomas. No quería dejar de mencionar estos dos temas que el portavoz del Grupo Popular ha destacado, porque no solo es el Pacto por la sanidad que el ministro ofreció el 2 de junio, sino que el Gobierno al que el ministro pertenece ha estado preocupado y ayudando a que este sistema sanitario, del que los españoles podemos presumir y que es un ejemplo para muchos otros países a nivel internacional, sea sostenible. En estos momentos, en cuanto a sostenibilidad financiera, señor Mingo, pensamos que va por muy buen camino la propuesta del Gobierno para la reforma del sistema de financiación autonómica, ya que incorpora criterios bastante más ajustados a las necesidades de los ciudadanos, teniendo en cuenta aspectos importantes como los que en sus conclusiones proponía el documento sobre financiación,

que ha mencionado también la portavoz de Convergència i Unió, propuesto por el ministro y que firmaron de forma unánime todas las comunidades autónomas en el consejo interterritorial, creo, del mes de septiembre, y que fue trasladado al Ministerio de Economía y Hacienda. Creemos que cuando este nuevo sistema de transferencias esté aprobado quedará superado un modelo que se ha mostrado absolutamente ineficaz para dar respuesta a las necesidades que tienen las comunidades autónomas para atender los servicios básicos de la población, entre los que se encuentra la sanidad.

Hoy, una vez más, deberíamos de recordar que este nuevo modelo es cosa de todos, y de verdad que agradezco el tono conciliador y positivo de todos los portavoces, especialmente del Grupo Popular. Agradezco a los grupos parlamentarios ese ofrecimiento de consenso, de esa intención de trabajar, de apoyo y de llevar a cabo esa labor. Me gustaría sobre todo escuchar del principal partido de la oposición su apoyo y su colaboración y les pediría una vez más que colaborasen y contribuyesen con alguna propuesta constructiva que vaya más allá del no por el no al que el Partido Popular a veces nos tiene acostumbrados. Recuerden que clamaron, consejo interterritorial tras consejo interterritorial, consejo interterritorial sí y otro también, para que se hablara de financiación. Ahora tienen la oportunidad de arrimar el hombro y de ayudar en propuestas coherentes y posibles. Si es así, háganlo y hablen ahora o, como escuchamos en algunas películas, si no, callen para siempre, y de nuevo serán los ciudadanos los que se lo recordarán y sobre todo se lo volverán a decir en las urnas.

Sobre los demás principios básicos en los que se sustenta el pacto, nos parecen importantes los seis comités que nos ha relatado, que se basan en la cohesión del sistema, la equidad, la calidad, la innovación y la seguridad de los pacientes. Son seis comités estratégicos en los que trabajan no solo las comunidades autónomas sino también más de cien personas de todos los ámbitos y sectores sanitarios. Nos ha ido detallando uno a uno cómo van sus trabajos y sus avances, sobre qué propuestas van trabajando para llegar a las conclusiones que han de presentar al consejo interterritorial, objetivo que previsiblemente cumplirán en tiempo y forma, como es fundamentalmente el diagnóstico de los puntos más débiles del sistema, que efectivamente, señor Mingo, los tiene, y, sobre todo y lo más importante, las propuestas para su mejora, su modernización y en definitiva su sostenibilidad, como bien ha comentado el secretario general. Creo que los trabajos que nos ha ido explicando son muy importantes. Se están dando avances y reflexiones sobre temas fundamentales para la sostenibilidad y el futuro de nuestro Sistema Nacional de Salud, el cual tiene una gran oportunidad a través de este pacto para ser confirmado como una parte del Estado del bienestar, como un patrimonio que forma parte de la vida cotidiana de todos los ciudadanos y al cual los ciudadanos españoles no están dispuestos a renunciar, porque quieren una asistencia sanitaria cercana, de calidad,

equitativa, pública, y además los responsables tenemos la obligación de contribuir a que el sistema sanitario siga siendo un elemento importante que continúe aportando riqueza y conocimiento a nuestro país, aún más si cabe en los momentos complicados económicamente hablando en que nos encontramos. Por eso, señor Martínez Olmos, quiero agradecerle de nuevo su presencia hoy en esta Comisión, ofrecerle toda la colaboración de mi grupo parlamentario, asegurándole que trabajaremos intensamente durante las próximas sesiones de la subcomisión para el Pacto de Estado por la sanidad, aprobada por esta Cámara en el último Pleno, y cuyos trabajos en los próximos meses esperamos sean útiles para que, junto al ministerio, las comunidades autónomas y todos los sectores implicados, así como con los trabajos que se están desarrollando en el Senado, todos coordinados, todos remando en la misma dirección, logremos conseguir la culminación de este Pacto por la sanidad y con ello mantener un servicio público muy valorado por toda la población, que es considerado como un elemento indispensable para la vertebración y la cohesión social de nuestro país, cumpliendo además mandatos explícitos de nuestro ordenamiento jurídico como son no solo la Constitución, sino la Ley General de Sanidad y la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que nos obligan a estar a la altura de las circunstancias. Por tanto, señor secretario general, muchas gracias de nuevo, estamos para ayudar, para colaborar, para complementar y, por supuesto, para reflexionar e iluminarnos entre todos para conseguir que nuestro Sistema Nacional de Salud siga siendo eso, un patrimonio de los ciudadanos y un patrimonio del Estado español, al cual, desde luego, como acabo de decir hace un momento, no estamos dispuestos a renunciar.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Martínez Olmos.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Martínez Olmos): Señorías, quiero agradecerles a todos la amabilidad con la que han tratado mi intervención y el tono positivo, que yo creo que expresa la sinceridad de los planteamientos que todos compartimos de conseguir un pacto amplio que le dé sostenibilidad al Sistema Nacional de Salud. Vaya en primer lugar mi agradecimiento en ese sentido. Voy a tratar de responder a las cuestiones que se me han planteado y hacer también alguna reflexión adicional.

Agradezco al señor Llamazares su valoración de esta comparecencia. Yo comparto con él que se puede ser ambicioso y optimista, así se ha manifestado igualmente el portavoz del PP en cuanto a que hay que ser ambiciosos en el planteamiento de los objetivos a conseguir. Voy a tratar de dar respuesta a alguna de las cuestiones que me plantea el señor Llamazares. En cuanto a la necesidad de adecuar el trabajo institucional en el marco de las relaciones entre ministerio y comunidades autónomas para el Pacto por la sanidad, es un espacio de

trabajo que tratamos de desarrollar en el marco de nuestras competencias institucionales con lo que sería el trabajo de la subcomisión que en el Congreso de los Diputados se ha constituido y que comienza su andadura formalmente a partir de hoy, aunque creo que es en el mes de marzo cuando empezarán las primeras comparecencias o dinámicas de trabajo. Yo creo que son elementos que tienen que ser complementarios, sin ninguna duda. Seguramente un abordaje desde el Congreso de los Diputados que no contase con acuerdo de base por parte de las administraciones que tienen ejecutar eventuales acuerdos tendría muchas dificultades de ser válido. Por lo tanto, yo creo que el hecho de que haya coincidido un proceso de trabajo en el cual nosotros llevamos ya unos meses de actividades con un proceso de trabajo que se va a iniciar ahora puede tener la virtualidad de ofrecer fundamento a decisiones que se puedan abordar en el Congreso de los Diputados con el apoyo de las fuerzas parlamentarias, más allá de que pueda haber también aspectos que no abordamos nosotros por cuestiones competenciales que puedan y deban de ser tratados en esta subcomisión. Hay que evitar duplicidades, entiendo yo, hay que delimitar bien el ámbito competencial, pero creo que en ese sentido la coordinación va a ser importante. Yo agradezco la petición que hace de liderazgo compartido. Estamos a su disposición. Creo que el ministerio tiene que ser también aquí un motor de trabajo y tiene que hacerlo de la mano de la Comisión de Sanidad y, por lo tanto, le reitero nuestra disponibilidad a este liderazgo compartido que permita avanzar en las líneas de futuro, porque entre otras cosas también atesoramos cierto conocimiento técnico y político que podemos poner a disposición de esta Cámara.

