



CORTES GENERALES
DIARIO DE SESIONES DEL
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS
COMISIONES

Año 2015

X LEGISLATURA

Núm. 763

Pág. 1

SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. MARIO MINGO ZAPATERO

Sesión núm. 32

celebrada el miércoles 11 de marzo de 2015

Página

ORDEN DEL DÍA:

Comparecencia del señor secretario general de Sanidad y Consumo (Moreno Palanques), para informar sobre las líneas generales de la política de su departamento en el ámbito de sus responsabilidad. A propuesta del Gobierno. (Número de expediente 212/002094)

2

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 763

11 de marzo de 2015

Pág. 2

Se abre la sesión a las cuatro de la tarde.

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, damos comienzo a la sesión número 32 de la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales de este Congreso de los Diputados con un único punto del orden del día, que es la comparecencia del secretario general de Sanidad y Consumo, para informar sobre las líneas generales de la política de su departamento en el ámbito de sus responsabilidades. Damos la bienvenida a Rubén Moreno, que durante tantos años ha sido diputado y portavoz del Grupo Parlamentario Popular, y le felicitamos por su nombramiento. Don Rubén, tiene la palabra.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD Y CONSUMO** (Moreno Palanques): Muchas gracias, señor presidente.

Antes de comenzar la comparecencia, quiero destacar que hoy es día 11 de marzo y se cumplen once años de los ataques terroristas a cuatro trenes de la red de cercanías de Madrid. Once años después, no solo no olvidamos lo ocurrido, sino que lo tenemos más presente y además lo condenamos con más fuerza que nunca. Quiero expresar mi solidaridad con las víctimas y con sus familias e insistir en que los acuerdos de Estado, como el firmado hace unos días contra el yihadismo, son el mejor medio para seguir siendo un país unido frente al terrorismo.

Dicho esto, señoras y señores diputados, comparezco en esta Comisión a petición propia. Es una Comisión a la que tengo una gran estima y además, aunque viniendo de la casa no nos extraña nada la afluencia de público que tenemos hoy, quiero decirles que ustedes lo llenan absolutamente todo. Créanme que lo digo tal y como lo siento. Hemos superado los tres primeros años de la X Legislatura. Entre noviembre de 2011 y febrero de 2015 el Gobierno ha querido situar la consolidación y desarrollo del Estado del bienestar entre sus prioridades, especialmente el Sistema Nacional de Salud, algo que reconoce la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico en su informe *Health at a Glance* de 2015 y la Comisión Europea en su documento sobre España publicado el 26 de febrero. Pero yo no he venido hoy aquí a hacer balance de los tres años, porque, como ya he dicho muchas veces, en los debates nos hacemos las mismas preguntas y nos damos las mismas respuestas. Yo les conozco bien a ustedes, ustedes me conocen bien a mí y lo que he pretendido es que sin prolegómenos podamos entrar directamente en lo que hemos hecho desde que el ministro Alfonso Alonso y yo llegamos al ministerio y, a partir de ahí, explicarles lo que queremos hacer en estos meses que quedan de legislatura. Por tanto, no voy a hablarles del pasado que no sea el más reciente ni a reivindicar actuaciones ni iniciativas que ya han sido defendidas previamente, ni tan siquiera a esgrimir herencias recibidas de ningún tipo, obviamente salvo que quieran que lo haga en algún momento.

Si me lo permiten, quiero hablarles de nuestra actividad. Es una actividad muy intensa la que hemos tenido desde que llegamos al ministerio en el mes de diciembre, hemos dedicado cada minuto de nuestro tiempo —eso es literal, cada minuto— a resolver los problemas que teníamos planteados y a desarrollar nuevas iniciativas que hemos ido planteando. Nuestro único objetivo ha sido dar respuesta a las necesidades de los pacientes, de los profesionales y al ciudadano en general, y eso también es literal. Les digo cómo funcionamos dentro del ministerio. Cuando alguna vez ponemos sobre la mesa un problema, el ministro, al que todos ustedes conocen, lo primero que nos pregunta es: ¿cómo podemos ayudar al ciudadano o cómo podemos ayudar al paciente? Esa es la pregunta que hace cuando hablamos de consumo o de otras cuestiones relacionadas con la sanidad. Parece banal, pero no lo es. Yo he trabajado mucho tiempo en la Administración y formalmente lo decimos, pero no está casi siempre encima de la mesa, como en este caso. Esa es una obsesión. Lo digo porque eso es muy importante a la hora de entender algunas cosas. Por tanto, es importante enfocarlo en ese sentido. La segunda consideración que quería hacer a raíz de ese punto de vista es algo que cuando eres de salud pública lo tienes muy presente, pero que quienes hemos trabajado durante mucho tiempo en sanidad tenemos una cierta tendencia a olvidar. Es el hecho de que la asistencia sanitaria lo inunda todo, pero la atención al ciudadano y la salud de un ciudadano incluyen mucho más que la asistencia sanitaria. Por eso yo procuro no olvidarlo en el ministerio y no lo voy a olvidar hoy en esta comparecencia, pero si alguna vez lo hago, con la relación habitual que tenemos entre el ministerio y ustedes, les pido que me lo recuerden, porque siendo tan importante como la asistencia sanitaria —aunque esté transferida— desde el punto de vista de la coordinación para el ministerio, las medidas tienen que ir mucho más allá. Hay temas que son tan importantes como la asistencia sanitaria.

Dicho eso, lo primero que quisiera comentar son los dos grandes desafíos con los que nos encontramos al llegar al ministerio. Permítanme que les haga un relato de cómo hemos vivido este tiempo. El primer

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 763

11 de marzo de 2015

Pág. 3

desafío fue el ébola, las actuaciones. Puede que el ébola ya no sea un tema de interés mediático, pero nuestra labor frente al virus no solo no ha finalizado, sino que ocupa una parte destacada de cuanto hacemos en el ministerio. Desde la detección del primer caso sospechoso en nuestro país, el 23 de junio de 2014, se han investigado cuarenta y un casos en trece comunidades autónomas. Desde el inicio de la epidemia, en diciembre de 2013, como saben ustedes, se repatrió a dos profesionales, que fallecieron en España, y en noviembre de 2014 se repatrió a un tercer profesional sanitario, que fue un caso de exposición de alto riesgo y que resultó ser negativo para la infección. Desde que el Gobierno de España activó ese protocolo de actuación frente a casos sospechosos actuamos diariamente; diariamente analizamos la evolución no solamente mundial, sino nacional, prestando un especial control a lo que se hace en fronteras y a los datos registrados en los países que están afectados por el brote en África Occidental.

Además, tanto los procedimientos de respuesta como la actualización de los protocolos de actuación han sido informados favorablemente en el consejo interterritorial, se han implicado todas las comunidades autónomas que han ido informando progresivamente: el protocolo de actuación frente a la enfermedad del virus de Ébola, el procedimiento de manejo de cadáveres de casos sospechosos, el protocolo de actuación ante una aeroevacuación médica en casos de enfermedad por virus de Ébola. Protocolos que todavía no han pasado y que están pendientes son los procedimientos de limpieza y desinfección en ambientes extrahospitalarios, domicilios, espacios comunes y vehículos en casos de sospecha y el protocolo sobre intervención forense en muertes judiciales en relación con el virus de Ébola. Estos pasarán por la Comisión de Salud Pública el día 18 de este mes para ser ratificados en el próximo consejo interterritorial que tendrá lugar en la última semana de este mes, previsiblemente el día 26 de marzo. Puede que esta información despierte poco interés mediático, pero es una labor rigurosa, diaria, que ha sido puesta en valor en la última conferencia de alto nivel de ébola celebrada en Bruselas el pasado 3 de marzo. Implica además a muchos agentes que tienen que estar preparados para velar frente a esa amenaza, que aunque esté más controlada no ha finalizado. Hay que pensar que esta crisis comenzó con un solo caso y, por lo tanto, sigue habiendo casos y hay que seguir desarrollando este tema.

El siguiente punto dentro de este tema fue el de las infraestructuras. No era demasiado práctico tener tantos hospitales en el país como hospitales de referencia, con lo cual estuvimos visitando aquellos que estaban mejor preparados y al final decidimos que había siete que deberían ser de referencia en primera instancia. Por lo tanto, en caso de que haya nuevos casos —esperemos que no— el primer golpe lo recibiría uno de estos siete hospitales, donde además se ha tenido en cuenta la concentración demográfica. Concretamente, son el Virgen del Rocío de Sevilla, el Royo Villanova de Zaragoza, el de la Candelaria-Ofra en Santa Cruz de Tenerife, el Hospital Clínic i Provincial de Barcelona, el Hospital Universitario La Fe de Valencia, el complejo hospitalario La Paz-Carlos III, lógicamente; el Hospital de Donostia está todavía adaptándose, cuando finalice se pondrá a disposición de la red y entrará dentro de este grupo, y el Hospital General de la Defensa, que tiene previstas ocho habitaciones de aislamiento de pacientes de alto nivel de biocontención, nivel 4, para el mes de abril o junio. Había previstas inicialmente dieciséis, pero tampoco tiene mucho sentido que haya dieciséis camas de nivel P4 porque la Comunidad de Madrid ha demostrado que es muy difícil atender a más de un paciente con todos los contactos en una sola comunidad. De ahí que se creara una comisión de hospitales de tratamiento de esta enfermedad, que preside el director general de Salud Pública, que nos acompaña hoy también, que cuenta con la participación de todas las comunidades autónomas, de aquellas que tienen hospitales de referencia, y que en un proceso máximo de cuatro horas tiene que decidir, cuando se haya confirmado la enfermedad, a qué hospital tiene que ser dirigida la persona infectada, y eso está fundamentalmente en función de la comunidad de residencia, de la proximidad y de que no coincidan en una misma comunidad más de un paciente, entre otros indicadores.

Aparte de eso y para que los profesionales pudieran actuar con las mayores garantías han sido necesarias dos cosas. Por un lado, adquirir los equipos de protección individual, cuya compra ha gestionado el Ingresa. Hasta la fecha se han adquirido equipos por valor de 3,5 millones. Se han comprado también cápsulas de aislamiento para el transporte de pacientes. A cada comunidad autónoma se le ha mandado una, excepto a Cataluña y el País Vasco, a los que se les ha ofrecido pero que no la han solicitado todavía, en todo caso se mandará para el transporte si se produce algún caso. El Ministerio de Defensa también tiene un aviocar para trasladar un hospital de campaña de máxima seguridad, si es necesario. Y además de disponer de los medios personales es necesaria también una formación, que ha estado llevando cabo el Instituto de Salud Carlos III. En la Escuela Nacional de Sanidad se ha formado a más de mil profesionales, que a su vez tienen que formar a sus compañeros en las comunidades autónomas, y también se están

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 763

11 de marzo de 2015

Pág. 4

realizando cursos especiales para trabajar con los trajes autónomos que se han comprado y el manejo de las cápsulas, empezando por el complejo hospitalario Carlos III y continuando por el personal de los seis hospitales, de modo que los equipos irán a los hospitales a formarles.

El sistema de vigilancia y control de fronteras ha controlado y sigue controlando cada día 773 buques, en uno de ellos se activó el protocolo de sanidad exterior por sospecha de ébola; 114 vuelos, 5 activaciones del protocolo en esos 114 vuelos. Se ha controlado a 4.294 viajeros y 545 tripulantes, se han repartido 4.839 tarjetas informativas y se han controlado 87 paquetes personales, habiéndose rechazado 7. De los cooperantes españoles tenemos la necesidad y casi la obligación de conocer no digo que todo, pero sí dónde están y hasta el grupo sanguíneo, por una razón, porque los casos que pudieran ocurrir previsiblemente tienen que venir de ellos. Es lógico, son los que están más en contacto con el personal en África Occidental. No se puede descartar que no haya casos fuera de allí, pero si viene algún caso más probablemente venga de allí. Por lo tanto, necesitamos saber dónde están y saber exactamente a qué hospital deberían ir. Esperemos que eso no ocurra, pero es preferible estar preparados para eso. Hay actualmente 22 cooperantes en seguimiento y, cuando vienen, se les hace ese seguimiento hasta que pase ese periodo.

Hasta la fecha en Europa existe la impresión de que España ha cooperado pero que no lo ha hecho en materia de personal, y ahora diré qué es lo que estamos haciendo, y con el señor Llamazares lo hemos discutido alguna vez porque es muy importante hacer esto, pero con todo y con eso ha habido 213 cooperantes con las ONG españolas trabajando sobre el terreno, con lo cual España ha hecho también, al menos en parte, su papel. Pero a raíz de ese llamémosle complejo y de la sensación de que quizá podemos hacer más como sistema, a propuesta del Comité para la gestión del ébola se va a plantear una estrategia que permita identificar a profesionales del Sistema Nacional de Salud que pudieran formar parte de los equipos internacionales desplegados en el terreno, en respuesta a las solicitudes que habían hecho OMS y ECDC, el Centro de Control de Enfermedades Europeo. A raíz de esas iniciativas se ha seleccionado a 17 profesionales, todos ellos epidemiólogos, de los cuales 5 ya tienen misión asignada para ir a trabajar en el terreno. Ahora necesitamos fundamentalmente epidemiólogos porque hay que controlar el contagio de unos pacientes con otros en África Occidental. El resto están esperando para salir en las próximas semanas en esas misiones. Pero lo que comentaba con el señor Llamazares y que alguna vez hemos discutido en el Pleno es la iniciativa en la que hemos trabajado y estamos trabajando como idea original del propio comité de seguimiento y en colaboración con la Dirección General de Ordenación Profesional y también con Asuntos Exteriores, que es dar facilidades y uniformidad a la situación de los distintos servicios de salud para que nuestros profesionales sanitarios del Sistema Nacional de Salud puedan acceder con menos trabas que hasta ahora a actividades de cooperación o intervención en caso de emergencia —en otras palabras, permiso para participar en emergencias humanitarias— contando con las siguientes garantías: que se reconozca el tiempo trabajado en el proyecto de cooperación como servicios prestados con validez para ser considerado en los distintos baremos de provisión de puestos de trabajo; que el tiempo trabajado en un proyecto de cooperación se contabilice a efectos de antigüedad y de carrera profesional. Para el personal estatutario temporal, que el tiempo trabajado en el proyecto de cooperación sea objeto de valoración tanto en bolsas de contratación temporal como en los procesos selectivos de oposición para acceder a la condición de estatutario fijo, y no debe ser penalizado en las bolsas autonómicas de empleo por encontrarse desempeñando estas actividades; una regulación que mantenga la reserva de plaza del cooperante y, como se ha planteado desde Exteriores, que sea un permiso no retribuido o retribuido parcialmente, ya que la actividad está normalmente remunerada, por lo que no se va a producir una pérdida de poder adquisitivo. Esa normativa, mediante la actualización del marco jurídico, debe facilitar la movilización del personal sanitario y, por tanto, mejorar la respuesta sanitaria de la cooperación española a las emergencias humanitarias. No hay que olvidar que lo que hoy es una emergencia internacional —ya sabemos lo que ha pasado con el ébola— puede ser una emergencia nacional, lo que nos lleva a hacer dos consideraciones. La primera es que la gente que adquiere la experiencia fuera puede ser muy útil en los problemas que podamos tener, transcendentales en casos de crisis de salud pública en nuestro país. La segunda es que hay un concepto muy importante —y eso va dirigido a quienes tienen la responsabilidad en las comunidades autónomas—, la responsabilidad en materia de salud con respecto a nuestros propios ciudadanos —no me estoy refiriendo a quienes están fuera como voluntariado o cooperación— no se cierra en nuestras propias fronteras. Aunque solo fuera por proteger a nuestros propios ciudadanos, hay que trabajar dentro de nuestras fronteras, desde luego, pero también fuera de nuestras fronteras. Por eso se va a plantear un acuerdo de conferencia sectorial del

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 763

11 de marzo de 2015

Pág. 5

consejo interterritorial para impulsar la constitución conjunta de una bolsa o *roster* de carácter permanente a gestionar por la Administración General del Estado. Esta bolsa permitirá a los profesionales interesados participar en proyectos de cooperación internacional, avalados por la Agencia Española de Cooperación, Aecid, en las emergencias humanitarias en las que el Gobierno considere necesario dar una respuesta de ayuda y colaboración coordinada por parte del Estado español.

Señorías, entro sin más dilación a otra cuestión dentro de los grandes retos con los que nos hemos encontrado que es la hepatitis C. A nadie se le escapa que la infección por el virus de hepatitis C y sus consecuencias es un problema sanitario de primer orden, esa es una realidad y lo es en la mayor parte de países del mundo, y España, desde luego, no es una excepción. Además, todos ustedes saben que están apareciendo nuevos fármacos que al actuar directamente sobre el virus y en los procesos de replicación tienen una efectividad enorme en su desaparición, aunque los costes todos sabemos que son considerablemente elevados. Por lo tanto, por primera vez en la historia, a mi modo de ver, se ha unido una enfermedad tremendamente prevalente con una solución que en tres meses puede resolver un problema y, al mismo tiempo, con un coste extraordinariamente elevado. Esa es la tormenta perfecta afortunadamente para el paciente en cuanto a la solución que se le va a dar, pero para el sistema sanitario es una tormenta en tanto que es un desafío que había que resolver. Por eso se planteó hacer —no desde el entorno de las administraciones públicas, sino desde el entorno de los expertos nacionales e internacionales— un plan estratégico para abordar el problema de la hepatitis C; un plan que tiene que ser aprobado en el consejo interterritorial de finales de este mes y que está dirigido a reducir la morbilidad causada por el virus y a mejorar la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes. Es un plan ambicioso que ha sido coordinado por el doctor Joan Rodés, en el que conscientemente —yo no he participado— la intención ha sido dejar a los expertos que nos dijeran qué hay que hacer. Esa fue la petición del ministro, cuál es la situación, qué hay que hacer y cómo hay que hacerlo, sin ningún tipo de influencia. Y eso fue lo que hicimos. Para ello, el plan ha establecido cuatro líneas. Una, conocer la magnitud del problema y la epidemiología. Eso supone realizar una encuesta de seroprevalencia de hepatitis C en la población adulta, con cortes de población general ya constituida y validada por equipos de investigación epidemiológica. Lo contrario obligaría a un enorme trabajo y a dilatarse mucho en el tiempo. Se va a hacer a través del Consorcio Ciber, con los grupos de áreas temáticas de epidemiología y de patología y se van a destinar específicamente 2,5 millones de euros a las actividades a desarrollar por el Carlos III sobre hepatitis C. Se va a implantar el sistema de información de nuevos diagnósticos de la red nacional de vigilancia epidemiológica y un registro de pacientes de hepatitis C tratados con antivirales. Esto es muy importante en cuanto al aspecto económico, pero fundamentalmente lo es desde el punto de vista médico. No sabemos en qué va a consistir la respuesta a estos antivirales, si puede haber complicaciones extrahepáticas, y tenemos por primera vez la posibilidad de hacer a nivel de todo un país un estudio y un seguimiento de la respuesta de estos pacientes. ¿Regresan los pacientes con nivel de fibrosis F4 después de la curación? ¿Lo hacen los F3? ¿Ha habido alguna mejora en la hipertensión portal en el hígado? Todas estas cuestiones tenemos que saberlas porque no las sabemos. Por tanto, ese registro de pacientes es muy importante y, aparte de por este motivo, luego diré por qué otra razón. Aparte de establecer medidas de prevención primaria y secundaria, entre ellas el cribado de poblaciones prioritarias de mayor riesgo y terciaria, en la que no tengo tiempo para detenerme. También plantea definir los criterios científico-clínicos para establecer la estrategia terapéutica y los expertos recomiendan clasificar a los pacientes con hepatitis C en función del tratamiento previo, el tipo de respuesta, el genotipo, el subtipo y de la carga viral, de la coinfección o no con VIH y con el virus de hepatitis B y el grado de fibrosis quística. También hacer un seguimiento biológico y clínico de los pacientes tratados, realizar un tratamiento y seguimiento en unidades con unos requisitos mínimos por médicos con una amplia experiencia en hepatitis crónica y, sobre todo, en cirrosis compensada y descompensada y tratar con los nuevos antivirales a pacientes tanto mono infectados como coinfectados por VIH. Hay una lista de prioridades, pero por no extenderme demasiado les diré que los F4, F3 y F2 necesitan prioritariamente ser tratados, según los expertos, aunque no se excluye a nadie, es decir, todos los pacientes son susceptibles de ser tratados con esta nueva medicación. También con independencia del grado de fibrosis y dentro de esa prioridad se debe indicar el tratamiento en pacientes con elevado riesgo de transmisión y en mujeres en edad fértil que deseen un embarazo. En términos generales, los tratamientos no deben superar las doce semanas, algunos se quedarán en ocho semanas, y aquellos que tengan que tratarse durante veinticuatro semanas, probablemente los más evolucionados, veremos cómo son tratados desde el punto de vista del coste para las comunidades autónomas. Hay que establecer mecanismos de coordinación,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 763

11 de marzo de 2015

Pág. 6

otra de las recomendaciones de los expertos, para garantizar el acceso a los nuevos antivirales en condiciones de equidad para todos los pacientes que lo precisen y monitorizar su efectividad terapéutica en los resultados de salud en pacientes. Finalmente, impulsar la investigación. Los expertos prevén estudiar los eventos específicos relacionados con la prevalencia e incidencia de la infección y desarrollar líneas de trabajo con financiación del Instituto de Salud Carlos III.

Sobre esta base se plantean, por lo tanto, unos tratamientos que van a simplificar ese proceso, que reducen las necesidades de seguimiento pero no lo eliminan, al contrario, hay que hacer un seguimiento muy riguroso, pero para ver esa evolución y, sobre todo, por las cuestiones del planteamiento de coste que tienen, aumentar las tasas de curación y retrasar la aparición de complicaciones es lo que se consigue con la nueva medicación. Es un esfuerzo conjunto que quiero agradecer a todas las comunidades autónomas, a las sociedades científicas, a los consejos profesionales, a las asociaciones de pacientes y muy especialmente, como es lógico, al doctor Rodés, al grupo de expertos nacionales e internacionales y al equipo del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad que han trabajado en la elaboración del plan.

Una vez dimensionada la situación real, según la información facilitada por las comunidades autónomas, se han contabilizado —y esto es lo que nos dicen las comunidades autónomas— que tenemos en esos grupos F2, F3 y F4 51.964 pacientes, básicamente 52.000 pacientes, de un total de 95.524 diagnosticados. Esas son las cifras de las comunidades autónomas. Los pacientes siguen tratándose, hay que pensar que el año pasado se trató a unos 500 con la nueva medicación y solo en enero de este año se ha tratado a más de 4.500. Por lo tanto, siguen tratándose. Pero si tuviéramos que tratar a los 52.000 a los precios de la medicación de hoy —no es una hipótesis— el coste esta tarde sería de 3.049 millones de euros. Esa es la realidad. Por lo tanto, nosotros nunca dejamos de trabajar. Una cosa es que no estableciéramos ningún tipo de contacto con el plan estratégico y otra cosa es que no supiéramos que teníamos que dar respuesta a ese problema.

De forma paralela, hemos tenido una intensa negociación con la industria farmacéutica para llegar a un acuerdo con ella en tiempo récord que nos permitiera incorporar los mejores medicamentos de acción directa que existen en el mercado y dar respuesta a lo que plantea el plan. Créanme que no ha sido nada fácil. Hemos tenido que introducir fórmulas de riesgo compartido. Hemos tenido que introducir fórmulas de tarifa plana, lo mismo da tratar a un paciente durante doce semanas que durante veinticuatro a efectos de coste; se le tratará las semanas que haga falta y costará exactamente lo mismo, doce semanas. Si se trata durante ocho semanas, obviamente costará las ocho semanas y no las doce. Hemos tenido que introducir fórmulas de precio/volumen: cuantos más pacientes se traten, menos cuesta el medicamento. Y finalmente, fórmulas de techo de gasto, fórmulas que alguna vez se habían utilizado con algún medicamento y en esta ocasión las hemos puesto a funcionar todas al mismo tiempo, todas con los mismos medicamentos. Gracias a esa negociación en cuestión de semanas hemos reducido el coste de 3.049 millones de euros para las comunidades autónomas, para el Estado, hasta un techo de gasto de 727 millones de euros para tratar a esos 52.000 pacientes. Eso significa 2.322 millones de euros menos que no vamos a tener que invertir en esta patología, dando una respuesta a todos los pacientes.

