



BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

X LEGISLATURA

Serie D:
GENERAL

10 de diciembre de 2013

Núm. 373

Pág. 1

ÍNDICE

Página

Composición y organización de la Cámara

DIPUTADOS

Declaración de bienes y rentas de los señores Diputados	3
---	---

Control de la acción del Gobierno

PROPOSICIONES NO DE LEY

Comisión de Cooperación Internacional para el Desarrollo

161/000904 Proposición no de Ley presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso, sobre medidas para proteger eficazmente a la infancia en el marco de la acción humanitaria. <i>Aprobación con modificaciones así como enmiendas formuladas</i>	9
161/001237 Proposición no de Ley presentada por el Grupo Parlamentario Socialista, sobre fortalecimiento y financiación del Marco de Asociación Estratégica de España con ONU Mujeres. <i>Aprobación con modificaciones así como enmienda formulada</i>	10
161/001448 Proposición no de Ley presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso, relativa a promover medidas para la erradicación de los ataques a escuelas, y en particular a las femeninas, en los países en conflicto. <i>Aprobación con modificaciones así como enmienda formulada</i>	12
161/002073 Proposición no de Ley presentada por el Grupo Parlamentario de IU, ICV-EUiA, CHA: La Izquierda Plural, sobre medidas para incrementar la transparencia de la acción gubernamental y participación de las ONGD en la política de cooperación española. <i>Aprobación con modificaciones así como enmienda formulada</i>	13
161/002082 Proposición no de Ley presentada por el Grupo Parlamentario Socialista, sobre ayuda humanitaria a Siria. <i>Aprobación con modificaciones así como enmiendas formuladas</i>	14
161/002165 Proposición no de Ley presentada por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), sobre incremento del apoyo de la cooperación española a la I+D en salud global. <i>Aprobación con modificaciones así como enmiendas formuladas</i>	16

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 373

10 de diciembre de 2013

Pág. 2

PREGUNTAS PARA RESPUESTA ORAL

Comisión de Economía y Competitividad

- 181/001443** Pregunta formulada por el Diputado don Vicente Guillén Izquierdo (GS), sobre riesgos sísmicos de la falla de Teruel e informe sobre la evaluación de los informes técnicos presentados para la construcción del nuevo Hospital de Teruel en el lugar conocido como el Planizar. *Retirada* 18
- 181/001444** Pregunta formulada por el Diputado don Vicente Guillén Izquierdo (GS), sobre declaraciones del Consejero de Sanidad del Gobierno de Aragón sobre la certeza de que en la zona del Planizar de Teruel habrá un terremoto de intensidad entre 6 y 7 de la escala Richter. *Retirada* 18

Otros textos

COMISIONES, SUBCOMISIONES Y PONENCIAS

- 154/000003** Subcomisión para el análisis de los problemas estructurales del sistema sanitario y de las principales reformas que deberán acometerse para garantizar su sostenibilidad. *Informe de la Subcomisión* 18

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMPOSICIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LA CÁMARA

DIPUTADOS

De conformidad con lo dispuesto en la Norma 5 del Acuerdo de las Mesas del Congreso de los Diputados y del Senado, de 21 de diciembre de 2009, por el que se aprueban las Normas en materia de registro de intereses, en los términos de la redacción dada por la modificación acordada por las Mesas de ambas Cámaras, en su reunión del día 19 de julio de 2011, para dar cumplimiento a lo establecido en la reforma del artículo 160.2 de la Ley Orgánica del Régimen Electoral General, se ordena la publicación en el Boletín Oficial de las Cortes Generales de la declaración de modificación de bienes y rentas presentada, una vez calificada (núm. expte. 005/000145/0002).

Palacio del Congreso de los Diputados, 26 de noviembre de 2013.—P.D. El Secretario General del Congreso de los Diputados, **Manuel Alba Navarro**.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 373

10 de diciembre de 2013

Pág. 4

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS
REGISTRO GENERAL DE ENTRADA



0098157

Fecha: 25/11/2013-12:30:02

CORTES GENERALES X LEGISLATURA

DECLARACIÓN¹ DE BIENES Y RENTAS DE DIPUTADOS Y

Nombre y apellidos Eduardo Madina Muñoz	
Estado civil Casado	Régimen económico matrimonial Gananciales
Fecha de elección como parlamentario 20-11-2011	Fecha de la presentación de la credencial en la Cámara Diciembre 2011
Diputado <input checked="" type="checkbox"/> Senador <input type="checkbox"/>	Circunscripción por la que ha sido elegido/Asamblea Legislativa Vizcaya

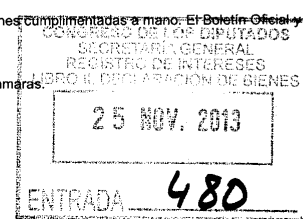
RENTAS PERCIBIDAS POR EL PARLAMENTARIO³

PROCEDENCIA DE LAS RENTAS	CONCEPTO	EUROS
Percepciones netas de tipo salarial, sueldos, honorarios, aranceles y otras retribuciones, cualquiera que sea su denominación. ⁴	Grupo Parlamentario Socialista. Importe total anual.	4.239,06
Dividendos y participación en beneficios de sociedades, comunidades o entidades de cualquier clase		
Intereses o rendimientos de cuentas, depósitos y activos financieros	Rendimientos diversos productos de ahorro e inversión.	56.176,44
OTRAS rentas o percepciones de cualquier clase ⁵		

CANTIDAD PAGADA POR IRPF

Indíquese la cuota líquida pagada en el ejercicio anterior a la fecha de esta declaración, es decir, el pago final si lo hubiese más las retenciones. (Casilla 732 del modelo IRPF 100)	30.249,45 €
---	-------------

¹ Rellenar el formulario con ordenador en modelo PDF interactivo que facilitan las Cámaras. No se admitirán declaraciones cumplimentadas a mano. El Boletín Oficial y la Web reproducirán, sin corrección alguna, la declaración cumplimentada por cada parlamentario.
² En INTRANET del Congreso y del Senado existe un formulario relleno con datos ficticios, a modo de ejemplo.
³ Las rentas que han de declararse son las percibidas en el ejercicio económico anterior a la fecha de la declaración.
⁴ Se excluirán las percepciones recibidas del Congreso o Senado, que se encuentran ya publicadas en la Web de las Cámaras.
⁵ Deben incluirse, en su caso, las percepciones cobradas por Planes de Pensiones



BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 373

10 de diciembre de 2013

Pág. 5

BIENES PATRIMONIALES DEL PARLAMENTARIO				
BIENES	Clase y características⁶	Situación⁷	Fecha de adquisición	Derecho sobre el bien⁸ y Título de adquisición⁹
Bienes Inmuebles de naturaleza urbana.	Piso	Vizcaya	2007	Pleno dominio. Compraventa.
	Piso	Madrid	2006	Pleno dominio. Compraventa.
	Piso	Madrid	2013	Pleno dominio. Compraventa.
Bienes Inmuebles de naturaleza rústica.				
Bienes inmuebles propiedad de una sociedad, comunidad o entidad que no cotiza en Bolsa y de la que el declarante tiene acciones o participaciones.				

DEPÓSITOS EN CUENTAS CORRIENTES O DE AHORRO, CUENTAS FINANCIERAS Y OTROS TIPOS DE IMPOSICIONES¹⁰	SALDO¹¹ de TODOS los DEPOSITOS (€)
Cuenta corriente. (A fecha 15/11/13)	6.132

⁶ Indicar si es piso, vivienda, plaza aparcamiento, local comercial, nave industrial y las características que procedan.

⁷ Indicar provincia donde esté situado el bien. Para bienes radicados en el extranjero, indicar el país.

⁸ Pleno dominio, nuda propiedad, usufructo, derecho de superficie, privativo, ganancial, en comunidad de bienes, ...

⁹ Compraventa, herencia, donación, etc.

¹⁰ Indicar la clase de depósito sin necesidad de señalar entidad bancaria.

¹¹ El saldo debe ser el sumatorio de todos los depósitos de todas las cuentas. Se puede tomar como referencia el saldo medio de las cuentas corrientes durante el año anterior a la declaración, o el saldo a cualquiera de los siete días anteriores a la declaración o el saldo a 31 de diciembre del ejercicio anterior. Si toma como referencia una de las posibilidades, debe aplicarse a todas las cuentas.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 373

10 de diciembre de 2013

Pág. 6

OTROS BIENES O DERECHOS		
CLASE DE BIEN O DERECHO	DESCRIPCIÓN del BIEN O DERECHO (Indicar sistema que se ha utilizado para su valoración dineraria)	VALOR (€)¹²
	Diversos productos de ahorro e inversión. (A fecha 15/11/13)	1.002.136
Deuda pública, obligaciones, bonos, certificados de depósito, pagarés, y demás valores equivalentes. Acciones y participaciones en todo tipo de sociedades, entidades con valor económico y cooperativas.		
Sociedades participadas en mas de un 5% por otras sociedades o entidades que sean propiedad, en todo o en parte, del parlamentario declarante.		

VEHÍCULOS, EMBARCACIONES Y AERONAVES	
Fecha de adquisición	DESCRIPCIÓN ¹³

OTROS BIENES, RENTAS O DERECHOS DE CONTENIDO ECONÓMICO NO DECLARADOS EN APARTADOS ANTERIORES	VALOR (€)

¹² En bienes o derechos negociados en mercados organizados debe reflejarse el valor de cotización en cualquier día hábil de los sesenta días anteriores a la fecha de la presente declaración y debe indicarse la fecha elegida. En los bienes y derechos no cotizados en mercados organizados debe indicarse el nombre de la sociedad o entidad y el valor de las acciones o participaciones según el balance anual anterior a la fecha de la presente declaración. Si no hubiese balance anual anterior a la declaración, el valor a declarar debe ser el teórico contable.

¹³ No indicar matrícula. Incluir vehículos, embarcaciones o aeronaves propiedad de una sociedad que, no cotizando en Bolsa, esté participada de algún modo por el declarante, siempre que el parlamentario los utilice, aunque sea ocasionalmente

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 373

10 de diciembre de 2013

Pág. 7

DEUDAS Y OBLIGACIONES PATRIMONIALES			
PRESTAMOS (DESCRIPCIÓN Y ACREEDOR)	FECHA CONCESIÓN	IMPORTE CONCEDIDO (€)	SALDO¹⁴ PENDIENTE (€)
Otras deudas y obligaciones derivadas de contratos, sentencias o cualquier otro título.			

OBSERVACIONES

(Que el declarante hace constar para ampliar información que no le cupo en otros apartados de esta declaración y para dejar constancia de cuanto considere conveniente añadir)

¹⁴ A la fecha de 31 de diciembre del ejercicio anterior a la declaración o cualquier día del mes inmediatamente anterior a la fecha de la presente declaración.

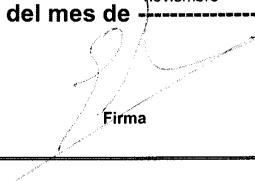
BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

[Empty rectangular box for the main content of the declaration]

La presente declaración se realiza por: Toma de posesión Cese Otra causa

Don/Doña Eduardo Madina Muñoz-----ha rellenado
y/o comprobado personalmente todos los datos que aparecen en la presente declaración
de cinco páginas y manifiesta que la misma recoge fielmente sus rentas y bienes.

Y para que así conste, la firma en la ciudad de
Madrid a 20 del mes de noviembre del año dos mil 2013


Firma

CONTROL DE LA ACCIÓN DEL GOBIERNO

PROPOSICIONES NO DE LEY

Comisión de Cooperación Internacional para el Desarrollo

161/000904

La Comisión de Cooperación Internacional para el Desarrollo, en su sesión del día 27 de noviembre de 2013, ha acordado aprobar con modificaciones la Proposición no de Ley sobre medidas para proteger eficazmente a la infancia en el marco de la acción humanitaria, presentada por el Grupo Parlamentario Popular y publicada en el «BOCG. Congreso de los Diputados», serie D, núm. 149, de 24 de septiembre de 2012, en los siguientes términos:

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a:

1. Estudiar el uso de protocolos para propiciar una especial atención a aquellos niños y niñas más vulnerables como son los que pertenecen a minorías étnicas, raciales, lingüísticas y con discapacidad.
2. Garantizar, en el próximo marco de Convenios de Cooperación al Desarrollo, la protección de niños y niñas con especial atención a los más vulnerables como son los que pertenecen a minorías étnicas, raciales, lingüísticas y con discapacidad, de acuerdo con las directrices del IV Plan Director de la Cooperación Española.
3. Atender a las necesidades específicas de los niños y niñas durante las diferentes fases de las crisis humanitarias.
4. Promover la reunificación de las familias en el marco de los contextos de crisis y de desestructuración.
5. Garantizar que todas estas recomendaciones sean tenidas en cuenta en la comunicación anual del IV Plan Director de la Cooperación Española (2013-2016).
6. Aprobar durante el año 2014 una Estrategia de la Infancia de Cooperación Española que permita coordinar y planificar adecuadamente todos los esfuerzos y actores implicados.
7. Estudiar la posibilidad de recoger las orientaciones mencionadas en los anteriores puntos en la próxima Estrategia de Infancia de la Cooperación Española.»

A dicha Proposición no de Ley se formularon dos enmiendas, cuyos textos, asimismo, se insertan.

Se ordena su publicación de conformidad con lo previsto en el artículo 97 del Reglamento de la Cámara.

Palacio del Congreso de los Diputados, 2 de diciembre de 2013.—P.D. El Secretario General del Congreso de los Diputados, **Manuel Alba Navarro**.

A la Mesa de la Comisión de Cooperación Internacional para el Desarrollo

El Grupo Parlamentario Popular en el Congreso, al amparo de lo dispuesto en el artículo 193 y ss. del Reglamento de la Cámara, presenta la siguiente enmienda a la Proposición no de Ley del Grupo Popular, relativa a promover medidas dirigidas a proteger eficazmente a la infancia en el marco de la acción humanitaria.

Enmienda

De modificación.

El texto quedaría redactado de la siguiente manera:

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a:

— Estudiar el uso de protocolos para propiciar una especial atención a aquellos niños y niñas más vulnerables como son los que pertenecen a minorías étnicas, raciales, lingüísticas y con discapacidad.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 373

10 de diciembre de 2013

Pág. 10

- Atender las necesidades específicas de los niños y niñas durante los procesos de post-emergencia y reconstrucción.
- Promover la reunificación de las familias en el marco de los contextos en crisis y de desestructuración.
- Estudiar la posibilidad de recoger las orientaciones mencionadas en los anteriores puntos en la próxima Estrategia de Infancia de la Cooperación Española.»

Justificación.

Mejora técnica.

Palacio del Congreso de los Diputados, 26 de noviembre de 2013.—**Alfonso Alonso Aranegui**, Portavoz del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso.

A la Mesa de la Comisión de Cooperación Internacional para el Desarrollo

En nombre del Grupo Parlamentario Socialista me dirijo a esa Mesa para, al amparo de lo establecido en el artículo 194.2 y siguientes del vigente Reglamento del Congreso de los Diputados, presentar la siguiente enmienda a la Proposición no de Ley sobre medidas para proteger eficazmente a la infancia en el marco de la acción humanitaria, del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso.

Enmienda

De sustitución.

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a:

- Establecer protocolos para propiciar una especial atención a aquellos niños y niñas más vulnerables como son los que pertenecen a minorías étnicas, raciales, lingüísticas y con discapacidad.
 - Garantizar, en el próximo marco de Convenios de Cooperación al Desarrollo, una financiación suficiente y especializada dirigida a garantizar la protección de niños y niñas con especial atención a los más vulnerables como son los que pertenecen a minorías étnicas, raciales, lingüísticas y con discapacidad.
 - Atender las necesidades específicas de los niños y niñas durante las diferentes fases de las crisis humanitarias.
 - Promover la reunificación de las familias en el marco de los contextos en crisis y de desestructuración.
- Garantizar que todas estas recomendaciones son recogidas en los sucesivos ejercicios de planificación del IV Plan Director de la Cooperación Española (2013-2016).
- Aprobar antes de seis meses una Estrategia de Infancia de la Cooperación Española que permita coordinar y planificar adecuadamente todos los esfuerzos y actores implicados.»

Palacio del Congreso de los Diputados, 26 de noviembre de 2013.—**Eduardo Madina Muñoz**, Portavoz del Grupo Parlamentario Socialista.

