



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2000

VII Legislatura

Núm. 50

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. FELICIANO BLÁZQUEZ SÁNCHEZ

Sesión núm. 3

celebrada el martes, 19 de septiembre de 2000

ORDEN DEL DÍA:

Comparecencia del señor Subsecretario de Sanidad y Consumo (Sánchez Fierro) para informar sobre:

	Página
— Las líneas de actuación en su área de gestión. A solicitud del Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 212/000060.)	1024
— Las líneas generales que va a desarrollar en su área de gestión. A petición propia. (Número de expediente 212/000060.)	1024
— El acuerdo suscrito entre el Ministerio y Farmaindustria con el que se persigue la financiación de diferentes líneas de investigación del Instituto de Salud Carlos III, del Centro de Investigaciones Oncológicas y de la Fundación de Investigación Cardiovascular. A solicitud del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) (Número de expediente 212/000084.)	1024

Proposiciones no de Ley:

— Relativa al futuro del Hospital Central de Asturias. Presentada por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida. (Número de expediente 161/000002.)	1048
— Relativa a la asistencia médica y social de las personas que sufren de fibromialgia. Presentada por el Grupo Parlamentario Mixto. (Número de expediente 161/000018.)	1051
— Sobre declaración como enfermedad profesional de la hepatitis C contraída por el personal sanitario en su puesto de trabajo. Presentada por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió). (Número de expediente 161/000037.)	1054
— Relativa al concierto del servicio de ambulancias de Zamora. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/000112.)	1057

Se abre la sesión a las diez y cinco minutos de la mañana.

COMPARECENCIA DEL SEÑOR SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO (SÁNCHEZ FIERRO) PARA INFORMAR SOBRE:

- LAS LÍNEAS DE ACTUACIÓN EN SU ÁREA DE GESTIÓN. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 212/000045.)
- LAS LÍNEAS GENERALES QUE VA A DESARROLLAR EN SU ÁREA DE GESTIÓN. A PETICIÓN PROPIA. (Número de expediente 212/000060.)
- EL ACUERDO SUSCRITO ENTRE EL MINISTERIO Y FARMAINDUSTRIA CON EL QUE SE PERSIGUE LA FINANCIACIÓN DE DIFERENTES LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III, DEL CENTRO DE INVESTIGACIONES ONCOLÓGICAS Y DE LA FUNDACIÓN DE INVESTIGACIÓN CARDIOVASCULAR. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO CATALÁN (CONVERGÈNCIA I UNIÓ) (Número de expediente 212/000084.)

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, buenos días a todos. Damos comienzo a la sesión de la Comisión de Sanidad y Consumo con el orden del día que todos conocen.

En primer lugar, quiero dar la bienvenida al señor subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo deseándole una grata estancia dentro de lo que es el debate parlamentario, respecto del que estoy plenamente

convencido de que va a ser fluido y enriquecedor para todos, incluido el señor subsecretario del ministerio.

Sin más preámbulos, cuando quiera, tiene la palabra el señor subsecretario de Sanidad y Consumo.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Sánchez Fierro): Señor presidente, señorías, es un motivo de satisfacción especial comparecer ante esta Comisión de Sanidad y Consumo, a iniciativa del Grupo Socialista y a petición propia, para exponer las líneas generales que vamos a desarrollar a través de la subsecretaría de Sanidad y Consumo. El Grupo Parlamentario Catalán también ha suscitado mi comparecencia para informar sobre el reciente acuerdo suscrito entre el Ministerio y Farmaindustria para la financiación de diferentes líneas de investigación del Instituto de Salud Carlos III. He de agradecer a la mesa de esta Comisión que me haya permitido unir ambas comparecencias.

Señorías, querría comenzar destacando que las actuaciones de esta Subsecretaría estarán, en todo caso, basadas en dos ideas centrales a las que hizo referencia el presidente del Gobierno en su discurso de investidura. De un lado, la importancia de la sanidad para la calidad de vida de los españoles y, de otro, la necesidad de alcanzar el mayor compromiso y la mayor motivación posible entre los profesionales de la salud. La gestión a mi cargo estará orientada a los objetivos que la ministra de Sanidad y Consumo enunció en su comparecencia ante esta Comisión en el mes de junio pasado. No son otros que el ciudadano como referencia esencial, porque lo esencial son las personas; en segundo lugar, hacer del Sistema Nacional de Salud una realidad tangible y fuerte que asegure el funcionamiento cohesionado y solidario de los servicios de salud; en tercer lugar, culminar el proceso de transferencias a las comunidades autónomas dentro de la presente legislatura y

hacer del diálogo político y del diálogo social una práctica habitual que permita la transparencia y la cooperación entre cuantos estamos implicados y tenemos un compromiso con el mundo de la sanidad.