Dicho eso, en 2014 dedicamos al tratamiento de la hepatitis C 149 millones de euros. Ese fue el coste de todos los tratamientos de hepatitis C, incluyendo los antiguos inhibidores de proteasa de primera generación, los nuevos de proteasa y de polimerasas, el interferón pegilado, la ribavirina. Todo ello, 149 millones de euros. En la comisión interministerial de precios —y quiero agradecer aquí la extraordinaria labor que ha hecho el director general de Cartera y Farmacia, doctor Agustín Rivero— tenemos la obligación de establecer un impacto de todo aquello que aprobamos. Van entrando nuevos genéricos —porque estos argumentos los utilizamos, pero después hay que verlo—, seguimos bajando los precios, en alguno tenemos algún problema, ojo con los antibióticos que están costando tan poco que puede que nos quedemos sin ellos; habrá que darle alguna vuelta. Pero la reducción de precios y los genéricos han supuesto un impacto anual —al que estamos obligados en la comisión de precios— de 150 millones de euros que liberamos, y eso es real, eso no es figurado. Con lo cual, para el tratamiento de la hepatitis en las comunidades autónomas tendríamos durante este año un margen de maniobra de prácticamente 300 millones de euros, contando con lo que ya nos gastamos el año pasado, que está consolidado y que deberíamos gastarnos este año, más los 150 del impacto. Cada vez que se produce un impacto es obvio que liberamos margen para seguir introduciendo nueva medicación. Por lo tanto, las comunidades tendrían 300 millones. Claro, si son 727 y los queremos tratar a todos esta tarde, es obvio que habría que introducir un componente más, de modo que nos sentamos con ellas y dijimos: los pacientes no pueden esperar,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 763

11 de marzo de 2015

Pág. 7

ustedes sí. Y dijimos: no vamos a pagar en tres años. Las comunidades autónomas pueden tener un pago diferido de 242,3 millones al año hasta el tercer año, en donde lo completarían. Por lo tanto, las comunidades no deberían recurrir a ningún otro mecanismo, es decir tienen margen suficiente como para tratar a todos los pacientes esta tarde y que eso no les suponga a ellos un problema financiero puesto que pueden hacer el pago diferido.

Podríamos haber acabado ahí. Pero dijimos: no es suficiente, e implicamos al Ministerio de Hacienda. Los consejeros de Sanidad dicen que eso es complicadísimo, que nunca habían visto a un secretario de Estado de Hacienda en una reunión con los consejeros de Sanidad. Y lo cierto es que el secretario de Estado, Antonio Beteta, estuvo con los consejeros. Introdujimos un nuevo esquema, aparte del que ya les he explicado, por si alguien lo necesita —es obvio que no lo van a necesitar, pero por si alguien lo necesita—, que es el poder acogerse a esos mecanismos de facilidad financiera y de liquidez autonómica. Hay diez comunidades autónomas que se pueden acoger a la facilidad financiera, cinco a la liquidez autonómica y hay dos comunidades, País Vasco y Madrid, que no están en ninguno de esos mecanismos. Íbamos a hacer un convenio con ellos para resolver el problema; País Vasco ya ha dicho que no lo necesita. Ya lo sé, ni ellos ni ninguno lo pueden abordar fácilmente, pero si alguien quiere acogerse a eso sabe que puede hacerlo con esos mecanismos, tienen un plazo de diez años, un interés cero con los periodos de carencia que estos mecanismos tienen, que son tres años a interés cero, un año en el caso de la liquidez autonómica y luego ya el tipo medio del Tesoro, que está ahora en el 1,2%. Pero, insisto, no es un mecanismo que tengan que utilizar, es que toda la negociación previa ya permite tratar a los pacientes. Y digo más —y a lo mejor no debería decirlo—, pero en esa negociación hay adicionalmente un sistema según el cual los últimos 5.000 pacientes de esos 52.000 tienen tal coste que van a condicionar para bien lo que nos exija el sistema al tratar a nuevos pacientes. La negociación, a mi modo de ver, no ha podido ser ni más rápida ni más efectiva ni más beneficiosa para el Sistema Nacional de Salud.

El Ministerio de Hacienda hablará con los consejeros de Hacienda, y créame que ellos saben muy bien de qué estamos hablando, y nosotros estamos hablando con los consejeros de Sanidad. **(El señor Llamazares Trigo: ¡Estamos perdidos!).** Dice el señor Llamazares que estamos perdidos. No, solamente es para que se enteren las comunidades autónomas porque los consejeros de Sanidad, cuando les hablas de estos mecanismos, se ponen todos muy nerviosos, igual que los de Hacienda se ponen muy nerviosos cuando les hablas de F2, F3 y F4, porque si llegamos al F18 entrarían ya los de Defensa. **(Risas).** Pero realmente cada uno tiene su obligación y en este caso sí es verdad que se trata de dar tranquilidad a las comunidades autónomas porque realmente no deben tener ningún problema en este sentido. Permítanme que lo diga en otras palabras: yo creo que hemos hecho posible en España lo que va a ser necesario hacer en el resto del mundo. Y además las propias sociedades científicas —y no hablo de las consecuencias económicas, que no las conocían— consideran que este es uno de los planes más generosos que existen en este planeta para tratar la hepatitis C. Yo confío en que ese sea el principio de un camino que nos lleve a la erradicación de la enfermedad, que, como saben muy bien todos ustedes porque estamos en la Comisión de Sanidad, no se podrá erradicar a menos que existan vacunas, vacunas mucho más complejas que tienen que estimular la inmunidad celular y no la humoral. Cuando lleguen, y están en ello, pues probablemente podamos pasar página de una vez con esta enfermedad.

Esa es la labor que hemos desarrollado en uno de los grandes desafíos que teníamos. En este breve periodo de tiempo hemos seguido desarrollando nuestras obligaciones no solo a nivel nacional sino internacional y hemos atendido esas obligaciones. Lo digo porque considero dignos de mención las reuniones y encuentros en los que hemos representado y tenemos previsto representar a España. Por ejemplo, el II examen periódico universal de la ONU, en Ginebra; la reunión extraordinaria del Consejo ejecutivo de la OMS sobre Ébola, también en Ginebra; el Consejo ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud, celebrado el 26 de enero en Ginebra; la reunión de trabajo de alto nivel sobre salud pública del pasado 17 de febrero, en Bruselas, en el contexto de la Presidencia europea de turno de Letonia; la acción conjunta Crodís sobre enfermedades crónicas, que lideramos a nivel europeo hasta 2017, celebrada en Bruselas; el Consejo de Ministros de Medio Ambiente, el 24 de febrero en Madrid; la Conferencia de alto nivel sobre Ébola, celebrada en Bruselas el pasado 3 de marzo, a la que me he referido antes; el Foro de alto nivel sobre políticas de salud mental y ámbito laboral del 4 de marzo, en La Haya. Las próximas reuniones, por relatar las más cercanas, son la cumbre ministerial de acción global contra la demencia esta próxima semana; la reunión sobre necesidad y acciones urgentes en higiene y saneamientos en la asistencia sanitaria de la OMS y Unicef, la semana que viene en Ginebra; la Conferencia de apertura y la firma del Convenio del Consejo de Europa de lucha contra el tráfico de órganos, el 25 y 26 de marzo en

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 763

11 de marzo de 2015

Pág. 8

Santiago de Compostela; la Conferencia ministerial sobre tuberculosis, que se celebrará en Riga el 30 o 31 de marzo. Son todos ellos encuentros en los que participamos tratando de construir un mundo en el que la promoción y la protección de la salud no conozca fronteras pero al mismo tiempo sea responsabilidad de todos.

Para quienes quieran interpretar mis palabras en el sentido de que la responsabilidad de la salud de todo el planeta recae en nuestras fronteras, quiero aclarar que el nuevo paradigma al que me refiero es que la responsabilidad respecto a la salud de nuestros ciudadanos no acaba en nuestras fronteras, como he dicho antes. Señorías, como decía al principio de mi intervención, las medidas sobre bienestar del ciudadano en materia de salud no pueden quedar reducidas a la asistencia sanitaria, por eso quiero explicarles en lo que estamos trabajando, las distintas materias que son objeto de esta secretaría general. Reconozco que puedo extenderme un poco porque esta secretaría general es el antiguo ministerio, es que está todo concentrado, hay muchísimas áreas y departamentos en los que estamos trabajando.

Salud pública, calidad e innovación. Sin ir más lejos hace unas semanas, concretamente el pasado 6 febrero, el Consejo de Ministros dio luz verde al real decreto por el que se regula el nuevo Registro de actividad y atención sanitaria especializada. Este real decreto es fundamental, no solamente es que cambie el CIE-9 al CIE-10, sino que va a mejorar el conocimiento de la demanda asistencial de las enfermedades atendidas, también va a favorecer la investigación clínica y epidemiológica, y va a proporcionar registros autonómicos con información necesaria para evaluar y controlar la atención prestada al Sistema Nacional de Salud. Lo digo porque aquí hubo una subcomisión en la que uno de los puntos era evaluar los centros y esta herramienta nos permite hacerlo. Va a ser muy difícil darle al ciudadano la libertad de elegir si no tiene información para elegir. Facilitará la elaboración de estadísticas del sector salud tanto a nivel nacional como a nivel internacional para la OMS y la OCDE, homogeneizará por primera vez toda la actividad desarrollada en el sector hospitalario tanto público como privado, mejorará los análisis sobre calidad y seguridad de la atención al paciente —a mi modo de ver fundamental—, y precisará los resultados sobre consumo de recursos y coste de procesos, tema muy importante también. ¿Cuántas veces hemos criticado la atención en concesiones en centros que llamamos privatizados o de cooperación pública-privada? Me gustaría saber en resultados de salud eso qué significa, y en términos de coste también; me gustaría saberlo porque si no, el debate es puramente dogmático; necesitamos tener datos para saber y poder compararnos, y algunas iniciativas llevan ya muchos años circulando. Lo digo porque ya va siendo hora de que empecemos a hablar en términos correctos de esta materia. No es, por lo tanto, una simple relación de impactos que genera la norma, sino el impacto de cada una de estas piezas de información sobre la gestión de todo el sistema, eso es lo que trato de poner de manifiesto aquí.

Estamos creando además por orden ministerial el registro nacional de enfermedades raras. Estamos modificando la Ley 28/2005, de prevención del tabaquismo, para regular la publicidad de los dispositivos susceptibles de liberación de nicotina y su modificación es necesaria para trasponer la Directiva 2014/40 sobre regulación del tabaco. Estamos estableciendo por real decreto los requisitos técnicos sanitarios que han de cumplir las instalaciones con riesgo de producir legionelosis. Se inició la tramitación del proyecto de real decreto sobre protección sanitaria de la población con respecto a las sustancias reactivas en las aguas de consumo humano. Estamos mejorando la vigilancia epidemiológica por orden ministerial desde la actualización del listado de enfermedades de declaración obligatoria. El director general de Salud Pública, que está aquí, sabe por alguna reunión que hemos tenido sobre esta orden ministerial que es sorprendente que la hepatitis C no esté en el registro como hepatitis C, es que lleva registro como otras hepatitis; me parece que este es un tema muy serio. O sea, cada orden, cada real decreto por supuesto que tiene importancia, pero es que tiene mucha importancia en el día a día de lo que estamos hablando en esta Comisión; mucha importancia y esta es una de ellas.

En colaboración con el Ministerio de Empleo y Seguridad Social, como proponente, estamos tramitando el proyecto de real decreto que modifica el que establece los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención. Seguimos implantando la sanidad en línea y avanzamos en el objetivo de interoperabilidad total de la historia clínica, la receta y la tarjeta individual electrónica. Actualmente disponen de receta electrónica el 92 % de los centros de salud, el 53 % de los consultorios locales, el 68 % de los centros de atención especializada y el 90 % de las oficinas de farmacia. Hay una experiencia piloto de interoperabilidad entre comunidades autónomas, Extremadura y Canarias, que ya ha finalizado y que tiene que pasar ahora a aplicarse en pacientes reales. El compromiso es incrementar hasta el cien por cien las recetas dispensadas electrónicamente, que el soporte técnico de interoperabilidad esté totalmente operativo e incorporar a cuatro comunidades

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 763

11 de marzo de 2015

Pág. 9

autónomas al proyecto de interoperabilidad. Estamos impulsando nuevas estrategias nacionales como la relativa a las enfermedades neurodegenerativas, actualizando y dando continuidad a otras como las de prevención y promoción de la salud en el marco del abordaje de las enfermedades crónicas, la de cáncer y la de salud mental. Y todo ello mientras evaluamos además el cumplimiento y la calidad de los cribados y promovemos la convergencia con Europa con acciones, por ejemplo, el proyecto europeo de salud y medio ambiente.

En el ámbito de ordenación profesional, estamos haciendo posible, en el contexto de la modificación del Código Penal, el reconocimiento de la condición de autoridad de los profesionales sanitarios que sean empleados públicos y que ejerzan en los centros públicos del Sistema Nacional de Salud mediante modificación, como digo, del Código Penal. Estamos modificando también el apartado cuarto del artículo 31 del Estatuto marco con el objetivo de establecer una norma de carácter básico, unos principios y criterios de baremación en los procesos selectivos y de provisión de plazas en este tipo de personal comunes a todo el Sistema Nacional de Salud. Estamos promoviendo la conferencia con la profesión de enfermera para avanzar en cuestiones tan importantes como el desarrollo profesional, los itinerarios y las especialidades de enfermería. Trabajamos para implantar de forma progresiva el registro estatal de profesionales sanitarios conforme a los términos acordados en el Consejo Interterritorial. Estamos potenciando la formación continuada mediante la determinación de criterios de equivalencia entre los créditos de la Unión Europea de médicos especialistas y los créditos del sistema acreditador español de formación continuada. Estamos impulsando el catálogo de equivalencias de categorías de personal estatutario del Sistema Nacional de Salud —para este mismo mes además— que pretende facilitar la movilidad del personal. Vía real decreto quedarán regulados los estatutos del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos España y concretaremos vía real decreto los diplomas de acreditación y acreditación avanzada. Mañana —les confieso que es mi deseo, al menos están convocados— constituiremos el foro profesional y aprobaremos su reglamento de funcionamiento interno para que inicie sus trabajos. Regularemos con carácter básico para todas las comunidades autónomas un permiso para participar en proyectos de cooperación española en emergencias humanitarias que ya les he explicado anteriormente. Y trabajamos para impulsar el real decreto por el que se modifica a su vez el Real Decreto 1146/2006, que nos permita regular los aspectos retributivos y de situación administrativa de los aspirantes a titularse en un área de capacitación específica o reespecializarse por la vía del cupo en los términos que establece el Real Decreto de troncalidad.

Desde el área de cartera de servicios y farmacia estamos haciendo posible la indicación, el uso y la autorización de la dispensación de medicamentos por parte de los enfermeros. Esto lo estamos regulando mediante un real decreto, el proyecto de real decreto tiene que pasar primero por el Consejo Interterritorial y, después, será enviado al Consejo de Estado; con ese dictamen del Consejo de Estado se elaborará el texto definitivo, de modo que estaría en condiciones de ser publicado. Es muy difícil hacer estimaciones, pero confío en que como mucho después del verano debería estar ese real decreto ya en el «Boletín Oficial del Estado».

Estamos materializando el desarrollo y la regulación de la gestión clínica; entienden ustedes cómo está regulada esa regulación y yo creo que es algo muy deseado por los médicos y por el resto del personal sanitario, por supuesto incluyendo enfermeros, pero sinceramente tenemos que hacer un enorme esfuerzo. Tal y como va a quedar regulado, a mi modo de ver, va a introducir un cambio sustancial en la gestión del sistema sanitario en nuestro país, y del mismo modo que la indicación enfermera ha tenido un trámite que ha arrancado mucho antes, este tiene que ir mucho más rápido porque el real decreto tiene que estar publicado el real decreto por supuesto antes de que acabe esta legislatura, previsiblemente, si podemos acelerar todos los trámites, no más tarde de noviembre. No depende de nosotros, depende fundamentalmente del trámite que exige un real decreto, que, como saben ustedes, a veces puede ser enormemente largo. También estamos materializando todos los otros compromisos suscritos en los acuerdos marco con los profesionales: con los médicos, la implantación del sistema de formación sanitaria especializada bajo criterios de troncalidad; la adecuación de la oferta de grado en medicina con la oferta de formación sanitaria especializada; la regulación del modelo de evaluación del desarrollo profesional en España. Con los enfermeros, la regulación del Registro de los consejos y colegios profesionales; el desarrollo de las especialidades de enfermería; los diplomas de acreditación, la aprobación del programa formativo de la especialidad de cuidados médico quirúrgicos. Con los farmacéuticos, la formación de pregrado farmacéutico; el desarrollo profesional continuo; la revisión de sistemas de facturación; la cooperación interprofesional y la salud en línea.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 763

11 de marzo de 2015

Pág. 10

Además, en poco más de una semana, los próximos 23 y 24 de marzo, organizaremos el plenario de la acción conjunta de la Unión Europea sobre la planificación y la proyección de las necesidades de recursos humanos en los sistemas de salud, en el que estarán presentes las comunidades autónomas y los colegios profesionales, y donde se debatirán las metodologías de planificación, se compararán los modelos vigentes y se ratificará y difundirá un manual de planificación de necesidades de recursos humanos en salud.

En cartera básica de servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia hay un tema que es muy importante —no sé cuánta publicidad ha tenido, pero los trabajos han sido muy intensos y confiamos que se resuelva en muy breve plazo—, que es un acuerdo del Ministerio de Sanidad en colaboración con el Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas y con Farmaindustria, la industria de los medicamentos genéricos y la de productos sanitarios Fenin. Todo ello sobre protocolos anclados en disposiciones de carácter normativo, que hemos ido variando a lo largo del tiempo. Finalmente hay un punto que entendemos que es válido para todo el mundo, ya que permitirá establecer las bases de la transparencia y de la sostenibilidad del gasto sanitario en esas áreas tan importantes. Por tanto, ese es otro de los aspectos importantes de todo ese desarrollo.

Estamos trabajando además en un texto refundido de la legislación existente sobre garantía y uso racional de medicamentos y productos sanitarios, desarrollando, también por real decreto, el Fondo de garantía asistencia, y el Fondo de cohesión sanitaria. Después de hacer posible que las comunidades autónomas reciban la compensación por la prestación farmacéutica y la asistencia de atención primaria hospitalaria, ahora avanzaremos en la inclusión de la atención dada a poblaciones limítrofes que todavía no estaba incluida. Vamos a actualizar como cada año los precios de referencia. Estamos adecuando además la normativa vigente en materia de reproducción humana asistida a las directrices europeas, en lo referente a la oferta de servicios, actividad y donación. Trabajamos también en un real decreto de financiación y precios de los medicamentos y productos sanitarios. Ha habido bastante discusión previa para evitar que el número de alegaciones sean extraordinariamente elevadas. Ya entendemos que va a haber alegaciones, sobre todo, porque la industria lo ve realmente como una amenaza —lo tengo que decir en esos términos—, pero es un aspecto normativo que es necesario. Estamos regulando la prestación ortoprotésica, actualizando el catálogo, así como los importes máximos de financiación. Quiero aclarar que los importes máximos de financiación hacen referencia a las tarifas máximas, para que no haya confusión.

Respecto a la Organización Nacional de Trasplantes queremos seguir consolidando y desarrollando el modelo de donación y trasplantes de órganos, que es obvio que ha sido de un enorme éxito en los últimos veinticinco años. Para conseguirlo y avanzar hacia el aumento del 10 % de las donaciones y del 20 % de los trasplantes previstos para 2020, hay que recordar que este año ha sido año récord, que es un esfuerzo común de todo el sistema. Hemos impulsado el Plan nacional de fomento de la donación en asistolia para que este tipo de donaciones alcance el 15 % del total este mismo año. Vamos a seguir fomentando el trasplante renal de vivo y el trasplante renal cruzado, que queremos que suponga de un 18 % al 20 % del total. Seguiremos desarrollando el Plan nacional de médula para alcanzar los 200.000 donantes. Nuestro banco de cordón es de los más importantes del mundo, solo superado por Estados Unidos, pero en registro de donantes de médula nos habíamos quedado un poco atrás. Por eso, en 2012 el Plan nacional de médula ósea se propuso el objetivo de pasar de 100.000 a 200.000 donantes. En 2014 hemos llegado a los 170.000, luego el objetivo de los 200.000 previsiblemente lo conseguiremos antes del año 2016 —quizás lo consigamos este año por esa velocidad a la que vamos—. Formalizaremos en dos semanas, el 25 de marzo, en Santiago de Compostela la firma del Convenio del Consejo Europeo de lucha contra el tráfico de órganos que implica a los Ministerios de Sanidad, Justicia y Asuntos Exteriores. Desarrollaremos la estrategia en colaboración con la estrategia global de la Organización Mundial de la Salud en materia de trasplante y desarrollo del Observatorio Mundial de la Donación y Trasplantes, y avanzaremos en la puesta en funcionamiento del programa Accord, que es una Joint Action, del programa de Salud 2008-2013 de la Comisión Europea —lo que hacemos ahora es la versión española para mejorar la evolución del proceso de donación en aquellos fallecidos con daño cerebral que son sujetos de donación de órganos—.

Además, en lo que al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria se refiere vamos a llevar nuevas licitaciones de adquisición centralizada tanto de medicamentos como de otros productos sanitarios. Estamos creando una plataforma de información y un catálogo de compras centralizadas del Sistema Nacional de Salud y una estrategia para aumentar la capacidad resolutoria de los centros, de modo que el

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 763

11 de marzo de 2015

Pág. 11

desplazamiento por razones asistenciales a la península y Ceuta y Melilla pueda reducirse al mínimo. Vamos a licitar también las obras del centro de salud de Polavieja, con un presupuesto de obra y equipamiento de 2.500.000 euros —la licitación de la obra está prevista para la segunda quincena de abril como mucho—. Acondicionaremos los espacios del 061 y mejoraremos las instalaciones del servicio de urgencias de atención primaria del Centro Salud de Lafont. Licitaremos la obra del Centro de Salud del Tarajal, ya que esta obra quedó paralizada por abandono de la empresa con la que se resolvió el contrato del año pasado; el coste de la obra es superior a los 3.000.000 de euros y la licitación está prevista para julio de 2015. Asimismo, reiniciaremos las obras del nuevo Hospital de Melilla, una vez ejecutadas las sentencias judiciales pendientes. Porque sí, hay sentencias judiciales porque las cosas no se hicieron bien —si quieren se lo explico más tarde, pero en principio lo dejaría ahí—.

En cuanto a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, trabajamos en un real decreto para regular los ensayos clínicos con medicamentos, los comités de ética y de investigación con medicamentos y el Registro español de estudios clínicos. Estamos poniendo en marcha la venta por Internet de medicamentos de uso humano no sujetos a prescripción médica, que está regulada por un real decreto de 2013. Regularemos, también mediante real decreto, la venta a distancia de medicamentos veterinarios que no están sometidos a prescripción veterinaria, en coordinación con el Ministerio de Agricultura, y estamos finalizando la tramitación del proyecto del real decreto sobre productos cosméticos. Esto regula aspectos que el Reglamento europeo deja a los Estados miembros. Es especialmente relevante la constitución del sistema español de cosmetovigilancia. A los cosméticos no se les ha dado la importancia que tienen, a mi modo que ver, o la importancia que no tienen. En todo caso, pretende mejorar la recogida y evaluación de los efectos no deseados producidos por los cosméticos y la creación del comité de productos cosméticos como órgano de apoyo a las decisiones en materia de seguridad de estos productos.

Estamos promoviendo el Plan nacional estratégico y de acción conjunto de medicina humana y veterinaria para reducir el riesgo de selección y diseminación de resistencia a los antimicrobianos. En la comparecencia del ministro, el otro día en el Senado, se hizo alguna pregunta sobre antimicrobianos, sobre resistencia. Ese es un asunto de extraordinaria importancia. Nos podemos llegar a quedar no solo sin antibióticos porque los precios sean muy bajos, es que nos podemos quedar sin antibióticos porque el número de resistencia sea tan alto por el mal uso de los antibióticos que tengamos un grave problema y pasemos a una era preantibiótica. Cualquier medida que se haga en esta materia es fundamental y el uso, por ejemplo, de medicamentos de uso humano en piensos del ganado para evitar que se pongan enfermos y engorden más rápidamente está injustificado. Esa legislación es importante. Aparte estamos participando en el desarrollo de nuevos reglamentos europeos de productos sanitarios y medicamentos veterinarios.

Hay una cuestión que ha salido poco en los medios de comunicación, no es que importe mucho pero sí la labor que hay detrás. Me refiero al Plan piloto de análisis de datos en colaboración con la Agencia Tributaria y las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, con el que detectar y actuar de forma precoz frente a la distribución inversa del medicamento.