161/001237

La Comisión de Cooperación Internacional para el Desarrollo, en su sesión del día 27 de noviembre de 2013, ha acordado aprobar con modificaciones la Proposición no de Ley sobre fortalecimiento y financiación del Marco de Asociación Estratégica de España con ONU Mujeres, presentada por el Grupo Parlamentario Socialista y publicada en el «BOCG. Congreso de los Diputados», serie D, núm. 207, de 18 de enero de 2013, en los siguientes términos:

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a:

1. Seguir apoyando los objetivos estratégicos de ONU Mujeres, así como el impulso y seguimiento de sus directrices, fortaleciendo el marco de Asociación Estratégica suscrito por España con dicho

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 373

10 de diciembre de 2013

Pág. 11

Organismo, la previsibilidad de su financiación atendiendo a las posibilidades presupuestarias, así como su renovación para el próximo cuatrienio.

2. Seguir contribuyendo económica y políticamente, dentro de las posibilidades presupuestarias, en la lucha por la igualdad como derecho humano, apoyando el trabajo de las organizaciones de mujeres y en estrecha coordinación y complementariedad con los programas y estrategias de ONU Mujeres en los países prioritarios de la Cooperación española.

3. Informar a la Comisión de Cooperación Internacional para el Desarrollo sobre los objetivos y resultados de las negociaciones en curso para la renovación y previsiones de financiación del Marco de Asociación Estratégica de España con ONU Mujeres.

4. Reforzar nuestras vías de colaboración con ONU Mujeres y otros países de nuestro entorno, para facilitar un despliegue institucional de ONU Mujeres en las distintas regiones y países del mundo, así como los mecanismos de difusión e intercambio de información.»

A dicha Proposición no de Ley se formuló una enmienda, cuyo texto, asimismo, se inserta.

Se ordena su publicación de conformidad con lo previsto en el artículo 97 del Reglamento de la Cámara.

Palacio del Congreso de los Diputados, 2 de diciembre de 2013.—P.D. El Secretario General del Congreso de los Diputados, **Manuel Alba Navarro**.

A la Mesa de la Comisión de Cooperación Internacional para el Desarrollo

El Grupo Parlamentario Popular en el Congreso, al amparo de lo dispuesto en el artículo 193 y siguientes del Reglamento de la Cámara, presenta la siguiente enmienda a la Proposición no de Ley, del Grupo Parlamentario Socialista, sobre fortalecimiento y financiación del Marco de Asociación Estratégica de España con ONU Mujeres.

Enmienda

De modificación.

El texto quedaría redactado de la siguiente manera:

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a:

— Seguir apoyando los objetivos estratégicos de ONU Mujeres, así como el impulso y seguimiento de sus directrices, fortaleciendo el marco de Asociación Estratégica suscrito por España con dicho organismo, la previsibilidad de su financiación atendiendo a las posibilidades presupuestarias, así como su renovación para el próximo cuatrienio.

— Seguir contribuyendo económica y políticamente, dentro de las posibilidades presupuestarias, en la lucha por la igualdad como derecho humano, apoyando el trabajo de las organizaciones de mujeres y en estrecha coordinación y complementariedad con los programas y estrategias de ONU Mujeres en los países prioritarios de la Cooperación española.

— Informar a la Comisión de Cooperación Internacional para el Desarrollo sobre los objetivos y resultados de las negociaciones en curso para la renovación y previsiones de financiación del Marco de Asociación Estratégica de España con ONU Mujeres.»

Justificación.

Mejora técnica.

Palacio del Congreso de los Diputados, 26 de noviembre de 2013.—**Alfonso Alonso Aranegui**, Portavoz del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso.

161/001448

La Comisión de Cooperación Internacional para el Desarrollo, en su sesión del día 27 de noviembre de 2013, ha acordado aprobar con modificaciones la Proposición no de Ley relativa a promover medidas para la erradicación de los ataques a escuelas, y en particular a las femeninas, en los países en conflicto, presentada por el Grupo Parlamentario Popular y publicada en el «BOCG. Congreso de los Diputados», serie D, núm. 236, de 11 de marzo de 2013, en los siguientes términos:

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a:

1. Instar a la Comunidad Internacional, en virtud de los instrumentos internacionales existentes, a dotar de los medios necesarios a las instituciones correspondientes para garantizar la educación durante y después del conflicto armado, de manera que los niños y niñas recuperen la normalidad de su formación educativa lo antes posible.

2. Vigilar el cumplimiento de la regla general, establecida en el derecho internacional, de salvaguarda del derecho a la educación por parte de los Estados, obligados a prevenir y responder a los ataques de los grupos armados para que las escuelas sigan operando, prestando especial atención a la perspectiva de género.

3. Velar por la garantía de una mejor supervisión, adoptando medidas preventivas y respuestas inmediatas cuando se produzcan ataques en centros escolares, en línea con lo establecido por las diversas resoluciones y los estándares internacionales que gozan de consenso internacional en la materia, y prestando una especial atención a la perspectiva de género y un trato igual a aquellos conflictos que tengan menos visibilidad por haber recibido un distinto tratamiento mediático.

4. A partir de las evaluaciones obtenidas de los correspondientes planes bienales y de fondos como el FODM, seguir trabajando para orientar los recursos destinados a la cooperación a la consecución de los ODM y en particular en relación al ODM2, que permita que todos los niños y niñas puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria para 2015.

5. Realizar una acción educativa que responda a lo establecido en el punto 2.8 del Plan Director de la Cooperación Española en lo referente a la educación para el desarrollo para que en los centros escolares españoles se fomente y se lleven a cabo actividades de sensibilización sobre la cooperación para el desarrollo.

6. Apoyar los esfuerzos internacionales realizados en la materia, entre ellos, la iniciativa que en 2012 adoptó el Secretario General de Naciones Unidas “La educación primero”.»

A dicha Proposición no de Ley se formuló una enmienda, cuyo texto, asimismo, se inserta.

Se ordena su publicación de conformidad con lo previsto en el artículo 97 del Reglamento de la Cámara.

Palacio del Congreso de los Diputados, 2 de diciembre de 2013.—P.D. El Secretario General del Congreso de los Diputados, **Manuel Alba Navarro**.

A la Mesa de la Comisión de Cooperación Internacional para el Desarrollo

En nombre del Grupo Parlamentario Socialista me dirijo a esa Mesa para, al amparo de lo establecido en el artículo 194.2 y siguientes del vigente Reglamento del Congreso de los Diputados, presentar la siguiente enmienda a la Proposición no de Ley relativa a promover medidas para la erradicación de los ataques a escuelas, y en particular a las femeninas, en los países en conflicto, del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso.

Enmienda

De adición.

Se añaden los siguientes puntos:

«— Realizar una evaluación del desarrollo del Objetivo del Milenio número 2 sobre: Garantizar que todos los niños y niñas puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria para 2015 que ponga

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 373

10 de diciembre de 2013

Pág. 13

de relieve la contribución de España al cumplimiento e implementado medidas de carácter inmediato que permitan el cumplimiento del mismo antes del 2015.

— Incluir Educación para la ciudadanía en las escuelas para dar cumplimiento al Principio número 2 de la iniciativa «La educación ante todo» impulsada por el Secretario General de la ONU.

— Realizar una acción educativa de formación del profesorado de los centros escolares españoles, dentro de la estrategia de formación permanente, que permita fomentar valores de ciudadanía y la implementación de actividades de sensibilización a la cooperación al desarrollo.»

Palacio del Congreso de los Diputados, 26 de noviembre de 2013.—**Eduardo Madina Muñoz**, Portavoz del Grupo Parlamentario Socialista.

161/002073

La Comisión de Cooperación Internacional para el Desarrollo, en su sesión del día 27 de noviembre de 2013, ha acordado aprobar con modificaciones la Proposición no de Ley sobre medidas para incrementar la transparencia de la acción gubernamental y participación de las ONGD en la política de cooperación española, presentada por el Grupo Parlamentario de IU, ICV-EUiA, CHA: La Izquierda Plural y publicada en el «BOCG. Congreso de los Diputados», serie D, núm. 353, de 6 de noviembre de 2013, en los siguientes términos:

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a:

1. Garantizar una política de cooperación internacional española más efectiva, que aplique criterios de calidad y concentración en las acciones que realice y que, como parte de la acción exterior de España, esté a la altura de las recomendaciones internacionales de desarrollo y esté presente en la agenda internacional de los próximos años, sobre todo en el referente a la finalización de los ODM y la elaboración de la nueva agenda post-2015.

2. Garantizar la participación efectiva de las ONGD y sus cooperantes en los procesos de evaluación y también de decisión de las políticas, a fin de fortalecer la calidad y transparencia en sus actuaciones.

3. Presentar, en el siguiente periodo de sesiones, la Estrategia de Colaboración entre la Administración y las ONGD y el Plan Bienal de Evaluaciones vinculado a la orden AEC/2909/2011.

4. Impulsar en el seno del Consejo de Cooperación un proceso participativo de deliberación sobre el modelo de cooperación española y los instrumentos y estructuras necesarias para los próximos años.»

A dicha Proposición no de Ley se formuló una enmienda, cuyo texto, asimismo, se inserta.

Se ordena su publicación de conformidad con lo previsto en el artículo 97 del Reglamento de la Cámara.

Palacio del Congreso de los Diputados, 2 de diciembre de 2013.—P.D. El Secretario General del Congreso de los Diputados, **Manuel Alba Navarro**.

A la Mesa de la Comisión de Cooperación Internacional para el Desarrollo

El Grupo Parlamentario Popular en el Congreso, al amparo de lo dispuesto en el artículo 193 y siguientes del Reglamento de la Cámara, presenta la siguiente enmienda a la Proposición no de Ley, del Grupo Parlamentario de IU, ICVEUiA, CHA: La Izquierda Plural, sobre medidas para incrementar la transparencia de la acción gubernamental y participación de las ONGD en la política de cooperación española.

Enmienda

De modificación.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 373

10 de diciembre de 2013

Pág. 14

El texto quedaría redactado de la siguiente manera:

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a:

— Garantizar una política de cooperación internacional española más efectiva, que aplique criterios de selectividad y concentración en las acciones que realice y que, como parte de la acción exterior de España, esté presente en la agenda internacional de los próximos años sobre todo en lo referente a la finalización de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y a la elaboración de la nueva agenda post-2015.

— Garantizar la participación efectiva de las ONGD y sus cooperantes en los procesos de evaluación y también de decisión de las políticas de a fin de fortalecer la calidad y transparencia en sus actuaciones.

— Presentar, en cuanto sea posible, la Estrategia de Colaboración entre la Administración y las ONGD y el Plan Bienal de Evaluaciones vinculado a la orden AEC/2909/2011, asegurando que su elaboración sea lo más participativa posible.»

Justificación.

Mejora técnica.

Palacio del Congreso de los Diputados, 26 de noviembre de 2013.—**Alfonso Alonso Aranegui**, Portavoz del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso.

161/002082

La Comisión de Cooperación Internacional para el Desarrollo, en su sesión del día 27 de noviembre de 2013, ha acordado aprobar con modificaciones la Proposición no de Ley sobre ayuda humanitaria a Siria, presentada por el Grupo Parlamentario Socialista y publicada en el «BOCG. Congreso de los Diputados», serie D, núm. 353, de 6 de noviembre de 2013, en los siguientes términos:

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a:

1. Hacer cuantas gestiones sean necesarias en el seno de la Unión Europea, para implicarse en una solución pacífica de la guerra de Siria.

2. Sin olvidar otras crisis de extrema gravedad, concentrar sus esfuerzos en situar como prioridad inmediata de la comunidad internacional y muy en particular de la Unión Europea y por tanto también de España, la puesta en marcha de una respuesta humanitaria acorde a la catastrófica situación en Siria, asegurando la urgente protección de la población civil amenazada, el acceso sin restricciones a la asistencia humanitaria, la protección de la población civil y la asistencia a la población desplazada y refugiada.

3. Instar a la Unión Europea a abrir el cupo de reasentamiento temporal en terceros países de refugiados y demandantes de asilo, de forma prioritaria para mujeres y niños, con cupos por cada país de la Unión Europea, como se ha estado haciendo en otros conflictos armados.

4. Seguir contando con el centro logístico de Ayuda humanitaria de Cruz Roja Española y la Federación Internacional, situado en Gran Canaria (uno de los centros que tiene Cruz Roja en el mundo y el único en Europa), con el fin de hacer llegar más ayuda a esta zona.

5. Que los bienes objeto de ayuda sean esencialmente adquiridos en la región y en la propia Siria como forma más pertinente de asistencia humanitaria a las poblaciones afectadas por el conflicto.»

A dicha Proposición no de Ley se formularon tres enmiendas, cuyos textos, asimismo, se insertan.

Se ordena su publicación de conformidad con lo previsto en el artículo 97 del Reglamento de la Cámara.

Palacio del Congreso de los Diputados, 2 de diciembre de 2013.—P.D. El Secretario General del Congreso de los Diputados, **Manuel Alba Navarro**.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 373

10 de diciembre de 2013

Pág. 15

A la Mesa de la Comisión de Cooperación Internacional para el Desarrollo

El Grupo Parlamentario Popular en el Congreso, al amparo de lo dispuesto en el artículo 193 y siguientes del Reglamento de la Cámara, presenta la siguiente enmienda a la Proposición no de Ley, del Grupo Parlamentario Socialista, sobre sobre ayuda humanitaria a Siria.

Enmienda

De modificación.

El texto quedaría redactado de la siguiente manera:

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a:

1. Hacer cuantas gestiones sean necesarias en el seno de la UE, para implicarse en una solución pacífica de la guerra de Siria.
2. Sin olvidar otras crisis de extrema gravedad, concentrar sus esfuerzos en situar como prioridad inmediata de la comunidad internacional, y muy en particular de la UE, y por tanto, también de España, la puesta en marcha de una respuesta humanitaria acorde a la catastrófica situación en Siria, asegurando la urgente protección de la población civil amenazada, el acceso sin restricciones a la asistencia humanitaria, la protección de la población civil y la asistencia a la población desplazada y refugiada.
3. Instar a la UE a abrir el cupo de reasentamiento temporal en terceros países de refugiados y demandantes de asilo, de forma prioritaria para mujeres y niños, con cupos por cada país de la UE, como se ha estado haciendo en otros conflictos armados.
4. Que los bienes objeto de ayuda sean esencialmente adquiridos en la región y en la propia Siria como forma más pertinente de asistencia humanitaria a las poblaciones afectadas por el conflicto.»

Justificación.

Mejora técnica.

Palacio del Congreso de los Diputados, 26 de noviembre de 2013.—**Alfonso Alonso Aranegui**, Portavoz del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso.

A la Mesa del Congreso de los Diputados

Al amparo de lo establecido en el Reglamento de la Cámara el Grupo Parlamentario Izquierda Plural, presenta las siguientes enmiendas a la Proposición no de Ley sobre ayuda humanitaria en Siria, presentada por el grupo parlamentario Socialista.

Enmienda

De adición.

Se añade un nuevo apartado con el siguiente redactado:

«5. Que la AECID impulse un plan de urgencia, en coordinación con la UE, para:

- a) Crear un Programa de Reasentamiento generoso para las personas que han huido de Siria y se encuentra actualmente en los países vecinos, con prioridad para mujeres y niñas en riesgo, personas con necesidades médicas o con discapacidades y otras con necesidades especiales de protección.
- b) Eliminar todo tipo de visados, incluido el visado de tránsito, para facilitar que las personas que huyen de Siria puedan recibir protección.
- c) Proporcionar apoyo técnico y financiero a los países vecinos de Siria que están recibiendo a la mayor parte de las personas que huyen del país.»

Motivación.

Mejora técnica.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 373

10 de diciembre de 2013

Pág. 16

Enmienda

Al apartado 3.

De supresión.

«3. Instar a la UE a abrir el cupo de reasentamiento temporal en terceros países de refugiados y demandantes de asilo, de forma prioritaria para mujeres y niños, con cupos por cada país de la UE, como se ha estado haciendo en otros conflictos armados.»

Motivación.

Por estar incluido en la enmienda anterior.

Palacio del Congreso de los Diputados, 27 de noviembre de 2013.—**Laia Ortiz Castellví**, Diputada.—**Joan Coscubiela Conesa**, Portavoz del Grupo Parlamentario de IU, ICV-EUiA, CHA: La Izquierda Plural.

161/002165

La Comisión de Cooperación Internacional para el Desarrollo, en su sesión del día 27 de noviembre de 2013, ha acordado aprobar con modificaciones la Proposición no de Ley sobre incremento del apoyo de la cooperación española a la I+D en salud global, presentada por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) y publicada en el «BOCG. Congreso de los Diputados», serie D, núm. 364, de 26 de noviembre de 2013, en los siguientes términos:

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a mantener el apoyo de la cooperación española al desarrollo de nuevas herramientas de salud para prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades con fuerte impacto en los países empobrecidos, recuperando los recursos destinados a la Investigación y Desarrollo para la Salud Global que hayan podido perderse desde el inicio de la crisis, en el momento en que las condiciones económicas y presupuestarias así lo permitan. Y en concreto a:

1. Basar la orientación de los recursos destinados a Salud Global en criterios científicos independientes y en las prioridades de la agenda internacional de salud, que preserven los objetivos de salud pública, potenciando y apoyando las alianzas público-privadas y los organismos multilaterales que demuestren un alto grado de cumplimiento de los citados criterios y/o que cuenten con modelos eficientes de desarrollo de productos biomédicos.