Como ustedes saben, señorías, en virtud de las disposiciones vigentes, corresponden a esta Subsecretaría competencias en materia de farmacia, de salud pública y consumo, de recursos humanos y financieros, y también otros aspectos de actividad normativa y de apoyo general al Ministerio. Me voy a referir a cada uno de estos ámbitos.

La política en materia de farmacia contempla a los sectores básicos relacionados con ella: la industria, la distribución y la dispensación, y ello lo hace a partir de una positiva valoración de lo que es y lo que representa el medicamento y los productos sanitarios para el Sistema Nacional de Salud. Este reconocimiento, no obstante, debe verse acompañado con una especial atención, que es preciso prestar, al gasto farmacéutico. Es ésta una variable importante que presiona al alza sobre el gasto sanitario total, con tasas de crecimiento superiores a las variaciones del PIB nominal; circunstancia a la que, por cierto, no escapa ninguno de los países desarrollados. Por ello, en nuestro país, al igual que en los diferentes Estados miembros de la Unión Europea, se vienen adoptando desde hace tiempo medidas encaminadas a moderar y contener el gasto farmacéutico y a propiciar el uso racional del medicamento. Aunque son muy variados los datos y las cifras que podrían aportarse, parece bastante expresivo a estos efectos el hecho de que en el periodo de 1986 —año en que entra en vigor la Ley General de Sanidad— a 1999 el gasto farmacéutico en España ha pasado de 214.000 millones de pesetas a 1.037.000 millones de pesetas, en valores nominales. Ello representa una tasa anual acumulativa del 12,91 por 100, bastante por encima del 8 por 100 que, durante el mismo periodo y en tasa acumulativa, ha crecido el PIB nominal. Más allá de que para esta evolución hayan podido contribuir muy diversos factores, como causas demográficas, medicamentos de alta tecnología, enfermedades emergentes, etcétera, consideramos que moderar el crecimiento del gasto farmacéutico y hacerlo sin arriesgar la calidad de esta importante prestación sanitaria son objetivos necesarios. Por ello, señorías, hemos entendido e insistido en considerar imprescindible, y así lo hemos hecho, promover una serie de líneas de acción en este terreno, a las que querría referirme. Primero, ajustar los márgenes por la dispensación de los medicamentos con criterios de equidad entre las oficinas de farmacia; ordenar la remuneración por la distribución y dispensación de los medicamentos de precios más elevados; estimular la dispensación de genéricos e incrementar sustancialmente la oferta de medicamentos genéricos, que todavía no ha alcanzado en nuestro país los niveles adecuados; impulsar el desarrollo del sistema de precios de referencia en línea con experiencias muy positivas que

se han producido ya en otros Estados miembros de la Unión Europea, como, por ejemplo, Alemania, Dinamarca, Holanda o Suecia; favorecer el uso racional del medicamento con acciones de información a profesionales y usuarios, insistiendo en el campo de la educación para la salud.

Al servicio de estos objetivos, el Gobierno está adoptando diversas decisiones, entre las que querría destacar las siguientes: primero, la aprobación del Real Decreto-ley 5/2000, de 23 de junio, de medidas urgentes de contención del gasto farmacéutico y de racionalización del uso del medicamento, convalidado por el Congreso de los Diputados el 29 de junio pasado; la aprobación de la Orden de precios de referencia el 13 de julio de este año; la autorización de 89 medicamentos genéricos en julio pasado; la autorización —se espera en días inmediatos— de otros 112 genéricos más y la previsión de que al final de este año podamos haber aumentado en casi un 50 por 100 el total de medicamentos genéricos disponibles respecto a los que existían al comenzar el año 2000. Todo ello, sin duda, repercutirá en la evolución del consumo en el Sistema Nacional de Salud en cuanto a genéricos se refiere. Quiero decir que estas medidas, en realidad, ya están produciendo algunos efectos, puesto que, por ejemplo, en el mes de julio, la cifra de envases de genéricos pasó a un millón y medio frente a 650.000 envases en el mismo mes de 1999. En ese sentido, también me parece muy importante destacar la preparación de un proyecto de real decreto sobre promoción publicitaria por parte de la industria farmacéutica, de modo que se venga a actualizar el Real Decreto 1416/1994, teniendo presentes nuestras propias experiencias y las medidas que a este respecto se han adoptado en ciertos países de la Unión Europea, como por ejemplo el Reino Unido, Francia o Italia.