Hay procesos abiertos ahora, y les quiero anunciar que desde la Agencia Española del Medicamento, en ese sentido y de acuerdo con las fuerzas de seguridad, se va a ser implacable; lo digo porque el tema de la distribución inversa del medicamento es importante. En lo que respecta a la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición, concretamente en lo que concierne a consumo y desde el apoyo a los consumidores mediante las subvenciones que hacemos a las juntas arbitrales de consumo y a las asociaciones de consumidores y usuarios, al fomento de dichas asociaciones para el desarrollo de programas de educación, de información y formación de los propios consumidores, y al respaldo técnico y administrativo al Consejo de Consumidores y Usuarios, en el que el otro día pude participar —lamentablemente no mucho tiempo, pero desde luego volveremos allí tanto el ministro como yo, porque creo que tiene una enorme importancia; no pude estar precisamente porque teníamos que resolver el tema de la hepatitis, que nos ha ocupado muchísimo tiempo, pero el aspecto de consumo es fundamental—, queremos traer a esta Cámara una ley para regular la resolución alternativa de conflictos en materia de consumo, trasponiendo al ordenamiento jurídico español la Directiva 11/2013, sobre la resolución alternativa de litigios en materia de consumo. Trabajamos en un real decreto que regule el sistema arbitral de consumo, que va a ser beneficioso para empresarios y consumidores por la mayor agilidad y simplicidad en el procedimiento, porque va a permitir la presentación telemática de las reclamaciones, la reducción de los tiempos de resolución y la disminución de los costes para las administraciones públicas. Por supuesto, un año más desarrollaremos el Plan de formación para los profesionales de consumo y modificaremos el

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 763

11 de marzo de 2015

Pág. 12

Real Decreto 1205/2011, sobre la seguridad de los juguetes, para trasponer la directiva con la que rebajar los niveles de plomo, cadmio, níquel y bisfenoles. También estamos actualizando el código alimentario español en lo que se refiere a las características que en él se establecen para el papel de fumar. Si por mí fuera no habría papel de fumar, pero las características del código alimentario español hacen que para su comercialización en España puedan constituir una barrera a la libre circulación de mercancías en el mercado de la Unión Europea, y por eso es necesaria su modificación.

En lo que se refiere a seguridad alimentaria, se acaba de publicar en el «Boletín Oficial del Estado» el Real Decreto 126/2015, sobre la información alimentaria de los alimentos sin envasar, que era necesario implementar, no como lo ha hecho Francia, que exige poner en alimentos sin envasar toda la información sobre alérgenos en un determinado tamaño. Parece una verdadera locura. Aquí se ha resuelto haciendo obligatorio informar al usuario, al consumidor, pero no poniendo que poner la información en la bolsita donde se está envasando en ese momento; eso sí, se debe disponer de ella si el usuario lo solicita. Ampliaremos, vía real decreto, el listado de sustancias permitidas en la elaboración de complementos alimenticios, actualmente limitado a vitaminas y minerales, para que se pueda fabricar por reconocimiento mutuo. Hay quien tiene que buscar un reconocimiento en otros países para elaborar esos complementos en España. Aprobaremos la lista de coadyuvantes tecnológicos autorizados para la elaboración de aceites comestibles, como el caolín, que absorbe sustancias del aceite. Estamos actualizando los reales decretos 1798/2010 y 1799/2010, por los que se regula la explotación y comercialización de aguas minerales y el proceso de elaboración y comercialización de las mismas. Modificaremos el Real Decreto 846/2011, de materiales poliméricos reciclados, y pondremos en marcha la base de datos de expertos en seguridad alimentaria y nutrición en la plataforma informática, que todavía está pendiente por lo que respecta a la protección de datos.

En materia de nutrición hemos actualizado la estrategia de nutrición, la actividad física y la prevención de la obesidad, NAOS, en el contexto de su 10.º aniversario. Estamos trabajando en el programa de recopilación de datos relativos a las antibiorresistencias microbianas en agentes zoonóticos en determinados alimentos. Este año presentaremos la base de datos de la Red de laboratorios de seguridad alimentaria. Participaremos en el proyecto europeo Labelfish, organizado en España por el Instituto de Investigaciones Marinas, para crear una red europea de verificación de autenticidad y control de trazabilidad de los productos pesqueros. El etiquetado del pescado permitirá evitar el fraude; es el caso, por ejemplo, del mejillón gallego, porque se ha detectado que lo que se vende como mejillón gallego lleva tres tipos de mejillones de origen distinto, que no tiene nada que ver con Galicia. Este aspecto también es muy importante. Vamos a implantar el uso de la base de datos europea del control de mercado, que recoge las actividades de control del mercado de todas las autoridades competentes de la Unión Europea, y hemos empezado a trabajar ya en la elaboración de un nuevo Plan nacional de control oficial de la cadena alimentaria 2016-2020, que hasta ahora se limitaba a la seguridad alimentaria y que, partir de ahora, también se centrará en calidad y fraude. Vamos a dar a conocer el Estudio de vigilancia del crecimiento, el Estudio Aladino de 2015, en el marco de la cuarta oleada del Sistema de vigilancia epidemiológica de la obesidad infantil en la región europea de la OMS. Seguimos desarrollando el programa Fifty-Fifty en el marco del Observatorio de la nutrición y estudio de la obesidad que preside el doctor Valentín Fuster, para promover la salud integral en las personas adultas de veinticinco a cincuenta años, y con especial atención a la alimentación no saludable, a la inactividad física y al tabaquismo. Daremos seguimiento al código de autorregulación de la publicidad de alimentos dirigida a menores, prevención de la obesidad y salud, y concluiremos la implementación del Plan de hábitos de vida saludables 2013-2015.

Señorías, tener servicios propios de un Estado del bienestar ya es un logro al que muchas sociedades aspiran sin conseguirlo, y muy pocas lo logran como nosotros lo entendemos en nuestro país. Siendo eso algo extraordinario, no nos podemos quedar ahí: aspiramos a que sean las administraciones y los servicios los que se adapten a los pacientes, a los ciudadanos, y que no sea el ciudadano el que tenga que adaptarse a las administraciones. Por eso, también promoveremos importantes avances en los próximos meses en materia de coordinación sociosanitaria. La realidad sociodemográfica de España está caracterizada por una población que es envejecida —lo decimos muchas veces—, con enfermedades crónicas y habitualmente con carácter pluripatológico. La orientación del Sistema Nacional de Salud hacia esa nueva realidad requiere, entre otros, cambios con una coordinación integral con los servicios sociales. Si los ámbitos social y sanitario deben coordinarse y acabar integrándose —porque eso es lo que significa que la población envejezca y que cambie la orientación de la asistencia desde agudos a crónicos—, entonces debemos avanzar hacia un escenario en el que las historias clínicas acaben integrando la

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 763

11 de marzo de 2015

Pág. 13

información, también del área social —discapacidad, dependencia—, las tarjetas sanitarias se conviertan en sociosanitarias y la atención deje de ser exclusivamente sanitaria para convertirse en sociosanitaria cuando sea necesario. Por tanto, no atendemos a enfermedades, como decimos habitualmente, sino que atendemos a pacientes, a enfermos, con necesidades que han cambiado y que no distinguen entre servicios disponibles y mucho menos entre administraciones que prestan esos servicios. Hay que adaptar esos servicios y esas administraciones a las nuevas necesidades de la población, y en eso estamos trabajando: en una estrategia de atención y coordinación sociosanitaria que haga posible una asistencia personalizada e integral, por lo que debe contarse con el consenso de todos los sectores públicos, privados y profesionales, que puedan tener competencias y responsabilidades tanto en la financiación y atención directa sanitaria y social como en la influencia en su puesta en práctica, y para promover dicho consenso las propuestas que se plantean desde el ministerio están basadas en los contenidos de tres documentos: el Libro Blanco de coordinación sociosanitaria de 2011 —elaborado en la anterior legislatura—, la estrategia para el abordaje de la cronicidad del Sistema Nacional de Salud de 2012 y el informe del Consejo Asesor de Sanidad sobre coordinación y atención sociosanitaria de 2013. Dichos documentos cuentan con un amplio consenso profesional, político y sectorial, dada la metodología participativa y multisectorial llevada a cabo en su elaboración, y suponen importantes aportaciones en cuanto a las propuestas y recomendaciones que contienen. Los grupos de trabajo creados hace un año con las comunidades autónomas han estado definiendo el concepto integral de salud, las situaciones personales que requieren asistencia integral, la cartera y el catálogo de servicios sociosanitarios, los requisitos básicos y comunes que deben cumplir los dispositivos de atención y los instrumentos y sistemas de coordinación e información. Quiero destacar que con este cambio, por un lado, promoveremos importantes mejoras en la promoción de la salud y la prevención y el abordaje de la enfermedad, que es lo fundamental, y, por otro lado, aunque secundario —no tan importante, pero a tener en consideración—, favoreceremos a nuestro modo de ver un uso más eficiente de los recursos disponibles. No supondrá más costes si está bien hecho, sino todo lo contrario.

No quiero acabar esta intervención —algunos de ustedes dirán que ya es hora— sin hablar del Instituto de Salud Carlos III. No quiero dejar de hablar de él porque, entre otras cosas, hemos estado trabajando mucho en los desafíos que tenía planteados este ministerio. Como saben, el Real Decreto 345/2012 establece que el Instituto de Salud Carlos III está adscrito orgánicamente al Ministerio de Economía y Competitividad y, concretamente, a la Secretaría de Estado de Investigación, Desarrollo e Innovación; pero el Real Decreto 200/2012 hace que el Instituto también esté ligado funcionalmente al Ministerio de Sanidad. Es precisamente en ese marco en el que quiero destacar el trabajo que hemos hecho con su director, el doctor Antoni Andreu, en especial en materia del ébola, en especial en materia de formación de profesionales y en hepatitis C. Hoy quiero desearle lo mejor al doctor Andreu en su nueva etapa profesional y pedirle al nuevo responsable, don Jesús Fernández Crespo, que siga desarrollando su buen trabajo.

De todo lo que están haciendo, la internacionalización del Instituto de Salud Carlos III es una de las cuestiones más importantes. No solo es que haya tenido más presencia que nunca a nivel europeo, sino que, además, ha participado en cuestiones que son muy importantes para nuestro entorno de salud. La participación en el ANED para la investigación de enfermedades raras que ha puesto de manifiesto la necesidad y la utilidad de unirse a la financiación de proyectos de colaboración transnacional. No podemos renunciar a eso, sobre todo en proyectos como este tipo de enfermedades que tienen tan pocos casos y que necesitan un esfuerzo multidisciplinar, transnacional, y que permita a investigadores de países que no tienen programas específicos que puedan participar. Lo mismo en el ANED de investigación internacional del cáncer, la iniciativa conjunta de programación de: Más años, Mejores vidas, la iniciativa conjunta para resistencias antimicrobianas, de la que ya hemos hablado varias veces esta tarde, el programa conjunto sobre investigación de enfermedades neurodegenerativas, Eurovanomed, el programa conjunto sobre vida activa y asistida, la asociación de países europeos y en desarrollo para ensayos clínicos y ese programa marco europeo que, como les decía, por primera vez este año España coordina 21 del total de 136 proyectos del reto Centrado en de salud, recibiendo por ello casi 50 millones de euros. Es un 9,4% del total, frente al 7,8%, lo que nos sitúa por encima del nivel de aportación que tenemos en la Unión Europea en estas materias. Hay un problema que hay que abordar, y estoy seguro de que el señor Llamazares me lo planteará, y además agradezco que lo haga para que conste aquí: es el tema de la contratación con cargo a algunos proyectos que exige intervención previa. No sé si es bueno o malo, entiendo que si lo hacemos es porque es bueno. La intervención previa en otros sectores tiene su sentido,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 763

11 de marzo de 2015

Pág. 14

en un momento de control de déficit, etcétera, pero este tipo de contratación, tengo que reconocer, está generando muchos problemas, porque uno tiene los recursos pero la intervención previa y la firma que no sea directa por los OPI, porque es un tema de OPI fundamentalmente, hace que no se haga a tiempo y que genere, no solo problemas de funcionamiento sino problemas de ejecución presupuestaria.

Acabo. Como habrán podido comprobar, los meses que restan de legislatura van a ser muy intensos en todas y cada una de las áreas sin excepción que conforman esta Secretaría General de Sanidad. Vamos a seguir trabajando sin descanso para mejorar la promoción y la protección de la seguridad de los ciudadanos, por blindar los derechos de los consumidores y para favorecer la convergencia con la Unión Europea. Vamos a seguir trabajando convencidos de que tenemos que hacerlo así desde el ejercicio de nuestras competencias y en constante coordinación con las comunidades autónomas, con los profesionales, con los ciudadanos y con la industria. Además, queremos hacerlo también con todos ustedes, con los grupos parlamentarios. No solo quiero anunciarles y compartir con ustedes los avances y los problemas que tenemos, también con todos los agentes del sector, incluidos especialmente todos ustedes, contribuyamos a ellas. Sin más, quedo a su disposición para las cuestiones que consideren oportunas. **(Aplausos).**

El señor **PRESIDENTE**: Es el turno de los grupos parlamentarios. En primer lugar, el Grupo Parlamentario Socialista, que va a dividir su tiempo. En primer término, la señora Martín.

La señora **MARTÍN GONZÁLEZ**: Muchas gracias, señor Moreno, por acudir a esta comparecencia. Agradecemos mucho su extensa exposición y le damos la bienvenida ya que ha sido, además, miembro de esta Comisión.

Quería empezar comentando, sobre todo, la gestión de lo que va de legislatura del Ministerio de Sanidad y Política Social —en algunos sitios hasta de asuntos sociales, pero no quería utilizar ningún calificativo con el que me exceda en el tono. Lo voy a dejar en un balance poco airoso. El mejor ejemplo ha sido la dimisión de la ministra Mato, que ha sido la ministra peor valorada de este ministerio en toda la historia. Puestos a hacer revisiones de las decisiones que ha ido tomando el equipo anterior, le pedimos que sigan haciendo revisiones en profundidad y que den marcha atrás en algunas de las decisiones que han tomado, como es el caso de los copagos, o el caso de la aprobación del Decreto 16/2012, que como saben, en estos últimos días ha habido informes y declaraciones de distintas entidades a las que les han hecho llegar la gran preocupación por la aplicación y por las consecuencias de este decreto. Queremos que hagan también una reflexión sobre las consecuencias que ha tenido la aplicación del copago, todas ellas recogidas en este real decreto. Les pedimos que sigan rectificando las políticas, porque, lo primero, rectificar es de sabios; todo es evaluable, todo es rectificable si se reconoce que se ha hecho mal. No podemos estar equivocados todos. Toda la oposición no puede estar equivocada a la vez. Algo tendrá que reflexionar el ministerio y le pedimos, por favor, que haga esta reflexión. Y si rectifican algo, reconocerán que se ha hecho un poco mal. Han llegado a conseguir que el ministerio y el Sistema Nacional de Salud están llenos de desigualdades. Este nuevo funcionamiento y las decisiones del ministerio han estado en todo tiempo carentes de innovaciones. Ha hablado en su intervención de la historia interoperable, de los avances en investigación o de la receta electrónica, cuando la mayoría de estas medidas están estancadas. No dudo que se esté haciendo algo, pero en esta legislatura no. Señor Moreno, supongo que a estas alturas sabrá que el acceso a la historia clínica no se da entre comunidades que están limítrofes físicamente. Ni limítrofes ni en la lejanía. Todavía hoy, le digo hoy, he pedido una receta electrónica y no la he podido en Madrid. Y todavía, hoy, ciudadanos que tienen una receta electrónica de una comunidad autónoma, se desplazan a otra y no la pueden adquirir. Pueden adquirir una receta normal, pero una electrónica no; cuando hasta ahora la legislación nos ha permitido desplazarnos con una receta de un territorio a otro sin que haya dificultades. Esta mañana no se podía hacer, y se lo digo porque yo lo he intentado. Desgraciadamente, estoy tomando medicación y no he podido utilizar la receta. Hay muchas más desigualdades. Hay unas desigualdades clarísimas en el acceso al sistema sanitario desde que se ha perdido la universalización. Y, como le decía antes, no podemos estar equivocados todos los grupos menos el Partido Popular. Les pedimos que rectifiquen porque existen desigualdades.

Ayer se habló también de este tema en el Pleno. Hemos vuelto a pedirle al Gobierno que rectifique y vuelva a aplicar la universalidad en el acceso al sistema sanitario y ustedes siempre votan en sentido contrario. Es cierto, aunque ustedes lo nieguen una y otra vez, que hay pacientes que llegan a los hospitales y si carecen de documentación se les hace firmar un documento por el que van a tener que asumir el coste de la atención sanitaria, y eso les espanta y no van. Les ocurre a mujeres embarazadas,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 763

11 de marzo de 2015

Pág. 15

les ocurre a niños que no pueden acceder a vacunas y les ocurre, desgraciadamente, a ciudadanos españoles que vuelven a nuestro territorio y tienen que tramitar de nuevo su tarjeta sanitaria. Es derecho que no se les tenía que haber negado y tampoco a familiares nuestros que se ven obligados a desplazarse fuera del país y en tres meses pierden la cobertura. Yo sé que usted desde la tribuna ha dicho varias veces que esto no pasa, pero señor Moreno, eso está ocurriendo. A nosotros nos llegan quejas de ciudadanos diciendo que tienen que tramitar de nuevo la tarjeta sanitaria y preguntando qué ocurre cuando se quedan sin cobertura siendo hijos de ciudadanos españoles. Y con la población inmigrante ya situaciones sangrantes de todos los tamaños y colores. Este sistema de salud lleno de desigualdades ha provocado que sea una gran preocupación para los españoles cuando antes no lo era; ha subido escalones la preocupación que manifiestan los ciudadanos precisamente por todo esto que se ha ido acumulando.

Ha hecho usted una exposición extensa de lo que ha ocurrido en la gestión de la hepatitis C. Desde hace más de un año —estaba usted aquí todavía— ha habido varias iniciativas que los distintos grupos han ido presentando en Pleno o en Comisión, y hemos perdido todas las votaciones del mundo, todas, pero no ha quedado más remedio que buscar una solución aunque sea un poco a la fuerza. Yo me alegro de que con su llegada al ministerio esto se haya desbloqueado y se haya precipitado una aparente solución, y digo aparente porque verdaderamente —voy a empezar por la primera crítica— no puede ser que la comisión de expertos elabore un informe, se filtre a la prensa y no lo conozcan las comunidades autónomas. Las comunidades autónomas se enteraron del informe porque lo filtró la prensa especializada y yo creo que por lo menos debería haber primado el respeto hacia las comunidades autónomas. Ha dicho usted que hay 52.000 pacientes diagnosticados de hepatitis C. Efectivamente, no aparece en los registros como hepatitis C —muchos la estudiamos como no A, no B—, pero ahora es hepatitis C. Sigue habiendo tratamientos prescritos que no se están suministrando y sigue habiendo dificultad en el acceso de algunos pacientes a los tratamientos.

Hay que asumir el coste del tratamiento. Hace unos días yo comenté que independientemente de quién pagara el tratamiento se trataba de que este llegara a la gente que lo necesitara, pero es que ustedes han hecho una trampa a las comunidades autónomas. Ahora usted nos dice que tienen el coste cubierto, pero no es cierto, las comunidades autónomas lo tendrían mucho más cubierto si hubiera un crédito extraordinario, porque creemos que hay posibilidad de hacer un crédito extraordinario para asumir los tratamientos de la hepatitis C. Y en cuanto a esa garantía de acceso para todos aquellos que han prescrito los especialistas, algunos de ellos están siendo frenados por las comisiones, esas comisiones que filtran a quién se le suministra y a quién no se le suministra un tratamiento de última generación. Lo que suponía un avance que daba esperanza a los pacientes, que lo celebraron, ha pasado a ser un problema, porque han visto que se antepone el coste del tratamiento al coste de la vida. ¿Y cuánto cuesta la vida? Lo tengo anotado porque son las palabras concretas de los pacientes, seguramente alguno de ellos en alguna de las reuniones que han tenido también se lo habrá trasladado. El rescate de las autopistas cuesta 4.000 millones, se lo digo por si le sirve como ejemplo.

Hay otro tema que no quería dejar de lado y es el incumplimiento que sistemáticamente están haciendo de la Ley General de Salud Pública, en especial en lo que se refiere a la obligación de evaluar el impacto de las medidas en salud. A mí me gustaría saber cuándo van a evaluar algo y que veamos los resultados, porque nos ha dicho usted que se están evaluando muchísimas cosas, pero lo cierto es que no nos llegan resultados de esas evaluaciones. Nos gustaría que con seriedad se nos diera una evaluación del impacto de la aplicación del Real Decreto 16/2012. No sé si se está haciendo en lo que afecta a las coberturas y en lo que afecta a los copagos, pero lo único que nos llegan son los informes que están emitiendo las diferentes entidades sociales, que nos alarman de las consecuencias de la aplicación del decreto, sobre todo y de forma más cruda en las mujeres más vulnerables.

Asimismo, me gustaría preguntarle qué está ocurriendo con el Plan de salud mental. No lo ha nombrado, pero terminó en 2013; parece ser que está en fase de evaluación, no sabemos cuándo va a haber nuevo plan, pero nos gustaría que este especialmente no se les olvidara. Tampoco ha hecho referencia a si el ministerio va a adoptar alguna medida sobre un plan urgente de disminución de las listas de espera, porque la situación es insostenible. Señor Moreno, en algunas comunidades autónomas las listas de espera han aumentado el 40 %. No voy a nombrar ninguna concreta, pero téngalo en cuenta, por favor.

Le quiero manifestar también la preocupación por la reducción de las plazas MIR para la próxima convocatoria. Yo sé que la propuesta la hacen las comunidades autónomas, pero la atención hospitalaria está ya mostrando preocupación, porque en algunas comunidades autónomas la propuesta que se ha

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 763

11 de marzo de 2015

Pág. 16

hecho para la siguiente convocatoria de las plazas MIR supone una reducción del 50%. No sé si usted nos podría asegurar que esto es lo más idóneo o no. Y quería hacer una referencia muy breve a lo que está ocurriendo con los MIR extracomunitarios. Hemos presentado alguna pregunta y nos gustaría que nos respondiera, porque desde luego no se están respetando suficientemente o por lo menos se están aplicando de forma diferente en unas comunidades y en otras sus derechos laborales. El real decreto de prescripción enfermera lo ha nombrado usted; creo que durmió en los cajones y parece que lo van a resucitar, pero háganlo ya porque desde luego el colectivo de enfermería se lo agradecería mucho.

Ha nombrado también el Fondo de cohesión y la atención a las poblaciones limítrofes. Ya advertimos de lo que iba a ocurrir con ese cambio de concepto del Fondo de cohesión, y una de las consecuencias —le voy a poner un ejemplo muy concreto— es que el convenio de atención entre poblaciones limítrofes entre Castilla-La Mancha y Madrid lleva tres años sin existir. Eso es lo que está ocurriendo con esa desaparición del Fondo de cohesión tal y como estaba concebido en un principio, y me gustaría que hiciera alguna reflexión sobre ello, por favor. Ha nombrado —ya termino, señor presidente— el hospital de Melilla, donde parece que se van a reanudar las obras de forma inmediata. Me gustaría que concretara alguna fecha, porque la sensación que tiene la población de Melilla es que la legislatura está perdida y que se pararon las obras para nada ya que se van a reanudar. Parece que había gravísimos problemas y que luego no han sido tales, pero me gustaría que lo concretara.

Para terminar, ha hecho usted mención a la atención sociosanitaria. Yo le pediría que antes de utilizar el término atención sociosanitaria lo pensara dos veces. No sé si es una manía personal, pero creo que ya lo comparten muchísimas más personas y desde luego en esta sala muchas. Hay que diferenciar claramente entre la atención sanitaria y la atención social; una cosa es la coordinación, imprescindible entre los dos sistemas, pero la atención social no es atención sanitaria de crónicos. No se puede confundir la atención de crónicos desviados al sistema social; creo que ese es un grave error que se comete en muchas intervenciones. Le pido un plan amplio y comprometido para atender a las personas con patologías crónicas, que necesitarán o no atención social. Estoy completamente de acuerdo en que tiene que haber coordinación entre los dos sistemas, pero nunca se debe utilizar el sistema social como sistema barato de la atención sanitaria.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Grande.

La señora **GRANDE PESQUERO**: Tendría que decir con la venia, señor presidente, porque sé que la luz está en rojo.

Ante todo, yo también quería darle la bienvenida al secretario general, al señor Moreno, que es la primera vez que está a ese lado de la Mesa en esta legislatura.

Quería comentarle algunos temas sobre consumo. El pasado 15 de enero el ministro Alonso compareció por primera vez para explicarnos las líneas generales de su ministerio y la verdad es que en su primera intervención de consumo no habló mucho —por no decir que no habló nada—, pero algunos portavoces se lo reprochamos y la verdad es que en la segunda intervención dijo algunas cosas más, que son las que yo voy a comentar, a ver si el secretario general nos puede aclarar algunos puntos muy concretos. Yo lo he leído porque tuve que ausentarme y aprovecho la ocasión para pedir disculpas, pero los canarios estamos sometidos a la tiranía horaria de las compañías aéreas si queremos volver a casa en algún momento de la semana.