Algunas de las cuestiones que usted comenta me parecen especialmente oportunas. Es verdad que en los últimos años se han dado cambios importantes, demográficos, de tecnologías sanitarias, del significado de los servicios públicos en el contexto nacional, con un proceso de descentralización que ha sido rápido, etcétera. El proceso de descentralización —aprovecho para hacer una afirmación que creo que tiene un enorme fundamento— ha sido un enorme avance social en materia de sanidad en España. Para desigualdades y para falta de cohesión, las que había antes de las transferencias sanitarias. Eso se puede argumentar con indicadores de los que ya disponemos, que nos van a permitir monitorizar el avance sobre el que podemos trabajar. Yo siempre he dicho, y así lo manifesté aquí en mi última comparecencia, que en materia de sanidad lo importante no es existan desigualdades, lo importante es que existan mecanismos para reducirlas y en esta materia tanto las comunidades autónomas como la Administración General del Estado tienen estrategias de trabajo que deberán ser mejoradas, profundizadas o reforzadas, pero los resultados que hoy tenemos en materia de indicadores de salud en España son de los mejores de nuestra historia, y para ello hay que agradecer en gran medida el trabajo de las comunidades autónomas. Por lo tanto, lejos

de que la descentralización suponga un riesgo para la calidad asistencial, todo lo contrario, supone un enorme avance para la oportunidad de que los ciudadanos tengan resueltos sus problemas de salud con los niveles de los que hoy disponemos. Si no, no sería entendible que sistemáticamente los ciudadanos valoren la sanidad como los mejores servicios públicos que tienen, y tienen además un importantísimo apoyo social. Eso no quiere decir que no tengamos retos, que no tengamos problemas y que no tengamos desafíos que superar en el futuro, pero vaya la primera afirmación de que la descentralización sanitaria ha supuesto un enorme avance para la sanidad y para la calidad de vida de nuestros ciudadanos. Ello nos obliga a trabajar en mecanismos de coordinación, nos obliga a trabajar en estrategias de cohesión, nos obliga a trabajar en políticas de lucha frente a las desigualdades, sin ninguna duda.

Aquí lo que tenemos ahora son desafíos que en algunos casos son particulares de nuestra propia estructuración —los que tiene que ver con la cohesión, con la coordinación, con la cooperación y asignaturas pendientes que tenemos en el sistema de participación social y profesional— y que en otros casos son comunes a los sistemas sanitarios públicos y que tienen que ver con la innovación tecnológica, que afortunadamente está sistemáticamente ofreciéndonos nuevas respuestas a los problemas de salud, y que conlleva la necesidad de disponer de la financiación adecuada para que se puedan incorporar y, lo que es más importante, la necesidad de que continuamente nuestros profesionales se estén preparando para incorporar estas innovaciones mejorando la práctica clínica. Por lo tanto, el cambio en la sanidad es una constante y es el que nos genera los desafíos. Si somos capaces de articular medidas que permitan la incorporación de la innovación y la sostenibilidad financiera, tendremos ganado mucho del futuro del sistema sanitario, junto a los desafíos particulares a los que ante me refería. Por eso creo, como bien planteaba el portavoz de Izquierda Unida, que la cuestión que tiene que ver con las tecnologías sanitarias se convierte en un elemento estratégico.

Hay que señalar, como comenté en alguna de mis anteriores comparecencias, que España dispone de una estrategia de tecnologías sanitarias acordada con las agencias de evaluación de tecnologías que están trabajando en el territorio nacional, en varias comunidades autónomas, y que habrá que fortalecer, porque en ese sentido ya es una preocupación en Europa: cómo hacemos posible que de igual manera que con los medicamentos tenemos procedimientos técnicos para autorizar los que nos dan la garantía de que estamos incorporando tecnologías que sabemos para qué nos sirven, y eso debiera de trasladarse también al ámbito de las tecnologías sanitarias —ya está siendo una prioridad en Europa—, al tiempo tenemos que saber tomar las decisiones que hagan eficiente el uso de estos recursos. Probablemente en el marco del Pacto por la sanidad tengamos que dar un paso más en articular una buena

estructura de evaluación de tecnologías sanitarias que sea útil para el sistema, para los profesionales y también para los usuarios, para los ciudadanos, porque somos de la opinión que el conocimiento científico que hay detrás de cualquier tecnología, sean medicamentos o, en este caso, otras tecnologías sanitarias, también tiene que estar a disposición de los ciudadanos para que puedan valorar la utilización de esas alternativas por parte de los profesionales.

Me preguntaba también el portavoz de Izquierda Unida sobre el copago. Nosotros somos de la opinión de que, a diferencia de lo que algunos quieren plantear como elemento central en cuanto a la sostenibilidad del sistema sanitario, el copago no es una vía adecuada para ello, primero porque no es capaz de generar los ingresos necesarios para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, y no tenemos más que mirar las experiencias que ha habido en Europa: han fracasado todas, han sido escasas y han fracasado para el objetivo de aportar suficiencia financiera al sistema, porque cualquier estrategia de copago tiene que ser suficientemente baja para no disuadir del uso necesario de los servicios por parte de los ciudadanos y, al ser baja, no se puede tener expectativas amplias de generación de ingresos. Pero, al tiempo, el grave riesgo que genera la incorporación de copagos en sistemas públicos como el nuestro es que puede disuadir de la utilización de servicios necesarios por parte de los pacientes, que serían los que decidirían si acudirían o no a los servicios para evitar el pago, y el riesgo que sean las personas más desfavorecidas y probablemente las más necesitadas de atención sanitaria las que no utilicen los servicios por la incorporación de un precio es tan alto que no merece la pena. Además, en este momento de crisis económica nadie lo entendería. Por lo tanto, descartamos que esta sea una medida a incorporar en el Sistema Nacional de Salud; es más, formalmente ninguna comunidad autónoma, y no conozco a ningún grupo parlamentario que lo haya hecho tampoco, ha hecho una propuesta de incorporación del copago al Sistema Nacional de Salud. En mi opinión, es un debate falso y no se está planteando en los ámbitos institucionales, y si alguien lo quiere plantear, que lo plantee. Nosotros pensamos que hay margen de mejora de la eficiencia en el uso de los recursos que es más prioritario desarrollar que el hecho de la posible incorporación del copago. Quede, pues, despejada de manera definitiva la cuestión del copago en el planteamiento de sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, en nuestra opinión.

Se refería el señor Llamazares a la ausencia del País Vasco. Formalmente, el consejero de Sanidad del País Vasco nos hizo saber que no acudía a las reuniones de los comités institucionales porque entendía que la articulación del Pacto por la sanidad invadía competencias de su comunidad autónoma. Esa es la explicación formal, cada uno que haga la valoración que entienda oportuno. Tengo que decirles que desde el primer momento, y no nos cansamos de reiterarlo, el planteamiento del Pacto

por la sanidad se hace con el más estricto respeto a las competencias de las comunidades autónomas, porque si no sería inviable un pacto. El pacto es, si se produce, prueba de la voluntad de las partes, y si una comunidad autónoma se muestra de acuerdo con una serie de contenidos que afectan a sus competencias, será porque está de acuerdo en incorporarlas, porque nadie la fuerza a incorporarlas en su ámbito de trabajo. Por lo tanto, es respetuoso con las competencias. No sería posible un pacto de otra manera. Por eso yo espero que después de las elecciones se produzca la incorporación del País Vasco. Reitero, tenemos la puerta abierta y la tenemos subrayando que hacemos los trabajos bajo el más estricto respeto a las cuestiones competenciales, y sería bueno para los ciudadanos vascos también que su comunidad autónoma se incorporase a los trabajos del Pacto por la sanidad, porque lo hacemos también con la voluntad de aprovechar las mejores experiencias que tenga cada comunidad autónoma, y la Comunidad Autónoma del País Vasco tiene buenas experiencias de trabajo en sus servicios públicos de salud. Por lo tanto, yo quiero ser en ese sentido optimista.