Permítanme, señorías, unas palabras más en torno a la orden sobre precios de referencia, medida muy importante, orientada a ordenar y a racionalizar el gasto farmacéutico. Su importancia se deriva de que su implantación va a generar un ahorro para los usuarios, que habrán de realizar un esfuerzo menor, por tanto una aportación inferior, en relación con los precios actuales, y también un ahorro para el propio Sistema Nacional de Salud, estimado durante el primer año de vigencia en un mínimo de 19.500 millones de pesetas. A ello querría añadir que la publicación de la orden de precios de referencia, simplemente la publicación, está generando ya algunos efectos de interés, que quiero poner de manifiesto ante SS.SS. De una parte, quiero señalar que, a partir del mes de julio pasado, las compañías farmacéuticas están decidiendo reducciones en sus precios, con vistas al momento en que entre en vigor en su plenitud el nuevo sistema de precios de referencia, el 1 de diciembre. Esta reducción está registrándose tanto respecto de las especialidades bioequivalentes como de las no bioequivalentes, en este último caso de acuerdo

con lo establecido en la orden ministerial. La horquilla de dichas reducciones se sitúa entre el 14,5 y el 15,7 por 100.

Otros resultados de la política que responde a este real decreto-ley también se expresan en la evolución de la facturación de las recetas médicas correspondientes al mes de agosto del presente año. Más allá de algunas cifras respecto del mes de julio, que produjeron cierta preocupación y que han de entenderse en el contexto de decisiones previas a la entrada en vigor del real decreto-ley, es lo cierto que, comparando agosto de 2000 con agosto de 1999, el número de recetas disminuyó en casi un punto, 0,9 exactamente. En cuanto al gasto por este concepto, las cifras también parecen indicar un cambio de tendencia. Así, comparando agosto de 2000 con agosto de 1999, el incremento fue del 0,4 por 100, mientras que la comparación julio sobre julio suponía un incremento del 14,4 por 100. Esto hace situar el comportamiento del gasto farmacéutico, en el periodo enero-agosto, en un crecimiento de 7,82 por 100 respecto al mismo periodo del año anterior, mientras que en ese periodo de 1999 el crecimiento sobrepasó el 10 por 100 respecto de 1998. Por tanto, nuestra situación ha evolucionado favorablemente en más de dos puntos. Con todo, habrá que mantener la adecuada atención sobre la evolución que pueda registrarse en meses posteriores.

Este conjunto de medidas ha sido objeto de diálogo con los distintos sectores, si bien, ciertamente, con resultados diferentes. Con el sector de oficinas de farmacia, más allá de los problemas que se registraron con ocasión de la publicación del real decreto-ley, se siguen manteniendo contactos fluidos. Estos contactos se pretenden inscribir prioritariamente en el futuro y en la capacidad de atención sanitaria que desde estos profesionales y desde las oficinas de farmacia se pueden ofrecer al conjunto de los usuarios del Sistema Nacional de Salud. Por lo que se refiere a la industria farmacéutica, también se mantienen líneas de diálogo, que se orientan a conseguir un mayor compromiso del sector con el Sistema Nacional de Salud compatible con el establecimiento de un marco estable que dé viabilidad y que propicie mejoras en la investigación y en la tecnología. En este sentido, permítanme, señorías, una mención especial a la declaración conjunta suscrita por la ministra de Sanidad y Consumo y Farmaindustria en julio pasado para dar así respuesta al Grupo Parlamentario Catalán. En virtud de dicha declaración, Farmaindustria se compromete a contribuir con 5.500 millones de pesetas en el año 2000 en proyectos de investigación del Instituto de Salud Carlos III, organismo que, según establece la Ley General de Sanidad, está al servicio de todo el Sistema Nacional de Salud. Las áreas de investigación prioritarias serán la oncología y el ámbito cardiovascular, correspondiendo a dicho instituto el desarrollo de las líneas de trabajo dentro de los objetivos generales del sistema. Esta declaración con-

junta, que habrá de formalizarse en forma de acuerdo en breve, hay que situarla en el marco de una política global respecto a este sector, que habrá de desarrollarse a través del diálogo y la cooperación. El Ministerio de Sanidad y Consumo reconoce explícitamente en esta declaración el esfuerzo innovador de las compañías farmacéuticas, que se traduce en inversiones en investigación, favorecedoras de la salud y orientadas a consolidar y dar futuro al tejido productivo. Más allá de esta declaración, están previstas otras iniciativas de apoyo al sector en orden a la investigación, al desarrollo y a la innovación en colaboración con el Ministerio de Ciencia y Tecnología.