En su exposición el ministro no aclaró demasiado, pero es cierto que habló de algunas leyes, sobre todo de algunas donde el responsable político de la defensa de los consumidores ha actuado de acompañamiento de otros ministerios, que no está mal, pero a nosotros ya nos habría gustado que el máximo responsable político de la defensa de los consumidores hubiera sido el impulsor de leyes, sobre todo cuando hablamos de consumidores vulnerables, hablamos por ejemplo de la ley de segunda oportunidad, que realmente para nosotros —mañana lo vamos a explicar en el turno en contra en la tribuna del Congreso— ha sido verdaderamente una oportunidad perdida. Va a pasar exactamente igual que pasó con el tema de los desahucios, que al final solo se podrá aplicar para el 10% y los ciudadanos seguirán igual de endeudados, porque al final estás en manos de los bancos, como siempre. Además no ha contado con las asociaciones de consumidores, como alguna como Asgeco ha dicho en su nota de prensa.

Nos ha anunciado que estaba trabajando en un real decreto que regula el sistema arbitral de consumo. ¿Nos podría decir alguna cosa más al respecto, cómo está este tema y para cuándo va a estar realmente listo? Porque hemos oído hablar muchas veces de este real decreto, no es la primera vez. También nos

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 763

11 de marzo de 2015

Pág. 17

habló, y usted lo ha comentado hoy, de una ley para la resolución alternativa de conflictos en materia de consumo. Si no es arbitraje, me imagino que estaremos hablando de la mediación, conjuntamente con Justicia. ¿Nos puede decir algo?

No ha comentado nada —yo no lo he oído, a lo mejor me he despistado un poco— sobre la que llamamos ley SAC, la ley de atención al consumidor. Nos dijo el ministro que estaban debatiendo y reflexionando. Ya les vale, tres años y medio para reflexionar. Tres años y medio es mucho tiempo para una normativa que de verdad pondría límites a los abusos de muchas compañías día a día sobre los consumidores. ¿Y debatiéndola con quién? A lo mejor usted me sorprende ahora y me dice que todos los lunes a las ocho y media de la mañana se reúnen en el ministerio para hablar con las asociaciones de consumidores y con los consumidores sobre los servicios de atención al cliente. Dígame de verdad, señor Moreno, porque yo sé que usted es un profesional y es serio, cuándo la van a traer. Déme una sorpresa y dígame cuándo va a entrar en la Cámara, porque para los consumidores que reclaman sus derechos diariamente contra los grandes abusos que cometen las grandes compañías de telefonía, de electricidad, etcétera, una reclamación es como clamar en el desierto y al final, ¿sabe lo que les pasa? Que terminan insultando a una máquina, porque ya es una pura desesperación. Eso es algo importante y han pasado tres años y medio, no le pido que improvise.

Por último, señor presidente, y termino, aparte de publicar en la página del Observatorio de la Nutrición el estudio de obesidad y el documento de las directrices de la OMS sobre la ingesta de azúcares en adultos y niños, quería preguntarle si tienen algo pensado, en qué están trabajando, si su departamento va a trasponer o a implementar esta recomendación de la OMS y bajar el consumo de azúcar en España, sobre todo en el caso de los niños y los jóvenes ya que, como usted también ha comentado, somos el primer país en la Unión Europea en obesidad infantil. Por cierto, ha hablado de la estrategia NAOS y de su décimo aniversario. ¿De verdad que está viva todavía la estrategia NAOS? Y si está viva, ¿dónde vive? Porque yo soy torpe con la informática, pero si entra en la página web del ministerio y va a estrategia NAOS verá que la última actualización es la del año 2011.

Termino señalando una frase que usted ha dicho al final. Ha dicho que quiere blindar los derechos de los consumidores. En eso, señor Moreno, nos tendrá al lado seguro, siempre y cuando ustedes blinden y no le brinden a las compañías, a las grandes corporaciones los derechos de los consumidores españoles. **(Aplausos).**

El señor **PRESIDENTE**: Turno de Convergència i Unió. Señora Tarruella.

La señora **TARRUELLA TOMÀS**: Señor secretario general, yo también le quiero dar la bienvenida a esta Comisión como secretario general de Sanidad y Consumo. Volver a encontrarle aquí nos gusta, porque siempre le hemos tenido como una persona dialogante, esperemos que en su nuevo cargo también lo podamos decir. Quiero agradecerle la cantidad de información, su exhaustiva información, aunque algunas cosas se las voy a volver a preguntar porque no sé si le he entendido bien. Antes de empezar a preguntarle, quiero felicitarlo por algunas de las cosas que ha dicho, aunque después le voy a decir lo que he echado a faltar y con lo que no podemos estar de acuerdo. En primer lugar, nos ha comentado los trabajos sobre el ébola y nos ha dicho que iban a rectificar esa medida tantas veces pedida en esta Cámara —la última vez creo que la trajo el señor Llamazares—, y le hablo del tema de los cooperantes, de las medidas para reservar su sitio de trabajo, que cuando vuelvan puedan seguir baremando y puntuando. Este es un tema muy positivo, porque el ébola desgraciadamente parece que se ha olvidado, pero no es así, está vigente en otros países. Tenemos que recordar que si no continuamos trabajando y ayudando en los países de origen, el ébola cualquier día puede volver a aparecer en cualquiera de nuestro países y volveremos todos a alarmarnos y asustarnos y toda serán medidas de urgencia. Usted ha hablado mucho de los cooperantes y lo que le quiero pedir es que ayuden a las ONG, que ayuden a todas esas entidades de cooperación, que son los que están allí y se están jugando la vida, como usted muy bien ha dicho. Si no tomamos medidas para ayudar en los países de origen, tendremos que continuar hablando del ébola más de una vez.

Dicho esto, paso a otros puntos que usted ha comentado y que desde mi punto de vista no han sido tan positivos. Ha hablado de la hepatitis C. Estoy de acuerdo en el plan estratégico que se ha elaborado frente a la hepatitis C, que además se ha trabajado conjuntamente con las comunidades autónomas. No le voy a cuestionar nada de lo que dice ese plan contra la hepatitis C, porque está hecho por técnicos; creo que es un buen plan y se ha trabajado conjuntamente. No voy a entrar en ese tema, pero sí en el de la financiación, porque no nos ha convencido y las explicaciones que nos ha dado continúan preocupándonos,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 763

11 de marzo de 2015

Pág. 18

porque si bien es cierto que más vale que te ayuden a pagar una cosa que estás recetando en tu comunidad autónoma —en Cataluña la medicación está llegando a los pacientes desde el año pasado—, la realidad es que todo eso hay que pagarlo y el problema es cómo se paga toda esa medicación. Lo que usted nos ha dicho y que ya comentó a las comunidades autónomas es que la ayuda, en el caso de Cataluña va a ser través del FLA. Sabemos que el primer año, el año 2015, sin intereses y que a partir de 2016 ya se aplicará el tipo de interés, que en estos momentos sería el 1,2, pero no se trata de eso, es que es un préstamo que hay que devolver. Todos los nuevos medicamentos que entran en el servicio público tendrían que llevar al lado el tipo de financiación, de ayuda a las comunidades autónomas. Ayer en este mismo edificio compareció en la Comisión de Hacienda el presidente de la Autoridad Fiscal Independiente, el señor Escrivá, y dijo que de entre los problemas que tienen para cumplir con los objetivos de déficit todas las comunidades autónomas, el principal es el de la sanidad. El problema viene por la financiación de la sanidad. Por supuesto, más vale esto que nada, pero esta no es la solución, señor Moreno. Nosotros creemos y continuamos opinando que cuando existe un nuevo medicamento innovador —en este caso estamos hablando de hepatitis C—, un medicamento que puede curar a los pacientes, además de llegar a los pacientes tiene que ir acompañado de una vía de financiación para ayudar a estas comunidades autónomas, que ya tienen sus problemas de financiación, para no cargarlas más, porque no será inmediato, pero llegará el momento de devolverlo cuando pasen uno, dos o tres años. Dicho esto, es cierto además, como comentaban los consejeros, por lo menos el de mi comunidad autónoma, que estaban agradablemente sorprendidos de que en el consejo interterritorial informal que tuvieron estuviera el secretario de Estado de Hacienda, señor Beteta. Ciertamente, pero aquí le voy a pedir a usted como secretario general que haga llegar más cosas al secretario de Hacienda para que ayude más a las comunidades autónomas en todos estos temas de financiación. Porque hay otro aspecto, el IVA. En esta casa ha dicho más de una vez el ministro Montoro que por él no hubiera subido el IVA de los productos sanitarios, pero que le han obligado. Bien, pues si no tenía intención de hacer esta subida del IVA de estos productos sanitarios hasta el 21%, lo que tendría que hacer —y ya sé que no es su responsabilidad pero le pido su ayuda para convencer y para ayudar; le pido la influencia de usted y del ministro con los de Hacienda— es que esa diferencia de ese IVA lo ceda a las comunidades autónomas para que puedan hacer frente a la subida no solo de los productos sanitarios, que representa mucho dinero, sino incluso para financiar —como se ha pedido también desde el Partido Socialista— estos nuevos tratamientos de hepatitis C o cualquier otro medicamento innovador que se introduzca en la cartera de servicios. Ayúdenos en este aspecto porque si no las comunidades autónomas no pueden hacer frente. Sabe que tenemos pendiente un debate serio de una vez por todas sobre la financiación del Sistema Nacional de Salud y esta es una ayuda que podría ser buena. Además, también ha habido un aumento de recaudación del IVA y pedimos que ese aumento vaya a compensar a las comunidades autónomas en el tema de la sanidad. Estas son cuestiones que reiteradamente hemos pedido en la Comisión de Hacienda, en el Pleno y que también pedimos una vez más en la Comisión de Sanidad.

Voy a referirme a otros temas porque ha tocado muchos y no me gustaría dejarme ninguno en el tintero. Ha hablado de los profesionales sanitarios y nos ha explicado que mañana se constituye el Foro de la profesión y nos ha invitado a que asistamos. Ya me gustaría, pero no puedo ir. Y hablando de profesionales, me gustaría recordarle que tenemos pendientes unos cuantos temas, como los titulados extracomunitarios, las homologaciones de títulos. Hay peticiones y temas encallados desde hace dos y tres años que están sin contestación. Nos gustaría que se ocupara un poquito de desencallar estos asuntos. Y se lo voy a pedir una vez más; ya sé que nos han dicho que no, pero en la legislatura pasada cuando ustedes estaban en la oposición lo apoyaban, ahora dicen que no puede ser. Yo no me conformo con esta respuesta y creo que hay que insistir más. Me estoy refiriendo al tema de los mestos. Se tendría que resolver la problemática de estos profesionales de una vez por todas, quiero dejarle esto sobre la mesa.

Hay una cosa que no sé si he entendido bien y me gustaría que después me lo aclarara, si puede. Ha dicho que estaba en marcha todo el tema de las especialidades, también de enfermería. No sé si he entendido bien pero creo que ha dicho que el Real Decreto —lo voy a decir bien; no sea que luego se ofenda algún colectivo— sobre indicación, uso y autorización de medicamentos por parte de los profesionales de enfermería saldría antes del final de la legislatura. Ojalá lo haya entendido mal porque no puede retrasarse tanto tiempo, hasta el final de la legislatura. Está pendiente de su paso por el Consejo de Estado y no sé qué más, pero, por favor, que sea lo más pronto posible porque usted sabe que hay profesionales que están en una situación ilegal y que pueden tener muchos problemas. Algunos ya los

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 763

11 de marzo de 2015

Pág. 19

han tenido. Esta cuestión se ha de solucionar de una vez por todas. Está pendiente desde hace años, cuando aprobamos la ley.

Hay otro tema por el que quiero preguntarle —y ahora paso a otro capítulo—, usted nos ha hablado de que va a sacar un montón de legislaciones, de reales decretos y de que están trabajando mucho. Por lo que nos ha anunciado desde luego se ve que están trabajando mucho, pero hay un tema que no ha nombrado y que me preocupa porque creo que está pendiente y que toca hacerlo ya. Es una cuestión delicada y muy importante, la evaluación del Plan estratégico nacional de cuidados paliativos. Hay que evaluar ese plan, quizás hay que impulsar algunas medidas que contempla y creo que toca hacerlo ya. En el Día Internacional del Cáncer las asociaciones de cáncer también lo pidieron. Yo dejo esta cuestión sobre la mesa para que en cuanto sea posible y puedan se haga la evaluación de este Plan estratégico e impulsen incluso algunas otras medidas.

Voy ahora —quizás voy a ir un poco atrás— a una cuestión que no es de financiación pero sí es un tema de deuda con las comunidades autónomas. Quiero preguntarle aquí una vez más —se lo pregunté al ministro; llevaba pocos días y dijo que ya lo miraría, que esto estaría en marcha, pero a usted sí se lo tengo que preguntar porque está al corriente— sobre el tema del FOGA, el Fondo de Garantía Asistencial. ¿Para cuándo se pondrá en marcha de una vez? Está desde el año 2012. Con el real decreto de 2012 se creó el FOGA, en 2013 del Fondo de cohesión se rebajaron 57 millones de euros porque decían que a través del FOGA ya se pagaría todo lo que hay de las visitas entre comunidades autónomas, todo lo que no cubría el Fondo de cohesión. Estamos ya en 2015 y todo esto no funciona. Son muchos millones los que quedan pendientes. A algunas comunidades autónomas más receptoras de pacientes que otras se les adeuda mucho dinero y no pueden afrontar todo. Sabe que no hablo solo por Cataluña, que también, lógicamente, porque es receptora, pero receptora también es Madrid y Valencia; hay más de una comunidad autónoma receptora. Señor presidente, ya sé que se ha acabado el tiempo, pero como no voy a hacer ninguna intervención sobre consumo le pediría dos minutos más y ya termino. Le pido que todo esto lo ponga en marcha urgentemente. Simplemente entre desplazados de comunidades limítrofes hay mucho pendiente. Le voy a hablar de mi provincia, de Lleida, una provincia pequeña, con unos presupuestos pequeños en sanidad, a la que le representa 10 millones de euros anuales el presupuesto de sanidad de atención a las ciudades limítrofes de Aragón. Nosotros hemos tenido siempre muy buena relación, los ciudadanos están contentos de que se les atiende en Lleida, en el hospital al lado de Vilanova, el hospital quiere seguir atendiéndolos, pero estos déficit se van arrastrando. Vienen desde 2012; todo este déficit se va acumulando. Echen una mano y pongan de una vez eso que tenían que haber puesto desde hace tiempo. Además sabe que uno de los compromisos y acuerdos a los que llegamos en la subcomisión, en los que usted intervino y que se aprobaron en esta Comisión entre el Grupo Vasco del PNV, el Grupo Popular y nosotros, era poner en marcha el FOGA y aplicar lo que se debía desde abril de 2012. Ahora que usted está en ese otro lado de la mesa le pido que lo cumplan, por favor.

Termino porque si no el señor presidente se va a enfadar conmigo y no me gustaría. Usted, señor secretario general, nos ha pedido colaboración. Sabe que siempre nos hemos ofrecido a colaborar y que nos gustaría, pero para eso ustedes nos han de llamar y nos han de informar. Hoy es la primera vez que nos ha informado de estos temas desde que está de secretario general. Es cierto —se lo ha dicho la compañera socialista— que tuvimos que enterarnos por la prensa, tanto las comunidades autónomas como nosotros, los grupos parlamentarios y los portavoces, de todo el plan estratégico de la hepatitis C y que no fuimos informados primero por el ministerio. Yo espero que esto, con su voluntad que dice de diálogo, no se vuelva a repetir y a partir de ahora podamos hablar de los temas antes de conocerlos por los medios de comunicación. En este aspecto ya sabe que nosotros estamos siempre dispuestos a escuchar y a colaborar, y le pedimos que por su parte cumpla con todo esto que nos debe.

El señor **PRESIDENTE**: Por La Izquierda Plural, señor Llamazares.

El señor **LLAMAZARES TRIGO**: Quiero agradecer en primer lugar su comparecencia, señor secretario general y compañero hasta hace poco tiempo de Comisión, y quiero también saludar un nuevo talante que espero que se consolide. Durante el periodo anterior no logramos dialogar con el ministerio y lo denunciábamos en muchas ocasiones. En este caso al menos la vía de diálogo en usted está abierta y nosotros pretendemos que sea útil no para los grupos parlamentarios, sino para los ciudadanos, porque compartimos la preocupación por el sistema sanitario y el objetivo de fortalecer un sistema sanitario que creo que ha salido debilitado de la crisis, no fortalecido.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 763

11 de marzo de 2015

Pág. 20

Quiero comenzar mi intervención como usted, expresando el recuerdo y la solidaridad con las familias y con las víctimas del atentado terrorista del 11-M. En esta misma Comisión fue donde se produjo la comparecencia de la señora Manjón y se le ponen a uno los pelos de punta recordando aquella situación. Pero no establezcan ustedes diferencias, no hay víctimas de primera ni víctimas de segunda, igual que no hay partidos de primera y partidos de segunda. Todos estamos de acuerdo y todos coincidimos en la política antiterrorista. Otra cosa es que las medidas cuenten con el voto o no. Esa es otra cuestión, va por otro sitio y tiene que ver con el pluralismo democrático en este país.

En relación con su intervención, ha comenzado usted diciendo dos cosas que podemos compartir, pero que a mí me gustaría matizar. Ha dicho por un lado que la salud no es únicamente el sistema sanitario, pero se ha centrado en el sistema sanitario. Ha hablado muy poco de salud pública, de prevención, de educación sanitaria... Yo lo echo en falta. Y, por otro lado, ha dicho que va a hablar del presente y del futuro y que no va a hablar del pasado. Los que somos de ciencias, y sobre todo de ciencias biológicas, sabemos que el presente está hecho en buena parte de memoria del pasado, sin memoria no hay prácticamente ni identidad por parte de los seres vivos; entonces, memoria e identidad es lo que voy a intentar trasladarle en esta intervención que empezaré casi, casi por la misma secuencia que ha hecho usted pero con un invitado que usted no ha aceptado y que nosotros queremos hacer presente aquí: la crisis económica y la crisis sanitaria. Yo creo que eso no se puede evitar porque incluso este modelo de salida de la crisis, un modelo pobre, de empleo pobre, no soluciona la crisis social ni la crisis sanitaria. Yo creo que eso es así, ¿no? Y aunque las estadísticas son muy deficientes —no tanto como las alemanas, hay cosas que no debemos aprender de Alemania, sus estadísticas en materia de cáncer y de otras materias son catastróficas; nosotros las tenemos mejores, aunque sean malas las nuestras—, en nuestro país, como consecuencia de la crisis económica, se ha producido un alto nivel de desigualdad, de pobreza, de exclusión. También desde el punto de vista sanitario han aumentado las depresiones y las enfermedades somáticas como consecuencia de la depresión y de la crisis. Y todo eso también tiene que ver con los suicidios en nuestro país, independientemente de que nuestras estadísticas en este caso sean de 2012 y no sepamos ni seamos capaces de saber muy bien el impacto que ha tenido. Pero, en ese sentido sí quisiera recordar esa situación de los ciudadanos y también del sistema sanitario. Este es el primer tema que quería plantearle.

Ustedes han dicho que en esta última parte de la legislatura —lo ha dicho el presidente del Gobierno en el debate sobre el estado de la Nación y lo ha dicho el ministro en su reciente comparecencia— van a tener un talante social. No entro en que eso significa la asunción de responsabilidad en cuanto que no ha habido talante social en la primera parte de la legislatura. Pero hoy sí quiero hablar del talante social que van a asumir ustedes a partir de ahora, y la pregunta es: del Real Decreto 16/2012, que es un decreto de recortes, de ajuste, de desbarajuste, de exclusiones, de cambio de modelo sanitario, de ese real-decreto, ¿ustedes consideran que todo es y está vigente? ¿Consideran ustedes que no hay nada que cambiar, que no hay nada que rectificar? Nosotros creemos que hay cosas que rectificar. Probablemente los grupos de oposición diríamos: lo mejor es derogarlo. Es que si ustedes quieren un giro social, tendrán que decirnos en qué se demuestra el giro social en cuanto al Decreto 16/2012, que ustedes mismos consideraron coyuntural, que tenía que ver con la crisis. Ahora que ustedes mismos dicen que salimos de la crisis, la pregunta es: ¿qué queda del decreto? ¿Qué queda vivo del decreto? ¿Qué van a reformar ustedes del decreto? Yo les invitaría, con el resto de las organizaciones sociales, con los grupos parlamentarios de esta Cámara, a derogar fundamentalmente la exclusión sanitaria.

La exclusión sanitaria es como una mancha de aceite: uno sabe dónde empieza, pero no sabe dónde termina, y en estos momentos hay una sensación —aparte de que sea una sensación objetiva o una sensación subjetiva— en muchos colectivos de que no tienen protección sanitaria, y eso está teniendo influencia en su nivel de salud. Por ejemplo, en relación a los colectivos efectivamente excluidos (inmigrantes y emigrantes) y en relación a otros colectivos que, sin estar excluidos, por ejemplo, no retiran los fármacos. En relación con el copago farmacéutico ya hay investigaciones de sociedades sanitarias que dicen que un 15% no retira el fármaco porque considera que no tienen capacidad adquisitiva para ello. Yo creo que deberíamos reflexionar sobre eso o debería reflexionar el Gobierno y ver en qué medida rectifica esas cuestiones.

Del decreto del dolor, ¿ustedes qué piensan sanar? Creo que es una pregunta que debe tener una respuesta. Si dicen: pensamos mantener todo el decreto. Pues entonces no hay giro social, no digan ustedes lo contrario. En segundo lugar, con respecto a lo que podríamos llamar el laboratorio del Doctor Jekyll, que es la Comunidad de Madrid —el laboratorio en el que se ha pretendido hacer efectivo el cambio

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 763

11 de marzo de 2015

Pág. 21

del modelo—, no copien ustedes de los demás lo que no hay que copiar. El modelo alemán no es un modelo, es un antimodelo, les cuesta mucho dinero, más que a nosotros; esa competencia público-privada que dicen los alemanes que es tan sana, les cuesta mucho dinero y su situación de salud les sitúa entre los 20, 21 o 22 de nivel de salud y nosotros estamos, con los japoneses, en el 3.º o el 5.º puesto. Entonces, que no nos den lecciones. Es verdad que son los emperadores de Europa, pero no nos pueden imponer un modelo que no es mejor que el nuestro. En ese sentido yo quiero alertarle sobre esa deriva y además decirle que si alguien pensaba que el modelo sanitario público, accesible, de financiación a través de impuestos podía eliminarse con un real-decreto, pues se equivocaba. Ha fracasado el intento de cambiar el modelo sanitario y yo me felicito por ello. Y ha fracasado porque las fuerzas políticas, los ciudadanos y los profesionales lo han rechazado. No es posible construir un nuevo modelo con un rechazo generalizado, yo creo que eso es lo que se ha visto a lo largo de este tiempo en la política de Doctor Jekyll en la Comunidad de Madrid. Pero pueden tener la tentación de darle continuidad por otros medios. Por ejemplo, yo le alerto con respecto a las áreas de gestión clínica. Le alerto y le digo: estoy seguro de que en el año 2015 va a haber menos áreas de gestión clínica que en el año 2014, y además va a haber menos en todas las comunidades autónomas. ¿Por qué? Porque de un modelo de gestión —que seguramente hay que cambiar— administrativa se están convirtiendo en reinos de taifas del jefe de servicio de turno, que se pone al frente del área de gestión y que ejerce como tal. Eso no mejora la eficiencia del sistema sanitario y yo creo que en estos momentos hay una duda razonable de los profesionales con respecto a las áreas de gestión clínica, que quizá sean una buena idea, pero son una mala práctica, una mala práctica fundamentalmente de contención del gasto y a veces de contención del gasto muy poco eficiente.

Y lo mismo diría con respecto a otra medida que puede ser también una huida hacia delante, que son las historias clínicas compartidas entre lo público y lo privado. ¡Cuidadito con lo que hacemos! En ese sentido, la historia clínica es del paciente, la Ley de Autonomía del Paciente así lo dice, y el instituto, en este caso el Servicio Nacional de Salud, lo que hace es gestionar esa historia clínica. No puede poner la historia clínica en manos de una institución privada, por muy clínica que sea, y no puede ponerla en manos de una institución social; no lo puede hacer y lo está haciendo. Lo está haciendo con evidente riesgo para lo que podemos denominar no solamente la privacidad, sino para la salud de los ciudadanos.