Creo que finalmente tenemos que llegar a un planteamiento que vaya un poquito más allá. Pienso que la suma de los esfuerzos que estamos haciendo en el ámbito institucional por el Pacto por la sanidad ministerio y comunidades autónomas, más la suma del esfuerzo y la concreción que espero, soy optimista en este sentido, haga la subcomisión del Congreso de los Diputados, nos tiene que permitir llegar más allá, nos tiene que permitir poder ofrecer sostenibilidad al sistema y ampliar nuestras actuaciones a materias como la atención primaria, como la salud pública, como la salud laboral, aspecto que usted ha señalado en su intervención y que compartimos. También pienso que deberíamos de afrontar este proceso con optimismo y con fe en lo que hemos sido capaces de construir a lo largo de estos años. Me refiero a lo siguiente.

A mí me parece que es positivo el hecho de que podamos trabajar sobre la experiencia de que hemos sido capaces de superar los peores augurios que se hicieron en los años 1990-1991 sobre la sostenibilidad del sistema sanitario. Quiero recordarles que la subcomisión de análisis del Sistema Nacional de Salud que trabajó en el Congreso de los Diputados y que generó el llamado informe Abril Martorell, lo dije cuando vine en mi anterior comparecencia, auguraba que si no se tomaban las medidas que planteaba su informe, el Sistema Nacional de Salud no tendría viabilidad. Diecisiete años después puedo afirmarles que se no ha aplicado prácticamente ninguna de aquellas recomendaciones y el sistema ha sido viable. Lo ha sido creo que por dos motivos: uno, porque hemos sido capaces de incorporar las innovaciones tecnológicas que la medicina ha puesto al servicio de la gente. No hay prestaciones en nuestro sistema que no sean prestaciones que utilicen otros servicios de salud, incluso en algunas prestaciones llegamos más allá. Segundo, creo que en este sentido el sistema español de

trasplantes le ha hecho un enorme servicio al Sistema Nacional de Salud, porque ha dado prueba de generosidad, ha dado prueba de cohesión y ha dado prueba de calidad sin discriminaciones a las personas, independientemente de cuál sea su extracción social o sus circunstancias personales. Tercero, el hecho de que tengamos un sistema nacional de salud, para mí y para los concedores de los sistemas sanitarios, es la principal explicación de que tenemos unos buenos niveles de eficiencia macro. Somos el sistema público más eficiente en España y somos el sistema público de salud más eficiente en el mundo, y esto tiene que ver con la forma en la que nos estamos organizando y con la preocupación que ha habido desde hace muchísimos años de introducir experiencias de gestión, de eficiencia en la misma y la propia preocupación de las comunidades autónomas por mejorar la eficiencia en el uso de los recursos. Como consecuencia de eso, disponemos de un sistema público de gran calidad muy querido por los ciudadanos.

Yo antes me refería a que había habido un cambio en estos veinte años; cuando se aprobó la Ley General de Sanidad no todo el mundo estaba de acuerdo con este sistema. Quiero recordar que la discusión en aquel momento era sistema público versus sistema mixto. Hoy eso está superado, tenemos un sistema sanitario mayoritariamente público, con provisión privada en algunos de sus aspectos. Pero si hay un cambio significativo en estos años es el hecho —lo quiero subrayar— de que el Foro de la profesión médica explícitamente —yo les hice también esta petición— tiene como uno de sus objetivos el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud. Esto es tremendamente importante, porque al apoyo social sobre los servicios públicos de salud se une el apoyo profesional al Sistema Nacional de Salud y, por lo tanto, el compromiso con mejorarlo en aquellas cosas en las que sea necesario hacerlo. A mí me parece que esto es especialmente importante y es por eso por lo que creo que podemos hacer viable el pacto si somos capaces de articularlo en torno al fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud y eso significa en torno al fortalecimiento del sistema público, dando el espacio necesario al nivel privado complementario, como establece la Ley General de Sanidad, y haciendo posible que efectivamente cuando se incorpore la innovación tecnológica a la prestación de los servicios sanitarios ello se haga con el acuerdo de los profesionales —si no, no tendría sentido, por lo tanto, hace falta más profundización en la participación de los profesionales— y con el apoyo de los ciudadanos, que cada vez tienen más posibilidades de discriminar lo que en este sentido puede aportar la tecnología sanitaria.

La portavoz de CiU me planteaba, también desde una posición constructiva positiva que yo quiero agradecer, algunas cuestiones. Quiero decirle que efectivamente los niveles de participación institucional son muy altos, los comités institucionales están constituidos por representantes de las comunidades autónomas, y esos grupos de trabajo incorporan las aportaciones que nos hacen llegar

los agentes del sector. No es que los agentes del sector formen parte de los comités institucionales. Hemos querido ser especialmente cuidadosos con los niveles de trabajo competenciales y de responsabilidad. Hay un nivel de responsabilidad competencial, que es Administración, pero tiene que ser sensible a lo que nos están planteando los diferentes agentes del sector, y en ese sentido creo que vamos por un camino razonable. Por supuesto, hay que hacer una coordinación del sistema con respeto a las comunidades autónomas, no puede ser de otra manera.

Manifiesta S.S. una preocupación sobre la financiación que me permite decirle, primero, que la comparto, en el sentido de que lógicamente parte de la sostenibilidad futura del Sistema Nacional de Salud tiene que ver con la financiación, pero yo creo que la parte más importante tiene que ver con el apoyo de la sociedad y con el apoyo de los profesionales, con creer que efectivamente tenemos un sistema que no podemos ni debemos de perder porque está ofreciendo las tecnologías y las prestaciones que tiene que ofrecer, pero es verdad que la financiación se convierte en un elemento fundamental. A este respecto quiero señalarle que estamos en un momento que creo que es especialmente importante para el futuro de nuestro sistema, en la medida que el sistema de financiación autonómica que se está debatiendo, discutiendo y negociando en este momento entre el Gobierno de España y las comunidades autónomas ya tiene una primera oferta del Ejecutivo central que creo yo que es muy importante y que recoge de una manera muy sustancial lo que el consejo interterritorial planteó en este debate. Recoge la preocupación por conseguir una suficiencia financiera estática. Esto significa que la financiación de los servicios se haga en función a la población que realmente tiene cada comunidad autónoma. La oferta que hizo el Gobierno al final del año pasado contempla esa medida. Pero tan importante como eso es que haya una afectación de los recursos a la sanidad. Entonces se plantea incorporarlos en un fondo para servicios sanitarios, para servicios educativos y para servicios sociales que sea específico para esos servicios que son esenciales en el Estado del bienestar.

Segundo elemento importante, la financiación será igual por habitante para cada comunidad autónoma en este fondo de servicios sanitarios, servicios educativos y servicios sociales. Esto es de una enorme trascendencia. Pero más importante que eso si cabe sería la actualización, por lo tanto, la suficiencia dinámica del sistema, es decir en función de cómo evolucionen las variables que condicionan el gasto, que han sido aportadas por el consejo interterritorial. Yo quiero resaltar, porque fue denostado el papel teóricamente de no liderazgo del ministerio y del ministro en esta materia, que hemos hecho en muchos temas y en este un papel callado y eficaz, porque no se trata de estar en los medios de comunicación todos los días enseñando el músculo de la reivindicación, se trata de trabajar con solvencia y en ese sentido hemos planteado cuáles son los criterios que

en opinión del ministerio y de las comunidades autónomas condicionan el gasto sanitario, y todos ellos se han recogido en la oferta del Gobierno, criterios que se van a actualizar anualmente, primera gran novedad en un sistema de financiación en la historia de la democracia española. Una actualización anual nos permite monitorizar cómo evolucionan los componentes del gasto y, por lo tanto, aplicar los recursos necesarios a los servicios de salud que en este caso tienen que proporcionarse a los ciudadanos. Falta cerrar el acuerdo, falta ver las cifras, pero el engranaje del modelo responde a lo que entendemos desde el conjunto de Sistema Nacional de Salud que son los condicionantes del gasto sanitario. Son unas buenas bases. Ahora lo que tenemos que hacer es cerrar bien el acuerdo y pienso que además asegurar que esos recursos en las comunidades autónomas se aplican a los servicios sanitarios, que tienen que cumplir con las obligaciones legales de dar servicio a todos los ciudadanos en igualdad de condiciones. Yo creo que se puede ser optimista, aunque tenemos que estar atentos y trabajar en esa dirección.