Querría a continuación, señorías, referirme al área de salud pública y consumo. Como SS.SS. saben, el artículo 43 de nuestra Constitución a la vez que reconoce el derecho a la protección de la salud obliga a los poderes públicos a organizar y a tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Al mismo tiempo, el artículo 51 de nuestra Carta Magna demanda a los poderes públicos la defensa de los consumidores y usuarios, en especial frente a los riesgos que puedan afectar a su salud o a su seguridad. El Ministerio de Sanidad y Consumo, en cumplimiento de estos preceptos constitucionales y conscientes de que salud y consumo son campos de actuación profundamente relacionados entre sí, ha querido favorecer una acción más eficaz en la gestión administrativa desde un nuevo planteamiento al atribuir el conjunto de estos cometidos a una nueva dirección general, si bien preservando la autonomía del Instituto Nacional del Consumo. Desearía destacar como objetivos y actuaciones prioritarias en este ámbito los siguientes: desarrollar programas de detección precoz y atención a los trastornos de conductas alimentarias mediante protocolos y creación de una agencia de seguridad alimentaria. Se trata de una política que guarda relación estrecha con el Libro Blanco de la Comisión Europea sobre seguridad alimentaria y con los objetivos del *Codex Alimentarius*, por tanto con los propósitos y con la filosofía auspiciados desde la FAO y la OMS, que, por cierto, celebrarán una reunión en octubre próximo en Madrid. Otro objetivo será potenciar la red nacional de vigilancia de productos químicos y el sistema de intercambio rápido de información para favorecer la sanidad ambiental. Asimismo, queremos impulsar una política de promoción y educación para la salud que se centrará fundamentalmente en programas preventivos de diagnóstico precoz y tratamientos dirigidos a las enfermedades y problemas de mayor incidencia, como son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer (en el caso de la mujer el cáncer ginecológico), la menopausia y la depresión. También programas de prevención del sida y de reducción de los riesgos asociados al uso de las drogas, actividades de promoción de la salud, prevención de los factores de riesgo, con especial atención a la disminución del consumo del tabaco y del alcohol entre los jóvenes y a los

accidentes de tráfico, sin olvidar la lucha contra las enfermedades infecciosas. También queremos potenciar la colaboración con las organizaciones sindicales y las organizaciones empresariales en la lucha contra las enfermedades profesionales —las secuencias y la evolución nos producen, lógicamente, preocupación— y las secuelas de los accidentes de trabajo. A este respecto, nos proponemos contar con más medios al efecto en la estructura del departamento y disponer de una dedicación especializada en el Instituto de Salud Carlos III. Además, prevemos mejorar la oferta de medicina en el trabajo en el programa MIR y regular la especialidad de enfermería del trabajo. También nos proponemos intensificar la cooperación con los agentes sociales, con las comunidades autónomas y con las sociedades científicas, reforzando nuestra participación en la Comisión Nacional de Seguridad y Salud Laboral. En este mismo ámbito de salud pública, nos proponemos reforzar nuestras bases de datos y los mecanismos de cooperación y coordinación interterritorial, auspiciando también programas prospectivos en colaboración con centros universitarios y con el Consejo superior de investigaciones científicas.

Señorías, nuestro país cuenta con un amplio marco normativo derivado de las directivas y reglamentos comunitarios relativos a sustancias y preparados químicos peligrosos, plaguicidas fitosanitarios, biocidas?, sustancias nuevas, potabilidad de las aguas, contaminación atmosférica, residuos tóxicos o radiaciones ionizantes y no ionizantes, entre otros. Todas estas normas requieren un desarrollo operativo y la cooperación de todos desde su respectivo ámbito de responsabilidad y competencia. Pero no basta con la protección sino que también es necesario promover la prevención de las enfermedades.