Tercera cuestión, lo que podríamos llamar la salud pública de quita y pon. Le decía al principio que no ha hablado mucho de salud pública, pero es que en el ébola hemos visto el fracaso de nuestro modelo de salud pública; es sencillo, es así. Nuestro modelo de salud pública no fue capaz de responder y tuvimos, en mi opinión, suerte y acierto profesional, pero desde el punto de vista de la organización, solamente ha funcionado lo que se aplicó de la Ley de Salud Pública, el sistema de alertas, pero lo demás no ha funcionado. En primer lugar, vamos a empezar por el Instituto Carlos III. El mayor error que cometió el Gobierno anterior fue desvincular el Instituto Carlos III del Ministerio de Sanidad. Eso hay que sanarlo y lo hemos visto en el caso del ébola. Pero si lo que hemos hecho ha sido fundamentalmente aportar las distintas instituciones del instituto para investigar el caso del ébola. Si es así, ¿por qué no volvemos a hacer depender el Instituto Carlos III y solucionamos problemas como los que hemos comentado antes? Que la intervención es del Ministerio de Economía, del Ministerio de Hacienda y solamente falta que se meta el Ministerio de Empleo en el Instituto Carlos III. Eso está teniendo un impacto sobre la investigación y está teniendo un impacto también sobre el empleo, empleo de calidad. Hay 80 investigadores esperando. Muchas de esas investigaciones son financiadas por la Unión Europea y no necesitan cofinanciación española, y las estamos paralizando. La Unión Europea piensa que somos unos mataos, que en realidad no hay demanda investigadora en España. No es verdad, hay muchas investigaciones en marcha y los problemas administrativos no pueden dificultar la investigación. Lo mismo digo con respecto a la Ley de Salud Pública. ¿Por qué no la desarrollan? ¡Demóntenla! ¡Deróguenla! ¡Propongan en esta Cámara que la derogemos! Pero lo que no se puede hacer es tener una ley, después de treinta años, complementaria de la Ley de Sanidad y porque no me gusta, porque la ha hecho otro Gobierno, no la aplico, sencillamente. Solamente el sistema de alertas. ¿Y dónde está el Instituto de Salud Pública? ¿Y dónde está la Comisión? ¿Y dónde está el Consejo de Salud Pública? ¿Por qué tenemos que montar una comisión de crisis cuando tenemos todos los instrumentos en la ley? ¿Por qué no se aplica la ley?

En relación con los hospitales donde han ido los pacientes de ébola, bien está seleccionar siete, pero yo les pregunto: ¿Qué es esto de la locura de Madrid? Por ejemplo, ¿esto del hospital de quita y pon, del Carlos III y ahora el hospital que no acaba nunca de llegar, el Gómez Ulla? He oído hablar de esa inversión en camas, que deben ser camas de platino-iridio, desde hace más de dos años. ¿Qué está pasando en el Gómez Ulla? Lo he preguntado en el Ministerio de Defensa y no son capaces de decírmelo. ¿Qué está

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 763

11 de marzo de 2015

Pág. 22

pasando en el Gómez Ulla para que esas camas NBQ no acaben de ponerse en marcha? ¿Hay compatibilidad entre las camas NBQ y las camas del Carlos III? ¿Son lo mismo o estamos hablando de otra cosa?

Por último, del conjunto del presupuesto que hemos destinado al ébola, los dos tercios son para políticas sanitarias interiores, entre otras cosas, para las camas de oro o de platino-iridio y solamente un tercio tiene que ver con la proyección internacional, con atacar el problema en el foco, que es África occidental. No sé si oyeron esta mañana en la radio cómo un atleta de África occidental está de *homeless* en Londres. Es pavoroso, ¿no? Fundamentalmente porque su familia ha sido diezmada por el ébola. No tenía dónde ir. Creo que eso muestra que es ahí donde hay que invertir. Y la pregunta es: De lo prometido, ¿cuánto hemos invertido? De lo prometido, ¿cuánto ha ido a África? ¿Cuánto se ha quedado aquí? En relación con las medidas que ha propuesto, que a mí me parecen muy bien, con respecto a los cooperantes, ¿eso va a significar un nuevo estatuto del cooperante? ¿En qué modificación legal vamos a incorporar esos aspectos que, en mi opinión, son muy importantes y que deben animar a los cooperantes al menos a no ser discriminados con respecto al resto de los sanitarios?

En cuanto a la cuestión de la hepatitis C, comparto la preocupación de otros diputados de esta Comisión. No me cabe duda del esfuerzo que han hecho, pero ¿se consideran ustedes más inteligentes que el resto de los países europeos? Por el contrario, ¿consideran ustedes que las compañías farmacéuticas en España son más benéficas que en el resto de los países europeos? Son las veinticinco compañías farmacéuticas multinacionales que seguramente no regalan nada ni aquí ni fuera de aquí. En ese sentido, quisiera que nos diera los datos concretos de lo que cuesta un tratamiento. ¡Es que todavía no los han dado! Todavía no ha habido un mínimo de transparencia en relación con lo que cuesta un tratamiento y cuál es el acuerdo. Porque no es verdad, yo estaba echando las cuentas ahora y está más cerca de los 50.000 euros que de los 25.000 euros. Luego, con respecto a las reducciones que usted plantea, me gustaría conocer cuánto cuesta realmente el tratamiento.

En relación con el crédito o la hipoteca que ustedes proponen como modelo de financiación, si hasta ahora el problema ha sido económico, porque una cosa es el índice de posicionamiento terapéutico, otra la estrategia terapéutica, otra el plan que acabamos de aprobar y otra la realidad de la aplicación del tratamiento, ¿por qué no funcionan? ¿Por qué hemos llevado un año para adelante y para atrás? Fundamentalmente por el coste, fundamentalmente porque las comunidades autónomas no pueden asumir ese coste y el Gobierno no puede ser el grandón, como decimos en Asturias, que entra en la sidrería y dice: Yo invito y tú pagas. No, eso no puede ser. El Gobierno tiene que asumir completamente esa medida que, en nuestra opinión, queda muy limitada desde el punto de vista económico. Por ejemplo, el Gobierno tiene competencia en Instituciones Penitenciarias, y ustedes no están aplicando ese plan, están dificultando el tratamiento a través de vericuetos administrativos que nos comunican los médicos de Instituciones Penitenciarias. Si demostrásemos realmente que queremos hacerlo, el primer sitio donde lo haríamos y donde más fácil sería es en Instituciones Penitenciarias, y no lo hacemos.

Quiero terminar de verdad, aunque son varias cosas las que me quedan. Formación, ya he hablado de investigación, y ministerio. Termino con esas dos cosas. En cuanto a la formación, ya lo hemos hablado alguna vez usted y yo. ¿Vamos a seguir con la orgía de facultades y escuelas o vamos a parar alguna vez? Porque se ha convertido en un negocio en sí mismo, en un negocio, en mi opinión, que deteriora la calidad de la formación en el sistema sanitario. Creo que hay que pararlo. En relación con la troncalidad, ¿el ministerio tiene opinión sobre el conjunto de recursos y sobre la incomodidad de los propios residentes con respecto a la troncalidad que aprecian como un alargamiento de su residencia y una mayor incertidumbre en su futuro laboral? ¿Tiene alguna opinión el ministerio? En relación con la formación continuada, me gustaría que alguna vez habláramos de formación continuada en serio porque en estos momentos está en manos de las compañías farmacéuticas. No hay formación continuada pública seria y digna de tal nombre. Eso debería verlo.

Termino con el ministerio; un ministerio, yo diría, ocupado. Antes usted hablaba del Ministerio de Hacienda y usted siempre ve el aspecto positivo. A mí me da miedo que el Ministerio de Hacienda ande por el Ministerio de Sanidad, porque ustedes ya tienen al Ministerio de Sanidad, al Ministerio de Economía en el Instituto Carlos III y al Ministerio de Empleo en relación con las tarjetas sanitarias. La verdad es que es un ministerio ocupado. En mi opinión, el ministerio tiene que recuperar el carácter de Ministerio de Sanidad; incluso iría más allá: no tiene que recuperarlo, sino tener un verdadero carácter de Ministerio de Sanidad, y para eso es necesario tener también un presupuesto digno de tal nombre. Con el presupuesto que tenemos no somos un ministerio ni una secretaría. La secretaría de Estado de Gran Bretaña nos pega

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 763

11 de marzo de 2015

Pág. 23

10.000 vueltas. No es por centralismo, sino por federalismo por lo que me gustaría tener de verdad un ministerio.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Llamazares, ha intervenido veinte minutos.

Por el Grupo Parlamentario Popular, la señora Angulo tiene la palabra.

La señora **ANGULO ROMERO**: En primer lugar, quisiera mostrar, en nombre del Grupo Popular, nuestro recuerdo y apoyo a todas las víctimas del terrorismo y a sus familiares en una fecha tan señalada y triste como la de hoy.

Quisiera dar la bienvenida al secretario general de Sanidad y Consumo a esta que hasta hace poco era su casa y felicitarle por la magnífica gestión que está realizando al frente de esa secretaría general en el poco tiempo que lleva. No sé si darle la enhorabuena o pedirle que se encomiende a quien más fe tenga, porque oyendo su exhaustiva exposición, creo que para ser un ministerio de los que se dicen que tienen pocas competencias, con las competencias sanitarias transferidas, tienen desde luego muchos desafíos por delante y por eso le deseamos la mayor de las suertes. Si de algo estamos seguros es de que el equipo que lidera el ministro Alonso, del que sabemos que usted es un pilar importante, ha demostrado desde el principio una voluntad de diálogo grande y una capacidad muy importante sobre todo de resolución y de ejecución, pero además bajo una premisa que me resulta muy significativa y que le he oído en alguna ocasión, y es que si algo tiene que ser, ha de ser, será; pero si algo no debe o no puede ser, a nadie se le va a engañar. Porque es verdad que para crear falsas esperanzas ya hay muchos voluntarios y por ello esa forma de abordar los asuntos es de agradecer.

También le agradezco el tono de su intervención, porque no ha querido hablar del pasado, sino que nos ha hablado de presente y de futuro. Sin embargo, a la vista de que los demás grupos han hecho un balance —no vamos a decir de pasado— de lo que han supuesto las reformas sanitarias de este Gobierno, como grupo parlamentario que representa hoy por hoy a 11 millones de españoles, también tenemos derecho a opinar sobre esas reformas y, si se nos da ese permiso, en algunas ocasiones incluso a acertar. Por eso, como creo que también tenemos derecho a hacer ese balance, quiero decir que el único objetivo de las reformas sanitarias, no solo del famoso Real Decreto 16/2012, sino de todas las medidas y reformas que este Gobierno ha puesto en marcha estos tres años, era garantizar y reforzar las patas de nuestro sistema sanitario: universalidad, cohesión, equidad, sostenibilidad y solvencia. Hay cosas de las que hacemos un balance positivo porque, afortunadamente, gracias a esas reformas, hoy no tenemos que hablar de deuda millonaria con los proveedores sanitarios, hoy se ha puesto coto al fraude sanitario que tanto dinero nos costó, hoy ya tienen asistencia sanitaria pública cientos de miles de ciudadanos que antes estaban incluidos —como los parados de larga duración—; se ha revisado el copago —hoy el señor Llamazares no ha utilizado la expresión repago— farmacéutico socialista para que ahora paguen menos o no paguen nada los que menos recursos tienen, que antes tenían que repagar el 40 % del precio de los medicamentos; se ha avanzado en cohesión, aprobándose una cartera común de servicios o un calendario vacunal único; se está trabajando con eficiencia en el gasto, introduciendo nuevas fórmulas de compra; se han firmado acuerdos con los profesionales, de los que hoy el señor Moreno nos ha avanzado nuevas medidas; se ha avanzado, cómo no, notablemente en la sanidad electrónica —hoy ya hay 22 millones de pacientes con historia clínica interoperable o 62 millones de prescripciones en recetas electrónicas—. Podríamos extendernos más, pero creo que nosotros también, como grupo parlamentario, tenemos derecho a hacer un balance de esas reformas que para nosotros han incidido, como digo, en la sostenibilidad, la universalidad, la eficiencia, la cohesión y la calidad.

Además, me gustaría insistir en algo porque a veces se dicen cosas que pueden hacer que la realidad parezca otra, pero que en verdad no lo es. Estas reformas se hicieron diciendo cuál era la situación, por qué se hacía, buscando soluciones y trayendo al Parlamento —aquí, al Parlamento— ese real decreto, mientras otros prefirieron hacer sus reformas con un recorte por la puerta de atrás, dejando ocultas facturas en los cajones, no pagando las cotizaciones de los cuidadores de la dependencia ni a las entidades del tercer sector o recortando o congelando las pensiones a nuestros mayores. Otros —lo siento mucho, pero nosotros también tenemos derecho a hacer balance y a recordar las cosas— prefirieron salir corriendo, dejando a la deriva un barco que habían hundido ante el pánico que les daba contar la verdad a los españoles. Sin embargo, este Gobierno abordó la situación desde el primer momento y está haciendo que nuestro Sistema Nacional de Salud sea más solvente para demostrar que es capaz de hacer frente a los retos que van surgiendo, y de algunos se ha hablado.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 763

11 de marzo de 2015

Pág. 24

Algunos son de tanta importancia como, por ejemplo, la crisis por el virus del Ébola, para nosotros perfectamente gestionada tanto desde el punto de vista sanitario como de los protocolos y las actuaciones posteriores. El señor secretario general nos ha desgranado hoy minuciosamente esas actuaciones que se siguen haciendo y que demuestran la seriedad con la que este Gobierno se ha tomado este asunto. Me gustaría destacar esa consideración de no establecer fronteras en materia de salud pública —porque es verdad que las fronteras en esta materia no existen— y de trabajar en el origen, implicando y adoptando medidas con los profesionales y cooperantes. Aunque el riesgo cero no existe en estos temas, podemos decir que estamos preparados para abordar esta situación. Tanto es así —y me van a permitir que se lo diga— que para algunos de ustedes esto del ébola ya no es noticia. Ya no es noticia porque como las cosas se están haciendo bien, como el Gobierno está trabajando bien en esta materia, ya no se le puede hacer —voy a utilizar una expresión un poco cursi por no ser dura— pupa.

Algo parecido está pasando con su actitud ante el tema de la hepatitis C. Queremos felicitar la actuación del ministerio en la resolución de esta compleja situación. Solo en tres meses el Gobierno no solamente ha conseguido que dispongamos de un plan elaborado por expertos hepatólogos, que ellos mismos han calificado como único y pionero en el mundo y que aborda la enfermedad desde un punto de vista integral —no solo los tratamientos, sino también la prevención, la detección precoz y la investigación—, sino que también ha incorporado a la financiación pública todo el arsenal terapéutico que ha ido apareciendo, cosa en la que también creo que somos pioneros. Además, con una magnífica negociación, que ha conseguido fijar un techo de gasto, ahorrando mucho dinero también a las arcas públicas. Y ha garantizado la financiación de los tratamientos. ¡Claro que la ha garantizado! Aunque ya el secretario general nos ha explicado muy minuciosamente que las comunidades autónomas no necesitarían acceder a estos mecanismos de financiación, aun así el Gobierno una vez más ha sabido estar a la altura y ha dado respuesta a esta financiación, como lo hizo ya con el Plan de pago a proveedores o con el Fondo de liquidez autonómica cuando tuvo que ayudar a las comunidades autónomas a pagar su deuda sanitaria.

En definitiva —y es lo que nos debería importar a todos—, se ha dado una solución a los pacientes, a los afectados por esta enfermedad, y yo he oído —y lo he leído— cómo asociaciones de pacientes felicitaban al ministerio por la resolución de este asunto. Los pacientes recibirán su tratamiento, el más adecuado y en un plazo máximo de tres semanas, y eso es lo que los enfermos valoran y lo que el Grupo Popular valora. Esto se ha hecho con la participación y el consenso de todos, también de las comunidades autónomas, de todos los signos políticos. Por eso me extraña que parezca que algunos portavoces aquí ya no encuentran excusa para criticar lo que saben que es bueno. Ahora, para eso se escudan en solicitar un fondo específico porque si no esto va a ser imposible. Pues ya, si quieren, al nombre fondo le ponen ustedes también el apellido, el nombre del laboratorio; ya se lo damos hecho. ¿Ustedes creen que esa es una buena fórmula de negociación? Yo, sinceramente, entiendo que no y, sobre todo, cuando he escuchado al secretario general explicar minuciosamente cómo se ha abordado este asunto y cómo se va a pagar. Y, sobre todo, quiero poner en valor esa magnífica negociación que se ha hecho para conseguir ese precio; como digo, creo que se demostrarán los buenos resultados. En este tema de la hepatitis C lo que tiene que importarnos es que los pacientes y los enfermos encuentren —como han encontrado— una solución a su problema. Por eso, señor Moreno, el Grupo Popular felicita al Gobierno por su compromiso y su actitud, como decía al principio, eficaz y resolutive porque ha demostrado además que con todas esas medidas que se han llevado a cabo durante estos tres años, el Sistema Nacional de Salud está siendo más fuerte, más solvente y está siendo capaz de afrontar los retos. Sé que ha sido necesario mucho esfuerzo, pero una vez más vuelvo a decir que se demuestra que cuando el barco tiene un buen capitán, que toma buenas decisiones, salva los icebergs que surgen en el camino, cosa que otros no supieron hacer. Esta capacidad que demuestra el sistema para afrontar los retos evidentemente también se ve —y entro ya a hablar de aspectos de la financiación del sistema, de los que también se ha hablado aquí— en esas medidas de eficacia y ahorro que ha puesto en marcha el Gobierno.

Decía al principio que había que avanzar en la solvencia y en la sostenibilidad. Todos somos conscientes de que las necesidades en materia de salud son ilimitadas, pero también debemos serlo de que los recursos no lo son. Abordar la financiación de nuestro sistema se puede hacer de dos formas. Una, la que se plantea por algunos miembros de la oposición —y que demuestran además donde tienen responsabilidades de gobierno—, no pagando facturas, desbocando el déficit, recortando el sueldo y las condiciones laborales de los profesionales o destinando el dinero de los presupuestos de la comunidad en lugar de a sanidad o a medicamentos para la hepatitis C a embajadas y referéndums ilegales. Esa es una forma de financiación. Y la otra, que es la que hace el actual Gobierno de España, es adoptar medidas de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 763

11 de marzo de 2015

Pág. 25

optimización en el gasto y en la eficiencia, como se está demostrando. Y cuando hablaban de evaluación del real decreto se está demostrando porque el ahorro en farmacia ha supuesto ya más de 4.300 millones de euros, lo que, entre otras cosas, ha permitido incorporar más de cien innovaciones a nuestro sistema; hacer una buena negociación; introducir fórmulas de riesgo compartido; la central de compras es un buen ejemplo y ojalá todas las comunidades autónomas de España se sumaran a esas iniciativas. Medidas como la gestión clínica, que va a suponer un nuevo modelo de gestión más eficaz para el sistema; como digo, la completa implementación de la sanidad electrónica que también supone eficacia, pero además calidad y cohesión en la atención a los pacientes o el real decreto de actividad de atención sanitaria especializada. A nosotros nos alegra conocer esa agenda tan extensa que tiene el ministerio y nos alegra conocer que son propuestas que permiten seguir avanzando en los problemas de cohesión que, es cierto, aún presenta nuestro sistema, pero de los que el ministerio es consciente y está trabajando para resolverlos. O como esa tan necesaria y beneficiosa coordinación socio-sanitaria, porque es evidente que el perfil del paciente, el perfil del ciudadano ha cambiado y este tema del envejecimiento, de la cronicidad también va a suponer un test de estrés no solo para la mejor atención a las personas sino también para el Sistema Nacional de Salud y para el sistema de las políticas sociales.

Termino, porque el presidente me mira ya con mala cara. Quiero finalizar diciendo que valoramos mucho la puesta en valor del trabajo de los profesionales, verdadero pilar del sistema y nos alegra conocer el avance en el desarrollo de los pactos que usted hoy aquí ha anunciado. Termino felicitándole por ese objetivo del ministerio, que sé que es única y exclusivamente trabajar en beneficio del paciente y en beneficio de la salud, que es lo que creo que nos debe unir a todos. Yo sigo manteniendo la esperanza de que eso sea así.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señora Angulo.
Tiene la palabra la señora Fabra.

La señora **FABRA FERNÁNDEZ**: Señor secretario general de Sanidad y Consumo, me sumo a las palabras de bienvenida a esta Comisión, que ha sido su casa en los últimos tres años.

Recordaba el pasado 14 de enero, durante la comparecencia del ministro Alonso, que muchas han sido las medidas y muchos los importantes cambios normativos que en materia de consumo se han venido adoptando a lo largo de esta legislatura. Me refiero a aquellos que se han adoptado no solo por cuenta de su ministerio, sino por el trabajo, la colaboración y el impulso de otros departamentos como consecuencia del marcado carácter transversal de la materia que nos ocupa. A veces no es tan importante quién tome la decisión, sino que la decisión se tome. Los personalismos, y en concreto en política, no son buenos compañeros. Un ejemplo reciente, la aprobación del Real Decreto-ley de segunda oportunidad, el pasado 27 de febrero, cuya convalidación, además, se debatirá mañana en esta Cámara. Es una iniciativa con la que se persigue facilitar el desendeudamiento de la economía española, ampliando la protección a aquellos que con más dureza han soportado las consecuencias de esta crisis. Se incluye por primera vez a las personas físicas en el ámbito concursal para establecer un sistema más flexible y eficaz, se eliminan las cláusulas suelo para los colectivos vulnerables y se prorroga a dos años la moratoria para los desahucios, suspensión que, por cierto, vencía el próximo mes de mayo. Se ha modificado la Ley de Enjuiciamiento Civil, dando mayores facultades a los fiscales en el ejercicio de la defensa de los legítimos intereses de los consumidores, habilitándoles para interponer cualquier acción colectiva. Ha habido avances también en materia de pobreza energética; me refiero al bono social o a los nuevos sistemas de facturación, contratación y tarificación, con el objetivo, señorías, de que todo sea más transparente; o la obligación tanto del sector eléctrico como del gasista de poner a disposición de sus clientes un teléfono gratuito para la atención de sus gestiones, algo que va más allá de las exigencias de la directiva traspuesta, donde solo se contemplaba poner a disposición de estos un teléfono de tarificación básica; o en la protección de los deudores hipotecarios, así como de los consumidores de productos financieros complejos. Señorías, quiero aprovechar esta oportunidad para recordar una vez más que ha sido este Gobierno el que aprobó un nuevo marco legal que permitió, a pesar del voto en contra del Grupo Parlamentario Socialista, que miles de ahorradores hayan podido recuperar sus inversiones; casi 135.000 expedientes resueltos, que se cifran en algo más de 1.100 millones de euros, gracias a la determinación de este Ejecutivo y al fortalecimiento de una figura, como la del arbitraje, como instrumento ágil, como instrumento eficaz y, desde luego, mucho menos costoso para la resolución de este tipo de conflictos.

Señorías, este Gobierno ha demostrado su sensibilidad hacia el movimiento consumerista desde el principio de la legislatura. Ha reforzado su presencia en el consejo de dirección de la Aecosan; antes en

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 763

11 de marzo de 2015

Pág. 26

la agencia había un solo vocal y ahora ya hay dos. A pesar de las dificultades financieras de estos años, se ha continuado apoyando a las asociaciones de consumidores y usuarios, que el pasado año 2014 recibieron casi 2,3 millones de euros. Se ha seguido fomentando el desarrollo de programas de educación y formación de los consumidores, y se ha prestado un importante respaldo al consejo de consumidores y usuarios. Se han impulsado importantes avances, como el que ha supuesto la Ley 3/2014, de 27 de marzo, por la que se modifica el texto refundido de la Ley general para la defensa de los consumidores y usuarios, y otras leyes complementaria. Es una ley que ha contribuido a la consolidación de la unidad del mercado europeo, eliminando las disparidades existentes en la legislación, y lo ha hecho, además, reforzando la seguridad jurídica de consumidores y empresarios. Conocen bien sus señorías los progresos relativos a los nuevos requisitos para los servicios de atención al cliente, lo relativo al *spam* telefónico, la venta *on line*, la contratación a distancia de servicios. Esta ley ha elevado clarísimamente el nivel de protección de nuestros intereses como consumidores.

Señor secretario general, señorías, la determinación de mi grupo parlamentario hace que sigamos siendo tremendamente ambiciosos a la hora de avanzar en lo que a defensa de los intereses de los consumidores se refiere, pero reconocemos la labor desarrollada en estos tres últimos años, que supera, señorías, con creces la de los casi ocho años anteriores de Gobierno socialista. Por eso no tiene ninguna credibilidad que quienes desaprovecharon la oportunidad de impulsar las políticas de consumo mientras gobernaron completen su intervención con un cúmulo de exigencias que no estuvieron presentes en su acción de gobierno. La señora Grande dice que la sorprende que este Gobierno lleve tres años reflexionando sobre la ley SAC, pero se olvida de que el Gobierno socialista estuvo reflexionando casi ocho años, y entonces no les oímos a ustedes.