2. Mantener e impulsar la colaboración y coordinación con fundaciones, centros universitarios, centros de investigación y desarrollo, empresas y organizaciones no gubernamentales en el diseño, monitorización y evaluación de los programas de Salud Global, para incrementar su eficacia, y en los foros internacionales sobre Salud Global para mejorar la capacidad de influencia en este ámbito.

3. Impulsar, en coordinación con las organizaciones internacionales de las que España es parte, un modelo de innovación médica y científica que permita el acceso a la salud a las poblaciones más desfavorecidas, asegurando el respeto de los Derechos Humanos.

4. Explorar, junto a otros donantes internacionales, la posibilidad de acordar estrategias conjuntas que garanticen la complementariedad de sus respectivos programas de Salud Global y, en concreto, la posibilidad de implementar como estrategia y motor de desarrollo el conocimiento y la innovación.

5. Contribuir al fortalecimiento de los sistemas de salud de cobertura sanitaria universal en los países en desarrollo como instrumento para garantizar el acceso a servicios sanitarios y medicamentos.»

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 373

10 de diciembre de 2013

Pág. 17

A dicha Proposición no de Ley se formularon dos enmiendas, cuyos textos, asimismo, se insertan.

Se ordena su publicación de conformidad con lo previsto en el artículo 97 del Reglamento de la Cámara.

Palacio del Congreso de los Diputados, 2 de diciembre de 2013.—P.D. El Secretario General del Congreso de los Diputados, **Manuel Alba Navarro**.

A la Mesa de la Comisión de Cooperación Internacional para el Desarrollo

El Grupo Parlamentario Popular en el Congreso, al amparo de lo dispuesto en el artículo 193 y siguientes del Reglamento de la Cámara, presenta la siguiente enmienda a la Proposición no de Ley, del Grupo Parlamentario Catalán (CiU), sobre incremento del apoyo de la cooperación española a la I+D en salud global.

Enmienda

De modificación.

El texto quedaría redactado de la siguiente manera:

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a mantener, según las disponibilidades presupuestarias, el apoyo de la cooperación española al desarrollo de nuevas herramientas de salud para prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades con fuerte impacto en los países empobrecidos, recuperando los recursos que hayan podido perderse desde el inicio de la crisis, en el momento en que las condiciones económicas y presupuestarias así lo permitan. Y en concreto a:

1. Basar la orientación de los recursos destinados a Salud Global en criterios científicos independientes y en las prioridades de la agenda internacional de salud, que preserven los objetivos de salud pública, potenciando y apoyando las alianzas público-privadas y los organismos multilaterales que demuestren un alto grado de cumplimiento de los citados criterios y/o que cuenten con modelos eficientes de desarrollo de productos biomédicos.

2. Mantener e impulsar la colaboración y coordinación con fundaciones, centros universitarios, centros de investigación y desarrollo, empresas y organizaciones no gubernamentales en el diseño, monitorización y evaluación de los programas de Salud Global, para incrementar su eficacia.

3. Impulsar, en coordinación con las organizaciones internacionales de las que España es parte, un modelo de innovación médica y científica que permita el acceso a la salud a las poblaciones más desfavorecidas, asegurando el respeto de los Derechos Humanos.

4. Explorar, junto a otros donantes internacionales, la posibilidad de acordar estrategias conjuntas que garanticen la complementariedad de sus respectivos programas de Salud Global y, en concreto, la posibilidad de implementar como estrategia y motor de desarrollo el conocimiento y la innovación.»

Justificación.

Mejora técnica.

Palacio del Congreso de los Diputados, 26 de noviembre de 2013.—**Alfonso Alonso Aranegui**, Portavoz del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso.

A la Mesa de la Comisión de Cooperación Internacional para el Desarrollo

Al amparo de lo establecido en el Reglamento de la Cámara, el Grupo Parlamentario Izquierda Plural presenta la siguiente enmienda a la Proposición no de Ley, sobre incremento del apoyo de la cooperación española a la I+D en salud global, presentada por el Grupo Parlamentario de Convergència i Unió.

Enmienda

De adición.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 373

10 de diciembre de 2013

Pág. 18

Se añade un nuevo apartado al final del texto con el siguiente redactado:

«6. Que la cooperación española contribuya al fortalecimiento de sistemas de salud de carácter público y universal como instrumento clave para garantizar el acceso a los servicios sanitarios y a los medicamentos.»

Palacio del Congreso de los Diputados, 27 de noviembre de 2013.—**Laia Ortiz Castellví**, Diputada.—**Joan Coscubiela Conesa**, Portavoz del Grupo Parlamentario de IU, ICV-EUiA, CHA: La Izquierda Plural.

PREGUNTAS PARA RESPUESTA ORAL

Comisión de Economía y Competitividad

181/001443 y 181/001444

Por escrito de fecha 26 de noviembre de 2013, se han retirado las preguntas formuladas por el Diputado don Vicente Guillén Izquierdo y publicadas en el «BOCG. Congreso de los Diputados», serie D, núm. 366, de 28 de noviembre de 2013, que a continuación se detallan:

— Riesgos sísmicos de la falla de Teruel e informe sobre la evaluación de los informes técnicos presentados para la construcción del nuevo Hospital de Teruel en el lugar conocido como el Planizar (procedente de la pregunta al Gobierno con respuesta escrita núm. expte. 184/028645) (núm. expte. 181/001443).

— Declaraciones del Consejero de Sanidad del Gobierno de Aragón sobre la certeza de que en la zona del Planizar de Teruel habrá un terremoto de intensidad entre 6 y 7 de la escala Richter (procedente de la pregunta al Gobierno con respuesta escrita núm. expte. 184/028646) (núm. expte. 181/001444).

Lo que se publica de conformidad con el artículo 97 del Reglamento del Congreso.

Palacio del Congreso de los Diputados, 3 de diciembre de 2013.—P.D. El Secretario General del Congreso de los Diputados, **Manuel Alba Navarro**.

OTROS TEXTOS

COMISIONES, SUBCOMISIONES Y PONENCIAS

154/000003

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 97 del Reglamento de la Cámara, se ordena la publicación en el Boletín Oficial de las Cortes Generales, del Informe aprobado por la Subcomisión para el análisis de los problemas estructurales del sistema sanitario y de las principales reformas que deberán acometerse para garantizar su sostenibilidad, constituida en el seno de la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales.

Palacio del Congreso de los Diputados, 29 de noviembre de 2013.—P.D. El Secretario General del Congreso de los Diputados, **Manuel Alba Navarro**.

INFORME DE LA SUBCOMISIÓN PARA EL ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS ESTRUCTURALES DEL SISTEMA SANITARIO Y DE LAS PRINCIPALES REFORMAS QUE DEBEN ACOMETERSE PARA GARANTIZAR SU SOSTENIBILIDAD

Comisión de Sanidad y Servicios Sociales del Congreso de los Diputados

Marzo de 2012-noviembre de 2013

ÍNDICE

I. Introducción	19
II. Subcomisión en el Congreso de los Diputados para el análisis de los problemas estructurales del sistema sanitario y de las principales reformas que deberán acometerse para garantizar su sostenibilidad	20
III. Síntesis de las comparecencias celebradas en la Subcomisión	22
IV. Síntesis de las respuestas de las Comunidades Autónomas a los cuestionarios enviados .	40
V. Propuestas de la Subcomisión para el análisis de los problemas estructurales del sistema sanitario y de las principales reformas que deben acometerse para garantizar su sostenibilidad	40

I. INTRODUCCIÓN

El Sistema Nacional de Salud (SNS) es uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo. El nivel que atesora es muy elevado tanto en los resultados asistenciales cosechados como en lo que al ajuste de los costes originados por la propia asistencia se refiere. No obstante, el margen de mejora es amplio.

Aunque en ámbitos como el abordaje de las enfermedades agudas y la aplicación de técnicas complejas nos encontramos al máximo nivel, cambios sociales y demográficos como el creciente envejecimiento de la población y la cada vez mayor prevalencia de las patologías crónicas y de los pacientes pluripatológicos y dependientes, hacen necesario introducir cambios en la estructura del modelo para dar respuesta a las necesidades actuales de los pacientes mientras se toman las medidas necesarias para afrontar los retos de futuro con garantías de éxito.

Teniendo en cuenta que la Sanidad es uno de los principales pilares del Estado del Bienestar, sino el principal, las reformas que requiere el SNS para ser solvente y sostenible tanto desde el punto de vista asistencial como desde la perspectiva económica han de ser aplicadas sobre la transparencia y la planificación, sobre el equilibrio entre los derechos y las obligaciones de todos los agentes que conforman el sector, sobre el mayor consenso político y social posible, y sobre el control, el seguimiento y la evaluación continuados.

Muchas y diversas han sido las normas que han regido y estructurado el SNS en los últimos años para conseguir la estabilidad y el desarrollo del modelo. La Ley 14/1986, de 14 de noviembre, General de Sanidad; la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión; la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad; la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias; la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios; la Ley 14/2007, de 13 de julio, de investigación biomédica; la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, y el Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, son, seguramente, las muestras más representativas de normas que han hecho posible una respuesta razonablemente eficaz del SNS a las demandas sanitarias dinámicas de la sociedad.

No obstante, el SNS requiere algo más que normas para consolidarse y asegurar un desarrollo acorde con la realidad sociodemográfica y económica. Es necesario un gran acuerdo entre los partidos políticos, la Administración General del Estado, las comunidades autónomas, los profesionales sanitarios, los pacientes y la industria relacionada con el sector sanitario, es decir, principalmente la farmacéutica y la tecnológica.

Sobre esta premisa, varios han sido los intentos en los últimos años por rubricar un Pacto de Estado por la Sanidad, y diversas las causas por las que no han cuajado las propuestas realizadas hasta el momento. Con todo, y teniendo en cuenta importantes avances acontecidos en favor del gran acuerdo, especialmente el pacto firmado el 30 de julio de 2013 entre el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y representantes de los médicos (Foro de la Profesión Médica) y los enfermeros (Consejo General de Enfermería y Sindicato de Enfermería Satse) —ampliado el 6 de noviembre de 2013 tras el acuerdo alcanzado con los farmacéuticos—, el actual parece el contexto más adecuado para alcanzar el consenso general sobre el que gestionar y planificar el SNS.

El Pacto de Estado por la Sanidad pretendido ha de ser entendido como un instrumento político con el que evitar que la Sanidad sea objeto de análisis intereses partidistas; ha de ser la base de la planificación y el desarrollo de estrategias que garanticen la viabilidad del modelo asistencial en el presente y en el futuro, y ha de ser analizado, evaluado y actualizado con periodicidad para asegurar su adaptación a los requerimientos que el sector sanitario presente en todo momento.

II. SUBCOMISIÓN EN EL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS PARA EL ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS ESTRUCTURALES DEL SISTEMA SANITARIO Y DE LAS PRINCIPALES REFORMAS QUE DEBERÁN ACOMETERSE PARA GARANTIZAR SU SOSTENIBILIDAD

Con el fin de realizar aportaciones constructivas al gran acuerdo desde la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales del Congreso de los Diputados, el 16 de marzo de 2012 el Grupo Parlamentario Catalán de Convèrgencia i Unió presentó la solicitud de creación de la Subcomisión para el análisis de los problemas estructurales del sistema sanitario y de las principales reformas que deberán acometerse para garantizar su sostenibilidad (núm. expte. 158/000007).

La iniciativa fue calificada y admitida a trámite por la Mesa del Congreso el 27 de marzo de 2012 y se publicó en el «BOCG. Congreso de los Diputados», en la serie D, núm. 68, de 3 de abril de 2012.

La Comisión de Sanidad y Servicios Sociales, en la reunión mantenida el 8 de mayo de 2012, acordó elevar al Pleno la propuesta, que fue publicada en el «BOCG. Congreso de los Diputados», serie D, núm. 97, de 25 de mayo de 2012.

El Pleno aprobó la creación de la subcomisión el 14 de junio de 2012, y fue el día 27 del citado mes en el que se constituyó. Así, entre febrero y junio de 2013, la subcomisión se reunió en doce ocasiones, en las que comparecieron 24 expertos en distintas materias relacionadas con la Sanidad.

Presidentes de colegios profesionales, economistas de la salud, gerentes de centros asistenciales, representantes de la sanidad privada y miembros de la industria farmacéutica y de la industria tecnológica sanitaria, entre otros especialistas de renombre, analizaron la situación presente y las necesidades futuras del SNS, y plantearon propuestas coyunturales y estructurales que a su entender deben llevarse a la práctica para asegurar la sostenibilidad y el desarrollo del modelo asistencial.

Integraron la Subcomisión:

Presidente:

Mingo Zapatero, Mario (GP).

Vocales:

Moreno Palanques, Rubén (GP).

Rodríguez Sánchez, María Felicidad (GP).

Jiménez García-Herrera, Trinidad (GS).

Martínez Olmos, José (GS).

Tarruella Tomás, María Concepció (GC-CiU).

Llamazares Trigo, Gaspar (GIP).

Cantó García del Moral, Antonio (GUPyD).

Sánchez Robles, Isabel (GV-EAJ-PNV) (con fecha 6-2-13).

Tardà i Coma, Joan (GMx).

Suplentes:

Román Jasanada, Antonio (GP).

Alonso Ruiz, José María (GP).

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 373

10 de diciembre de 2013

Pág. 21

Martín González, Guadalupe (GS).
Grande Pesquero, Pilar (GS).
Campuzano i Canadés, Carles (GC-CiU).
García Álvarez, Caridad (GIP).
Baldoví Roda, Joan (GMx).

Bajas:

Cervera Taulet, Manuel (GP) (con fecha 6-9-13).
Olabarriá Muñoz, Emilio (GV-EAJ-PNV) (con fecha 6-2-13).
Cervera Soto, Santiago (GP) (con fecha 10-12-12).
Tapia Otaegi, Arantza (GV-EAJ-PNV) (con fecha 17-12-12).

Letrado: Luis de la Peña Rodríguez.

La Subcomisión celebró un total de 12 sesiones, con la comparecencia de las personas que se indican:

6 de febrero de 2013:

— De don Juan José Rodríguez Sendín, Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (OMC).

— De don Máximo González Jurado, Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería.

— De doña Carmen Peña López, Presidenta del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

26 de febrero de 2013:

— De doña Margarita Alfonso Jaén, Secretaria General de FENIN.

— De don José Manuel Bajo Arenas, Presidente de la Federación de Asociaciones Científico Médicas de España (FACME).

— De don Alfonso Moreno González, Presidente del Consejo General de Especialistas en Ciencias de la Salud.

20 de marzo de 2013:

— De don Juan Abarca Cidón, Secretario General del Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS).

— De don Xavier Pomés Abella, ex Consejero de Sanidad de Catalunya y Presidente del Hospital de Santa Creu i Sant Pau y del Hospital Clínic de Barcelona.

— De don Julio Sánchez Fierro, Abogado y miembro de la Asociación Española de Derecho Sanitario.

17 de abril de 2013:

— De don Guillermo López Casasnovas, Catedrático de Economía Aplicada de la Universidad Pompeu Fabra.

— De don Rafael Pérez Santamarina Feijoo, Gerente del Hospital Universitario La Paz.

— De don Melchor Hoyos García, Gerente del Hospital Universitario de La Fe (Valencia).

— De don Enrique Costas Lombardía, ex Vicepresidente de la Comisión Abril y Economista.

22 de mayo de 2013:

— De doña Ana Sánchez Fernández, Consejera de Efficientia Clinical Management y Directora de la oficina técnica para la puesta en marcha del nuevo Hospital de Vigo.

— De don Jaume Puig Junoy, Profesor titular del Departamento de Economía y Empresa de la Universidad Pompeu Fabra (UPF) y especialista en Economía de la Salud.

— De doña Elvira Sanz Urgoiti, Presidenta de FARMAINDUSTRIA.

— De don Juan Oliva Moreno, Presidente de la Junta Directiva de la Asociación de Economía de la Salud.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 373

10 de diciembre de 2013

Pág. 22

29 de mayo de 2013:

- De don Alejandro Toledo Noguera, Presidente de la Federación Nacional de Asociaciones ALCER.
- De don Vicente Ortún Rubio, Profesor titular del Departamento de Economía y Empresa de la Universidad Pompeu Fabra (UPF).
- De don Josep María Via Redons, Presidente del Parc de Salut Mar.
- De don César Pascual Fernández, Gerente del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander).