Aunque sea un breve apunte, querría referirme a algunas acciones y a algunos problemas. Un problema de indudable trascendencia social es el de la anorexia y el de la bulimia, que ha motivado trabajos y actuaciones con distintos grupos sociales, instituciones y sociedades científicas. Para dimensionar mejor el problema y las vías de solución se llevaron a cabo y se van a seguir llevando a cabo encuestas sobre hábitos alimentarios, estudios sobre imagen corporal y su proyección publicitaria, edición de manuales sobre alimentación y nutrición destinados a padres y profesores y se piensa impulsar el reciente protocolo de atención primaria sobre trastornos alimentarios que fue recientemente presentado por nuestra ministra. De otro lado, con relación a la lucha contra el sida, la estrategia viene marcada, de una parte, por la culminación del Plan de movilización multisectorial 1997-2000 y por la preparación de un nuevo plan para el periodo 2001-2005, el cual sin abandonar las actividades en marcha tenga especialmente en cuenta los siguientes objetivos. En primer lugar, mayor ayuda y mayores recursos para las ONG que trabajan en este campo, para tener en cuenta así su destacada e importantísima labor y su facilidad de

acceso a los colectivos afectados; dar un mayor peso específico a las campañas con mensajes preventivos; intensificar la cooperación con comunidades autónomas y las ONG en las actividades de prevención específicamente orientadas hacia los inmigrantes; mayor colaboración con los municipios, en especial con aquellos de mayor tamaño en los que droga y sida presentan una simbiosis de gran importancia que compromete la salud pública. También queremos establecer un marco institucional con el Ministerio de Asuntos Exteriores para el desarrollo de un programa en materia de VIH con los países menos desarrollados.

En todo caso, querría destacar otras actividades que se están desarrollando como los programas de formación sobre VIH (sida) dirigidos a médicos rurales en colaboración con los colegios oficiales de médicos. Las acciones para la prevención del sida y tuberculosis entre la población reclusa, la colaboración con el Consejo de la Juventud, las ayudas para subvencionar proyectos presentados por las ONG relativos a acciones preventivas o la publicación de documentos de consenso sobre recomendaciones en el tratamiento antirretroviral del adulto y profilaxis y tratamiento de infecciones asociadas al sida.

En materia de sanidad exterior, queremos reforzar el control de mercancías a través de los puestos de inspección fronteriza en colaboración con el Ministerio de Administraciones Públicas, además de atender las exigencias de la red de alerta y al desarrollo del programa de vacunación internacional sin dejar de mencionar la acción promocional y de coordinación en cuanto al Plan nacional de residuos de productos de origen animal y planes específicos para países terceros.

En otro orden de cosas, la Ley 55/1999, de 29 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social, en su artículo 80 ordena al Gobierno elaborar un censo de personas hemofílicas o con otras coagulopatías congénitas que hayan desarrollado la hepatitis C como consecuencia de haber sido tratados con concentrados de factores de coagulación en el ámbito del sistema sanitario público. He de manifestar a SS.SS. que en julio pasado se finalizó el censo provisional para lo que hemos buscado el mayor consenso posible con las asociaciones hemofílicas. Se ha trabajado atendiendo a las garantías de confidencialidad y de respeto a la intimidad personal, siendo de señalar que los datos fueron suministrados por los hospitales públicos en los que fueron tratados los afectados, y los criterios de desarrollo de la hepatitis C fueron los avalados por un comité de expertos y publicados mediante la correspondiente orden ministerial. Tras el censo provisional, que abarca a quinientas veinte personas, seguirán los trámites de reclamaciones y de resolución de las mismas, que actualmente están en marcha, hasta que pueda aprobarse el censo definitivo. En él estarán incluidas aquellas personas con derecho a una ayuda social en las condiciones y en la cuantía que determine

una ley que habrá de ser tramitada y aprobada al efecto, tal y como establece el apartado 4 del artículo 8 de la Ley 55/1999.

Dejando para un momento posterior de esta comparación los aspectos relacionados con el papel del Instituto Nacional del Consumo y la colaboración y respaldo a las asociaciones de consumidores y usuarios, querría, a continuación, referirme al área de recursos humanos y de financiación en todo aquello, quiero insistir, que compete a esta Subsecretaría, ya que, como SS.SS. saben muy bien, hay otros aspectos que corresponden a la Secretaría General de Gestión y Cooperación Sanitaria, cuya comparecencia también ha sido convocada.