Termino ya, señor presidente. Agradezco la comparecencia del secretario general en esta Comisión y le animo a que siga avanzando en el camino iniciado, muy ambicioso, por cierto, a tenor de lo que nos ha explicado en su intervención. Como dice el refranero, obras son amores, que no buenas razones.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias a usted porque es la única que ha cumplido el tiempo. **(Risas)**.

Tiene la palabra el secretario general de Sanidad, don Rubén Moreno Palanques, para contestar a sus señorías.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD Y CONSUMO** (Moreno Palanques): Es posible que hoy batamos el récord de la Comisión por la extensión con la que todos estamos actuando, lo cual es muy buena señal. Significa que no nos aburrimos y que esto es muy importante para nosotros, como de hecho lo es.

Me gustaría ir uno por uno, intentando contestar a todas las cuestiones que se han planteado. A doña Guadalupe Martín quiero decirle que no son aspectos nuevos en esta Comisión. Voy a comentarle cómo veo yo esas cuestiones, que no necesariamente tenemos que coincidir; es obvio que en muchas cosas no coincidiremos, pero al menos voy a intentar, si no convencerla, explicarle qué razonamiento hay tras lo que yo afirmo o tras las medidas que tomamos. En cuanto al copago, está claro que sabemos de qué estamos hablando. Cuando uno habla de copago, da la impresión de que es algo nuevo y ya sabemos que no lo es, pero, tal y como se plantea muchas veces en los debates, parece que es una medida más de las que se han ido introduciendo. Lo único que se ha hecho con el copago, como todos ustedes saben, es simplemente redistribuir las cargas, y el criterio no estaba mal: pensionistas, la receta roja y la receta verde. Al final, en lugar de ser una aportación global del conjunto, la que fuera, el 40 %, etcétera, frente al 0 %, acaba siendo un total de un 5,6 % de aportación. Es decir, el sistema realmente no funcionaba por la razón que fuera. Yo creo que tiene mucho que ver el hecho de que había poca supervisión de los derechos que tenían los ciudadanos; esto es, con los pensionistas había gente que no lo era ni podía ser y beneficiarios que no debían ser beneficiarios de pensionistas. Aquello cambió, como todos ustedes saben, y alguna vez hemos puesto ejemplos. Sé que no es la generalidad de este país, pero cuando cualquiera de ustedes se vaya de aquí, especialmente los que llevan un cierto tiempo, se va a retirar con una pensión sustancial, y como ustedes otra gente, en un momento en el que este país, lamentablemente, ha llegado a un punto en el que quien está trabajando por cuenta ajena puede tener un salario de 900 o 1.000 euros, que debe subir, pero todavía hay mucha gente que está en ese entorno. Quien era *mileurista* hace un tiempo parecía que era algo malo y hoy, lamentablemente —digo lamentablemente porque lo ideal sería que tuviéramos todos salarios muy elevados—, se ha convertido en una persona que además tiene que mantener una familia y una vivienda y que alguien así, por el sistema anterior, tenga que pagar el 40 % de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 763

11 de marzo de 2015

Pág. 27

una medicación no parece justo. Lo lógico es que la distribución de cargas sea en función de los ingresos que uno tenga. Alguien puede decir que el pensionista, que en general cobra alrededor de mil euros o menos, no debería hacer ningún tipo de aportación. La media, como saben ustedes, es de 3,86 euros al mes, y yo siempre digo: ¿puede ser menos? Sí, puede ser menos, puede ser cero, pero en un momento en que tenemos que redistribuir esas cargas parece lógico que todos pudiéramos contribuir en ese proceso. Decir que más de un millón de personas, con sus familias —e insisto en que esto no es vanagloriarse de una medida, a mí me gustaría que no hubiera ningún parado de larga duración sin derecho a una prestación, me gustaría que no hubiera eso—, que antes pagan un 40 % ahora no tienen que pagar no lo veo como un éxito, sino como una desgracia porque significa que hay un millón de personas en esa situación. Ahora, lo que no puede ser es mantener el sistema anterior. Cuando decimos que esa reestructuración es más justa y más equitativa es que realmente creo que lo es y cuando mejore toda la situación probablemente los pensionistas seguirán viendo crecer sus pensiones en mucho más, porque ha subido mucho el número de personas y el valor de las pensiones en estos últimos años. Las cosas son así. No me refiero a esta última subida del 0,25 %, es que lo que ha ido subiendo en estos años es constante. No le voy a decir que alguna vez se congelaron, no es ese el tema, lo que quiero decir es que ojalá volvamos a una situación —espero que no sea tarde— en la que la aportación que alguien tenga que hacer en copago farmacéutico —el hospitalario luego si quiere se lo comento— tenga que ser otra vez no por la vía de la receta verde y la receta roja que ya no existirá en favor de los pensionistas, sino porque realmente todos los demás tengan unas retribuciones muy superiores a las pensiones y las pensiones sigan subiendo.

Todo se puede reevaluar; no hay nada inmutable en la vida. Digo esto por sus comentarios sobre el real decreto y, ya que me lo dicen, les diré que no tenemos intención, desde luego hasta final de año, de suprimir el real decreto-ley, eso ya se lo digo. No tenemos esa intención, pero sobre todo por una razón: porque yo creo que sí ha aportado al Sistema Nacional de Salud; de verdad lo creo. A veces hablamos de reducción de los presupuestos y decimos: es que han reducido ustedes el gasto... Entre 2009 y 2011 ha habido un desfase a la baja entre el presupuesto inicial total y el gasto sanitario público consolidado de un 6 o un 7 % anual. Y además es más grave todavía porque la voluntad, que es lo que se expresa en los presupuestos, suponía un descenso de 4.000 millones de euros desde 2010 a 2011, es decir de 67.000 a 63.000: 4.000 millones de euros de descenso. La realidad es que después descendió lo que descendió y eso ya no forma parte de la voluntad sino de la realidad, que es el gasto consolidado, y ahí bajó 2.600 millones de euros. Pero bajó el gasto sanitario, como ha bajado también de 2011 a 2013. Cuando voy a las reuniones internacionales y nos sacan estos temas de que el gasto sanitario y en general el gasto social en tiempos de crisis tiene que ser contracíclico, estamos de acuerdo, es verdad que tiene que ser contracíclico. Es verdad también que el gasto en bienestar social, al menos en un país como el nuestro, afortunadamente sale de los impuestos, y cuando los impuestos están como están pero los ingresos del Estado bajan, el esfuerzo que hay que hacer para mantener el nivel es muchísimo mayor. Que baje el gasto sanitario —hablo a nivel del Estado— puede ocurrir por dos razones: porque bajan las prestaciones —eso sería igual a un recorte— o porque las mismas prestaciones cuestan menos. Por tanto, lo que ha intentado este real decreto es que cuesten menos. ¿Para que el Ministerio de Hacienda tenga más recursos? No, para que las comunidades autónomas tengan más recursos. Por tanto, reducimos el coste de los medicamentos con la introducción de genéricos en 2.000 millones —más un reajuste de aportación, es cierto—, pero también se desincentiva un consumo que a todas luces era claro que no estaba en la media europea, porque yo no puedo creer que el ciudadano medio europeo sea más saludable que el nuestro, no creo que estén menos enfermos que nosotros. El gasto porcentual en farmacia respecto al gasto total sanitario público lleva descendiendo no desde ahora, sino desde el 22 % que es como estaba en la etapa en que ustedes gobernaban. Hicieron bien en ajustarlo y muchas veces recuerdan que tomaron medidas para bajarlo. Todos los Gobiernos, por el bien de todos, hemos intentado reducirlo con medidas de un tipo u otro. Eso lo hemos ido haciendo todos y al final lo hemos situado en ese 15 o 16 %, que es la media europea.

Me decía lo de la receta. Imagino que como diputada irá a una farmacia que está aquí al lado, como hacía yo cuando me daban la receta de papel. **(La señora Martín González: No, no).** Usted ha ido con la receta electrónica de su comunidad a una farmacia de aquí, de Madrid. Estamos trabajando la interoperabilidad entre comunidades autónomas. El proyecto piloto que les he mencionado en la primera parte de mi intervención era entre Extremadura y Canarias y la intención es extenderlo a cuatro comunidades autónomas. Todavía no podemos pasar la receta electrónica de una comunidad a otra. Al

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 763

11 de marzo de 2015

Pág. 28

final será mucho más fácil, pero hoy por hoy, mientras lo implantamos, eso es así. Ahora bien, no me diga que no hemos avanzado con la receta electrónica. Puedo admitir muchas cosas, pero en España en 2011 el porcentaje de receta electrónica era del 27 % y al final de 2014 fue del 78 %. Algo hemos avanzado. Seguro que todo no lo hacemos mal; alguna cosa seguro que sí, pero eso no.

En cuando a la historia clínica interoperable, la gente dice que 25 millones de pacientes tienen historia clínica. No, no tienen 25 millones de pacientes la historia clínica, sino algún documento. Hay comunidades que están realmente muy avanzadas. **(La señora Fernández Moya: Andalucía. ¿Por qué no lo dice?)** Doña Gracia quiere poner en valor a Andalucía y yo no quiero hablar de Andalucía, y menos en proceso electoral. Es verdad que menos Cataluña todas las comunidades están integradas en mayor o menor medida con un nivel de implantación que cada vez será mayor. Hay que trabajar y todos los Gobiernos que vengan tendrán que seguir trabajando en esa línea.

El señor Llamazares decía que hay que tener cuidado con la interoperabilidad y con la historia clínica pública y privada. En realidad no está planteado así. Quizá debería ser de esa manera, pero no está planteado así. Algún tipo de interoperabilidad tendrá que haber con la asistencia transfronteriza a nivel europeo entre países. A veces tenemos muchas facilidades entre países, como el derecho de irnos a operar a un hospital en Berlín aunque sea privado, y en España cuesta mucho —y ahora entraré en lo del FOGA— ir de Toledo a Madrid o viceversa. O a Sevilla, ya que quiere doña Gracia intentar hablar de Andalucía. Andalucía es muy reacia a mandar gente fuera. **(La señora Fernández Moya: Si están muy bien allí, ¿dónde los vamos a mandar?)** Respecto a lo que decía el señor Llamazares en cuanto a los datos, el propietario de la historia clínica tiene que ser el paciente, esté o vaya a la sanidad pública o privada dentro de la libertad que tiene de desplazarse. Únicamente el paciente decidirá si quiere llevar los datos de la historia clínica pública a la sanidad privada. Esto va a depender obviamente del paciente y no del médico.

En cuando a la universalización, creo que no nos vamos a poner de acuerdo nunca. Francamente, creo que el sistema ahora es universal y que no ha cambiado el modelo asistencial, aunque hay gente que lo preferiría y yo no soy uno de ellos. Supondría dejar de tener un Sistema Nacional de Salud y hacer un sistema de seguro de tipo francés donde los médicos cobran a cada paciente que ven y están contentísimos, cobran lo que quieren y luego el paciente se apaña con el Estado que es su gran asegurador. No es el sistema. Tampoco el de Italia, donde hacerse una radiografía tiene un copago importante del que nadie habla o, si van a urgencias, tienen que pagar o copagar parte de la asistencia aunque luego se reaseguren. Ese no es nuestro modelo. Nuestro modelo sigue siendo el mismo. ¿Por qué se dice que hay un cambio de modelo? Hay una confusión, aunque no creo que se haga conscientemente. Es muy importante la comunicación, porque cuando se instala algo, se cree algo, da la impresión de que es así y no necesariamente es cierto. ¿Por qué lo digo? Supongo que no les cabe ninguna duda de que por el Real Decreto-ley 16/2012 al que hacen ustedes referencia todos los ciudadanos españoles están asegurados y cubiertos. **(Rumores).** ¿Les cabe duda todavía? **(Varios señores diputados: Sí).** Entonces es imposible que nos pongamos de acuerdo. **(La señora Martín González: Con nombres y apellidos).** Pues le agradecería los nombres y apellidos. Se lo agradecería por una razón, porque yo no conozco a nadie con nombre y apellidos. Señora Martín, le agradeceré que me los dé y también de qué comunidad son, porque a lo mejor el problema es que hay personas que no saben todavía que tienen el derecho. Aquí uno tiene derecho por dos motivos. Porque está vinculado a la Seguridad Social —pero no porque sea un tema de aseguramiento sino porque ha habido que poner un criterio, que además la Unión Europea quiere que clarifiquemos en todos los países de la Unión Europea, precisamente para facilitar esa movilidad en las mismas condiciones y que no sean distintas en un sitio y en otro—: trabajadores, dados de alta, activos, pensionistas, parados, lo que ustedes quieran, incluso los que no tienen ningún derecho a la prestación. Y alguien dirá: pues ya está, ha cambiado el modelo, es de seguro, que no de aseguramiento, porque el aseguramiento es el que es, sea del Sistema Nacional de Salud o de seguro público. ¿Y todos los demás? Pues todos los demás están igualmente asegurados por residencia; todos los demás. ¿Quién no está asegurado? Quien tiene una renta superior a 100.000 euros. ¿Por qué se pone una renta superior a 100.000 euros? Porque cuando viene un alemán a este país, para exigirle que te enseñe su declaración de renta o su cobertura como pensionista alemán tienes que tener una referencia y quien estaba en el Gobierno en ese momento pensó que 100.000 euros era una cifra suficientemente alta como para que la inmensa mayoría de españoles tuvieran su derecho a la cobertura sin más y pudieras pedirle a un alemán o a un italiano o a quien fuera que te enseñara esa declaración; si no, no puedes pedírsela, con lo cual tendríamos el problema que teníamos antes del real decreto y es que aquí viene alguien, aunque sea un

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 763

11 de marzo de 2015

Pág. 29

multimillonario alemán, y se empadrona en Altea, le dan la tarjeta y entonces tiene derecho a irse a Benidorm a que lo traten y después se marcha otra vez a Berlín y allí dice que tiene la tarjeta sanitaria europea española. Esos son los famosos 1.000 millones del Tribunal de Cuentas. Esa es la realidad y eso hubo que cambiarlo; aunque no hubiéramos querido, eso había que cambiarlo. Se dice que si se ha generado algún tipo de distorsión en otras áreas, pues a lo mejor habrá que darle alguna vuelta, pero ese es el concepto de los 100.000 euros. ¿Y qué se generó para ellos? Un convenio con ellos mediante el cual pueden tener derecho a la asistencia sanitaria completa pública, cosa que antes no tenían. **(El señor Llamazares Trigo: Nadie de ese convenio tiene 100.000 euros; son todos de rentas bajas).** Pero el convenio se estableció precisamente para los de más porque los de menos tienen derecho. ¿Qué pasaba antes de ese real decreto? Que quedaban excluidos —lo estuvieron durante mucho tiempo— los rentistas que percibían más del salario mínimo interprofesional, más de 600 euros. Estaban excluidos. ¿Qué hacían? Pues se buscarían la vida, entiendo yo, pero estaban excluidos. Alguien que percibía más de 600 euros de renta al mes estaba excluido de la cobertura. El parado de larga duración que no tenía derecho a una prestación estaba excluido de la cobertura hasta la Ley de Salud Pública **(Rumores)**, y si quieren hablamos de esa ley: enmienda el Partido Popular, después entran los demás grupos, se corrige y se mete en salud pública esa coletilla de que los parados de larga duración sin derecho a desempleo que desde 1991 no tenían cobertura —aunque se habían buscado la vida— tienen derecho. Esa es la mejor prueba de que no lo tenían porque, si no, no se hubiera puesto así en la Ley de Salud Pública. ¿Quién más no tenía derecho? Nuestros amigos abogados que están por aquí se quejaban: oiga, yo, con lo que apporto con mis impuestos no tengo derecho. También se puso allí. No serán muchos pero para ellos es muy importante. Algunos están enfadados con el tema de los 100.000 euros, también lo tengo que decir y también tengo que decir que alguien que recibe 100.000 euros de renta y que paga sus impuestos tampoco entiende que se le haga un convenio especial; tampoco lo entiende. Se plantea como un impuesto más, pero si por mí fuera probablemente no estaría, pero es que no hay forma de pedirle a un alemán que te enseñe su renta, ni a un pensionista de los que venían aquí y así dejábamos de ingresar 400 millones. ¿Por qué? Porque el pensionista alemán o italiano o el que sea viene a Benidorm, algunos vienen con muchos recursos, y tienen que pagar una cantidad por estar aquí viviendo más de tres meses, el tanto alzado que se hace, no ellos, sino sus Estados. A ellos les pueden deducir algo de su pensión en Alemania. Pero, claro, si tú puedes conseguir una tarjeta gratis y encima en Alemania te cambian la cadera gratis a costa de España, te la pides. Con lo cual teníamos 1.000 millones por un lado y 400 millones por otro. Ese concepto había que cambiarlo y lo digo en serio. No es un tema dogmático de grupo parlamentario o de Gobierno, sino que eso había que cambiarlo, pero con ustedes en el Gobierno, con nosotros o con quien venga, salvo que queramos dar cobertura a todo el planeta, que no creo que estemos en condiciones de hacerlo.

Hubo un debate que ya se había olvidado, pero que vivimos muy intensamente aquí y en el Pleno, lo recuerdo perfectamente, que era el de los famosos noventa días, cuando uno sale fuera. Como dice el señor Llamazares, nos tutelan todos los ministerios al ministerio de Sanidad, que no tiene recursos, pero, como dice el ministro, yo no tengo recursos porque no tengo presupuesto, pero tengo todos los problemas del planeta, y es verdad porque todos los problemas vienen aquí. ¿Por qué? Porque la sanidad es muy importante, la salud es muy importante para todos los ciudadanos y por ahí pasamos todos. Por educación no lo sé, deberíamos pasar todos y está claro que no todo el mundo pasamos por allí, pero por sanidad pasamos todos tarde o temprano, y más vale, porque si no es que nos hemos matado antes de tiempo en algún accidente. Dicho eso, ¿qué pasa con el que se va más de noventa días? No pierde su tarjeta aquí. Decimos que pierden la tarjeta y se quedan sin cobertura y no es cierto. ¿Quién pierde la tarjeta? Pierde la tarjeta el que declara al INSS que deja de ser residente en este país porque es residente en otro país. Si es residente en otro país, se encarga otro país de hacer su cobertura. O porque trabaja en otro país, pero cuando viene a este directamente tiene su tarjeta. Esto lo he preguntado personalmente en el INSS cuando teníamos estos debates tan vivos. ¿Qué hay que hacer para recuperar la tarjeta? Solamente hay que solicitarlo, hay que hacer una declaración de que uno ya es residente en este país. Cuando uno ha estado varios años fuera, y yo lo he estado, y uno viene a este país, normalmente regulariza todo, su empadronamiento y todo, pero no pierde las tarjetas. No las pierde. Incluso aunque venga de vacaciones tiene su cobertura. Alguna distorsión, señora Martín, puede haber y la hay porque alguna vez me llaman diciendo que tengo este caso en Valladolid o este otro, y resulta que hablas con el INSS y se lo solucionan. Casos siempre va a haber y eso hay que solventarlo, lo que no puede ocurrir es lo que decía el señor Llamazares, y además con mucha razón: que se instaure el pensamiento de que, como está todo tan mal,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 763

11 de marzo de 2015

Pág. 30

seguro que no tengo derecho. No, es que hay que pedirlo. Si no lo tienes, hay que pedirlo. Otra cosa es que no tengas derecho, ese es el tema de los inmigrantes.

Miren, en el examen periódico universal de Naciones Unidas nos pregunta todo el mundo; vamos uno a uno y a nosotros creo que nos toca cada cuatro años. Concretamente a España nos preguntaron noventa y siete países. Tú vas a pecho descubierto a que te pregunten lo que quieran sobre derechos humanos, etcétera. A ti te puede preguntar Ghana o Senegal qué haces con los inmigrantes irregulares. Condición número uno de Naciones Unidas es que tú no puedes preguntarle: ¿Y usted qué hace? Pero no por los españoles, sino qué hace por sus ciudadanos. No puedes preguntar eso, se lo puedes preguntar cuando les toque examinarse a ellos. Lo entiendo porque si no estaríamos todos preguntándonos todo el día. Nosotros dijimos las condiciones en las que un inmigrante irregular tiene derechos en este país, que las conocen y no las vamos a repetir porque las repetimos cada día. De verdad, ¿hay algún país en el entorno europeo, ya no digo fuera, que tenga condiciones mejores que las nuestras? Yo creo que no, hasta los comisarios europeos lo reconocen. Las políticas sociales también están para eso. Porque una cosa es no tener una tarjeta sanitaria individual al estilo de la que tenemos nosotros que te permite el acceso a la tarjeta sanitaria europea y otra cosa es que no tengas derecho a la asistencia, porque la gente tiene que tener su derecho a la asistencia, y lo tiene, y se tiene que cubrir con presupuestos de política social. No podemos dejar a nadie en la calle y me consta que no se deja a nadie en la calle, aunque es verdad que las ONG insisten mucho en este tema: conocemos a doscientos que sí... Hay que dar una solución desde el punto de vista social, pero el debate no es la tarjeta.

Hepatitis C. Dicen ustedes que aparente solución. No aspiro a que reconozcan que hemos hecho bien lo de la hepatitis C, no espero que lo reconozcan, pero, primero, no es cierto que las comunidades autónomas no tengan margen para cubrir esto, lo tienen, no necesitan ningún mecanismo de Hacienda, no necesitan ningún préstamo a devolver en diez años, no lo necesitan. Yo ya me comparo con Alemania después de lo que me ha dicho el señor Llamazares, y le agradezco el comentario, pero la última vez que estuve en Munich yo veía los periódicos. No sé mucho alemán pero quien estaba conmigo sí y me decía: el problema que tenéis allí es exactamente este, y en Reino Unido, y en Francia, y en todos los sitios. ¿Qué ha hecho Reino Unido? Reino Unido es que no tiene ni el Sofosbuvir aprobado, no lo tiene, siguen con la triple terapia porque el coste eficacia según el NICE, al que todo el mundo le damos tanto valor, dice que todavía no lo tiene demostrado. Y son países muy civilizados. Entonces, no estando de acuerdo con lo que hace Reino Unido, no estando de acuerdo con lo que hacen Países Bajos, donde estuve en la última conferencia y ocurre exactamente igual, no tienen los tratamientos que tenemos aquí, y ya no hablo de las nuevas combinaciones, ya no hablo ni de eso. Realmente creo que hemos dado una buena solución, y una solución que, viendo el precio que estamos pagando hoy frente al precio que desde el 1 de abril vamos a asumir, es algo digno de mención, pero no ya en España sino en el entorno europeo.

El señor Llamazares me dice, ¿cree usted que las compañías farmacéuticas les tratan a ustedes mejor que a otros? Si seguimos hablando de precios, probablemente no nos tratarán mejor, porque el tema de las negociaciones entre los países y la industria farmacéutica está muy tasado, por una razón muy simple, porque si el sistema español es conocido y ampliamente divulgado, pues obviamente Portugal por qué va a ser distinto, y Francia por qué va a ser distinto. ¿Para qué van a negociar las empresas con nosotros? Negociaremos una vez pero la segunda vez no van a negociar. Dirán que precio notificado e igual para todos. No tenemos mejores precios; nosotros estamos a favor de establecer un precio europeo. Hay una propuesta de la industria farmacéutica que propone que haya un precio europeo, una negociación única, y que luego en función de la capacidad adquisitiva de cada país paguemos más o menos. Yo ya les aseguro que, como sea un alemán el que esté negociando esto y España tenga que pagar con arreglo a su capacidad adquisitiva nos plantamos en un nivel de precio prácticamente igual al de Alemania. ¿Quién saldría beneficiado? Rumanía, Grecia, etcétera. Yo me niego a ese tipo de negociación, salvo que pongamos al equipo del ministerio con todos sus gladiadores allí a negociar en nombre de Europa; me niego a que me pongan el precio en Alemania. Por lo tanto, sí, estamos en eso. ¿Quién ha cogido esa bandera de la industria farmacéutica? La ha cogido Bélgica. En la última reunión que tuvimos de salud pública en Bruselas, Bélgica hizo una proposición que había sido hecha previamente por la industria farmacéutica. Yo desconfío mucho de lo que me dice Bélgica ahora. Por tanto, estamos en ello, nosotros no nos retiramos de ningún tipo de negociación, estamos en todos los frentes, es importante. Y buen cálculo, señor Llamazares, está más cerca de los 50.000 que de los 25.000. ¿Por qué no hay un precio fijo? Por lo que le he dicho, por las fórmulas que existen.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 763

11 de marzo de 2015

Pág. 31

Si le digo que hay fórmulas de precio-volumen, significa que no son lo mismo los primeros 8.000 pacientes que los segundos o los terceros. Si le digo que cuestan lo mismo, por el riesgo compartido, veinticuatro que doce semanas, cuando a un paciente le tratas con doce semanas y hay que tratarlo con veinticuatro y algo vale, digamos, diez, no le puedo decir que vale diez, porque, si son diez más otros diez que no pagas, ya no son diez, es menos. También está el techo de gasto, etcétera. Ahora, si usted hace números y yo le digo que son 3.050 millones y son 52.000, usted se va seguro a más de 58.000 euros. Según las cifras que se han manejado —y que yo alguna vez dije porque los periodistas me lo pidieron y hablé de 43.500—, estamos hablando de una combinación actual, no es el Sofosbuvir, es una combinación de Sofosbuvir con otra que iba a 43.500, pero entre el que falla y al que hay que duplicarle el tratamiento, etcétera, se va a una media —además no es solo una combinación, son muchas combinaciones— de más de 58.000. Le puedo decir exactamente cuál es la media: 58.680,05 euros. Esa es la media del coste actual y ahí hay muchos fármacos. Esa es la realidad. No le voy a hacer el cálculo, es fácil hacerlo, porque, aunque consiga la media **(El señor Llamazares Trigo: Insostenible.)**, es insostenible, pero en Estados Unidos están tratándose a 85.000. Hay hospitales que con el coste marginal se están haciendo de oro en Estados Unidos. En otros países cuesta más que aquí. Cuando digo 58.000 no es un medicamento, sino una combinación de medicamentos, más fallos, más lo que quiera. Lo que quería decir con eso es que si hace uno la división de 727 millones por 51.000, sale equis, 13.000, 14.000 o lo que sea. ¿Ese es el precio? No. ¿Por qué? Porque hay muchas variaciones y el conjunto es lo que importa aquí. El conjunto son 727 millones y no nos vamos a pasar de ahí para tratar a estas personas. Creo que eso aclara algunas cosas.