26 de junio de 2013:

- De don Joaquín Estévez Lucas, Presidente de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA).
- De don Ignacio Para Rodríguez-Santana, Presidente de la Fundación Bamberg.
- De don Juan Antonio Álvaro de la Parra, Director Gerente del Hospital Universitario Infanta Elena.

III. SÍNTESIS DE LAS COMPARENCIAS CELEBRADAS EN LA SUBCOMISIÓN

6 de febrero de 2013:

Intervención de don Juan José Rodríguez Sendín, Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (OMC).

El Sr. Rodríguez Sendín explica la necesidad de introducir cambios en el sistema sanitario para que sea sostenible, tanto desde el punto de vista asistencial como desde la perspectiva económica en el presente y en los próximos años.

Rodríguez Sendín plantea la importancia de tomar medidas en materia de ordenación, de gobernanza, de eficiencia, de infraestructuras, de educación del paciente y de gestión de recursos, respetando el carácter público del modelo y favoreciendo la calidad, la cohesión, la equidad y la seguridad como valores en los que sustentar el funcionamiento del sistema.

Por otra parte, el presidente de la OMC destaca la relevancia de mejorar las condiciones laborales de los profesionales, de modificar el modelo de formación y de carrera profesional, de profesionalizar los órganos de dirección, y de poner en marcha un registro de profesionales con el que asegurar una planificación adecuada a las necesidades en el futuro.

Rodríguez Sendín es partidario de un pacto de Estado por la Sanidad con el que garantizar la estabilidad en el sistema sanitario y asegurar una financiación y una gestión adecuadas a las necesidades cambiantes de la sociedad.

Intervención de don Máximo González Jurado, Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería.

González Jurado ha destacado como ineficiencia en el SNS la existencia de 17 sistemas de salud, 17 carteras de servicios, 17 modelos retributivos y 17 modelos de carrera profesional.

El presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería ha criticado la falta de planificación, de coordinación y de gobernanza efectiva, y ha mostrado su disconformidad con algunas de las medidas tomadas en materia de farmacia, recursos humanos y gestión sanitaria para hacer frente a la coyuntura socioeconómica actual.

Según González Jurado, es necesario aplicar medidas estructurales en ordenación, racionalización, medicamentos, educación del paciente, infraestructuras sanitarias y financiación del modelo. Todas ellas han de ser tenidas en cuenta en la firma de un pacto de Estado entre los partidos políticos, las administraciones, los profesionales, los gestores y los pacientes, y de ese acuerdo debe surgir una ley de carácter orgánico que contemple medidas con las que garantizar el SNS.

Intervención de doña Carmen Peña López, Presidenta del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

La Sra. Peña López ha criticado la aplicación de 23 medidas de control del gasto farmacéutico en los últimos doce años, solicitando una mejorar planificación y medidas pensadas en el medio y el largo plazo.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 373

10 de diciembre de 2013

Pág. 23

Además de defender el binomio propiedad-titularidad de las oficinas de farmacia y de poner en valor la importancia del modelo español de farmacia desde el punto de vista asistencial, Peña López ha solicitado que se promueva el trabajo en red de todos los profesionales que forman parte del sector sanitario.

En lo que a la farmacia hospitalaria respecta, ha planteado la importancia de impulsar un sistema de información del gasto agregado y nacional sobre el que sustentar la toma de decisiones y aplicar medidas de control.

26 de febrero de 2013:

Intervención de doña Margarita Alfonso Jaén, Secretaria General de Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (FENIN).

La Sra. Alfonso Jaén expresa la necesidad de adoptar no sólo medidas coyunturales en el corto plazo, sino, también, estructurales en el medio y largo plazo, para asegurar la sostenibilidad, con el compromiso de todos los implicados. El Sistema Nacional de Salud no es sostenible bajo las premisas actuales. El modelo debe caracterizarse por la calidad, la eficacia y la eficiencia.

En cuanto a los principales problemas estructurales del sistema sanitario, estima que no sería sostenible por el aumento de la demanda, conectada con el envejecimiento de la población y el aumento de pacientes crónicos y pluripatológicos. Asimismo, la gestión del sistema es ineficiente, con una estructura inadecuada y poco flexible de los recursos humanos, una utilización ineficaz de los recursos y de la tecnología sanitaria, así como la falta de adaptación de los procesos actuales a las tecnologías de la información y el conocimiento.

En segundo lugar, el modelo descentralizado ofrece unas carencias graves en lo que respecta a la falta de liderazgo del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la falta de asunción de un papel coordinador y cohesionador del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y la falta de compromiso real de las Comunidades Autónomas por aunar esfuerzos.

Como consecuencia de las carencias señaladas se ha producido una considerable inequidad, una politización de la Sanidad, descoordinación y aumento del coste per cápita de las prestaciones, debido a la duplicidad administrativa. Otro de los problemas reside en la ausencia de una planificación estratégica y una visión cortoplacista.

Igualmente, dentro de estos problemas se encuentra la infrapresupuestación, que se realiza de forma poco realista e inestable. Al existir una financiación insuficiente, se ha producido una enorme morosidad en las relaciones con los proveedores, una disminución de la calidad sanitaria, una revisión del sistema de prestaciones, la obsolescencia del equipamiento, dentro todo ello de un marco de incertidumbre. Además, el reciente incremento del Impuesto sobre el Valor Añadido, pasando del 7 al 10 por ciento, ha repercutido directamente en los presupuestos de las Comunidades Autónomas, generando una menor capacidad de compra.

Asimismo, la falta de transparencia y de evaluación de los procesos constituye otro de los graves problemas del Sistema Nacional de Salud. No se utilizan indicadores sobre calidad y relación entre los costes y los beneficios.

Finalmente, dentro de esta relación de problemas se encuentra la referida a la utilización de formas de contratación impuestas a proveedores y a profesionales, con una escasa participación de los agentes del sistema. De esta manera, la valoración se produce por razón del precio exclusivamente. En estos términos, resulta muy difícil incorporar innovaciones y se reduce el número de proveedores, con el efecto añadido de destrucción del tejido industrial y de empleo.

Una visión a medio y largo plazo del Sistema Nacional de Salud se fundaría en una noción del sistema sostenible y estable, caracterizado por las siguientes notas: universal, equitativo, transparente, accesible, de alta calidad, eficiente, bien organizado, coordinado y despolitizado. El modelo de atención debiera adaptarse a los pacientes, atendiendo a la nueva estructura demográfica, debida al envejecimiento de la población y a las necesidades de los pacientes crónicos. La potenciación del tercer nivel asistencial resulta esencial. En este sentido, la integración de los servicios sociales y los sanitarios resultaría clave.

El modelo descentralizado, cohesionado, comprometido y colaborador debiera coordinarse por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, dentro de un gran pacto de Estado donde habría de existir una planificación estratégica compartida entre todos los agentes del sistema (pacientes, profesionales, administración e industria). La financiación pública y los presupuestos debieran ser finalistas, realistas, suficientes y estables, evitándose así la morosidad e incertidumbre.

Dentro de la visión a medio y largo plazo se encontraría la configuración del sistema bajo el principio de transparencia. Ello exigiría adoptar indicadores comunes para la evaluación de los modelos, medir la calidad de los servicios sanitarios y racionalizar el gasto, con la medición de impactos socioeconómicos.

La integración del sistema resulta fundamental contando con la participación de los agentes y la coexistencia de sistemas públicos y privados.

En cuanto a las propuestas, la Sra. Alfonsel Jaén expresa las siguientes:

1. En cuanto a medidas para adaptar el sistema sanitario al nuevo escenario social y económico, debiera reforzarse el papel y la participación de los pacientes, así como de la sociedad, fundándose en una pedagogía en hábitos de vida saludable, prevención, campañas de diagnóstico precoz y concienciación de la población sobre el coste de la sanidad y la necesidad de un uso responsable de los servicios sanitarios. Esto entrañaría el cambio de orientación del paciente agudo al crónico, con nuevos modelos de gestión de la enfermedad.

La mejora de la gestión se centraría en los recursos humanos, en la atención sanitaria, optimizando el retorno de la inversión en tecnología sanitaria y la adaptación de los procesos actuales a las nuevas tecnologías.

2. Se debe de alcanzar un gran acuerdo a nivel nacional sobre el sistema sanitario. Dentro de esta propuesta se encontraría la necesidad de dotar al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de mayores atribuciones y la potestad de adoptar decisiones vinculantes. Las Comunidades Autónomas debieran definir prioridades comunes en lo que atañe a provisión de servicios sociales y sanitarios, cartera común de servicios, interconectividad entre sistemas autonómicos de información y el mapa de capacidades tecnológicas. Finalmente, resulta básica la coordinación entre los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y la simplificación y unificación de los procesos administrativos autonómicos.

3. La planificación estratégica entraña la mejora, el desarrollo, la adopción y el uso de tecnología. Esta propuesta implicaría la especialización de los servicios asistenciales y la implantación de fórmulas sostenibles para incorporar la innovación. El establecimiento de sistemas de evaluación de coste-efectividad, coste-eficiencia, coste-tratamiento, etc., resultaría fundamental.

4. La mejora de la financiación de la Sanidad se incluiría también dentro de las prioridades a abordar, con presupuestos finalistas y suficientes, así como una financiación homogénea. La normativa en materia de contratos y de la Ley de morosidad deben cumplirse, entre otros motivos, para impedir la generación de nueva deuda.

5. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad debe habilitar un sistema de medición transparente y pública con indicadores comunes sobre calidad de los servicios.

6. La coordinación entre los agentes del sistema sanitario debe incrementarse, con la coordinación y búsqueda de sinergias entre los sistemas público, privado y concertado, así como la integración de la provisión de servicios sociales y sanitarios. Asimismo, debería potenciarse los modelos de colaboración público-privado.

Estas propuestas pretenden conseguir un sistema sanitario sostenible y sólido. El objetivo no debe ser, únicamente, disminuir el gasto, sino invertir de forma más eficiente. En este contexto, el sector de tecnología sanitaria en España es un socio estratégico del sistema, que representa un 8 % del gasto sanitario total, mejorando de una forma considerable la calidad y la accesibilidad a la asistencia sanitaria, facilitando una medicina preventiva y predictiva. Permite una gestión más eficaz de los recursos y de la presión de la demanda. Adicionalmente, es un motor de crecimiento para la economía nacional.

Intervención de don José Manuel Bajo Arenas, Presidente de la Federación de Asociaciones Científico Médicas de España (FACME).

El Sr. Bajo Arenas manifiesta que España necesita un gran pacto de Estado para la Sanidad y que se establezca un marco adecuado para que puedan trabajar todos los profesionales en esta materia. No es lógico pensar que teníamos un sistema excelente hasta hace poco tiempo y ahora no. La ciudadanía se juega mucho en esta cuestión. Reconoce que existe una coincidencia generalizada sobre la necesidad de un gran acuerdo. De hecho, existe un texto consensuado entre los grandes agentes del sistema sobre los problemas y necesidades del Sistema Nacional de Salud. Ahora bien, el

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 373

10 de diciembre de 2013

Pág. 25

presupuesto para cualquier reforma debe fundarse en un pacto político. En la medida en que no existe en estos momentos, la Asociación a la que representa no puede aportar nada más a los trabajos de esta Subcomisión.

Intervención de don Alfonso Moreno González, Presidente del Consejo General de Especialidades en Ciencias de la Salud.

El Sr. Moreno González traza el panorama referido a las especialidades en Ciencias de la Salud partiendo de la situación que existía en 1986. Pone de relieve una tendencia a la carencia de profesionales y de especialistas.

A su juicio, resulta esencial la estructuración de la carrera médica en tres troncos: médico, quirúrgico y diagnóstico. La planificación en esta materia debe primar sobre cualquier otra consideración. La sofisticación tecnológica lleva a la necesidad de reconocer, inevitablemente, nuevas especialidades.

20 de marzo de 2013:

Intervención de don Juan Abarca Cidón, Secretario General del Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad.

En primer lugar, el Sr. Abarca Cidón se refiere al punto de partida del sistema sanitario español, fundado en el artículo 51.1 de la Constitución y en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. En esta norma se establece el reconocimiento del derecho a la salud, con una cobertura universal y un desarrollo basado en el principio de equidad, en el acceso al sistema y a las prestaciones. Se pretende que la cobertura llegue, de manera efectiva, a todos por igual.

En relación a la evolución del sistema, debe constatarse que las condiciones del sistema sanitario existentes en 1986 se han modificado sustancialmente. El entorno sanitario entonces era abordable y limitado. Con el paso del tiempo, el avance tecnológico y la innovación científica han ido haciendo que cada vez sea más inalcanzable para toda la población por igual. El sistema sanitario tenía como principal preocupación la disponibilidad o no de recursos humanos. En la actualidad, la innovación tecnológica y científica, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento, han adquirido un papel fundamental, sin perder de vista el elemento humano. En 1986 bastaba contar con un personal sanitario correctamente cualificado por todo el territorio nacional, sin que fuera preciso realizar grandes inversiones tecnológicas para dotar a la población de una asistencia sanitaria de calidad. En el presente, para mantener esa igualdad efectiva, es preciso disponer de una tecnología de vanguardia y el acceso a las últimas innovaciones terapéuticas en todos los sitios por igual. El pronóstico del proceso está directamente relacionado con las posibilidades de personalizar el tipo de pruebas para el diagnóstico y para el tratamiento.

Desde 1990, el gasto sanitario se ha incrementado a razón del 10 % cada año. Desde un 6,5 % del Producto Interior Bruto ha avanzado hasta el 9,3 % en el año 2003. En esa fecha disminuyó respecto del año anterior, como consecuencia de la contención del gasto por la crisis económica. Las Comunidades Autónomas, en los dos últimos años, han debido de afrontar serias dificultades para cubrir las necesidades sanitarias de la población, obligándoles a un endeudamiento importante.

Los estudios más optimistas anuncian que en el año 2020 el gasto sanitario necesario para dar cobertura universal a todas las prestaciones sanitarias, en condiciones de equidad, se doblaría. Los motivos se podrían resumir de la siguiente manera:

1. El incremento de la esperanza de vida, con el envejecimiento de la población.
2. La cronificación de las enfermedades.
3. El incremento de la innovación tecnológica y científica.
4. El incremento de la información a la población.
5. Otras causas y motivos, como son el incremento del gasto para ajustar el ejercicio de la actividad sanitaria a la normativa vigente (Ley Orgánica de Protección de Datos, seguridad del paciente, etc.), la judicialización de la Medicina, la aparición de hábitos en nuestros profesionales, como la medicina defensiva, etc.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

El sistema sanitario español, caracterizado por un sistema autonómico muy poco cohesionado, en el que priman los intereses políticos sobre los sanitarios, obliga a un incremento monumental de los recursos para la asistencia sanitaria.

En este contexto, el Sr. Abarca Cidón realiza una serie de propuestas para la mejora del sistema. El objetivo debiera ser mantener una asistencia de calidad igual para todos. En síntesis, las propuestas serían las que a continuación se reseñan:

1. La definición de la cartera de servicios.

Esta es una necesidad ineludible para intentar ajustar la demanda a la capacidad económica para atenderla. La cartera de servicios básica para toda la población debe caracterizarse, precisamente, por el respeto al principio de equidad en el acceso y en las prestaciones que se oferten. Se debe discriminar con nitidez las necesidades prioritarias respecto de las accesorias. De acuerdo con ello, el presupuesto se fundaría en la definición de una cartera de servicios básicos real, accesible y universal.

2. La gobernanza del sistema sanitario.

La gobernanza del sistema se debiera fundar en un gran pacto sanitario entre todos los agentes del sector. Las fuerzas políticas debieran elaborar tal pacto, basándose en cuestiones de interés sanitario, despolitizando el mensaje sanitario y uniendo a este pacto a las Comunidades Autónomas, a los profesionales, a las asociaciones de pacientes y al sector privado.

El Estado debiera ejercer su capacidad de liderazgo y cohesión, una vez definida la cartera de servicios básicos, respetando las competencias de las Comunidades Autónomas. El gobierno del sistema debería lograr una integración de la información sanitaria en torno al paciente, para poder definir las necesidades reales de la población y conseguir la máxima optimización de los recursos, tanto públicos como privados, y así definir una estrategia equilibrada en la planificación sanitaria. Tal planificación debiera basarse en resultados en salud e indicadores no sanitarios, elaborados por los profesionales y las sociedades científicas, aplicables al sector público y al sector privado. La alta inspección sanitaria desempeñaría en esta tarea un papel muy relevante.