Al portavoz del Grupo Popular también le agradezco sus palabras. Sí que estamos haciendo un esfuerzo. Creo que estamos trabajando con ilusión todos los componentes de los comités institucionales y los trabajos van ofreciendo ciertos frutos. Los comités institucionales tienen básicamente directores generales, a veces algunos profesionales más técnicos en su ámbito de actuación, y cuando vamos comprobando que tenemos una enorme base de acuerdo y que además aprovechamos a veces experiencias que una u otra comunidad autónoma ha desarrollado y que nos parece que pueden ser interesantes, nos hace tomar ilusión. Efectivamente, incluso aunque cerráramos el acuerdo del pacto en los ámbitos en los que le dicho, ya sería, creo yo, un magnífico acuerdo; aún queda todavía camino por recorrer, pero en ese sentido, claro que tenemos ilusión. A mi juicio, estamos ofreciendo un cierto apunte final de por dónde pueden ir las cosas.

Me parece muy importante la reflexión que usted hace sobre el papel del consejo interterritorial. En mi opinión, a expensas de lo que puedan valorar los consejeros y consejeras y esta Cámara, el diseño de consejo interterritorial de la Ley de cohesión es más que suficiente para gobernar el sistema. Se puede pensar en alguna alternativa, pero hay que plantearla. Nosotros pensamos que es buen diseño. ¿Cuál es la cuestión? Trabajar con lealtad institucional. El de las vacunas es el ejemplo de lo que no se debe de hacer, porque hay un procedimiento de toma de decisiones, hay unos criterios pactados y hay alguna comunidad autónoma que se sale de esos criterios, y como está en el ámbito de sus competencias tomar esa decisión, al salirse de esos criterios que se han pactado, hace difícil entender que se esté gobernando el sistema sobre la base de un acuerdo. Pero no hay alternativa, como se quiere plantear, de recentralizar y de darle carácter ejecutivo al consejo interterritorial. El consejo interterritorial no puede tener carácter ejecutivo

en términos legales, como no sea un acuerdo político de que las decisiones que se tomen en su seno se van a aplicar en el ámbito territorial, que es como funcionan los países descentralizados de carácter federal. Por lo tanto, la cuestión está en la lealtad institucional, en pelearse previamente sobre cuáles son los procedimientos de toma de decisiones, pero cuando estos se acuerdan aplicarlos. En consecuencia, cuando alguien se sale de esa norma, aunque esté en el ámbito de sus competencias, todo el mundo le deberíamos de censurar: usted está en el ámbito de sus competencias, pero se ha salido de una norma pactada y está contribuyendo a que no se entienda que estamos funcionando de una manera cohesionada; porque la decisión de incorporar la vacuna del neumococo en Madrid se hace en contra de la opinión del consejo interterritorial, en contra, en el ámbito de sus competencias, pero en contra. Luego si no hay lealtad institucional, si nadie le llamamos la atención en el sentido de: usted lo hace en el ámbito de sus competencias, pero no está cumpliendo el principio de lealtad institucional, estamos obstaculizando una de las cuestiones más relevantes, en términos de imagen pública, para conseguir dar a los ciudadanos la imagen de que efectivamente estamos gobernando el sistema sobre las bases de un acuerdo. Yo creo que hay que escuchar en ese sentido lo que dicen los técnicos. Si los profesionales nos aportan las bases para tomar una decisión y todas las comunidades autónomas están de acuerdo en eso, incluso el ministerio, esa es la mejor base para decir a los ciudadanos que incorporamos una prestación o incorporamos una vacuna o no lo hacemos porque hay o no hay criterios técnicos sobre los que tomamos las decisiones políticas.

No estoy de acuerdo con lo que plantea usted sobre que la descentralización —a lo mejor no le he entendido bien— nos genera riesgos para la cohesión. Todo lo contrario, la descentralización creo que lo que nos genera es la obligación de reforzar los mecanismos de cohesión. Es muy importante subrayarlo. Debiera de ser base del acuerdo en el ámbito institucional del ministerio, de las comunidades autónomas y me atrevo a decir de esta Cámara partir de una afirmación previa: la descentralización es positiva y los resultados nos lo dicen. Es que hay instalado un discurso ilustrado de que la descentralización es un riesgo y tenemos veinte años de experiencia, y cinco concretos de experiencia de todas las comunidades autónomas con las competencias en su poder, que han sido enormemente positivos para el crecimiento de la oferta, para el crecimiento de los servicios y para la calidad de los mismos y que se corresponde con lo que piensan los ciudadanos cuando se les pregunta. Sistemáticamente el servicio público más valorado es el servicio sanitario a nivel de España en todas las comunidades, las gobierne quien las gobierne, porque estamos en un modelo en ese sentido que tiene una gran coherencia.

En relación con las cuestiones de investigación que usted plantea, el debate sobre si la Carlos III tiene que

estar o no, ya le contestó el ministro en su momento. Lo que sí le tengo que decir es que el ministerio está presente en las políticas de investigación y en el impulso de las mismas: financia, define con el Ministerio de Innovación prioridades y tiene también en el ámbito de la Dirección General de Terapia Avanzada su propia estrategia de apoyo a la investigación o incluso fondos para la investigación independiente que estamos desarrollando y que seguiremos potenciando.

Estoy de acuerdo con usted en que hay que potenciar la participación de los profesionales y de los usuarios, pero aprovecho su reflexión para decirle que hay que potenciarla sobre todo en el ámbito de las comunidades autónomas. Por parte del ministerio tenemos que hacer más seguramente, pero a lo que aspiran los profesionales y los ciudadanos es a poder trabajar en la concreción de los servicios de salud, en hacer mejor la oferta de servicios de salud y en incorporar la opinión de los propios ciudadanos. Aquí creo que se están dando experiencias interesantes para los profesionales, todas las que tienen que ver con gestión clínica y autonomía de gestión, aquí tenemos una gran trayectoria de trabajo, pero creo que todavía quedan pasos por dar. Y en el ámbito de la incorporación de los pacientes hay dos niveles, el de las comunidades autónomas en lo que tiene que ver con las formas de organizar los servicios, y el del ministerio, donde con el foro abierto, y tengo que decirle que vamos a seguir profundizando en ello, podemos incorporar a los pacientes en el diseño de políticas generales. Las propias estrategias de salud han incorporado en su elaboración la participación de profesionales y de ciudadanos, pero cuando los escuchamos a ellos dicen que no es suficiente y llevan razón. Quieren profundizar la participación en los servicios de salud. Por lo tanto, en cuanto a esa recomendación podremos hacerlo en el futuro.

También quiero agradecer las reflexiones de la portavoz del Grupo Socialista. Por supuesto que estamos en la sintonía, como es lógico, pero también quiero señalar que nuestro trabajo recibe muchas de las aportaciones que vienen de su grupo, que queremos agradecer, y por supuesto continuaremos en esa dirección.