En cuanto al Plan de salud mental, estamos trabajando en la estrategia que revisa la salud mental. Los grupos de trabajo van a presentar sus conclusiones en los meses próximos y se pretende que sea aprobado por el consejo interterritorial que habrá inmediatamente después del verano. No es un problema, pero probablemente va a haber cambios en los consejeros, por tanto va a ser un consejo interterritorial distinto, pero es igual, ese va a ser el plazo que nos damos.

En cuanto a las listas de espera quirúrgicas, la primera vez que vine a Madrid, a este puesto concretamente, como presidente del Insalud, llegué a mi despacho en Alcalá 56 y me dicen: tiene una entrevista de radio. Además creo que era con María Teresa Campos. Que entre en directo usted, señor presidente, que quiere hablar sobre las listas de espera. Si acabo de aterrizar... Parece que las listas de espera son un mal que atenaza a los sistemas nacionales de salud. No tengo que explicar aquí, porque ustedes son muy listos y conocen muy bien el tema, que no es lo mismo el tipo de patología ni el tiempo que uno tenga que estar ni la forma de resolverlo. Lo que les quiero decir es que yo hice una transferencia exactamente. **(Una señora diputada: Cataratas)**. Las cataratas es lo único que ha aumentado. Si yo fuera consejero empezaría a preguntarme por qué. Es lo único. Lo demás ha bajado. Además las cifras están aquí. Desde junio de 2013 a junio de 2014, que es lo último que hemos publicado, han bajado en 31.600 pacientes. La espera media, once días menos, noventa días de espera media. Sí es verdad que hay un 10,5% de personas que tienen que esperar... **(El señor Llamazares Trigo: Mienten como bellacos)**. No digo que no lo descartaría, pero yo tengo que confiar que cuando una comunidad... **(Una señora diputada: Había comunidades autónomas que no enviaban los datos)**. Sí, además hubo un cambio en 2012, creo que fue, en la contabilidad de las listas de espera por comunidades autónomas, donde Madrid estaba excluido. Después se metieron los datos ya con un criterio general. Por tanto, los datos no son comparables. En todo caso, tengo que creer que lo que me mandan de las comunidades autónomas es correcto, porque si pongo en cuestión lo que me mandan las comunidades autónomas, ya no manejo ninguna cifra más, me retiro de cualquier tipo de debate.

En cuanto al Fondo de garantía asistencial, sé que la señora Tarruella tiene un especial interés —aunque no está aquí— y también ha preguntado usted, señora Martín, sobre él. Les voy a decir lo que yo pienso. Creo que el sistema que tenemos hoy es mejor que el que teníamos antes. Alguna vez lo hemos debatido usted y yo personalmente, el año pasado con motivo de los presupuestos. Le voy a decir también que tiene su problema. Se lo digo para que vea que yo me meto en todos los charcos si es necesario —permítame esa expresión tan rudimentaria—. Creo que es mejor y además se lo digo habiendo sido yo quien creó el original. Lo creé porque le dije una vez más al Ministerio de Hacienda que necesitábamos dinero para un fondo de cohesión. Me dijeron literalmente que lo que podía ponerse para el fondo en presupuestos eran 60 millones de euros. Eso era en 2001. Bueno, pensé, pues algo tenemos, por una razón, porque yo pregunté a los consejeros en aquella época, concretamente a Cataluña, y les dije que mi intención era crear una tarjeta sanitaria individual única que nos permitiera facturarnos entre

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 763

11 de marzo de 2015

Pág. 32

comunidades autónomas. Y me dijeron que bajo ningún concepto. Es más, las tarjetas sanitarias en aquella época se hacían con códigos distintos para que no hubiera comunicación entre comunidades autónomas. Yo pedí a la mía que, por favor, pusieran por lo menos el DNI, porque así habría algún tipo de comunicación. Ni eso. Por tanto, la facturación entre comunidades estaba descartada. No vas a entrar en una batalla campal con todos, porque esto entonces va mal, sino que tratas de hacerlo por consenso. Entonces hubo que crear ese fondo; eso es lo que nos dio Hacienda y con eso lo creamos.

¿Cómo lo creamos? Dijimos, 60 millones dan para, de mayor a menor complejidad, obviamente, trasplantes cardíacos, neurocirugía y llegamos hasta aquí. Punto. Y en lugar de pagar el cien por cien del coste, lo vamos a hacer a un 80%, porque el hospital que recibe un paciente ya tiene una infraestructura que no va a modificar por eso, ya tiene un gasto fijo, así que el 80%. Así es como funcionó. Luego ustedes lo fueron subiendo hasta 110, después lo bajaron hasta 90, etcétera, y llegó un momento en que esto no tenía sentido, es verdad. Decían que habían perdido un extra —si quieren comentamos algo de eso—, pero lo lógico es que cuando una comunidad recibe financiación para atender a sus pacientes se responsabilice de esa atención. Uno recibe recursos para atender a su paciente y si su paciente tiene que tratarse en el Parapléjicos de Toledo, lo normal es que la comunidad lo mande a Parapléjicos de Toledo; si uno tiene alguien con una enfermedad rara y tiene que hacerse un estudio de exoma, que lo mande a Santiago de Compostela, que todavía no es centro de referencia y que habría que hacerlo para enfermedades raras —ya lo digo—, porque solucionaría muchos problemas de diagnóstico tardío. Debe mandarlo y además debe pagarlo y quien pensó esa modificación —que no fui yo, otros tienen el crédito por eso y creo que lo hicieron bien— dijeron que en lugar de hacer el neto de intercambio de pacientes a fin de año, lo que obligaría a hacer un desembolso por parte de la comunidad de algo que no va a tener porque ya decimos que está infrapresupuestado, tirásemos del dinero que viene de atención a turistas. De ahí viene el Fondo de garantía asistencial de atención a turistas; de ahí se va descontando al final lo que hasta ahora estaba regulado, que en principio era únicamente el fondo original —atención especializada— y que se ha ido incrementando a farmacia, a atención primaria.

¿Qué queda fuera? Queda fuera —y ahora lo vamos a regular— la atención limítrofe entre comunidades, problema fundamental entre País Vasco y La Rioja, entre Navarra y La Rioja, probablemente entre Castilla-La Mancha y Madrid, a lo mejor entre Valencia y Castilla-La Mancha. La gente más o menos ha ido haciendo convenios que deberían pagarse y que no se están pagando y que se podrán pagar con cargo a FOGA cuando salga el nuevo real decreto que está para salir. Por lo tanto, eso debería incluir —y va a incluir— el pago de la atención limítrofe con cargo a ese FOGA. En ese punto se planteó durante un momento si se hacía o bien *per capita* o bien por proceso, y se llegó a la conclusión de que parecía lógico que fuera *per capita*, con lo cual, aunque sea un paciente vasco —no sé si le gustará mucho al consejero—, debería contabilizarse a esos efectos como si fuera paciente o ciudadano de La Rioja. No sé si eso es políticamente muy correcto, pero la realidad es así y por lo tanto así debe establecerse.

Eso sobre el papel iría perfecto. ¿Cuál es el problema? Que nos estamos dando cuenta de que lo que es perfecto sobre el papel habrá que reajustarlo, porque al final hay comunidades —y no me diga qué comunidades son, que yo las conozco— que no están mandando a los pacientes que a lo mejor necesitan desplazarse, no están mandándolos a Parapléjicos de Toledo por ejemplo, y ya no es un tema de atención limítrofe, es gente que se trataría muy bien en algunos lugares, por ejemplo lo de silicosis en Asturias, en fin, todo lo que son centros de referencia, ya no digo enfermedades raras. Entonces, aunque haya un fondo extrapresupuestario que es el de atención a turistas, con todo y con eso es como un gran banco donde uno tiene su crédito y no quiere que su crédito se minore mucho y procura que el paciente no vaya. ¿Cómo se solucionaría? Dando el poder al paciente de poder desplazarse como en la transfronteriza, donde decide el paciente y luego su Estado tiene que pagar. Lo que pasa es que eso, primero, sin acuerdo con comunidades autónomas no se puede hacer; segundo, ¿por qué el real decreto —y ahí vamos enlazando conceptos de atención especializada— es tan importante? Porque que a mí me digan que un paciente elige un hospital sin saber cuál es la morbilidad de determinado departamento, etcétera, solamente porque su vecina le ha dicho: tienes cáncer, vete a Navarra, ¿a Navarra por qué, si a lo mejor la Jiménez Díaz es mejor? Tenemos que tener ese tipo de estudios perfectamente documentados. Reconozco un problema ahí que vamos a ver cómo lo solucionamos de acuerdo con las comunidades autónomas, pero, efectivamente, el modelo debería funcionar y así es como está establecido.

Las plazas MIR se están ajustando a la gente que sale de las facultades pero, señor Llamazares, ha habido una proliferación ingente e innecesaria de facultades de Medicina en este país y, aunque haya *numerus clausus*, lo hemos solucionado durante un tiempo, pero esto hay que reajustarlo. Cuando yo

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 763

11 de marzo de 2015

Pág. 33

entré en primero de Medicina entramos 3.200 —creo que eran los últimos años sin *numerus clausus*— y, claro, cuando llegamos al MIR había 25 o 28.000 para 1.400 plazas. Eso es de locos. Esto exactamente igual, el número de plazas MIR se está ajustando y luego se ha reducido también el porcentaje de gente que es extracomunitaria al 4%.

El Hospital de Melilla, ¿se lo explico de verdad, señora Martín? ¿Se lo explico o no? **(La señora Martín González: Sí). ¿Sí? (El señor Llamazares Trigo: ¿A partir de cuándo?—Risas).** A partir de ahora y a partir de antes. Lo digo porque es importante conocerlo. La primera licitación quedó vacante, ya empezamos mal. El primer contrato fue de septiembre de 2008. La adjudicación de la dirección facultativa ya se hizo tarde, se retrasó la obra nueve meses, sin valoración favorable de la mesa de contratación además. Eso originó una demanda de 1.200.000 euros que todavía está pendiente. Estamos hablando del año 2009. Se empeñaron en hacer un modificado y la ministra de entonces, Leire Pajín, en julio de 2011 autorizó ese modificado. Ingesa tenía seis meses para presentar el proyecto, con firma de la ministra ya. ¿Qué hace la empresa? En lugar de seguir construyendo la obra que tenía licitada, empieza a construir el modificado, sin estar aprobado, y a unos precios que, cuando llega la propuesta de la dirección facultativa, la oficina de supervisión dice que son valoraciones excesivas, precios abusivos y errores graves, y mientras tanto hemos estado pagando eso sin un contrato, solamente con la firma de la ministra, que decidió que tenía que ir para allá con todo esto, y la empresa construyendo el modificado y no construyendo el principal. Empezaron las demandas, lógicamente paralizaron las obras, el Ingesa contra la empresa, la empresa contra el Ingesa. Se meten obviamente en los tribunales, se paralizan las obras y hasta hoy. Hay demandas por retraso de las obras injustificadas, demandas por retraso en el tema de la dirección facultativa... Estamos esperando a que la señora juez levante la suspensión de las obras, a que podamos empezar a trabajar en cuanto nos digan que podemos hacerlo. Se ha reajustado el proyecto, porque no estaba bien hecho —ya lo dijo la oficina técnica—, y lo que tenemos previsto para este año son 8.076.000 euros y 600.000 para el plan de montaje, que además tampoco estaba previsto. El plazo es de dieciocho meses desde que empiece a funcionar de nuevo el proceso, pero la verdad es que es un tema que nos hemos encontrado. Ya nos hubiera gustado encontrar hecho el Hospital de Melilla, pero no pudo ser.

Por lo que se refiere a la tramitación del real decreto del sistema arbitral de consumo y de la ley de resolución alternativa a litigios, el real decreto del sistema arbitral de consumo continuará su tramitación, una vez se inicie la del anteproyecto de la ley de resolución alternativa de litigios, porque se puso de manifiesto que debe estar sometido a esta ley, en la medida que desarrolla uno de los apartados de la misma. Por tanto, esta ley de resolución alternativa de litigios está incorporando al texto los informes de otros departamentos, como el Ministerio de Justicia, y probablemente vaya en primera vuelta al Consejo de Ministros a finales de este mes de marzo.

Respecto a que el consumo de azúcares no debe superar el 10%, nos alineamos con todas estas políticas internacionales. Creemos que hay que hacer mucho todavía en el tema de la obesidad infantil. La estrategia NAOS no está desaparecida, sino que tiene más importancia que nunca. En menos de una semana verán ustedes la importancia que tiene la estrategia NAOS. No les puedo decir nada más en este momento. **(La señora Grande Pesquero: Es un secreto).** Se lo diré, señora Grande, en el momento procesal oportuno. **(La señora Martín González: Lo importante es que hagan algo).** La estrategia de evaluación de paliativos fue actualizada en 2010 y su evaluación y actualización se realizarán en el año 2015, que es cuando toca.

En cuanto a proteger a los consumidores, no puedo estar más de acuerdo. Todos nos hemos desesperado cuando hemos hablado con empresas simplemente para cambiar de teléfono o pasar de uno a otro. Es absolutamente desesperante. El tema de la protección de los consumidores está por encima de cualquier otro interés.

La señora Tarruella, aparte del tema de la financiación de la hepatitis C, en la que no voy a insistir más porque creo que está claro, me ha pedido ayuda con el señor Beteta. A don Antonio Beteta lo conozco desde mi primera etapa como secretario general y la verdad es que tiene encomendada una misión difícilísima, pero es cierto que siempre hemos encontrado su ayuda y estoy seguro de que va a continuar prestándola, aunque en este caso, y le agradezco su participación, insisto en que no es necesario para las comunidades autónomas, si quieren las comunidades autónomas, porque si hubiera un pronto pago podría haber incluso un descuento adicional en el coste de los fármacos de hepatitis C. Si hubiera un pronto pago, podría haber esa disminución. Estamos continuamente revisando todas las fórmulas, igual que los precios. Como alguna comunidad autónoma disminuya los precios de cualquier medicamento, que

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 763

11 de marzo de 2015

Pág. 34

en principio no tienen por qué, en la comisión de precios ya les digo yo que los vamos a bajar. Las compañías farmacéuticas lo saben.

La indicación enfermera procuraremos que esté en Consejo de Ministros después del verano, pero podría ser incluso antes. Tiene su trámite, una vez se toma la decisión de continuar con ello. La decisión se tomó en el momento en que se firmó, pero desde luego, desde que hemos llegado el ministro y yo, al tema profesional le estamos dando una velocidad que nos permita acabar de tramitar todo antes de que finalice la legislatura.

Le agradezco al señor Llamazares su intervención. En general les agradezco a todos sus intervenciones, pero le agradezco al señor Llamazares la apertura que ha hecho, aunque esto no es una partida de ajedrez. No sé si es cuestión de carácter, pero yo me siento muy cómodo hablando con todos los portavoces y además siempre ha sido así, no es porque yo haya sido portavoz, sino porque las cosas se solucionan hablando. Decía la señora Angulo que en el ministerio pensamos que cuando algo no tiene solución lo decimos claramente, no estamos enredando. Es que no tenemos tiempo para enredar, de verdad se lo digo. Si tuviéramos una legislatura, igual sí, pero en estos meses no tenemos tiempo. Si hay algo que de verdad no podemos conseguir, lo diremos de entrada. Por tanto, cuando hablamos de que la indicación enfermera se va a hacer y también de que las unidades de gestión clínica —ahora hablaremos algo de eso— se van a hacer, es porque nuestra voluntad es hacerlo, acelerar lo máximo que podamos el proceso del Consejo de Estado y del consejo interterritorial para que esto tenga lugar. Los médicos —se lo tengo que decir— están muy sensibilizados con el tema de las unidades de gestión clínica. Antes incluso de la constitución del foro, por las relaciones que tenemos con ellos, sabemos que ese es un tema fundamental, y yo lo entiendo. Tiene que tener la absoluta seguridad de que esto lo vamos a sacar. ¿En qué plazo? Eso ya no depende de nosotros. Nosotros vamos a intentar acelerarlo todo lo que podamos, pero desde luego al Consejo de Ministros probablemente no debería ir más tarde de noviembre. Cuando digo en noviembre es siguiendo la línea de que si algo no se puede hacer, se lo decimos, pero si algo se puede hacer, *sensu contrario*, lo que no queremos decirles es: no se preocupen, antes de que nos vayamos de vacaciones en verano lo van a tener en hecho, porque eso no depende de nosotros. Si hay un trámite de audiencia, si tiene que pasar por el Consejo de Estado y por los secretarios generales técnicos, todos esos trámites tienen que hacerse y no nos los podemos saltar, porque este es un Estado de derecho. Ya me gustaría a mí poder decir: mañana mismo real decreto, pero no puede ser, y evidentemente no va a ir por un real decreto-ley, hasta ahí podíamos llegar.

En cuanto a la crisis económica, es verdad que nos ha afectado, pero hay que reconocer también que en un país como este, y lo he dicho al principio, donde los servicios públicos, la sanidad, la educación, el bienestar social, etcétera, dependen de los ingresos que tiene el Estado, en un momento donde los ingresos han bajado durante muchos años, mantener ese nivel ha exigido, primero, el compromiso de intentar mantener ese nivel de financiación y, segundo, tomar medidas que nos permitan a las comunidades tener más margen para poder implementar las necesidades que siempre son crecientes.

Me gustaría hablar de la Comunidad de Madrid, pero no por ellos sino por el modelo. Las comunidades autónomas, desde las que a veces nos hartamos de pedir —el señor Agirretxea no está aquí hoy, pero lo mismo da, porque doña Isabel Sánchez me lo diría igual y me lo diría su consejero—, exigen siempre, y hacen bien, el respeto a las competencias autonómicas. Yo, viniendo de una comunidad autónoma, como todos por definición, pero donde las sensibilidades están muy a flor de piel, respeto esa cuestión, pero también digo que desde la Administración General del Estado normalmente se pide que se respeten sus competencias. Esto lo digo porque hace poco han sido anulados por el Tribunal Constitucional algunos de los artículos de algunas de las leyes, simplemente porque, dando cabida a las comunidades autónomas, les estábamos dando la oportunidad de que establecieran ellas el régimen de sanciones, y el Tribunal Constitucional ha dicho que no, que eso es competencia de la Administración General del Estado. Es lo mismo que ocurre con poner precios a los medicamentos. A veces he tenido que oír de las comunidades autónomas, que por primera vez tienen participación en ese proceso, que querrían estar ahí siempre, pero es que no puede haber diecisiete comunidades todas ellas negociando precios. Por tanto, las competencias hay que respetarlas, pero, precisamente por respetar las competencias, la Ley 15/1997 —que ustedes no aprobaron, y es verdad que lo hemos dicho muchas veces, pero el resto de la Cámara sí, incluyendo los 303 votos del Grupo Socialista y del Grupo Popular— dio la oportunidad a las comunidades autónomas de que se gestionaran como ellas quisieran. Lo que hay que respetar es el aseguramiento con cargo a impuestos; hay que respetar la calidad, y ahí sí que creo que hay que hacer un trabajo, no digo que se gestione de cualquier manera, pero desde luego, sea por vía directa o indirecta, está claro que la calidad

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 763

11 de marzo de 2015

Pág. 35

hay que mantenerla, y por supuesto hay que respetar que, viva donde viva uno, tiene que tener el mismo tratamiento, esté en la comunidad que esté y vaya a la comunidad que sea. Eso sí que es absolutamente fundamental en un Sistema Nacional de Salud. Ahora bien, lo puede hacer por una concesión o por una empresa pública. En todas las comunidades autónomas, incluyendo la suya —donde usted va a competir como candidato a la presidencia, para lo que le deseo mucha suerte, pero no más que a la candidata de mi grupo parlamentario—, es posible que no pueda cambiar algo —en su caso aunque sea presidente de esa comunidad— que ya está establecido, y es esa colaboración público-privada que hay quien considera una privatización. Hay cosas que se pueden hacer mejor y cosas que se pueden hacer peor, pero lo que se ha hecho en la Comunidad de Madrid de construir ocho hospitales prácticamente en dos años es impensable en cualquier país del mundo, y no se podría haber hecho si no hubiera sido por eso. No estoy defendiendo el modelo Alzira —y fíjense que yo lo creé con el equipo de la consejería—. No teníamos ninguna posibilidad de construir Alzira, catorce años sin poderlo construir, y cuando cambió el Gobierno decidimos crear esto. No digo que sea un modelo para nadie, pero para esa área fue bien. De hecho, cuando se le pregunta a la gente, en más de un 90 % de los casos no sabe tan siquiera si es público o privado y está contenta y satisfecha con lo que allí le dan. Lo que hay que garantizar es que a la gente se la trate bien y se le den soluciones con la máxima calidad, y luego hay que hacer consideraciones de otro tipo. Que la limpieza de un centro o el arreglo del ascensor tenga que hacerlo un funcionario creo que no le cabe a nadie en su cabeza, la bata gris que llaman. Que me digan que la bata blanca tiene que ser de gestión directa, muy bien, si tiene que ser de gestión directa, que sea de gestión directa, pero cada comunidad tiene los mecanismos que la ley le ha dado, salvo que los cambie precisamente para abordarlos.

Podría comentarle algo más del ébola como fracaso de salud pública. Francamente, al menos cuando salimos de España, todo el mundo lo reconoce como un caso de éxito. Es verdad que fallecieron los dos repatriados, era gente muy mayor que vinieron en malas condiciones, pero logramos que la paciente que se contagió de forma secundaria aquí saliera adelante y hemos aprendido mucho en cuanto a gestión de casos. A nivel mundial la gente lo reconoce. De todas formas, es un proceso en el que nadie nace aprendido y es casi seguro que en ese proceso hay cosas que se pueden hacer mejor, pero yo diría que el tratamiento general de la situación creada por el ébola es un caso de éxito, aunque se puede discrepar respecto a eso.

En cuanto al Gómez Ulla, está en ese proceso. Yo también le pregunto al general de Sanidad, que forma parte del comité de seguimiento del ébola, se lo pregunto cada lunes que nos reunimos. Tienen la garantía —ya saben ustedes cómo funciona Defensa— por parte de su subsecretaria de que o acaban en la fecha o las sanciones no son como las civiles, son militares. Yo creo que lo acabarán, pero no lo sé; si dependiera de mí probablemente le diría algo más. ¿Cuánto hemos puesto en cooperación para este caso? España no es de los que más ha dado, pero tampoco es de los que menos. Lo que sí les puedo decir es una cosa: los 10.100.000 euros que dijo que pondría los depositó inmediatamente, mientras que otros han dicho que iban a dar no sé cuántos millones —lo digo por la reunión de Bruselas del 3 de marzo— y luego esto quedó sobre la mesa.