3. La mejora en la eficiencia de la gestión del sistema.

A su juicio, deben implantarse medidas de gestión empresarial para la gestión del sistema sanitario público. Ello no implica necesariamente la externalización de la gestión por un agente privado. Se deben establecer programas de gestión de costes y procesos para la gestión del sistema. Todo ello debe tener en cuenta que no existe capacidad económica para absorber la totalidad de la demanda sanitaria.

Se deben aprovechar todos los recursos, públicos y privados, al servicio de la sociedad. El sector privado del sistema sanitario permanece aislado en cuanto a la planificación del sistema. Esta circunstancia da lugar a múltiples duplicidades e ineficiencias.

Finalmente, dentro de la colaboración público-privada, elogia el modelo de MUFACE por su eficiencia, calidad y satisfacción para el cliente. Propone extender este modelo a los funcionarios de las Comunidades Autónomas. De esta manera, se disminuiría la congestión del sector público sanitario y se contribuiría al sostenimiento de la red hospitalaria privada, tan castigada últimamente por la disminución de los conciertos, debido a los recortes presupuestarios.

4. La corresponsabilidad de los ciudadanos.

En un contexto de escasez como el que vivimos, la racionalización de las necesidades se convierte en un elemento esencial para mantener un sistema de salud eficiente y competitivo. Aquí cabría la adopción de todo tipo de medidas que no resten derechos ni discriminen a los ciudadanos. En este sentido, debieran elaborarse programas de educación de la ciudadanía para mentalizar a la población sobre la capacidad limitada del sistema sanitario y la responsabilidad que entraña la utilización de los recursos sanitarios.

Destaca el papel de aquellos que teniendo derecho al sistema público consumen recursos privados, dado que así se favorece a quien no tiene opción de elegir. Sobre este planteamiento debiera favorecerse la financiación privada voluntaria, a través de la desgravación fiscal del gasto sanitario o facilitando, a través de acuerdos con el sector privado, que algunas prestaciones no esenciales y fuera de cobertura

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 373

10 de diciembre de 2013

Pág. 27

puedan ser atendidas a precios asequibles para la población en el sector privado o con mecanismos que faciliten la financiación de los mismos.

A los puntos indicados habría que añadir otros como la política de recursos humanos, para garantizar una suficiente motivación y formación de los profesionales, la reordenación de los diferentes niveles asistenciales, los sistemas de acreditación para las instalaciones sanitarias, o la evaluación de los mecanismos de financiación del sistema sanitario y su control.

Intervención de don Xavier Pomés Abella, Ex Consejero de Sanidad de la Generalitat de Cataluña y Presidente del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau y del Hospital Clínic de Barcelona.

El Sr. Pomés Abella señala que, desde hace tiempo, se ha diagnosticado y se ha prescrito la terapia en relación al Sistema Nacional de Salud. La cuestión reside en cómo aplicar esta última. A su juicio, el SNS se encuentra sobredimensionado, con un exceso de oferta. Todo se ha hecho desde una perspectiva política excesivamente complaciente. Se deben utilizar los comités de evaluación tecnológica, los estudios coste-efectividad, con criterios de equidad, igualdad y cohesión.

Desde la perspectiva de la demanda, concurren elementos como las nuevas tecnologías, la cronificación de la enfermedad, la necesidad de potenciar el autocuidado, la distinción entre media y larga estancia, la integración de la asistencia primaria y la especializada. En este sentido, en la práctica se observa cómo, habitualmente, se trata a pacientes crónicos como enfermos agudos.

En relación a la gobernanza, se observa falta de liderazgo del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. No se ha venido aplicando la Ley de cohesión y calidad. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud ha funcionado como una asamblea parlamentaria más. Los gestores sanitarios debieran de estar dotados de cierta permanencia, de tal manera que el cambio político no implicara, necesariamente, el cambio de tales gestores. Existen unas diferencias excesivas en la financiación per cápita de las Comunidades Autónomas. Los presupuestos debieran realizarse de una manera más afinada. La historia clínica digital debiera ser de fácil acceso desde cualquier punto de España. Propugna una colaboración real entre el sector público y el privado, así como un entorno estable con los proveedores y los gestores privados. La Administración debiera ser garante de los recursos, no el gestor. Convendría trabajar con la perspectiva del medio y del largo plazo.

A pesar de identificarse correctamente los problemas y las soluciones del Sistema Nacional de Salud se ha perdido el rumbo en medio de una crisis perfecta. Los recortes se han realizado transversalmente, no de forma selectiva, sino indiscriminada, sin evaluar sus efectos posteriores en el medio y el largo plazo. En este sentido, el gasto farmacéutico ha experimentado en el período 2010-2012 un recorte próximo al 25 %, entrañando el riesgo de la desaparición de un sector tan sensible como la industria farmacéutica española. Se está produciendo un fenómeno de descapitalización del Sistema Nacional de Salud. Las reducciones drásticas y precipitadas pueden acabar redundando en el empeoramiento de la salud y el retorno del paciente al sistema con un proceso agravado y de mayor coste en su tratamiento.

Las claves del sistema se encuentran en los profesionales, los gestores, los proveedores y los pacientes, así como el resto de la ciudadanía. El sistema actualmente es interautonómico, no tiene un carácter unitario. Debieran alcanzarse acuerdos globales.

Intervención de don Julio Sánchez Fierro, Abogado y miembro de la Asociación española de Derecho Sanitario.

El Sr. Sánchez Fierro afirma que Sistema Nacional de Salud es un patrimonio de toda la ciudadanía y uno de los pilares del Estado de bienestar. La crisis económica ha agudizado los problemas del Sistema Nacional de Salud. Para atajarlos debiera actuarse con planificación y con el consenso más amplio posible.

Se refiere, seguidamente, a los principales problemas del Sistema Nacional de Salud. En primer lugar, aborda el envejecimiento de la población, que plantea nuevos desafíos y tensiones para el propio Sistema Nacional de Salud.

El incremento del gasto es otro de los problemas que afronta el Sistema Nacional de Salud. En estos momentos, se puede calcular en un 7 % del PIB, en lo que concierne al Sistema Sanitario Público, porcentaje que se elevaría hasta un 9'5 %, con la inclusión del Sector Privado. España se situaría en la zona media de la OCDE. Ciertamente existe un problema en el crecimiento del ritmo de tal gasto. Además, hay un déficit importante que se sitúa en el entorno de los 15.000 millones de euros anuales. Respecto de la financiación, existe una infrapresupuestación crónica. La financiación del gasto per cápita es muy

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 373

10 de diciembre de 2013

Pág. 28

diferente según cada Comunidad Autónoma. Se ha modificado el modelo de financiación en sucesivas ocasiones. En todo caso, la equidad debiera preservarse. A su juicio, la naturaleza finalista o no de los recursos dedicados a la sanidad es una parte del debate, el cual debiera conectarse con la suficiencia de la financiación.

Otro de los problemas importantes se refiere a la cronicidad de las enfermedades. Hace algunas décadas éstas solían ser mortales. En la actualidad, por los motivos de todos conocidos, tienden a convertirse en procesos de larga duración. La pluripatología es habitual. La asistencia primaria debiera incrementar su función en este ámbito. La cronicidad requiere cambiar el modelo de atención, centrado en los procesos agudos. Según algunos expertos, el 70 % del gasto en España se destina a este tipo de patología. Esta nota debiera obligar a revisar algunos planteamientos clásicos sobre el abordaje de enfermedades.

La organización de la asistencia sanitaria debiera revisarse. La actual proviene de una larga evolución histórica, pero hoy ya no es válida. Se funda en la visión que se puede situar en el modelo que sirvió para elaborar la Ley General de Sanidad en 1986. En otros términos, se basaba en centros de salud y atención hospitalaria. Hoy debiera distinguirse entre hospitales de agudos y crónicos, asistencia primaria, etc. En el caso de que no se aborde esta reforma se producirán tensiones y solapamientos insostenibles.

Otro de los problemas se refiere a utilización de las nuevas tecnologías, con el coste que supone y la necesidad de evaluar su efectividad.

La racionalidad en la utilización de los recursos sanitarios es imprescindible. Convendría concienciar a la población sobre este extremo desde una edad temprana y potenciar el papel de las asociaciones de pacientes en este terreno.

Las medidas de prevención y promoción de la salud desempeñan un papel fundamental en la sanidad de hoy día. En nuestro país se ha evolucionado desde la Ley General de Sanidad de 1986 a la Ley General de Salud Pública de 2011.

La política farmacéutica desempeña otro de los papeles esenciales del sistema. Se ha basado hasta el momento en la oficina de farmacia, la industria y la distribución. Se ha pretendido afrontar problemas de ineficacia en la gestión sanitaria mediante medidas en el ámbito farmacéutico, entre otros extremos, porque el recorte era más sencillo en esta área. En este ámbito, la investigación y el desarrollo deben potenciarse a fondo, habida cuenta su relevancia desde múltiples perspectivas y, en particular, para nuestra economía.

La política de recursos humanos ha experimentado un parón en la última década. Esta materia requiere una planificación cuidadosa, porque no cabe dar respuestas improvisadas, teniendo presente el largo período de formación que se suele precisar para los profesionales de la salud. Existe inequidad entre las Comunidades Autónomas en materias retributivas, de organización de jornadas, etc. Ha faltado en este punto el liderazgo a nivel del Estado.

En conclusión, se impone como una necesidad imprescindible la adopción de un gran pacto de Estado en Sanidad, basado en el sentido común y la generosidad.

17 de abril de 2013:

Intervención de don Guillem López Casasnovas, Catedrático de Economía Aplicada en la Universidad Pompeu Fabra.

En primer lugar, el Sr. López Casasnovas señala la conveniencia de distinguir entre sostenibilidad y solvencia. La primera sería la capacidad para que el Sistema Nacional de Salud pueda afrontar los nuevos retos, incremento de la presión asistencial, incorporación de las nuevas tecnologías, etc. La solvencia se refiere a una cualidad financiera.

La obligatoriedad del aseguramiento constituye el núcleo del sistema público. A su vez, se articula sobre tres ejes. El primero de ellos se refiere a la elegibilidad. La universalidad es una nota rígida si se pretende que esta se mantenga. El alcance en la cobertura se refiere, como segunda nota, a la definición del catálogo de prestaciones que proporciona el Sistema Nacional de Salud. En tercer lugar, la utilización del espacio de elegibilidad, esto es, el consumo de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud es otro de los aspectos clave. El exceso de demanda puede producir graves riesgos para el mantenimiento del conjunto del sistema. A este respecto, podrían resultar de utilidad la inclusión de fórmulas de copago para disuadir en el empleo excesivo de tales prestaciones.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 373

10 de diciembre de 2013

Pág. 29

Por otra parte, la crisis constituye un auténtico terremoto para el Sistema Nacional de Salud. Se han agravado los problemas existentes. Así, el SNS se ha transformado, pasando de ser uno de los pilares del Estado de bienestar a una entidad que genera graves problemas, como es el pago a los proveedores. Las cuestiones suscitadas se deben solventar tanto desde la perspectiva del gasto como de los ingresos.

En relación a las ideas para la reforma del Sistema Nacional de Salud, algunas pueden ser buenas, pero su gestión complicada. En este supuesto, probablemente, habrían de desecharse.

El sistema de aseguramiento es mucho más equitativo que el de copago. En conclusión, los problemas que afectan al Sistema Nacional de Salud debieran evaluarse con profundidad antes de actuar, aprendiendo de errores del pasado.

Intervención de don Rafael Pérez Santamarina Feijoo, Gerente del Hospital Universitario La Paz, de Madrid.

El compareciente anuncia que su intervención se corresponde con los criterios que deben guiar las actuaciones de un gerente de hospital en tiempos de crisis. Estas actuaciones comprenden cuestiones muy variadas, desde las tecnológicas hasta las relacionadas con la hostelería o la necesidad de coordinación con la atención primaria.

El Sr. Pérez Santamarina Feijoo señala que, en estos momentos, se vive en un entorno de crisis, definido por tres grandes variables, que interactúan. Son las siguientes:

1. La insostenibilidad económica del sistema, en virtud del cual el gasto sanitario ha experimentado un crecimiento exponencial, en España y otros países de la OCDE, superando al incremento del Producto Interior Bruto. En España, además, la crisis financiera se ha traducido en una crisis recaudatoria y de financiación.

2. El entorno sociodemográfico cambiante. Este factor implica que ha aumentado la esperanza de vida, la cronicidad de las enfermedades y la creciente e imparable necesidad de asistencia por dependencia de la población.

3. Las nuevas demandas de los pacientes. En la actualidad los ciudadanos exigen una mejor atención, más personalizada, con menos esperas y mejor coordinada.

El Sr. Pérez Santamarina formula una serie de propuestas, de forma resumida, en los términos siguientes:

- Necesidad de una nueva política de recursos humanos.
- Centralización de los servicios no asistenciales (laboratorios, compras, esterilización, gestión del espacio, etc.).
- Atención sociosanitaria convergente y coordinada.
- Potenciación de la atención primaria.
- Eliminación de las fronteras geográficas sanitarias.
- Mejora en la gestión de la tecnología.
- Racionalización del gasto diario, en particular necesidad de una mejora del sistema de adquisiciones.
- Revisión de la necesidad de externalización de la actividad y revisión de la política de conciertos.
- Desarrollo de nuevas fórmulas asistenciales, como la telemedicación y la teleasistencia.

El presupuesto sanitario debe ajustarse al gasto real. El hospital que dirige afronta una difícil reducción de personal por jubilación a partir de los 65 años. Sólo una minoría podrá permanecer prestando sus servicios a partir de esta edad. Existen serias dificultades para que el hospital pueda mantener el nivel asistencial que ha prestado hasta ahora, como consecuencia de las restricciones presupuestarias. Por otra parte, la capacidad del gerente en materia de gestión de recursos humanos se limita a la ejecución de las instrucciones emanadas de la Comunidad Autónoma.

Se debe reflexionar sobre algunas cuestiones fundamentales, que se resumen así:

- Promoción de la cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Apuesta por la libre elección, por la competencia entre hospitales y la consecuente compensación financiera.
- Apuesta por la profesionalidad de las gerencias: transferencia de riesgos a los proveedores sanitarios y exigencia de una mayor capacidad gestora a las direcciones de los centros.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 373

10 de diciembre de 2013

Pág. 30

- Apuesta por la autoridad sanitaria en su papel de ordenación y regulación.
- Nuevo modelo de gestión del personal.
- Apuesta por la transparencia, evaluación y valoración de resultados.
- Promoción de la innovación, la información y la tecnología.

Apuesta por la gestión integrada, la colaboración público-privada y las alianzas y sinergias entre centros.

Para concluir, señala que se precisa definir con claridad una cartera de servicios única para toda España, viable e introduciendo el copago, siempre que sea preciso.

Intervención de don Enrique Costas Lombardía, Economista y ex Vicepresidente de la Comisión Abril.

El Sr. Costas Lombardía considera que, en estos momentos, el Sistema Nacional de Salud se encuentra en una situación de bancarrota, para expresarlo de manera resumida. Las notas de decadencia, opacidad y carencia de financiación lo definirían en estos momentos. El panorama no puede ser más negativo y se desliza sin dirección alguna.

En las actuales circunstancias el SNS resulta inviable. La sanidad pública siempre ha contado con una financiación insuficiente y periódicamente ha debido ser saneada, a través de la emisión de la Deuda y de los impuestos. La presente crisis en la que vive el SNS no es la causa principal, dado que sus defectos ya existían. Lo cierto es que el sistema nunca ha sido viable. Se pretendió su gratuidad, con una amplísima cartera de servicios para todos. En esa tesitura resultó un sistema deficitario económicamente. A su juicio, no piensa que se deba incrementar el gasto sanitario necesariamente. El gasto habrá de vincularse a la riqueza del país. Desde este punto de vista, España gasta lo que debe o quizá algo más.

Por cuanto concierne a la eficiencia, resulta un tópico. Difícilmente podría mantenerse un sistema público basándose, única y exclusivamente, en la reducción del gasto. En realidad, los recursos por actos médicos se van incrementando de manera constante, por los factores que concurren en ellos, la tecnología, la farmacia, etc. Por tanto, para lograr una disminución del gasto también habría que reducir el número de actos médicos.

Otro de los aspectos preocupantes se refiere a la fragmentación del Sistema Nacional de Salud. Cada Comunidad Autónoma actúa por su cuenta sin que exista solidaridad, equidad o coordinación. Cada Comunidad Autónoma fija los recursos para destinar en la sanidad, originándose graves desigualdades entre ellas. La fragmentación del SNS se ve agravada por la inexistencia de una información económica compartida. Existen graves recelos entre las Comunidades Autónomas, predominando la opacidad.