Finalmente me parece importante incidir en el debate que estamos teniendo. Yo creo que este año va a ser un año importante para la sanidad española. Si somos capaces de cerrar bien estos procesos, y soy optimista en ese sentido, podremos ofrecer bases sólidas para la sostenibilidad futura del sistema. La sostenibilidad financiera se podrá conseguir si tenemos un sistema que aporte a los ciudadanos las tecnologías que necesitan y los ciudadanos lo valoran así junto con los profesionales, porque eso hará posible cualquier medida que haya que tomar en el futuro. Los ciudadanos no entenderán que pidamos más impuestos o que pidamos copago, si es que en algún momento alguien lo pide, si no es para mejorar unos servicios que se consideren buenos, y por lo tanto la sostenibilidad tiene como fundamento que el sistema esté ofreciendo lo que necesitan los ciudadanos. Este debate se va a producir en

un momento en que en la Unión Europea también se está discutiendo sobre servicios sanitarios. Aquí creo que hay grandes oportunidades de mejora pero también grandes riesgos, porque básicamente las propuestas que empiezan a debatirse en el ámbito de Unión Europea tienen un sesgo neoliberal que no es el adecuado para los servicios de salud. En esta valoración encontramos coincidencias las diferentes fuerzas políticas del Parlamento Europeo y también los diferentes gobiernos. Nosotros hemos conseguido conquistas, algunos de cuyos elementos por supuesto tendrán que ser mejorados, pero lo que no podemos poner en riesgo son los servicios de salud, que no se benefician de la introducción del mercado en ellos. Tenemos que aprender de la experiencia y la de los últimos cincuenta años en el mundo demuestra que los sistemas de naturaleza pública, sean Sistema Nacional de Salud como el nuestro, sean sistemas de Seguridad Social pero que tienen una fuerte base de lo público en su fundamento, que tienen coberturas universales y que no suelen trabajar con libre elección en términos de mercado —sé que no es el caso que plantea el doctor Mingo—, sino que plantean mecanismos de libre elección acordes, planificados para poder dar respuesta a los ciudadanos, son los sistemas que han sido capaces de dar coberturas universales con niveles eficientes de asignación de recursos de en torno al 6, 7 ó 9 por ciento del producto interior bruto. Sin embargo, el caso de Estados Unidos, que es la demostración de lo que es un sistema basado en el mercado, prueba el fracaso de ese sistema para el objetivo de universalidad y de eficiencia, porque ni es universal ni es eficiente. No tienen todos los ciudadanos de Estados Unidos derecho a la atención sanitaria —lo cual no quiere decir que en Estados Unidos no haya servicios de calidad, estoy hablando de cobertura universal— y está invirtiendo en torno al 14 por ciento del producto interior bruto, lo cual ya se muestra como una pesada carga para la competitividad de las empresas. Por lo tanto, cuidado con eso. Ese es un elemento que está ahí. Nosotros no debemos desatender eso, tenemos que contribuir a generar un espacio sanitario común en Europa que aproveche también las ventajas —lo mismo que nosotros tratamos de hacer en España con las experiencias de las comunidades autónomas, que también Europa aproveche las experiencias de los diferentes Estados miembros— y avanzar con cuidado en lo que tiene que ser la construcción de un sistema común en Europa. En ese sentido, estoy convencido que el Pacto por la sanidad, el pacto de Estado que pretendemos y que creo que podemos conseguir en España, tiene mucho que aportar en la construcción de este espacio de salud europeo, pero cuidando también lo que pueden ser oportunidades, pero sobre todo amenazas para los Estados miembros en la organización que se pretende desarrollar.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Hay alguna petición de aclaración por parte de los grupos parlamentarios? (Pausa.)

## CONTESTACIÓN A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

— **DEL DIPUTADO DON GASPAR LLAMAZARES TRIGO, DEL GRUPO PARLAMENTARIO DE ESQUERRA REPUBLICANA-IZQUIERDA UNIDA-INICIATIVA PER CATALUNYA VERDS, SOBRE POSICIÓN DEL GOBIERNO CON RELACIÓN A LA INTRODUCCIÓN DEL COPAGO EN EL SISTEMA SANITARIO MEDIANTE FIGURAS COMO EL «EURO POR CONSULTA», EL «TICKET MODERADOR» O LA «FACTURA EN LA SOMBRA» ENTRE OTROS. (Número de expediente 181/001145.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a las preguntas. Había cuatro preguntas previstas. Yo retiro la relativa al copago. Ha sido respondida por parte del secretario general en su intervención.

## DEL DIPUTADO DON ANTONIO GUTIÉRREZ MOLINA, DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO, SOBRE:

— **DESARROLLO ACTUAL DE LA LEY DE AUTONOMÍA DEL PACIENTE. (Número de expediente 181/000124.)**

— **REVISIÓN DEL CONVENIO DE COLABORACIÓN, SUSCRITO ENTRE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE MELILLA Y EL INGESA, PARA LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS. (Número de expediente 181/001260.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos sin más a la que formula el señor Gutiérrez Molina sobre la Ley de Autonomía del Paciente. Tiene la palabra.

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA**: Señor presidente, como tengo otra pregunta, punto 5.º del orden del día, no sé si la señora Medina Teva tendría inconveniente en que realizara las dos seguidas.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Hay algún inconveniente?

La señora **MEDINA TEVA**: No, señor presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra, señor Gutiérrez Molina.

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA**: Atendiendo la discretísima indicación que me hizo el señor Fidalgo, no presente, de que fuera muy breve, doy por reproducida la pregunta tal como está escrita.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD (Martínez Olmos)**: ¿Me refiero a la pregunta que tiene

que ver con la Ley de Autonomía del Paciente? (**El señor Gutiérrez Molina: Sí.**)

Señor Gutiérrez Molina, en relación con el desarrollo de la Ley de Autonomía del Paciente, para desarrollar el artículo 11 de la ley a la que usted se refiere se publicó el Real Decreto 127/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal. Posteriormente, el 1 de octubre de ese mismo año se publicó la orden por la que se creó el fichero automatizado. Este es un registro que se ha adscrito al Ministerio de Sanidad y Consumo. La inscripción en él pretende posibilitar el reconocimiento en todo el territorio nacional de las instrucciones previas otorgadas por los ciudadanos que hayan sido formalizadas de acuerdo a lo dispuesto en la legislación de las comunidades autónomas. La disposición adicional primera de este real decreto estableció que a partir de su entrada en vigor, noviembre de 2007, las comunidades deberían remitir al registro nacional todas las inscripciones efectuadas en los registros autonómicos, así como la copia de los documentos de instrucciones previas. Así pues, el registro nacional precisa para su funcionamiento de la carga inicial de la información que le remitan los diferente registros autonómicos, y una vez realizada esta carga tienen que sincronizarse los sistemas de información con la aplicación informática que a estos efectos se ha diseñado de manera específica, porque eso es lo que va a permitir que las consultas que se precisen en cualquier momento a tiempo real con las debidas medidas de seguridad en la protección de datos, se puedan realizar de manera eficaz. En la actualidad, todas las comunidades autónomas han publicado su normativa sobre los registros e instrucciones previas, aunque la funcionalidad se encuentra en distintos estados de desarrollo. A fecha de 23 de febrero, las diecisiete comunidades autónomas han remitido los datos, estando ya cargados 46.701 registros o declarantes, y siete comunidades autónomas están ya sincronizadas, esto es, están trabajando en línea Aragón, Asturias, Baleares, Castilla y León, Extremadura, Galicia y Murcia, además de Ceuta y Melilla. Y también están realizando pruebas de sincronización Andalucía, Canarias, Castilla-La Mancha, Comunidad Valencia, Madrid, País Vasco y La Rioja.

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA:** Gracias, señor secretario general por su información. Por ahí iba el tenor y la médula de la pregunta, pero hay también otro aspecto colateral que no me gustaría pasar por alto, y es el cada vez mayor conocimiento que tienen que tener los profesionales de la salud, los propios usuarios del sistema, los pacientes —no me gusta la palabra usuarios—, de la actual reglamentación de la Ley de Autonomía del Paciente. Me ha dado la razón el señor secretario general cuando hablaba del estadio en que están las normativas en las distintas comunidades autónomas. Lo ha dicho el señor secretario general y bueno sería enfatizar este punto, porque desde el escaso conocimiento que se tenía

desde que se aprobó la Ley de Autonomía del Paciente y su posterior desarrollo hace ya cinco o seis años, lo cierto y verdad es que se ha dado un salto cualitativo que no debemos desdeñar.