En lo que concierne a esta Subsecretaría, están planteados los siguientes objetivos: el desarrollo y la ordenación de las profesiones sanitarias, así como la elaboración y aprobación de un marco común para el ejercicio profesional en el sistema nacional de salud; el impulso y la mejora de la formación especializada de postgrado, aspecto que incluye también adecuar los contenidos formativos a las especialidades y a los avances científicos y a las nuevas tendencias; el desarrollo de las llamadas áreas de capacitación específica y de las especialidades de enfermería y el apoyo técnico para los futuros acuerdos sobre financiación para el periodo 2002/2005.

Comenzaré expresando algo que estoy convencido todos compartimos, y es la trascendencia que tiene el personal sanitario para todos nosotros, ya que constituye sin lugar a dudas el principal activo del Sistema Nacional de Salud. Son ellos, los profesionales de la sanidad, quienes prestan la asistencia que es la razón misma de ser del servicio. Por otra parte, la importancia de este capítulo en términos económicos es capital, ya que los recursos humanos representan algo más de la mitad del total del gasto sanitario público. Corresponde además a los propios profesionales el papel protagonista en la aplicación y en el uso de los restantes recursos.

Aspiramos a conseguir el mayor consenso posible con las comunidades autónomas y con los sindicatos, con vistas a lograr tres objetivos: en primer lugar, establecer una política de personal fundada en criterios básicos compartidos; en segundo lugar, un estatuto marco y, en tercer lugar, un desarrollo adecuado de lo previsto en el apartado último del artículo 84 de la Ley General de Sanidad sobre colectivos específicos. Estos objetivos favorecen la solidez del Sistema Nacional de Salud, contribuyen a una eficaz gestión de los servicios de salud y de los centros e instituciones sanitarias y a la motivación y al desarrollo profesional de los sanitarios.

Sabemos que es éste un desafío muy difícil, no en vano han pasado diecisiete años desde que el entonces naciente anteproyecto de ley general de sanidad previera un estatuto marco, pero también hay que pensar que el propio transcurso del tiempo ha permitido madurar

más las ideas de todos y que el cambio de circunstancias y el actual contexto y el futuro del Sistema Nacional de Salud habrían de propiciar las soluciones. Va a ser necesario dialogar, y dialogar mucho, en los planos social y político, y a ello nos vamos a aprestar con toda decisión. Va a ser preciso buscar nuevos caminos para hacer posibles los deseables acuerdos en el Consejo Interterritorial y con los sindicatos. Probablemente antes de nada habrá que intentar confluir en unos criterios básicos respecto de la política de personal, para luego definir los aspectos en términos jurídicos y económicos. Es necesario un trabajo intenso que sea sentido como un trabajo de todos porque el esfuerzo vale la pena; conseguir un resultado positivo será tanto como lograr mayor motivación y compromiso de los profesionales sanitarios; ampliar sus oportunidades en todo el territorio nacional y poder gestionar mejor los recursos humanos en beneficio de la calidad asistencial. Ciertamente habrá que distinguir qué es básico y lo que, siendo importante, no lo es, a fin de que queden respetadas las competencias de cada uno, pero siempre con la voluntad de avanzar en la misma dirección: potenciar el desarrollo de los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud.

Por lo que respecta a la formación de los especialistas es indudable que el sistema actual vigente, conocido como sistema MIR, aunque es mejorable, ha demostrado a lo largo de estos años su eficacia. Sus resultados se constatan a través del elevado nivel y la cualificación profesional de nuestros especialistas y se reflejan en la calidad que ha alcanzado la sanidad en nuestro país, tal y como reconoce la Organización Mundial de la Salud. Uno de los problemas pendientes desde hace tiempo y que incide sobre el programa MIR es el desajuste entre las plazas que se ofertan en cada convocatoria y el número de aspirantes a las mismas. Hay que lamentar que los compromisos, laboriosamente conseguidos en 1997 en el seno del Consejo de Universidades, no hayan alcanzado un nivel homogéneo, ni suficiente de cumplimiento. Ello ha generado dificultades que habrá que superar. Para esto es imprescindible contar con la corresponsabilización y el compromiso de todas las autoridades autonómicas, en particular de las educativas y de las académicas. El sistema de formación médica especializada no puede atender a una demanda de formación ilimitada y ello por varias razones: primero, porque es preciso mantener un control de los requisitos mínimos de acreditación de los centros y unidades docentes; segundo, porque hay que cuidar la calidad de la formación impartida y la no interferencia en el desarrollo de las actividades asistenciales y, tercero, porque hay que evaluar las necesidades presentes y futuras de profesionales en el Sistema Nacional de Salud y en el conjunto de la sanidad. Para propiciar tales soluciones, además del llamamiento a la corresponsabilización al que he hecho antes mención, queremos contar con cuantos están interesados en ella. En

esto estamos trabajando ya: Consejo estatal de estudiantes de medicina, conferencia de decanos de medicina, consejo y comisiones nacional de especialidades, sociedades científicas y, por su puesto, Ministerio de Educación,