El Sistema Nacional de Salud trata mal a su personal. Resulta injusto, pagando lo mismo al que se esfuerza que al que no. Por otra parte, la calidad clínica no se mide por índices objetivos, fiables y técnicos. Las listas de espera se falsean por los gestores políticos. El gasto farmacéutico también resulta muy elevado pese a los intentos de encorsetarlo. Se está reduciendo el nivel de competencia del profesional médico por la disminución de exigencia en la fase de formación.

En este contexto, las altas instituciones del sistema resultan ineficientes, comenzando por el Consejo Interterritorial. La consecuencia más grave es la sensación de abandono del Sistema Nacional de Salud, desde el momento en que una buena parte de la población ha abandonado la sanidad pública en beneficio de los seguros privados.

El gasto sanitario continúa su crecimiento imparable, avivado por la introducción de las nuevas tecnologías, cuya eficacia no siempre está contrastada. En este sentido, contribuye también a este crecimiento del gasto la promoción de nuevas especialidades y de personal que las atiende. Ciertamente que el SNS debe afrontar con recursos limitados necesidades enormes. La moderación del gasto sanitario solo se producirá si se acompasa al crecimiento económico del país. Entre 2007 y 2013 el gasto se ha incrementado desde 2.700 euros por persona hasta 2.900, en cifras redondas.

Por lo demás, en términos precisos, en España no existe un sistema, sino una multiplicidad. Se dilapidan recursos en hospitales que no cuentan con el personal necesario. En este escenario se impone la necesidad de ajustar la dimensión del sector, de una manera dolorosa. Desde su punto de vista, la sanidad privada no es, ni mucho menos, una sanidad maldita, sino que es insolidaria, aunque pueda ser de buena calidad. Se debe ser consciente de que en España hay unos 10 millones de usuarios de la sanidad privada.

Resulta curioso que la sanidad pública subvenciona, de forma oculta, a la sanidad privada.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 373

10 de diciembre de 2013

Pág. 31

Por cuanto atañe a la posibilidad de establecer un gran pacto de Estado, detecta dificultades importantes, puesto que existe una auténtica maraña de actores e intereses diversos. El Pacto de Toledo fue viable porque, desde el punto de vista señalado, la complejidad era menor: existía una caja única, un mayor control y un solo responsable, el Gobierno de España. No sucede lo mismo en el ámbito sanitario, con un sistema tan descentralizado, opaco, cerrado y maleable políticamente. Se necesitaría una revisión muy completa del mismo. Advierte que existen considerables dificultades para que pueda mantenerse el vigente Sistema Nacional de Salud.

Las listas de espera son un mal muy serio y contribuyen al descrédito de la sanidad pública, potenciando a la privada. Estas listas incrementan las desigualdades sociales. Los poderosos, como es notorio, se saltan tales listas.

La reconstrucción del Sistema Nacional de Salud resulta difícil en el contexto actual. No obstante, propondría la creación de una comisión de expertos independientes para que abordara la cuestión. Estos esfuerzos irían encaminados a la elaboración de una nueva Ley General de Sanidad, dado que la de 1986 se ha visto superada por el transcurso del tiempo y de las circunstancias.

Respecto a la financiación, es una materia que se debe revisar a fondo. No debe rehuirse la utilización de fórmulas de copago como moderador de la utilización de los servicios sanitarios. Incluso cabría plantear la introducción de un impuesto específico sobre la sanidad, perfectamente identificable por los ciudadanos en su IRPF.

Se debe mejorar la gestión de las listas de espera. El nombramiento de gerentes independientes, de acuerdo con principios de mérito y capacidad, sería también muy importante.

Asimismo, considera que el modelo español de trasplantes ha quedado pervertido. La base de su éxito se ha fundado en la utilización de recursos económicos desmesurados. Se incentiva con dinero al personal sanitario, discriminando respecto de otro personal que también cumple funciones importantes. Este sistema de trasplantes no se caracteriza por su altruismo. Significativamente, las estadísticas demuestran que en el caso de las donaciones de sangre, España ocupa uno de los últimos lugares del mundo. Una de las pruebas de que el sistema español no es adecuado nos la facilita el hecho de que ningún país ha copiado nuestro modelo. Podría decirse que en materia de trasplantes existe una burbuja.

El gasto en trasplantes no se ha rebajado en España, pese a la crisis. Hay una excesiva opacidad y engaño a la sociedad que no conoce el gasto de tales trasplantes. Él lo ha denunciado, aunque duda que se vaya a corregir.

En definitiva, pese a que su intención no es crear alarma, considera que el Sistema Nacional de Salud, en su actual configuración, resulta insostenible. Los recursos son limitados, pero la demanda es casi infinita.

22 de mayo de 2013:

Intervención de doña Ana Sánchez Fernández, Consejera de Efficientia Clinical Management y Directora de la oficina técnica para la puesta en marcha del nuevo Hospital de Vigo.

En primer lugar, la Sra. Sánchez Fernández pone de relieve que el servicio público sanitario tiene una naturaleza particular por las limitaciones concebidas para evitar el abuso de poder. Al mismo tiempo, tales limitaciones constituyen trabas para una mejor gestión. Así se dificulta la contratación de los profesionales más competentes, con retribuciones atractivas.

Respecto de las propuestas que formula, tendrían que dirigirse a reorientar el dinero público y los incentivos privados para el I+D, con el objetivo de descubrir formas más resolutivas de prevenir y tratar las enfermedades. También, considera que el individuo y el proveedor de la asistencia sanitaria debieran implicarse más a fondo en la prevención del riesgo de enfermedad. En la misma línea, debieran restringirse los tratamientos en función de los criterios de coste y utilidad. Las ciencias biomédicas tienen una inmensa tarea en la investigación y el desarrollo de la innovación. El esfuerzo en este terreno debería dirigirse a la investigación en prevención, en medicamentos, procedimientos diagnósticos o terapéuticos que sustituyan a otros que respeten los parámetros de coste y efectividad.

Un capítulo importante es el incremento de la participación del ciudadano, estableciendo fórmulas de copago o el fomento de los autocuidados, así como la transferencia de riesgo al proveedor a través del pago capitativo. De esta manera se fomentará la conciencia sobre la importancia de la prevención en la ciudadanía.

En la actualidad se asiste a una hiperinflación diagnóstica e intervencionista, no exenta de riesgos, debida al pago por actividad. Se intervienen procesos que nunca ocasionarían mayores problemas. Cuando la asistencia está asegurada sin límites y no se participa en el riesgo de enfermar, no importa que

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 373

10 de diciembre de 2013

Pág. 32

la Administración incurra en gastos astronómicos, que apenas aportan unos meses, semanas o días de vida y que, en muchos casos, pueden comprometer más el estado de salud.

En relación a la provisión de la asistencia sanitaria, la Sra. Sánchez Fernández señala que en el ámbito de la Administración Pública se ha establecido una regulación excesivamente rígida de la relación laboral. El sentido histórico residía en la necesidad de que el personal fuera inmune a la discrecionalidad de los políticos. En la actualidad, este sistema determina una seria dificultad de reforma. Se impide que personas incompetentes puedan ser despedidas y las retribuciones se fijan sin tener en cuenta la calidad de los servicios y el cumplimiento de objetivos. La ordenación del trabajo se efectúa con un exceso de normativa, que impide la asunción de responsabilidades individuales y la iniciativa personal. Se produce un inmovilismo que acaba por inducir mecanismos tolerados de irresponsabilidad.

En este sentido, el igualitarismo en la gestión del servicio sanitario se convierte en una lacra que desvincula la participación en el producto social respecto de la contribución que se ha hecho al mismo. Ante este panorama cualquier intento de reforma tropieza con una resistencia numantina.

En este escenario, considera que el sistema sanitario debe fundamentarse en los principios organizativos siguientes:

- Racionalidad económica.
- Flexibilidad para adaptarse a entornos cambiantes.
- Separación de las funciones de financiación y provisión de servicios.
- Afirmación de la responsabilidad individual.

La aplicación de tales principios organizativos requiere una menor participación directa de la Administración y, en paralelo, una mayor implicación de la sociedad civil, basándose en un fomento de la libertad y la competitividad.

Las reformas en el sector público constituyen el mejor camino para modernizar la gestión pública, evolucionando de la mera administración burocrática a una organización articulada de acuerdo con los principios de racionalidad económica, donde la eficiencia y la flexibilidad para adaptarse a un entorno cambiante sean las características fundamentales.

En cuanto atañe a los administradores, se ha avanzado algo en los últimos años. No obstante, la condición cuasi funcionarial del personal de los centros sanitarios de gestión directa dificulta una gerencia eficiente de los servicios sanitarios. La reforma precisa de la aplicación de los mecanismos más adecuados de financiación pública de servicios producidos bien por organizaciones privadas, bien por organismos públicos autónomos.

A la hora de prestar el servicio público sanitario deben tenerse en cuenta ciertas peculiaridades, que se enuncian a continuación:

- En Sanidad, la oferta de servicios genera su propia demanda.
- Las mayores inversiones per cápita en asistencia sanitaria no tienen, necesariamente, un correlato en mejora de los índices de salud.
- El equilibrio en la asunción del riesgo a enfermar tiene que ser una responsabilidad compartida.
- Los defectos e imperfecciones de la formación en Sanidad producen consecuencias graves y esto conlleva imperfecciones en la competencia.
- Los hábitos de vida (tabaquismo, consumo de alcohol, ingestión de grasas, sedentarismo, etc.) tienen un efecto mucho más grave en la expectativa de vida media que el acceso a la asistencia médica más cara.
- Los poderes públicos no deben ser necesariamente quienes presten la asistencia sanitaria.

En relación a la eficiencia en la provisión de servicios sanitarios, una mejor gestión, con eliminación de lo superfluo, precisa de la concurrencia de tres elementos:

1. Un sistema de información compatible e interoperable, con registros fiables y la accesibilidad desde cualquier dispositivo asistencial a la información clínica de los pacientes, así como la introducción de la receta electrónica.
2. Una cartera de servicios y medicamentos, financiados con criterios de coste-beneficio.
3. Un catálogo de medicamentos con financiación pública, definiendo la cantidad financiada por grupo terapéutico y aportación del usuario.
4. Concentración de las comparas y servicios clínicos de alto coste.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 373

10 de diciembre de 2013

Pág. 33

Respecto del personal, debieran establecerse sistemas de acreditación de competencias profesionales y retribuciones relacionadas con el cumplimiento de objetivos. El personal debiera regirse por relaciones laborales, no estatutarias y evaluación «entre pares».

Asimismo, la Sra. Sánchez Fernández defiende una financiación capitativa que estimule las actividades preventivas y de menor coste para minimizar las atenciones agudas más caras. Igualmente, propugna el establecimiento de la libertad de elección del paciente con facturación intercentros. De la misma manera, considera que las Administraciones Públicas no deben prestar los servicios sino que se deben limitar a regular, financiar y controlar la calidad de los servicios sanitarios.

Finalmente, la Sra. Sánchez Fernández expone la experiencia de Kaiser Permanente como una experiencia de éxito en gestión sanitaria. Esta empresa es el mayor proveedor sanitario privado de los Estados Unidos. Es una organización sin ánimo de lucro que engloba las funciones de asesoramiento y prestación de servicios sanitarios. Destaca en aspectos de integración de la atención, reducción de las hospitalizaciones y de estancias innecesarias, así como de prevención y control de enfermedades crónicas. El éxito puede ser atribuido, en gran medida, a la aplicación de un modelo de gestión y de organización de servicios caracterizado por su enfoque poblacional, liderazgo clínico y utilización de modelos innovadores de atención.

Intervención de don Jaume Puig Junoy, Profesor titular del Departamento de Economía y Empresa de la Universidad Pompeu Fabra (UPF) y especialista en economía de la salud.

El Sr. Puig Junoy señala que es necesario ordenar el Sistema Nacional de Salud. A este respecto el Decreto-Ley 16/2012 desempeña un papel importante. La sanidad es el servicio público mejor valorado por la población española. Por ello, existe una predisposición para reforzar su financiación, si fuera necesario. España se encuentra en la zona intermedia del gasto por nivel de riqueza. Se podría afirmar que en los últimos tiempos ha existido una burbuja sanitaria, en cuanto que el incremento del gasto se ha acentuado en relación con el crecimiento del Producto Interior Bruto. Ello no resultaba sostenible en el tiempo, independiente de su valoración.

En cuanto al gasto farmacéutico, el precio del medicamento es de los más bajos de Europa. Ciertamente, su consumo ha aumentado de manera muy acentuada. En los últimos tiempos se ha reducido drásticamente el número de recetas. Debiera equilibrarse el consumo del medicamento. En estos momentos, el gasto se corresponde a nuestro Producto Interior Bruto. Respecto de la utilización del copago en las prestaciones farmacéuticas, no existe unanimidad sobre su uso en Europa. Así, en Holanda se abona por el paciente la diferencia respecto del precio de referencia. En Suecia se utiliza un sistema de pago decreciente a partir de ciertos umbrales de gasto que se consideran excesivos. En Alemania se establece un límite del 2 % de la renta del paciente de pagos acumulados.

En síntesis, en materia farmacéutica no hay un sistema completamente gratuito. Se introduce siempre alguna fórmula de copago, con una función más disuasoria que recaudatoria.

Se debiera valorar la utilización de fórmulas de devolución de los pagos en exceso, porque en ocasiones resulta ineficiente y costoso. Debiera fijarse un límite efectivo en el copago. El criterio a utilizar debería ser si existe una necesidad para el consumo de tales medicamentos, sin utilizar la renta del enfermo. La disuasión en el consumo de medicamentos se puede conseguir con la pérdida de la gratuidad total. Un euro es suficiente para modificar la conducta del paciente, de forma espectacular. La desfinanciación consiste en dejar de pagar. De hecho se han desfinanciado grupos completos de medicamentos, evitando el efecto sustitución. No obstante, en la actualidad se está incrementando el precio de muchos productos por esta razón.

En los últimos nueve meses, en España se ha observado una reducción drástica en el consumo de los medicamentos. Se ha considerado un éxito esta reducción, pero debiera hacerse con el empleo de fórmulas de copago más inteligentes. Así, debiera utilizarse el criterio de efectividad del medicamento y su necesidad. El problema que se viene repitiendo es que, cuando se introduce el copago, los enfermos crónicos dejan de seguir el tratamiento, hasta en un 50 % de los casos. Más tarde regresan al sistema, resultando sus tratamientos mucho más costosos al tratarse como enfermos agudos, como consecuencia de la interrupción del tratamiento.

Las innovaciones en medicamentos y en tecnologías son fundamentales para la salud. En países como Suecia, Francia, Reino Unido o Alemania, desde hace dos décadas existen agencias de evaluación de medicamentos. Con ello se gestionan numerosas innovaciones, distinguiendo entre medicamentos eficaces y los que no lo son. Este dato es el que sirve para decidir sobre su financiación pública o no. En

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 373

10 de diciembre de 2013

Pág. 34

España existe un gran desconcierto sobre esta cuestión. No se ha desarrollado todavía el Decreto-ley 16/2012. Es necesario contar con una financiación selectiva con criterios objetivos y no basada en una pura negociación con la industria farmacéutica.

Por otro lado, el Sr. Puig Junoy considera que no es factible reducir aún más el gasto en sanidad, si se pretende mantener la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, con sus rasgos actuales. La financiación selectiva del medicamento serviría a esa finalidad. Se debe introducir un elemento de orden, rechazando aquellos productos que no hayan demostrado su eficiencia. Desde 2002 se observa un incremento enorme del gasto sanitario. Las Comunidades Autónomas comenzaron a competir con hospitales de tamaño reducido y costes disparatados, con aumento de gastos de personal, etc.

Intervención de doña Elvira Sanz Urgoiti, Presidenta de Farmaindustria.

En primer lugar, la Sra. Sanz Urgoiti se refiere a la entidad a la que representa, Farmaindustria, como Asociación Nacional de la Industria Farmacéutica en España, integrada por 196 compañías, con 37.971 trabajadores, unas exportaciones de 9.791 millones de euros, 14.022 millones de euros de producción y 980,4 millones de euros de inversión en I+D, todo ello en 2011.

Se refiere a continuación a las aportaciones de la Asociación en materia de salud. En este sentido, señala que Farmaindustria contribuye a la mejora de la salud de los habitantes de España, de una manera importante. Igualmente, destaca que, en estos momentos, la industria española de farmacia desarrolla numerosas moléculas. A nivel económico ocupa un primer puesto en I+D, dentro del sector industrial de España, con un 19 % de inversión en I+D. Las exportaciones han experimentado un incremento espectacular, dentro de las empresas que agrupa Farmaindustria. Es uno de los sectores industriales más dinámicos de España, generando empleo de calidad, especialmente femenino, siendo además un empleo estable. Su contribución resulta fundamental para el Producto Interior Bruto de España, así como a través del abono de impuestos.