En determinados hospitales, centros de salud, y en acciones médicas y quirúrgicas, muchas veces podíamos evitar algo que sucede en los servicios de información perquirúrgicos, como cuando al término de la intervención se avisa por megafonía a los familiares del paciente para que reciban la información por parte de los cirujanos. No tiene mayor importancia, pero, en mi opinión se pudiera estar vulnerando el derecho a la confidencialidad de los pacientes. Hay técnicas y nuevas tecnologías que se podrían usar. No es que sea inmediato ni urgente, porque muchas veces lo urgente no deja ver lo necesario, pero bueno sería que se propusiera el uso de información perioperatoria, por ejemplo, la telefonía móvil para avisar a los familiares que tienen que recibir información, quienes permanecen muchas veces a la espera de recibir información durante mucho tiempo y a los que se avisa por megafonía. Todo ello siempre y cuando el paciente lo haya autorizado previamente. El uso de las nuevas tecnologías no debe quedarse en una mera retórica, sino que debe aplicarse con medida y prudencia, pero no sería mala idea que el ministerio, la secretaría general, abordara un problema que se puede plantear, y es que alguien plantee la vulneración de la Ley de Autonomía del Paciente haciendo hincapié en la vulneración del derecho de confidencialidad, intimidad y privacidad de los propios pacientes. Con la utilización de estas tecnologías de la comunicación, como antes hacía mención, de la telefonía móvil como alternativa a la megafonía, se garantiza la aplicación de la autonomía del paciente en este proceso, sobre todo en los procesos quirúrgicos o perquirúrgicos, al tiempo que contribuiría a mantener ese silencio pertinente y necesario en las zonas quirúrgicas de los hospitales.

Traer a colación esta cuestión pudiera sonar un poco extravagante, extemporáneo, anecdótico o un argumento muy fútil, pero yo creo que no lo es, señor secretario general, y que podría estudiarse con tiempo. Ya sé que hay otros aspectos dentro de la reglamentación de la Ley de Autonomía del Paciente muchos más importantes que éstos y en el cómputo global hay otros aspectos de mucho más calado, que no es este el momento de suscitar ni eran tampoco el objeto de mi pregunta. Tiempo tendremos de debatirlo en toda su profundidad, sentando la posición de mi grupo. En este momento, cuando tratamos de un aspecto general de la Ley de Autonomía del Paciente, me pareció pertinente traerlo de forma subsidiaria, no en el debate, sino en el tenor de la pregunta, para que se tuviera en cuenta. Insisto que en multitud de ocasiones es imposible respetar el derecho de los pacientes de que se informe solo a las personas vinculadas por razones familiares, porque al escuchar el nombre por la megafonía —todos los que hemos estado en hospitales lo sabemos— acuden gran número de familiares, amigos, conocidos, allegados, parientes,

deudos; todos los que están allí salen corriendo en cuando oyen el nombre del paciente, y la situación muchas veces no es todo lo edificante que en un centro hospitalario en esta materia pudiera darse.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor secretario general.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Martínez Olmos): Yo creo que esta cuestión no es generalizada en el sentido que interpreto de sus palabras, pero en cualquier caso es competencia de las comunidades autónomas que nosotros podemos trasladar para que se asegure que efectivamente la aplicación de los derechos de los pacientes se esté produciendo. Mi visión en ese sentido es bastante optimista. Yo creo que las comunidades autónomas, los diferentes servicios de salud establecen cada vez más mecanismos de comunicación con los pacientes, con los familiares y usuarios que respetan la privacidad de la información, y no tenemos conocimiento de que haya opiniones en contrario por parte de pacientes y usuarios. Eso no quita que compartamos la preocupación por sacarle el máximo rendimiento a una normativa que se aprobó en su momento generando grandes posibilidades de respeto de los derechos de los pacientes, y lógicamente lo trabajaremos también.

No sé si el señor Gutiérrez Molina quiere que le pase a contestar también la pregunta en relación con los procedimientos necesarios para la revisión del convenio de colaboración suscrito entre la Ciudad Autónoma de Melilla e Ingresa para la unidad de cuidados paliativos.

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA**: Sí. Seguro que le dará una gran alegría al señor Fidalgo.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Gutiérrez Olmos): El convenio de colaboración para la actuación coordinada en cuidados paliativos entre el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria de la Ciudad Autónoma de Melilla y la Asociación Española contra el Cáncer, fue firmado el 12 de abril de 2005, y entiende la prórroga automática del mismo salvo que exista renuncia expresa por cualquiera de las partes. Por lo tanto, tenemos prevista la continuidad y en lo posible la mejora del convenio de colaboración que tenemos suscrito con la Ciudad Autónoma de Melilla y el Ingresa para los cuidados paliativos.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Gutiérrez Molina.

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA**: El motivo de la pregunta era principalmente lo que el señor secretario general ha apuntado: que tienen previsto seguir con el desarrollo del convenio siempre que no haya denuncia expresa. Era una preocupación porque en el momento actual es bueno que el ministerio vaya pensando en la mejora del convenio. El señor secretario general tuvo

oportunidad de ver de primera mano el otro día en Melilla que el Gobierno de la ciudad corre en solitario con muchos programas de actuación. Y no me refiero solamente a Ingresa, sino a otros ministerios del que el señor secretario general ni forma parte ni tiene por qué ser responsable. En cualquier caso, ahora mismo el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Melilla financia en exclusiva los programas de la unidad de cuidados paliativos, y el Ingresa, evidentemente, pone los medios técnicos y gastos de telefonía. Sería interesante (más que interesante, pertinente) fijar una fecha para los acuerdos con los nuevos términos del convenio con el fin de que no estuviéramos en el vacío ni en la nebulosa de cuándo van a empezar las reiteradas conversaciones o encuentros con la Consejería de Bienestar Social de la Ciudad Autónoma de Melilla, con escritos que pueda mandar el Gobierno de la ciudad autónoma, e incluso con preguntas que yo mismo hago.

Tenemos ya unas experiencias negativas con otros ministerios. No se dé S.S. por aludido, pero han cercenado el Plan de Voluntariado que estaba dotado con 3 millones en el Ministerio de Trabajo e Inmigración; se ha cercenado también el Plan de Familias en situaciones especiales; tampoco se financia el Plan de Mayores, es decir, la experiencia en convenios implica que el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Melilla está preocupado. Con arreglo a las líneas de lealtad institucional a las que el señor secretario general y otros portavoces aquí han hecho hoy mención, nos gustaría concretar las fechas de las mejoras que pudieran dar mayor contenido a este convenio, que es importante, en primer lugar, por la población a la que atiende; en segundo lugar, por la insularidad o extrapeninsularidad de la ciudad; tercero, por la índole del hospital; cuarto, por la índole del hospital universitario que va a estar construido en 2012; y quinto, para darle mayor contenido a la estructura autonómica de la Ciudad Autónoma de Melilla. Aunque carece de recursos ciertos para una gestión directa de la sanidad, a mí me parece bien el modelo que en este momento existe, pero es lo cierto que hay que dotar de mayor contenido a los convenios y también mejorarlos.

Por último me va a permitir decirle, señor presidente, señor secretario general (si no lo digo me voy intranquilo a coger el avión y no quisiera irme con esa intranquilidad) que se ha hablado aquí de lealtad institucional, de colaboración entre el Ejecutivo y el Legislativo, pero el otro día el ministro de Sanidad y Consumo fue a Melilla; fue usted y fueron también otros altos cargos del ministerio. Yo sé que usted no tiene nada que ver con esto. Conozco su talante lo suficiente como para no creerme que usted pudiera tener ningún tipo de responsabilidad en lo que voy a decir. Los parlamentarios de Melilla fuimos excluidos de todos los actos donde el señor ministro iba a anunciar no solamente la puesta en marcha de las obras del hospital universitario, sino a explicarlo de forma virtual en un interesante acto donde fue invitada toda la sociedad melillense. No interprete

mi ausencia como descortesía, porque no fui invitado. En mí mismo no le doy la menor importancia, pero somos los representantes populares de todos los melillenses, de los que nos han votado y de los que no han votado, de todos, porque, lo mismo que aquí, todos representamos a la soberanía popular. Y estas cosas en democracia son importantes, las formas son importantes. Yo estoy convencido de que ni usted ni el señor ministro (le pido que se lo haga llegar) son responsables de este desafuero, sino que deben ser órganos subalternos o subordinados que, en gala de hacer méritos de no sé qué cosa, excluyen a los parlamentarios nacionales de unos actos a los que fueron todas las fuerzas políticas, inclusive, sin que ello implique desdoro, los parlamentarios locales de todas las fuerzas políticas en la Asamblea de Melilla. Señor secretario, esto no es motivo de queja en sede parlamentaria, y mucho menos a usted, pero dada su cercanía al ministro, nos gustaría que le hiciera llegar que en sucesivas ocasiones se nos tenga en cuenta, que no le hagan caso a organismos subalternos o subordinados, sino que hagan ustedes mismos el protocolo porque, insisto, que en democracia la formas son muy importantes. S.S. ha hecho mención aquí a la lealtad institucional y a la colaboración entre el Ejecutivo y el Legislativo, la simpatía que usted le tiene al Congreso de los Diputados, su disposición a comparecer permanentemente en esta Comisión, cosa que le agradecemos, todo eso me decepciona si después por parte del ministerio van todos los directores provinciales, todos —y perdón la expresión, todo bicho viviente—, salvo los parlamentarios nacionales de la ciudad. Ciertamente me habría evitado dos cosas: una, le hubiera comentado a S.S. Ley de Autonomías del Paciente y el convenio de colaboración, hubiera retirado la pregunta y tan tranquilos; dos, usted se hubiera evitado escucharme y no habría pasado el sofoco de decírselo; el señor Fidalgo está volando y no se entera.