España ha cumplido con lo que ha dicho; otros han dicho otra cosa y ya veremos cuándo cumplen, aunque seguro que cumplirán. Va a haber conferencia de donantes. La semana que viene hay reunión con el Banco Mundial, porque lo del 3 de marzo no fue conferencia de donantes porque así se exigió. Ya están pidiendo 1.500 millones de euros más, 600 de ellos los tiene Naciones Unidas pero necesitan urgentemente 400 millones más y nos van a pedir dinero a todos, tanto a los que hemos dicho que pagaríamos y hemos pagado, como a las nuevas oleadas que vengan, para reconstrucción del país, que ya no es atención —la atención está muy bien; hay que acabar con ello, insisto, mientras haya un caso de peligro de extensión—, y la reconstrucción también es muy importante. Les tengo que decir algo, y es que la gente que ha ido allí a poner dinero —y está muy bien puesto porque es para solventar un problema— tiene una doble faceta. Digo esto porque hay ministros holandeses que se están paseando por África occidental. Precisamente porque a través de fondos delegados de la Unión Europea pretenden construir carreteras, reconstruir hospitales, etcétera. Eso es riqueza también para sus empresas. Lo digo para que veamos las dos facetas: por una parte, la faceta de cooperación y, por otra, el interés comercial de los países, muy legítimo, pero aquí nadie da puntada sin hilo, aunque no sé si en esta casa debería decirlo con esas palabras, pero dicho queda. **(El señor Llamazares Trigo: Bélgica sabe mucho de eso).** Bélgica también es de los que está en el tema, por tradición además.

Básicamente he contestado a la mayoría de cosas. Si ha quedado alguna estoy seguro de que me la recordarán. En todo caso, saben que está abierta la vía de comunicación con el ministerio y conmigo y, por lo tanto, quedo a su disposición no ya ahora, sino también fuera de esta casa a la que espero volver

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 763

11 de marzo de 2015

Pág. 36

un día —dicho sea de paso— para poder seguir construyendo entre todos un sistema de salud que nos hemos dotado y que nos merecemos por el esfuerzo que ha costado.

El señor **PRESIDENTE**: Turno de réplica. Voy a ser exigente, cinco minutos. (**La señora Martín González: ¿Cinco minutos para todo?**). Para todo.

Señora Martín.

La señora **MARTÍN GONZÁLEZ**: En primer lugar, agradezco al señor Moreno el talante en las respuestas. Evidentemente, hay cosas con las que no vamos a estar de acuerdo; lo siento, ya nos ha ocurrido en otras ocasiones y no vamos a estar de acuerdo, pero le agradezco el tono de sus respuestas. Al menos no nos hemos sentido ni recriminados ni regañados ni ha cambiado el tono de la voz, como nos ha pasado en otras ocasiones, con lo cual le agradezco enormemente su tono en la respuesta.

Quería aclararle algunas cuestiones a las que ha hecho referencia, como las tarjetas sanitarias. Evidentemente, usted puede tener sus argumentos para decir que hay colectivos que anteriormente no tenían tarjeta sanitaria y que ahora la tienen pero no voy a caer en la trampa. Usted tendrá sus argumentos y yo tengo los míos y le puedo demostrar que hay ciudadanos que vuelven al país —puedo buscar nombres y apellidos y no tengo ningún inconveniente en pasárselos— y que están teniendo dificultades para tener la tarjeta sanitaria en el momento de su retorno por la sencilla razón de que en ese tiempo que tienen para hacer los trámites para recuperar la tarjeta sanitaria pasan cosas. Hace unos pocos días —no sé si he tenido la feliz suerte o no sabía cómo pasar mi tiempo— he estado en el hospital y en el momento de hacer mi ingreso me encontré con unos conocidos con su hijo que había vuelto de Estados Unidos y que a los tres días de estar en España tuvo apendicitis. Les hicieron firmar un documento para que figure que no tiene cobertura sanitaria y que van a asumir el gasto. Lo tienen que arreglar después y claro que se le dará la tarjeta, pero ¿es lógico que tengan que hacer ese trámite cuando sus padres y él son ciudadanos españoles? La verdad, entiendo que no. Podría poner muchos ejemplos de población inmigrante a la que se le hace firmar un documento y están por lo menos con el miedo de que se les va a pasar el gasto.

Habla usted también de tarjetas sanitarias y dice que han aumentado en 700.000 las tarjetas sanitarias con su nuevo modelo. Efectivamente se han incorporado en las tarjetas sanitarias a profesionales liberales que anteriormente no estaban incluidos en el Sistema Nacional de Salud con motivo de la aplicación de la Ley de Salud Pública. Es cierto que se han incorporado durante su tiempo de mandato, pero la Ley de Salud Pública viene de antes e incorpora a estos profesionales. Me gustaría saber cuántas tarjetas nuevas reales hay precisamente por este motivo y de qué colectivos. Efectivamente, algunos de ellos son de profesiones liberales. Son tarjetas sanitarias de médicos, de abogados, de ingenieros, que tienen una profesión liberal y algunos tienen unos ingresos efectivamente de más de 100.000 euros, con lo cual tampoco tienen derecho a la tarjeta sanitaria que, dicho sea de paso, no veo por qué no la podrían tener. Recuerdo que cuando empecé a trabajar todavía existían los padrones de atención a la beneficencia y se empezaron a implantar las tarjetas sanitarias, y a aquellos que no tenían tarjeta sanitaria se les hacía una tarjeta sanitaria idéntica a la del resto de ciudadanos, no era diferente; la única diferencia era que si yo estaba dada de alta en el trabajo tenía un 45/ y ellos tenían un 56/, y todos conocíamos las tarjetas 56/, pero tenían una tarjeta sanitaria que les daba derecho a la cobertura. Después de eso diferentes comunidades autónomas han implantado tarjetas de ampliación de cobertura a aquellos colectivos que quedaban excluidos de la atención sanitaria; pero no se les negaba, se les hacía una tarjeta.

Me llama la atención que argumente, en el sistema de copago y precisamente por tener o no tener tarjeta sanitaria, el tema de si se es pensionista, si se es parado de larga duración. Vamos a reconocer de una vez que está muy bien que para los parados de larga duración, su aportación económica, con aplicación del Real Decreto 16/2012, sea cero. Pero realmente, ¿cuántos se pueden beneficiar de esto? Porque yo conozco vecinos míos, de mi pueblo, parados de larga duración que como se les aplica el criterio de la declaración de la renta del año anterior, no llegan a beneficiarse de ese 0% en la aportación, porque eso no es de aplicación inmediata. Y resulta que cuando tienen la posibilidad de acogerse al 0%, si tienen un nuevo contrato, ya lo han perdido. Con lo cual esto se está aplicando poco y mal. Hay pocas pensiones máximas, señor Moreno, por favor. ¡Hay muy pocas pensiones máximas! No nos pongamos de ejemplo porque vamos a tener la pensión máxima, porque hay pensionistas de viudedad que tienen 500 euros de pensión que están obligados a pagar, y a mí me parece muy injusto que paguen la parte que les corresponde de su medicación. La pensión media en mi comunidad autónoma son 800 euros; y está más

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 763

11 de marzo de 2015

Pág. 37

que reconocido que el 15% de los medicamentos no se retira. Luego alguna reflexión también nos tendremos que hacer.

El señor **PRESIDENTE**: Le ruego que vaya concluyendo, por favor.

La señora **MARTÍN GONZÁLEZ**: Termino.

Usted está precisamente argumentando esa bajada del gasto farmacéutico, pero gobernando el Partido Socialista hubo una bajada del precio del medicamento, que tiene su repercusión ahora, como es lógico, pero se están consumiendo menos medicamentos porque no se pueden pagar; ha bajado el gasto farmacéutico y lógicamente ha bajado el consumo. ¡Enhorabuena por las cifras de bajada del gasto farmacéutico! Pero las causas son esas.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Llamazares.

El señor **LLAMAZARES TRIGO**: Quiero agradecer la réplica del secretario general y hacer algunas precisiones. No voy a alargarme mucho.

En primer lugar, en relación a la exclusión sanitaria, acepto pulpo como animal de compañía. Incluso acepto que la exclusión sanitaria más explícita, aparte de la que se ha discutido con respecto a los emigrantes españoles y su dificultad para recobrar la prestación, está en los inmigrantes sin papeles. Yo me pregunto qué razón económica, política o administrativa hay para que esos inmigrantes sin papeles vayan directamente a urgencias y no puedan ir a la atención primaria. No entiendo nada. Desde el punto de vista político es un mal mensaje, es un mensaje que huele a xenofobia que tira para atrás y desde el punto de vista económico y administrativo es mucho más fácil hacer el seguimiento de esos pacientes en la atención primaria que andar jugando en urgencias, porque hay gente a la que se trata en urgencias, se la da de alta y no se le hace el seguimiento. Esto es lo que está pasando. El otro día en la calle, un cardiópata de origen cubano no tenía seguimiento de su enfermedad cardíaca y, como consecuencia, tampoco podía comprar los medicamentos porque no tenía medios. Pues eso ocurre también con las enfermedades infecciosas, etcétera. No tiene ningún sentido. Sería un gesto humanitario, pero sería un gesto de racionalidad. Se lo digo claramente, yo creo que deberían reconsiderar esa medida. En relación con el consumo farmacéutico, no soy tan optimista como usted. Se ha utilizado el hacha, se ha cortado una parte del consumo pero no hay un uso racional; no es verdad. No hemos introducido nada que tenga que ver con el uso racional del medicamento, sobre todo porque donde lo teníamos desbocado lo seguimos teniendo desbocado, que es en el ámbito hospitalario, y eso es lo que nos permite alardear de cifras, pero en realidad hay un repunte del gasto farmacéutico y, fundamentalmente, del gasto farmacéutico hospitalario.

En cuanto a las listas de espera, he leído recientemente encuestas —ya no lo que me comunican las comunidades autónomas, sino encuestas a los pacientes—, y es el doble de lo que comunican. Es decir, no son noventa días; son seis meses. ¿Cuál es el mecanismo? ¿A partir de cuándo digo que está en lista de espera? ¿A partir de que tiene ya hecha la analítica, la radiología y está preparado o desde antes? Esa es la cuestión. Si no homogeneizamos los registros, al final la gente se escandalizará porque verá que son falsos. En relación con el fondo de garantía, no discuto el tema de la compensación entre comunidades autónomas, pero me pregunto: ¿Es viable un ministerio que desarrolle estrategias y planes sin un mínimo presupuesto? Es más, multiplica por diez el presupuesto de Muface que el presupuesto del ministerio. No es un ministerio de un país, ya no digo federal, sino mínimamente articulado, y yo creo que eso debería preocuparle al ministerio, y me imagino que le preocupa.

Sobre las áreas de gestión clínica, no entro en el concepto de área de gestión clínica; entro en la aplicación del área de gestión clínica. Hoy hay una reserva, cuando no un rechazo, por parte de los médicos de a pie, que son los que van a tirar del área de gestión clínica; no va a tirar el médico conocido a nivel internacional que, además, sale en todos los papeles. No, quien va a tirar de eso son los médicos y la enfermería. En el caso, por ejemplo, de psiquiatría —que lo conozco mejor— hoy hay menos personal del que había el año anterior, porque da la impresión de que lo que se hace es deteriorar la atención de los pacientes a cambio de unos ingresos para los profesionales, y eso no lo aceptan. Sencillamente, no lo aceptan. Aceptan antes las peonadas que eso. Yo creo que eso es lo que está en estos momentos en crisis. Quería preguntarle si han avanzado algo en el aseguramiento, no digo ya de los cooperantes, que es obligatorio, sino de los religiosos. ¿Las congregaciones religiosas van a asegurar su presencia fuera de España, en el caso de que tengan que ser repatriados? Porque todos tienen la obligación de estar

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 763

11 de marzo de 2015

Pág. 38

asegurados, menos las congregaciones religiosas, y creo que deberían hacerlo. En todo caso, la Administración debería plantearlo.

Termino con la Ley de Salud Pública. No me ha dicho nada sobre si piensan derogarla o piensan desarrollarla. Yo apuesto por desarrollarla, porque pienso que es una buena ley de salud pública. Hablamos recientemente sobre los datos personales y los problemas que estamos teniendo en el Parlamento Europeo. Yo creo que deberían desarrollarla, pero ustedes mismos, que son los que gobiernan.

Gracias por sus respuestas.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Angulo.

La señora **ANGULO ROMERO**: Comencé diciéndole al señor Moreno que se encomendara a quien más creyera para su labor, pero después de volver a oírlo, le agradezco en nombre de mi grupo parlamentario la garantía, la seguridad y la confianza que, como ciudadanos, nos ha dado oír todas las explicaciones que ha dado. Efectivamente, este país tiene grandes profesionales sanitarios, pero yo creo que hoy es de justicia decir que tiene también grandes gestores políticos que gestionan bien nuestros recursos. De esa casta el Grupo Parlamentario Popular y yo nos sentimos muy orgullosos. Su solvencia, su transparencia y su sinceridad a la hora de explicarse ha conseguido algo hasta ahora insólito, y es que hasta la señora Martín y el señor Llamazares hayan admitido que alguna cosa tiene buena incluso el Real Decreto 16/2012, y yo creo que eso, señor Moreno, tendrá que quedar bien reflejado en el «Diario de Sesiones» porque ha sido mérito suyo.

Gracias por todas sus explicaciones.

El señor **PRESIDENTE**: Finalizado el turno de los grupos políticos, cierra el debate el señor secretario general de Sanidad.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD Y CONSUMO** (Moreno Palanques): En primer lugar, señora Martín, a quien además aprecio personalmente por muchas razones, me alegro de verla tan recuperada. Podría estar más recuperada, pero ya veo que le ha costado un poco más. También quiero tener un recuerdo especial a nuestra portavoz adjunta, Felicidad Rodríguez, que creo que está más o menos como usted, pero por otra razón. Eso es lo que tiene Sanidad. Los de la Comisión de Defensa se van a Afganistán y nosotros nos vamos a los hospitales a que nos operen, aunque es mucho menos excitante. De verdad que me alegro de verla tan bien.

Las tarjetas sanitarias. No he entrado hoy en las cifras y además lo he hecho conscientemente. Cuando entró en vigor el real decreto-ley hubo un cribado de tarjetas y parecía lógico que hubiera un cribado no ya por el real decreto-ley, sino porque uno en teoría debe saber lo que tiene en su base de datos, como en todo. Tiene que saber las que están activas y las que no, etcétera, y en función de los criterios del propio real decreto-ley se hicieron unos cribados en las bases de datos, una vez más en otro ministerio, no en el nuestro, y nos devolvieron las bases de datos cribadas. Hubo algunas personas que no estaban identificadas con esos criterios —ningún español, todos ellos extranjeros— y se les mantuvo en los registros en una situación que se denomina de baja estado siete. ¿Qué significa eso? Eso significa que cualquiera de ellos puede ir de nuevo al INSS o puede ir a urgencias o puede ir al centro de salud y decir que está aquí y que tiene su tarjeta. Sobre esa base, fueron 247.000 personas. Los cribados estarían hechos bien, pero los criterios a lo mejor no, porque nuestras situaciones van cambiando, no eran exactamente las mismas, y no me refiero a los españoles, sino a los extranjeros. Con lo cual fueron 247.000 los que dejaron de estar en baja estado siete y se reincorporaron. No son inmigrantes irregulares, sino gente que en un proceso de crisis muy probablemente ha dejado el país. Estamos hablando de extranjeros que han vuelto a sus países de origen —es verdad que la población española ha bajado— y ya no están con nosotros, lamentablemente. Este es un país de acogida, pero llega un momento en que las cosas se ponen difíciles y la gente que viene a solucionar sus problemas aquí acaba viendo que no se le solucionan y se acaba yendo, y esa es la realidad. Por tanto, esas son las cifras.

Les puedo decir que al cierre del año 2014 la base de datos tenía 867.000 más que en 2012. Alguno podrá decir que cada vez doy una cifra, pero no es así porque son cortes, depende de cuándo uno corte. En fin, lo que digo es que en un año, hasta finales de este año 2014 son 867.000 más. ¿Quiénes están ahí? Pues ahí entran los recién nacidos, han entrado 880.000; los 247.000 del Estado de baja siete; 482.000 nuevos inmigrantes con permiso de residencia; 200.000 que es la cifra máxima teórica —que es la única que no controlamos bien, respondiendo a su pregunta para que vea que no trato de evitar ninguna

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 763

11 de marzo de 2015

Pág. 39

en la medida que puedo— de profesionales liberales que no tenían derecho y que han entrado ahora seguramente por sí mismos. En total son 1.810.000 entradas. ¿Quiénes han salido? Pues han salido 792.000 bajas por defunción; 97.000 otras bajas, por pérdidas de derecho, pérdidas de permiso de residencia de extranjeros o superar el límite de 100.000 euros. El total de salidas ha sido de 889.000. ¿El balance neto? Es de 921.000. ¿La realidad? Lo que les he dicho: 867.000. ¿Por qué esa diferencia? Pues probablemente porque de los 200.000 que tenemos como cifra máxima teórica de profesionales liberales, no todos ellos han solicitado la tarjeta aunque tengan derecho porque tienen otro tipo de seguros, etcétera. En fin, esa es la realidad en cuanto a las tarjetas.

Hemos hablado de los pensionistas. No quería decir que los pensionistas tuvieran los límites que tenemos en esta casa o que tendrán los diputados en esta casa, ¡claro que no! Pero sea cual sea el ingreso que uno tenga, mucho o poco, parece lógico que si a uno se le pide un esfuerzo con un sistema que le atiende, tenga que ser en función de ese ingreso; mucho o poco, pero que sea en función de eso. Lo que no debería ocurrir es que eso fuera una limitación para retirar una medicación, eso es cierto. No debería ser así y espero que no lo sea.

Decía el señor Llamazares que a los inmigrantes irregulares los mandamos a urgencias. Sí, es una buena reflexión. Probablemente deberían ir a un centro de atención primaria, pero es el entorno el que está dibujado así a nivel de Unión Europea. A lo mejor conviene darle una vuelta, es verdad. Los criterios que existen en otros países son esos. Es decir, la atención en urgencias. ¿Urgencias significa urgencia hospitalaria o significa donde existan urgencias? Porque hay centros de salud que también disponen de urgencias. Pues probablemente sea donde existen las urgencias. Insisto en que absolutamente todo tiene que estar continuamente en revisión.

Respecto a la lista de espera, si me dice de verdad que es mucha más de la que hay, yo no tengo otro criterio que utilizar que aquel que me dan las estadísticas que mandan las propias comunidades. No quiero decir esto, porque nunca quiero decirlo, pero esta es una gestión de las comunidades autónomas. Yo creo que los Parlamentos autonómicos deberían preguntar qué están haciendo sus respectivos Gobiernos en concreto con sus listas de espera. Al final lo que estamos diciendo es que como las cosas van así o asá o la gestión es así o asá en las comunidades autónomas, que el Gobierno ponga una cantidad encima de la mesa y así lo solventamos todo. ¿Hasta cuándo? ¿Para que se vayan a la sanidad privada con planes de choque o peonadas por la tarde? Pues no tiene mucha lógica. Eso sí que me lleva a las unidades de gestión clínica. Yo he tomado nota de lo que ha dicho, del rechazo de los médicos de a pie. He tomado nota porque a mí es lo que me dicen, aunque a lo mejor es que con la gente con la que yo hablo del colectivo médico no es exactamente del colectivo de a pie. En fin, pero me insisten mucho porque este tema es muy importante para el colectivo médico. Usted y yo formamos parte de ese colectivo, a lo mejor somos atípicos pero somos médicos también. Existen experiencias y a lo mejor no todas son extrapolables, pero hay multitud de unidades de gestión clínica en alguna comunidad autónoma, hay decenas de ellas. Yo he sacado como argumento en el Pleno de esta Cámara listados, listados y listados, y la gente me ha dicho que eso no es unidad de gestión clínica. Conozco otras unidades que efectivamente sí que funcionan y lo he dicho alguna vez. Algunas de cirugía cardíaca han conseguido en un año una mejor gestión que se cuantifica en un millón de euros y que a lo mejor, lamentablemente, no ha ido a retribuir al personal, sino que ha ido a tapar ineficiencias o baja presupuestación de otros departamentos que a lo mejor no son tan eficientes. Yo creo que al menos hay que darles una oportunidad. Los sindicatos probablemente no están muy de acuerdo con eso porque consideran que son como minihospitales que se van del control de lo que tienen hasta ahora entre manos y a lo mejor algunos gerentes tampoco están muy convencidos porque una cosa es ser gerente y manejar una institución y otra cosa es que tengas jefes de servicio —como usted dice— que son de relevancia internacional. **(El señor Llamazares Trigo: Los tienen controlados)**. Hay que darles una oportunidad, es lo que están pidiendo; hay que darles esa posibilidad normativa para que las comunidades lo desarrollen, y lo están desarrollando ya algunas.

El caso de los repatriados, religiosos o no. Hay normativa del Gobierno anterior —y esto ya lo discutimos en su momento, creo que con gran sorpresa incluso hasta para el grupo parlamentario que en su momento defendió esto— que obliga a repatriar a un cooperante que tiene un problema en África occidental o en cualquier otro lugar del mundo, con o sin seguro. Hay ONG que prefieren utilizar sus seguros, pero si está contagiado y hay que meterlo en una cápsula ya no, porque entonces el seguro ya dice que no, que hay que utilizar un megaviación y que mejor lo hace el Estado; y ahí estamos todos, religiosos y no religiosos. Estamos obligados a ello, lo hizo el Partido Socialista en el año 2006 y creo que lo hizo bien; son personas que va a jugarse a veces la vida, como muchos de estos cooperantes, a un país

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 763

11 de marzo de 2015

Pág. 40

extranjero. Hay que tener claro el concepto que yo he expuesto aquí esta tarde de que la defensa de los intereses de nuestros propios conciudadanos muchas veces no pasa por estar dentro de nuestras fronteras sino fuera de ellas, y no todo el mundo tiene ese concepto claro. Este es un concepto que el ministro tiene clarísimo y que quiere además que todo el mundo lo asuma como tal, y yo creo que debe ser así. Este es un planeta muy grande y los localismos y las fronteras están para lo que están y para poco más, y nos debemos unos a otros. Seguro que el señor Llamazares me dice que atienda a los inmigrantes irregulares. Pues creo que hay que hacerlo, pero hay que hacerlo por vías de política social, sinceramente se lo digo. Y si no lo estamos haciendo bien —y tengo relación de comunidades que lo están haciendo— y únicamente hay una que está aplicando literalmente el real decreto-ley sin hacer un gran esfuerzo en temas de política social, debe hacerlo. Hay que hacer un esfuerzo en esa materia porque todo el mundo, como ser humano, tiene derecho a lo más básico, y esto es fundamental, aunque, como le digo, la asistencia sanitaria no se le niega a nadie y si se le niega, se hace contra la ley. La cobertura en esta materia, como en el resto de países europeos, es un tema de política social.

En todo caso, quisiera acabar dándole las gracias a todo el equipo de mi gabinete que desde que yo llegué no tienen horas ni noches ni días. No sé las familias cómo nos admiten estas cosas; algún día vendrán a pedirme cuentas a mí. A los directores generales, que han hecho una labor excepcional los meses que llevamos allí, y para ellos no hay domingos, no hay sábados, las llamadas son continuas en temas relativos no tanto al ébola como a la hepatitis C. Y a aquellas personas con las que he tenido la oportunidad de trabajar aquí y con las que espero seguir trabajando. Pero me permitirán que haga una mención especial a una persona que, como nadie, ha demostrado tener una capacidad absoluta de liderazgo, de determinación, de idea clara, de sentido de equipo, de criterio —aunque no es habitual en Comisión, yo quiero dejar constancia aquí de ello—, y esa persona es el ministro de Sanidad, y lo digo absolutamente en serio. Podría no hacer esa mención, pero creo que debo hacerla. ¿Porque es importante en sí mismo? No, no es importante en sí mismo —además no descubro nada, la gente que lo conoce ya, y ustedes lo conocen, saben cómo es—, pero es importante para resolver los problemas de este país en materia sanitaria, en materia de consumo y en materia de protección. Son muy importantes esas características y por eso es necesario reconocerlo. Y también gracias a todos ustedes, que son realmente importantes, y se lo dice alguien que viene también de esta Cámara y algo me toca. Es importante que podamos seguir trabajando, que podamos seguir construyendo y, por supuesto, sigo como siempre con los teléfonos abiertos para todo aquello que necesiten y para que nos ayuden a rectificar cuando haya que rectificar.

Lo hemos hecho en copago hospitalario; creemos que debíamos hacerlo. Podemos valorar otro tipo de cuestiones; en algunas seguramente, como dice la señora Martín, no nos pondremos de acuerdo nunca, pero en todo caso lo intentaremos. Para resolver algún problema en el mundo hay que tener la confianza de que uno es capaz de resolverlos todos y, cuando uno va con ese espíritu, alguno acaba resolviendo, y eso es lo que hemos intentado durante estos meses y lo que intentaremos en lo que queda de legislatura. **(Aplausos).**

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Moreno.

Señoras y señores portavoces, a lo largo de la tarde de hoy o mañana como muy tarde tendrán ustedes la lista de las PNL que vamos a debatir el miércoles 25 a las cuatro de la tarde. ¿Están de acuerdo? **(Asentimiento).** No quería levantar la sesión sin tener confirmación de la convocatoria de esa reunión.

Se levanta la sesión.

Eran las ocho y cinco minutos de la noche.

cve: DSCD-10-CO-763