En punto a la contribución económica del Sistema Nacional de Salud, conviene destacar sus aportaciones en investigación biomédica.

En relación al gasto farmacéutico, se observa un notable descenso a partir del año 2010, pasando de 2.000 millones de euros a 9.000 millones en la actualidad. Esta drástica reducción se traduce en cifras redondas del orden del 33 %.

El gasto hospitalario se encuentra estancado desde 2010. De la misma manera, el gasto per cápita también se ha reducido sustancialmente. España se encuentra en la banda inferior de la Unión Europea en esta materia, al igual que sucede en el precio medio de los medicamentos. Se ha aumentado el consumo de medicamentos genéricos, incidiendo en la reducción de la producción de las empresas innovadoras en relación a los fabricantes de genéricos. Ante estos datos, se puede afirmar que en la actualidad el gasto farmacéutico no es un problema. En cambio, una excesiva reducción del gasto puede generar preocupaciones importantes en este sector. La deuda de las Administraciones Públicas con la industria farmacéutica es muy gravosa. El plan de liquidez ha tenido un gran éxito sin duda, aunque hoy vuelven a producirse tensiones. En estos momentos, la deuda asciende a 3.500 millones de euros.

Respecto del acceso a medicamentos, se observa la disminución de la introducción de medicamentos innovadores en la cuota de mercado desde 2008 hasta la actualidad. El acceso a innovaciones debiera ser una prioridad de las Administraciones, los profesionales, la industria y los pacientes.

Se necesita un marco estable de planificación del mercado con un horizonte de dos o tres años, de manera que los agentes implicados puedan saber a qué atenerse. El mercado debe ser único, eliminándose las barreras que se introducen en algunas Comunidades Autónomas, con condiciones diferentes en todo el territorio nacional.

Farmaindustria expresa su compromiso con España, en materias claves como son el empleo, la innovación, la exportación, aportaciones al Producto Interior Bruto y contribución mediante impuestos. Farmaindustria es un aliado del Sistema Nacional de Salud.

En relación al sistema de precios y financiación de los medicamentos, desde la perspectiva de la transparencia, considera que el sistema es mejorable. El sistema no es predecible ni transparente. Históricamente ha podido funcionar, pero convendría revisarlo.

En cuanto al acceso de medicamentos, debiera garantizarse la accesibilidad generalizada en toda España, de una forma homogénea. Esto no significa necesariamente un incremento en el gasto. La prescripción ética es fundamental y cree que el sector es muy respetuoso con estos principios morales.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 373

10 de diciembre de 2013

Pág. 35

Intervención de don Juan Oliva Moreno, Presidente de la Junta Directiva de la Asociación de Economía de la Salud.

El Sr. Oliva Moreno afirma que el Sistema Nacional de Salud debe preservarse pese a la crisis, que también le ha alcanzado. Asimismo, considera que el Sistema Nacional de Salud no es más caro que el de otros países de nuestro entorno. Tampoco cree que sea de los más baratos. Históricamente ha estado infrafinanciado, hasta el año 2000. En la actualidad considera que el gasto se ajusta a las necesidades reales del Sistema Nacional de Salud.

Respecto de la sostenibilidad considera que, en estos momentos, nos encontramos en una fase de estancamiento del gasto. El gasto era similar al del Producto Interior Bruto. En la actualidad tiende a disminuir. Ahora bien, debe tenerse en cuenta para entender este fenómeno que en el año 2008 los ingresos tributarios experimentaron una brutal caída del 30 %. Mientras tanto se ha incrementado el gasto en materia de subsidios de desempleo y la Deuda Pública. Por ello estima que la sostenibilidad habrá de ser en proporción a las cuentas públicas nacionales, no en cuanto al sistema en sí. La disminución extraordinaria de ingresos desde 2008 complica esta situación.

Respecto del futuro del sistema, desde el punto de vista de la solvencia, estima que se plantean retos muy serios desde la perspectiva económica, demográfica y social. Cualquier sistema, incluido el nuestro, es mejorable, eliminando bolsas de ineficiencia. Se necesitan cambios estructurales. En primer lugar, se debe primar la eficiencia como guía de actuación, evaluando la eficacia y el coste de los tratamientos, incluyéndose sólo aquellos que sean eficientes. Debe someterse a revisión la financiación del sistema. Se debe eliminar la inversión allí donde no se garantice la efectividad. En este punto no observa grandes diferencias de tratamientos entre las Comunidades Autónomas.

La financiación habrá de basarse en resultados. Se debe equilibrar el gasto farmacéutico y el hospitalario. La evaluación de resultados se debiera inspirar en unos adecuados sistemas de información. De ahí que la publicación de los datos constituye una necesidad ineludible. Ello permitirá saber quién trabaja correctamente y quién no. En este sentido, sólo en Cataluña se ha publicado esta información. Esta información permitirá a los ciudadanos saber elegir.

La coordinación entre los niveles sanitario y social es también fundamental. España ha sido un excelente laboratorio sobre las distintas formas de gestión. Sin embargo, no se han estudiado estas experiencias. En cambio, se acude a analizar las habidas en países como Gran Bretaña o Suecia. La coordinación entre la asistencia primaria y la especializada, así como la salud pública es un elemento imprescindible. Se debe rediseñar el modelo asistencial. En este orden de consideraciones, una mayor coordinación entre el sistema sanitario y los servicios sociales se impone, con desarrollo de programas para el fomento de la autonomía personal.

Los cambios estructurales son necesarios, incluyendo políticas intersectoriales de salud pública. El apoyo financiero a los desempleados resulta de mayor utilidad que cualquier otra medida de salud.

La gobernanza del sistema permitirá garantizar la sostenibilidad, en las condiciones señaladas, manteniendo los rasgos de universalidad, equidad y solidaridad, pero introduciendo la transparencia, la participación y la rendición de cuentas. Se pueden adoptar numerosas medidas. En este sentido, debieran incorporarse reglas claras y alta exigencia ética, profundizar en la eficacia con menos medios y cambiar las reglas existentes. El sistema tiene elementos muy positivos pero, también, importantes bolsas de ineficiencia. La participación ciudadana y el cambio cultural pueden ayudar enormemente a la mejora del sistema sanitario. La financiación de la innovación debe facilitarse y, desde luego, se debe pagar a los proveedores con diligencia. Quien toma las decisiones en materia sanitaria debe regirse por un alto grado de exigencia y estar dispuesto a ser objeto de críticas duras. En todo caso, el incremento de la participación, la transparencia y la rendición de cuentas son piedras angulares en el cambio del Sistema Nacional de Salud.

29 de mayo de 2013:

Intervención de don Alejandro Toledo Noguera, Presidente de la Federación Nacional de Asociaciones de Pacientes (ALCER).

El Sr. Toledo Noguera destaca el papel del movimiento de asociaciones de pacientes. Se van reconociendo los derechos del paciente, pero debiera potenciarse el papel real del mismo. La administración sanitaria ha sido muy reticente a contar con las asociaciones de pacientes, aunque en los últimos tiempos se ha facilitado su legitimación para interponer acciones colectivas.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 373

10 de diciembre de 2013

Pág. 36

Se debiera desarrollar un modelo de escuela de pacientes.

El Decreto-Ley 16/2012, ciertamente, ha reducido gastos en farmacia y en otros aspectos, pero, a la postre, ha trasladado el gasto a la población menos favorecida. Los recortes debieran planificarse y estar basados en criterios de eficiencia en el largo plazo. De ninguna forma debiera anteponerse la necesidad de afrontar la crisis económica con la asistencia sanitaria de calidad. De hecho, los recortes están afectando al acceso a determinados tratamientos.

El Sr. Toledo Noguera reivindica el reconocimiento de un derecho universal a la asistencia sanitaria, especialmente, en el caso de las enfermedades infecciosas.

Las medidas para reducir el gasto sanitario, adoptadas con una perspectiva del corto plazo, acaban redundando en el incremento del gasto en el largo plazo.

A pesar de las dificultades presentes, el Sistema Nacional de Salud de España sigue siendo uno de los mejores del mundo y debiera preservarse con el respaldo de todos.

Intervención de don Vicente Ortún Rubio, Profesor titular del Departamento de Economía y Empresa de la Universidad Pompeu Fabra (UPF).

El Sr. Ortún Rubio anuncia que su comparecencia se centrará, principalmente, en cuestiones relacionadas con la atención primaria, habida cuenta el contenido de algunas intervenciones que se han producido ante la Subcomisión, de las que ha tenido conocimiento.

En primer término, estima que existe un exceso, próximo al 20 %, en el gasto sanitario actualmente. Cabría mejorar el estado de salud de la población ahorrando.

Algunos estudios han demostrado en Estados Unidos que existen zonas geográficas, donde se gasta más en salud y, también, la incidencia de la morbilidad es mucho más alta. Ello se debe a la concurrencia de factores, como son los cuidados efectivos.

España destaca en algunos aspectos, como es el tratamiento y control de la diabetes en atención primaria. En cambio, el resultado no es tan satisfactorio en lo que concierne a resistencias bacterianas. Por tanto, hay aspectos muy positivos de nuestro sistema y hay otros en los que existe un amplio margen de mejora. En los últimos años se ha detectado que el Sistema Nacional de Salud tendía al incremento del gasto. Por eso no es extraño que, en algún momento, se modifique esta tendencia.

El gasto por medicamento, que era de los más elevados en el mundo, se ha reducido de forma notoria en nuestro país en los últimos tiempos, salvo en el caso del País Vasco. En este sentido, destaca que el gasto medio anual en medicamentos de los pensionistas se eleva a unos 2.000 euros per cápita. Resulta llamativo que incide más en la salud de los pensionistas el nivel de la pensión que el gasto en medicamentos. Igualmente, se ha constatado que los desempleados mejoran su salud al principio de entrar en esta situación. En cambio, empeora según se va prolongando tal situación de desempleo.

Como se ha apuntado anteriormente, se podría reducir un 20 % del gasto sanitario. El problema es localizar los puntos exactos donde aplicar estos recortes. Debiera de tomarse conciencia de que un incremento del gasto no garantiza, necesariamente, una mejor salud. A este respecto, la planificación resulta esencial. Para ello la atención primaria constituye la base de un buen sistema nacional de salud. Resulta mucho más eficaz y más económica que la asistencia especializada. De acuerdo con ello, la atención primaria puede ayudar a mejorar los estilos de vida, mantener una visión global del paciente, coordinar e integrar la atención sanitaria, manejar ajustes presupuestarios. En definitiva, la atención primaria puede ayudar, de forma definitiva, al sostenimiento del sistema sanitario, pieza clave del Estado del bienestar.

Los ajustes financieros no pueden ser lineales, sino que deben ser selectivos. El objetivo debiera ser que la gente se encuentre satisfecha, más que el gasto en sí.

Sin duda, debiera abordarse una redistribución de tareas. La especialización resulta fundamental en esa asignación de tareas. Ahora bien, debe tenerse en cuenta que no se puede tener hospitales especializados en todos los lugares de la geografía del sistema sanitario, por motivos obvios. Se debiera mejorar la planificación y prever una financiación capitativa. Una regulación clara también contribuiría a potenciar el sistema sanitario. La atención primaria debiera reafirmarse como la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud.

Además, la transparencia en la información de resultados habrá de desempeñar un papel fundamental en el Sistema Nacional de Salud. La libertad de opción resulta demagógica sin un conocimiento previo del servicio.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 373

10 de diciembre de 2013

Pág. 37

A su juicio, la atención primaria es más eficaz si tiene carácter privado y es desempeñado por médicos de familia con esa naturaleza. De esta forma, los profesionales cuentan con un incentivo superior que con otros modelos. Así sucede en los casos de Gran Bretaña y Holanda.

Intervención de don Josep M.^a Vía Redons, Presidente del Parc de Salut Mar.

El compareciente manifiesta que su objetivo será proponer reformas estructurales del Sistema Nacional de Salud.

El incremento del gasto es una tendencia general en los últimos años. El problema se plantea cuando tal aumento crece por encima del Producto Interior Bruto del país, a pesar de ello el sistema no tiene un coste excesivo, basándose en retribuciones escasas del personal médico. Se detecta que el gasto sanitario per cápita resulta muy elevado.

Propone mejorar el sistema, teniendo presente tres factores: la población, los servicios a cubrir y la incidencia de costes.

En cuanto atañe a la población, la universalidad debiera mantenerse como nota identificativa del Sistema Nacional de Salud. Para el compareciente no queda claro que, a raíz de la última reforma legislativa, los mayores de 26 años no afiliados y no cotizantes puedan quedar fuera del Sistema Nacional de Salud. En cuanto a los servicios a cubrir, es necesario definir los servicios que se ofrecen con precisión. Es asombroso que en estos momentos no exista tal catálogo de prestaciones. Los costes también tienen una incidencia muy clara en el Sistema Nacional de Salud. De ahí que convendría definir el importe de los servicios prestados y compartir con los ciudadanos el sostenimiento de estos costes. En todo caso, debiera priorizarse la atención de aquellos ciudadanos más vulnerables.

Desde esta perspectiva, se muestra partidario de que se introduzcan fórmulas de copago para productos farmacéuticos, servicios de urgencia y servicios relacionados con la hostelería, que se prestan en centros hospitalarios. De cualquier forma, la colaboración con el sector privado es esencial.

Otra de sus propuestas se refiere a la necesaria modernización de la gestión y la gobernanza del sistema. Lo mismo cabría decir del sector público. Interesa impedir la administrativización del Sistema Nacional de Salud. El modelo funcional no es el adecuado desde la perspectiva de los resultados. Las Consejerías de las Comunidades Autónomas no deberían gestionar, sino limitarse a definir los objetivos sanitarios, ciñéndose a regular y planificar, pero introduciendo la lógica profesional en la asistencia sanitaria.

De la misma manera, debiera de rendirse cuentas, no sólo a nivel económico, sino de resultados sanitarios por centros hospitalarios (tasas de morbilidad, de infección, o días de hospitalización, entre otros datos).

Se debiera facilitar ciertas expresiones de autogestión, como son la capacidad para nombrar y cesar a los directivos, aprobar las retribuciones, aprobar operaciones financieras o establecer alianzas estratégicas. La laboralización de los profesionales del sector y la introducción de sistemas de retribución variables por resultados y efectividad también serían muy convenientes.

Intervención de don César Pascual Fernández, Gerente del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, de Santander.

En primer término, el compareciente sostiene que debiera valorarse el Sistema Nacional de Salud de una manera equilibrada. Es un buen sistema, pero no tan maravilloso ni tan barato como se ha predicado constantemente.

En cambio, no se han obtenido rendimientos del conocimiento que genera, especialmente en I+D.

A este respecto, en una fase como la presente donde predominan las nuevas tecnologías, no se conocen datos elementales como son los profesionales que trabajan o los pacientes que se atienden en el Sistema Nacional de Salud. La información escasea y, además, está desagregada. Resulta de vital importancia conocer este tipo de información y otras relacionadas con los costes de la asistencia.

La integración asistencial requiere obviar la distinción entre atención primaria y la especializada. La integración debiera ser total, incluyéndose elementos de competencia en algunos sitios de España donde fuera posible en atención a sus dimensiones.

La gestión clínica debiera primar el papel de los profesionales, fomentando una necesaria autonomía de gestión. Actualmente la estructura es mucho más compleja y burocrática. Interesaría fomentar una estructura empresarial.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 373

10 de diciembre de 2013

Pág. 38

Respecto de la cartera de servicios, se impone una definición clara de las coberturas del Sistema Nacional de Salud, establecida por los representantes de los ciudadanos.

La financiación debería revisarse, para obtener una adecuada. Debería fundarse en criterios capitativos. En este orden de consideraciones, debería mejorarse la facturación inter centros. La resolución de ineficiencias tendría que solventarse.

Respecto de los recursos humanos, propone un cambio de modelo. La selección debiera basarse en criterios de concurrencia, publicidad, incidiéndose en un cambio en las retribuciones, que no adecúan a la situación actual. El modelo de las ofertas públicas de empleo no es eficaz en la actualidad. Por el contrario, la superespecialización resulta fundamental.

Se debieran considerar fórmulas alternativas a la gestión directa de la asistencia sanitaria por las Administraciones Públicas. Existen experiencias innovadoras sobre esta cuestión.