Señor presidente, señor secretario general, de verdad, desde la lealtad institucional y la simpatía que sabe que le profeso, no dejen que órganos subalternos metan mano en esto, no conviertan actos institucionales de un hospital que estamos sufragando también los del Partido Popular con nuestros impuestos, porque son de todos los españoles; no conviertan una cuestión de Estado en una cuestión de partido. Es hasta antiestético y no digo no ético porque no quisiera darle la mañana a S.S.; al menos es antiestético lo que pasó el otro día. Señor presidente, gracias por haberme dejado explayarme en esta excursión porque, si no, no me iba tranquilo en el avión, y yo no me puedo quedar con nada dentro.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el secretario general.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Martínez Olmos): Señor Molina, le pido disculpas porque la voluntad de ministerio, del ministro a la hora de presentar una obra muy deseada por la ciudad, este

nuevo hospital universitario de Melilla, era la de presentarlo al conjunto de los melillenses y por supuesto a sus representantes. No vea usted motivos más que probablemente un olvido imperdonable, por el que le pido disculpas, porque no hay otra intención. De hecho, tuvimos la voluntad de ir a Melilla, de hablar con el presidente de la ciudad autónoma, celebramos una entrevista con el señor Imbroda muy interesante para la colaboración institucional. Le pido disculpas porque probablemente ha sido un olvido imperdonable que desluce innecesariamente una visita que nos ha permitido presentar un proyecto, yo creo que uno de los hospitales de más calidad que yo he conocido de su ámbito. Los arquitectos tuvieron ocasión de presentar la solución técnica a las cuestiones funcionales que se plantean allí y todo el mundo coincidía con nosotros, y mi opinión es que es un magnífico proyecto.

Volviendo a su pregunta, efectivamente, tenemos un convenio de colaboración y tenemos voluntad de mejorarlo dotándolo de más recursos, porque tenemos que ubicar la actuación en lo que se refiere a cuidados paliativos en la propia estrategia que aprobó el consejo interterritorial y por lo tanto, tiene mi compromiso de profundizar en la mejora con la Ciudad Autónoma de Melilla y con la consejera de Sanidad y Consumo, a la que por cierto invitamos al acto. Antes decía que este es seguramente un olvido imperdonable porque estuvimos allí con todos ellos. Quiero decirle que tenemos que trabajar por soluciones estructurales. El propio hospital que vamos a construir en Melilla tiene prevista una unidad de cuidados paliativos que permita ya dar una respuesta mejor a las necesidades de los ciudadanos de Melilla, con los que compartimos la voluntad de los mejores servicios. El esfuerzo que ha hecho el Gobierno en esta pasada legislatura es indiscutible. Estuvimos visitando allí el IV centro de salud, y le tengo que decir que me quedé impresionado de que tenemos uno de los mejores centro de salud que he conocido nunca, por la calidad de la construcción y la buena solución de sus espacios funcionales. Es la prueba de que los ciudadanos de Melilla necesitan y tienen que tener respuestas de las instituciones al mismo nivel que el resto de los ciudadanos de España.

— **DE LA DIPUTADA DOÑA FRANCISCA MEDINA TEVA, DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA DEL CONGRESO, SOBRE VALORACIÓN DE LOS DATOS QUE SE DESPRENDEN DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN DE ACCIDENTES DOMÉSTICOS Y DE OCIO, REALIZADO POR EL INSTITUTO NACIONAL DE CONSUMO. (Número de expediente 181/000907.)**

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra para realizar su pregunta la señora Medina Teva.

La señora **MEDINA TEVA**: Señor secretario general, deseo agradecerle su presencia en esta Comisión. En aras

de esa brevedad, voy a tratar de ser lo más breve posible también. El 3,8 por ciento de la población española sufrió el año pasado algún accidente doméstico o durante momentos de ocio. En total, en 2007 se produjeron algo más de 1.700.000 accidentes, lo que supone un descenso en el número de lesiones graves que precisaran atención sanitaria por este motivos respecto a 2004. Estos son algunos de los datos principales del programa de prevención de lesiones, detección de accidentes domésticos y de ocio que ser presentó a finales del año pasado, un estudio, como todas SS.SS. saben, realizado por el Instituto Nacional de Consumo, organismo autónomo del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Los accidentes constituyen en la actualidad uno de los problemas relevantes de salud pública, además representan uno de los motivos más importantes de mortalidad, actualmente constituyen la cuarta causa de muerte en la Unión Europea después de las enfermedades de corazón, cáncer y enfermedades cardiovasculares. De ahí la importancia de la realización de este tipo de estudios, de informes, cuya edición anterior data de 2004, aunque SS.SS. sabrán que el programa DADO se inició en el año 1993. Un estudio que, como en la propia introducción del informe se señala, es un instrumento más que las administraciones de consumo realizan de forma sistemática para dar cumplimiento a uno de los derechos de los consumidores, un seguimiento sobre la seguridad de los productos y servicios disponible en el mercado y, más concretamente, para verificar la incidencia de los accidentes domésticos y de ocio entre los consumidores y usuarios. Este estudio tiene igualmente como finalidad última servir de instrumento para la prevención en el ámbito de la seguridad de la vida diaria de la ciudadanía. Además, sirve también para detectar los colectivos sociodemográficos, las actividades, los lugares, los productos y servicios de mayor riesgo. Así, por ejemplo, sabemos que cuatro de cada cien personas tuvieron un percance de este tipo en el pasado año, la fuerte estacionalidad de estos accidentes o que las mujeres sufren más accidentes domésticos que los hombres.

Señorías, señor secretario general, desde el Grupo Parlamentario Socialista como grupo que sustenta y apoya al Gobierno, pensamos que la política de consumo constituye fundamentalmente una política de calidad de vida íntimamente ligada al resto de las políticas que planifican y ejecutan los poderes públicos, y por eso animamos al ministerio a seguir considerando precisamente estas políticas de consumo como prioritarias. Y en esa línea, señor secretario general, va mi pregunta: ¿Que valoración hace de los datos que se desprenden del programa de detección de accidentes domésticos y de ocio realizado por el Instituto Nacional de Consumo?