Debiera fomentarse la delegación de competencias en función de la especialización. Durante mucho tiempo se ha venido formando profesionales sin atender a los cambios exigidos por las circunstancias temporales. En la actualidad no se tiene en cuenta el predominio de las enfermedades crónicas. Se sigue atendiendo teniendo presente a los enfermos agudos. Además, la perspectiva multidisciplinaria no se viene aplicando.

La profesionalización de la gestión resulta muy importante a todos los niveles. Se produce la paradoja de que en los hospitales públicos hay personal que no está capacitado para manejar un volumen muy importante de recursos.

En relación a la eficiencia y al margen de mejora en la gestión, el sistema sanitario tiene un amplio terreno para perfeccionarse. Calcula que las bolsas de ineficiencia pueden alcanzar un 30 % del presupuesto, lo que entraña un desperdicio muy significativo, que resulta grave en estos momentos.

En conclusión, estas son las principales medidas que cabría adoptar en el Sistema Nacional de Salud, aunque podría haber citado otras. El modelo actual no es adecuado y debiera revisarse

26 de junio de 2013:

Intervención de don Joaquín Estévez Lucas, Presidente de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA).

El Sr. Estévez Lucas manifiesta que la Sociedad Española de Directivos de la Salud comparte el objetivo de sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. Es la hora de abordar las reformas necesarias para ello, entre ellas, aquellas de carácter estructural para mejorar su productividad.

Formula una serie de propuestas que se resumen de la manera siguiente:

- Eliminar lo superfluo.
- Establecer una agencia de evaluación.
- Distinguir aseguramiento, financiación y prestación de servicios.
- Modificar el sistema de relaciones laborales.
- Desarrollar la Salud Pública.
- Profesionalizar la gestión en las instituciones sanitarias.
- Elaborar un pacto político y global.

El Sistema Nacional de Salud ha visto incrementada la presión asistencial como consecuencia de la longevidad de la población. No obstante, ello implica un incremento del coste a partir de los 65 años. Se producen excesivas consultas, dentro de un sistema que gira en torno a los hospitales, con una estructura excesivamente burocratizada. Las propuestas de SEDISA pretenden reorientar el sistema y el fomento de la educación para la salud.

El predominio de las enfermedades crónicas afecta a la configuración de este sistema. Por otra parte, debiera atenderse al pago por retribuciones variables por consecución de objetivos.

La universalidad, la equidad, la accesibilidad y la naturaleza pública del sistema debieran primar, sin perjuicio de la colaboración con el sector privado. Igualmente, debiera de conseguirse la implicación de los profesionales, especialmente, en la gestión clínica.

El impulso de las tecnologías de la información y el conocimiento ha de cobrar un papel relevante. La ambulatorización y la atención domiciliaria resultan imprescindibles. La profesionalización en la gestión sanitaria también se convierte en una necesidad ineludible. Estos directivos, además de cualificados, deben estar dotados de cualidades de liderazgo, diálogo, negociación e innovación. Estas premisas persiguen la mejora del sistema.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 373

10 de diciembre de 2013

Pág. 39

Intervención de don Ignacio Para Rodríguez-Santana, Presidente de la Fundación Bamberg.

El compareciente expone los objetivos de la Fundación a la que representa en esta materia. Desde hace tiempo se conoce cuáles son los problemas y las soluciones. La cuestión se refiere a cómo ejecutar tales medidas. La educación para la salud, la cronicidad, la sanidad de calidad, etc., deben ser abordadas. La mejora en la eficacia y la eficiencia son los instrumentos necesarios para mejorar el sistema, teniendo por objetivo la búsqueda de la calidad por encima de las luchas de partido y sindicales.

Probablemente, no se necesitan nuevas medidas legislativas. Conviene aproximarse al Sistema Nacional de Salud sin prejuicios y dogmatismos, estudiando seriamente los problemas suscitados. A todo ello se aplicará grandes dosis de sentido común.

Existen contradicciones entre la universalización y la cotización a la Seguridad Social. La equidad sólo se logrará por la libre elección informada. En este sentido, se requiere transparencia en la sanidad privada y en la pública. Sólo una visión global del Sistema Nacional de Salud evitará la dispersión de esfuerzos para mejorarla.

Formula algunas propuestas que se resumen en las siguientes:

— Voluntad de cambio, con la convicción de que la salud es un objetivo esencial para cualquier sociedad.

— Cobertura universal y financiación del sistema, a través de los impuestos, en función del grado de riqueza alcanzado por el país. En todo caso, nadie puede vivir por encima de sus posibilidades, ni los Estados, ni las familias, ni las personas.

— Distinción entre financiación, aseguramiento y provisión de la asistencia sanitaria.

— La sanidad debe mantenerse, con independencia de quien la preste.

— Necesidad de la planificación y de la libre concurrencia, con la regulación necesaria, evitando situaciones de monopolio.

— Financiación con cargo a presupuestos, de carácter finalista, teniendo en cuenta la citada distinción entre la financiación, el aseguramiento y la provisión.

— Planificación de las entidades sanitarias por las Comunidades Autónomas, con concentración de las áreas.

— Pago capítativo por persona y no por acciones realizadas.

— Facilitar la elección entre sanidad pública o privada por parte de los ciudadanos, con fomento de la educación para la salud. La libertad de elección se fundará en la transparencia informativa.

— Transformación del actual modelo estatalista, funcional y muy politizado en un modelo autogestionable, en el que los profesionales sean los protagonistas, tanto gestores como médicos, enfermeros y farmacéuticos, donde el ciudadano pueda acceder a los mejores servicios, con libertad de elección.

— Concurrencia de aseguradoras públicas y privadas, que se comprometan a prestar los servicios asegurados o más servicios, con una prima equivalente o menor que las públicas, introduciendo así un componente de competitividad.

El nuevo modelo propuesto debería desarrollarse en lo que se refiere al ámbito farmacéutico, a la formación de pregrado, grado y posgrado, así como a la formulación de un nuevo estatuto para los profesionales sanitarios.

Intervención de don Juan Antonio Álvaro de la Parra, Director Gerente del Hospital Universitario Infanta Elena.

El Sr. Álvaro de la Parra analiza el contexto en el que vivimos, donde preocupa el envejecimiento de la población, el predominio de las enfermedades crónicas, la utilización de las nuevas tecnologías y modelos asistenciales rígidos. De ahí se deduce la exigencia de abordar reformas estructurales, para adaptar el modelo a nuevas necesidades. Así, propondría fusiones de hospitales próximos y complementarios, la aplicación de economías de escala, la vinculación de recursos a la actividad desarrollada, predominio de la gestión sobre la administración y el manejo de indicadores clínicos.

En este orden de consideraciones, como medidas concretas propone la creación de una figura de enfermería de enlace entre la atención primaria y la atención especializada. La realización de encuestas de satisfacción también puede orientar a los gestores sanitarios sobre las necesidades de la población. La

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 373

10 de diciembre de 2013

Pág. 40

introducción de un sistema de asistencia rápida para el diagnóstico y tratamiento está produciendo efectos muy positivos en el ámbito de su competencia.

En conclusión, la sanidad española es un lujo y un gran privilegio para todos. Por ello insta a que los agentes políticos sellen un gran pacto para mantener el Sistema Nacional de Salud con un amplio horizonte. La sanidad ha de afrontar retos muy variados, como son la atención de un elevado número de enfermos crónicos, la incorporación de avances farmacéuticos o tecnológicos de alto impacto económico, la necesidad de promover una colaboración entre todos los agentes sanitarios y la potenciación de la investigación y docencia.

IV. SÍNTESIS DE LAS RESPUESTAS DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS A LOS CUESTIONARIOS ENVIADOS

Por otra parte, y con el ánimo de contar también con las valoraciones y las aportaciones constructivas de las comunidades autónomas, como administraciones con mayor responsabilidad en la prestación y provisión de la asistencia sanitaria, los miembros de la Subcomisión decidieron enviar un cuestionario a las consejerías de Sanidad.

De las respuestas enviadas por las autonomías, se han extraído las siguientes como las principales carencias y necesidades del sistema sanitario:

— Politización, carencia de lealtad institucional y falta de carácter vinculante de las decisiones tomadas por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

— Infrapresupuestación en el modelo sanitario y desequilibrio entre los presupuestos asignados y los gastos reales.

— Fracaso del modelo de financiación para las comunidades autónomas aprobado en 2009.

— Falta de adaptación del modelo de financiación a las características propias de cada territorio: dispersión poblacional, envejecimiento progresivo...

— Modelo de retribución del profesional caduco, carente de adaptación a la evolución experimentada por los profesionales y la labor que desempeñan en los últimos años.

— Ausencia de liderazgo y de gestión eficiente del Ministerio de Sanidad en gobiernos anteriores (la mayoría de las autonomías coincide al hacer referencia al periodo temporal comprendido entre 2004 y finales de 2011).

— El Sistema Nacional de Salud no funciona como uno, sino como una agregación de 17 sistemas autonómicos al que le hace falta coordinación.

— Falta de orientación del modelo hacia las necesidades cambiantes de los pacientes crónicos y las enfermedades más prevalentes en la sociedad.

— Escasa evaluación de las actividades desarrolladas en el sistema sanitario.

V. PROPUESTAS DE LA SUBCOMISIÓN PARA EL ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS ESTRUCTURALES DEL SISTEMA SANITARIO Y DE LAS PRINCIPALES REFORMAS QUE DEBEN ACOMETERSE PARA GARANTIZAR SU SOSTENIBILIDAD

Partiendo de las carencias expuestas por los comparecientes y las Comunidades Autónomas en la Subcomisión para el análisis de los problemas estructurales del sistema sanitario y de las principales reformas que deben acometerse para garantizar su sostenibilidad, serían propuestas con las que renovar y poner al día el Sistema Nacional de Salud (SNS) para mejorar su situación actual y favorecer un futuro estable, las siguientes:

1. La consolidación, el desarrollo, la sostenibilidad y la calidad del Sistema Nacional de Salud requieren un Pacto de Estado con todos los agentes del sector que evite la confrontación partidista y revitalice consensos políticos, profesionales y sociales en torno a la Sanidad como principal pilar del Estado del Bienestar.

2. La Ley General de Sanidad y demás disposiciones legislativas de desarrollo han de ser la base sobre la que modernizar y consolidar un modelo de SNS que garantice plenamente una asistencia sanitaria pública, gratuita, cohesionada, universal, equitativa, de calidad, financiada mediante impuestos, gestionada conforme a lo establecido en la Ley General de Sanidad, y capaz de adaptarse a los desafíos demográficos, asistenciales, tecnológicos, y financieros presentes y futuros.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

3. Fortalecer la cohesión territorial en la aplicación de las competencias que en materia de Sanidad corresponde desarrollar a las diferentes administraciones para aplicar de manera coordinada medidas de eficiencia y de buenas prácticas, tanto en el ámbito de la gestión económica, como en todo lo relativo a la prestación asistencial.

4. Garantizar, desde el diálogo positivo y los acuerdos ya alcanzados con el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, las condiciones básicas de los profesionales que sean competencia del Estado según la legislación vigente.

5. Favorecer que el profesional gane protagonismo, reconocimiento y autonomía en la gestión clínica en un marco de eficiencia por la sostenibilidad.

6. Actualizar el modelo formativo de los profesionales, desde una nueva troncalidad y el incremento de los conocimientos en Medicina Interna, la gestión de recursos y la coordinación sociosanitaria, de modo que se incremente la polivalencia y la capacidad resolutoria de los profesionales que tanto se requiere actualmente.

7. Promover una gestión y una planificación eficaces de los recursos humanos partiendo del registro nacional de profesionales, al tiempo que se equiparan las diferentes categorías existentes en el SNS, se redefinen las competencias de cada profesión, y se asumen como sanitarias nuevas profesiones.

8. Incluir variables en las retribuciones de los profesionales en función de lo que se es, se hace y los resultados que se obtienen, midiendo productividad, índices de satisfacción y calidad del servicio prestado.

9. Definir un nuevo modelo de financiación estable, suficiente, respetuoso con el principio de estabilidad presupuestaria, y coherente con la cohesión territorial, la igualdad y la equidad en el acceso a las prestaciones.

10. Impulsar, sobre una cápita adecuada, las reformas en las políticas presupuestarias de las Comunidades Autónomas para que sus presupuestos garanticen un gasto sanitario por ciudadano adecuado a la cartera de servicios.

11. Aumentar los recursos teniendo en cuenta la disponibilidad real de los mismos y evitar descensos bruscos en las asignaciones que reduzcan la provisión de servicios por debajo de los estándares de calidad, pues tan importante como aumentar los recursos disponibles es favorecer la estabilidad de la financiación.

12. Garantizar el pago a proveedores, controlar las inversiones desde el principio de la efectividad con indicadores de medición, y contar con la Sanidad como un aportador en positivo a la balanza económica del país, que además genera puestos de trabajo de calidad.

13. Agilizar la compensación económica por atención a pacientes entre Comunidades Autónomas, establecer un sistema eficaz de facturación a terceros nacional e internacional, y planificar la asistencia limítrofe y de alta especialización.

14. El Sistema Nacional de Salud debe ser gestionado y planificado desde un nuevo modelo de gobernanza más ejecutiva, eficaz y solidaria que busque la eficiencia y la rendición de cuentas desde la cooperación entre administraciones.

15. Promover la calidad asistencial orientando el SNS hacia las necesidades del paciente, desde una gestión ágil y sujeta a un análisis continuado de resultados en salud.

16. Desarrollar la colaboración con la iniciativa privada en función de lo establecido en la Ley General de Sanidad y en la normativa posterior, siempre procurando la optimización de los recursos propios del sistema público.

17. Coordinar los servicios sanitarios y sociales para ofrecer una asistencia integral, continuada, humanizada, personalizada y sostenible, especialmente en procesos asistenciales complejos y de larga duración. Se debieran tomar como referentes, experiencias de éxito desarrolladas en las Comunidades Autónomas, así como las propuestas contenidas en el Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria que el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, y las propias Comunidades Autónomas elaboraron en diciembre de 2011.

18. Potenciar la capacidad resolutoria de la atención primaria, incrementar el protagonismo asistencial de los servicios de Medicina Interna, y actualizar la organización y la estructura del sistema desde la coordinación sociosanitaria integral para garantizar una respuesta asistencial adecuada a las enfermedades más prevalentes, y en especial a las patologías crónicas y relacionadas con la salud mental.

19. Promover el desarrollo de la Ley General de Salud Pública para potenciar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, haciendo que el paciente, en torno al cual ha de desarrollarse todas las políticas en el sistema sanitario, se implique activamente en su autocuidado desde la infancia.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 373

10 de diciembre de 2013

Pág. 42

20. Impulsar la investigación, el desarrollo y la innovación en el ámbito sanitario desde el trabajo conjunto de los organismos públicos de investigación, las universidades y la iniciativa privada.

21. Fomentar el acceso equitativo de los ciudadanos a las innovaciones, con independencia del lugar en el que residan.

22. La calidad de la asistencia y la seguridad de los pacientes debe ser la base de la acreditación de los centros y las instituciones sanitarias.

23. Desarrollar un sistema de evaluación de tecnologías y prestaciones sobre el que definir la cobertura asistencial. En este sentido, hay que desarrollar la estructura y el trabajo desempeñado por la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías y Prestaciones Sanitarias en la línea del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) británico.

24. Establecer, desde la transparencia, indicadores de salud centrados en la calidad, la equidad y la continuidad asistenciales, y en la seguridad del paciente. Los indicadores deben aplicarse a cada servicio de cada centro asistencial, y la información debe ampliarse y actualizarse periódicamente, y hacerse pública conforme a lo establecido en la Ley de Protección de Datos y en la legislación sanitaria de carácter general.

25. Implementar un sistema de información interoperable con el que obtener la evidencia suficiente para tomar decisiones y garantizar los derechos y la seguridad del paciente.

26. Impulsar la interoperabilidad en todo el sistema sanitario de la tarjeta sanitaria individual, la receta y la historia clínica electrónicas.

27. Crear una Comisión de Seguimiento y Evaluación de los Acuerdos del Pacto de Estado por la Sanidad en el Congreso de los Diputados, que vele, a imagen de la Comisión de Seguimiento y Evaluación de los Acuerdos del Pacto de Toledo, por el cumplimiento de las medidas consensuadas por el ministerio de referencia en el ámbito sanitario con los profesionales, las Comunidades Autónomas, y los partidos políticos en favor de la calidad, la seguridad, la eficiencia, la equidad y la solvencia del sistema sanitario. La citada comisión deberá convocar periódicamente a los agentes sociales, económicos y profesionales para conocer el contenido y el alcance de los acuerdos que se formulen para fortalecer el derecho a la protección de la salud y mejorar el funcionamiento del sistema sanitario en su conjunto.

cve: BOCG-10-D-373