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el secretario general.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Martínez Olmos): Señora Medina, gracias también por

su pregunta. Efectivamente usted apunta un tema que tiene trascendencia en términos de salud pública, también desde la perspectiva de la protección de los consumidores, como es el de los accidentes, sobre todo porque los accidentes domésticos en este caso, como sucede en general con los accidentes, tienen un componente de prevención potencial al que no debemos de renunciar. Todos los estudios que se realizan en relación con accidentes domésticos o en espacios escolares, cuando se refieren al ámbito infantil de manera específica, o en espacios de ocio, nos dan prueba de que con una serie de medidas, muchas de ellas de carácter normativo a la hora de establecer mecanismos de seguridad, o de carácter de conciencia de la sociedad, podrían dar lugar a una disminución de la incidencia de los accidentes. Hay accidentes que en muchas ocasiones tienen como consecuencia la muerte por una cuestión de azar. Hay accidentes que terminan en una lesión leve, pero el mismo accidente en otra persona puede terminar incluso con consecuencia de muerte. El componente de potencial prevención, como decía, es un elemento de gran importancia a la hora de actuar. En este sentido, el Gobierno, en su encuesta realizada por el Instituto Nacional de Consumo, constata que aquí hay un ámbito de trabajo muy relevante que afecta fundamentalmente a personas mayores y a niños y nos lleva a la consideración de que tenemos que estar trabajando continuamente en la prevención, teniendo en cuenta que deberíamos discriminar —y es un poco la estrategia que llevamos— los mensajes en función de la población diana. Por ejemplo, cuando estamos hablando de accidentes domésticos en población adulta, ahí hay una información que tenemos que llevar conjuntamente con las administraciones locales hacia las personas que, por razones de sus circunstancias personales, están mucho tiempo en casa y pueden tener accidentes domésticos de diferente naturaleza, básicamente los que tienen que ver con los que se producen en el baño y el aseo, lo que se producen en la cocina y los que se producen en los alrededores de los domicilios cuando se sale a pasear. Por lo tanto, mensajes específicos para esta población y para los cuidadores, que habitualmente tienen en muchas ocasiones la responsabilidad de atender a estas personas mayores que están, a su vez, en situación de dependencia total o parcial. Por otra parte, nos preocupa también la cuestión de los accidentes domésticos en el ámbito infantil. En este sentido el ministerio realizó hace años y medio una campaña específica coincidente con las líneas del trabajo que muchas comunidades autónomas desarrollan. Es una preocupación del mundo de la pediatría, porque los accidentes domésticos en el caso de los niños son de las primeras causas de morbilidad y de mortalidad, y son accidentes que normalmente se producen vinculados a la ingesta de productos tóxicos del hogar, limpieza, lejías, etcétera, o vinculados a la utilización por los niños de juguetes que en un momento determinado no son los apropiados para su edad, que pueden terminar con atragantamientos, etcétera. Aquí también es importante

establecer mecanismos de prevención que vayan dirigidos a nivel intersectorial, y con la colaboración de los ayuntamientos, hacia el trabajo con los padres, los cuidadores y los educadores, puesto que son niños que dependen de la vigilancia y la cautela que tienen que tener las personas que son responsables de su cuidado. Por lo tanto, es una valoración de que es un instrumento que nos permite tener información para seguir actuando, pero sobre todo trabajar conjuntamente con otras instituciones. Finalizo diciéndole que en la estrategia de coordinación que llevamos con la Federación de Municipios y Provincias para impulsar el programa de ciudades saludables, la prevención de accidentes tiene una consideración especial, porque pueden intervenir, amplificando las posibilidades preventivas que tienen este tipo de intervenciones.

— **DE LA DIPUTADA DOÑA MARÍA CONCEPCIÓ TARRUELLA TOMÀS, DEL GRUPO PARLAMENTARIO CATALÁN (CONVERGÈNCIA I UNIÓ), SOBRE EL CALENDARIO PREVISTO EN RELACIÓN CON LA INCLUSIÓN DEL SUBGRUPO C10AX DONDE SE ENCUENTRA EL EZETIMIBA, EN LA LISTA DE MEDICAMENTOS DE APORTACIÓN REDUCIDA, EN LAS MISMAS CONDICIONES EN LAS QUE SE ENCUENTRA ACTUALMENTE EL SUBGRUPO C10AA (ESTATINAS). (Número de expediente 181/001273.)**

El señor **PRESIDENTE**: La última pregunta es la de la señora Tarruella.

La señora **TARRUELLA TOMÀS**: Señor Martínez Olmos, usted es buen conocedor ya de que las enfermedades cardiovasculares son una de las primeras causas de muerte y de ingreso en nuestro sistema hospitalario español. Los pacientes con hipercolesterinemia familiar son unos de los pacientes de riesgo mayor de padecer una de estas enfermedades cardiovasculares. Estos pacientes, el control de su enfermedad mayoritariamente es por medio de las estatinas o de la ezetimiba. Las estatinas, por suerte, están ya consideradas entre los productos que tienen ya una aportación reducida; pero no así todavía la ezetimiba, que supone un gran coste para todas estas familias que tienen generalmente varios miembros afectados, lo que supone un coste económico importante. Mi pregunta es relativa al calendario que tiene previsto el Gobierno para la inclusión de este grupo de medicamentos entre los que se encuentra la ezetimiba para que entren en el grupo de aportación reducida en las mismas condiciones que las estatinas.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor secretario general.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Martínez Olmos): Señora Tarruella, como usted bien

sabe, la Dirección General de Farmacia es la responsable del inicio de estos expedientes. Quiero informarle de que el pasado 12 de noviembre inició el expediente para decidir si se establece la aportación reducida para este medicamento, el Ezetrol, cuyo principio activo, como usted bien señala, es la ezetimiba, en aplicación de la disposición adicional segunda que el Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo, establece en su ámbito de actuación. En dicha disposición se faculta a la Dirección General de Farmacia para que en los casos de los medicamentos que cumplan las condiciones para ser considerados de aportación reducida, y en tanto en cuanto no se actualice el anexo 3 del Real Decreto 1348/2003, por el que se adapta la clasificación anatómica de medicamentos, se establezca motivadamente la aportación reducida de un determinado medicamento. Tras el estudio correspondiente, que ha permitido verificar que dicho medicamento sí que reúne las condiciones que justifican motivadamente su consideración como de aportación reducida únicamente para los pacientes con hipercolesterolemia familiar heterocigota, y dado que su administración se realiza de manera concomitante con un inhibidor de la HMG CoA reductasa, una estatina, grupo cuyo medicamento sí se encuentran incluidos como de aportación reducida únicamente para dichos pacientes, el pasado 20 de febrero hemos emitido un proyecto de resolución favorable para establecer la aportación reducida a este medicamento. Me agrada poderle dar una buena noticia a SS.SS., y a usted en particular. Una vez que el laboratorio dé su conformidad al proyecto de resolución mencionado que le ha sido enviado, mandaremos la resolución definitiva por parte de la Dirección General de Farmacia que, como bien saben, depende de la Secretaría General de Sanidad, y comunicaremos a comunidades autónomas, Ingresa, Muface, Isfas, Mugeju, así como al Consejo General de Colegios Farmacéuticos de España el cambio de la aportación del principio activo de ezetimiba para este colectivo de pacientes.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra la señora Tarruella.

La señora **TARRUELLA TOMÀS**: Después de esta noticia que nos acaba de dar el secretario general, solo nos resta felicitarlos, pues era una noticia largamente esperada. Usted sabe que hace dos años se aprobó aquí un proposición no de ley, también promovida por nuestro grupo parlamentario, que iba en esta dirección. A pesar de este largo trayecto, sí por fin estos pacientes pueden disponer de este medicamento a un precio más justo, todos debemos felicitarlos.

El señor **PRESIDENTE**: Quiero terminar dándole las gracias al señor secretario general por su comparecencia ante esta Comisión. Deseo recordarles a los miembros de la Comisión que hemos convocado Comisión para el día 11 a las cuatro de la tarde, y que a continuación reuniremos a la subcomisión para el Pacto

de Estado por la sanidad. Ya sabemos un poco cómo tenemos el próximo calendario.

En relación con la constitución de la subcomisión para el pacto de Estado, tengo en estos momentos los nombres de los componentes: la señora Grande, el señor Fidalgo, la señora Martín González, el señor Mingo, la señora Pastor, la señora Tarruella, el señor Agirretxea, la señora Barkos y yo mismo, junto con una serie de suplentes que son la señora Esteve, la señora Cano, la señora Cediél,

el señor Martínez Soriano, el señor Gutiérrez Molina, el señor Xuclà y el señor Canet. ¿Damos por constituida la subcomisión? (**Asentimiento.**) Damos por constituida la subcomisión y quedamos convocados al final de la próxima Comisión, el miércoles por la tarde.

Se levanta la sesión.

**Eran las doce horas y treinta y cinco minutos del mediodía.**

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 Manteras, 54. 28050 Madrid

Teléf.: 902 365 303. <http://www.boe.es>



Depósito legal: **M. 12.580 - 1961**