Recientemente se han adoptado diversas medidas relativas al programa MIR que, al menos, querría mencionar. Así, se ha modificado el baremo de los méritos académicos valorables en las convocatorias MIR, a efectos de adecuar los expedientes académicos a la estructura de los nuevos planes de estudio. Estamos trabajando en orden a perfeccionar el proceso de evaluación de la formación, aspecto en el que jugarán un papel relevante las comisiones de docencia y los tutores. Pretendemos también potenciar las auditorías docentes de centros hospitalarios y servicios y la implantación del libro del residente.

Otras cuestiones que están previstas abordar son las especialidades emergentes y la regulación de las áreas de capacitación específica que han sido objeto de un borrador de real decreto cuya tramitación se espera se inicie en breve. Supondrá la aprobación de áreas de capacitación en foniatría, psiquiatría infantil, enfermedades infecciosas, neonatología, urgencias y emergencias, cirugía cardiovascular y cirugía torácica. Me parece importante subrayar también que estamos trabajando en nuevas especialidades como la salud laboral, adecuándola a las necesidades de los trabajadores y buscando el reconocimiento de la especialidad en el marco de la Unión Europea.

Por lo que se refiere a los diplomados universitarios en enfermería hay que resaltar la consolidación de la formación a través del sistema de residencia en las especialidades de obstetricia ginecológica y salud mental. Un nuevo objetivo será un plan de acción que permita desarrollar progresivamente el Real Decreto 992/1997, lo que implicará materializar el desarrollo de las especialidades de enfermería, de salud laboral, de enfermería geriátrica y de enfermería pediátrica, siendo sensibles así a las necesidades sociosanitarias de nuestro país. Respecto de las especializaciones farmacéuticas me satisface señalar que está previsto que próximamente se inicie la formación vía MIR de las especialidades farmacia industrial y galénica y análisis y control de medicamentos y drogas. De otro lado, a partir de 1984 en las convocatorias de pruebas selectivas para la formación especializada se han venido incluyendo plazas destinadas a biólogos, químicos y bioquímicos, sin que se hubiera creado previamente la especialidad sanitaria correspondiente. Ello ha determinado que haya un importante número de profesionales químicos, bioquímicos y biólogos debidamente formados en las especialidades sanitarias, pero carentes del correspondiente título acreditativo. Queremos resolver esta situación cuanto antes promoviendo la normativa correspondiente.

Me parece obligado hacer una mención al desarrollo del Real Decreto 1497/1999, por el que se estableció un procedimiento excepcional para el acceso al título de especialista a determinados facultativos comúnmente conocidos como mestos. Puedo manifestar a SS.SS. que, una vez constituida la Comisión Mixta de Sanidad-Educación, se han creado tres grupos de trabajo que están procediendo al estudio y análisis de más de 12.000 solicitudes presentadas. Una vez ultimada esta fase se procederá a la convocatoria de las correspondientes pruebas previstas en la mencionada norma. El Real Decreto 1753/1998 estableció un procedimiento excepcional para acceder al título de medicina familiar y comunitaria. Para dar cumplimiento al mismo se están manteniendo diversos contactos con la comisión nacional correspondiente y con los representantes sindicales, a fin de desarrollar lo previsto en esta disposición de común acuerdo.

Hay, pues, señorías, muchas tareas por hacer y necesidad evidente de hacerlo a través del diálogo y de la cooperación de todos. Se trata de mejorar la situación y el futuro de nuestros profesionales sanitarios. Capacidad de diálogo y voluntad de compromisos van a ser la clave sin duda alguna. Se hace preciso hacer mención al ámbito financiero del Sistema Nacional de Salud. En este punto hay que recordar las mejoras introducidas a través del acuerdo 98/2000 y recordar que será necesario dialogar, negociar y buscar acuerdos para la financiación 2002-2005.

Cuando está próximo a comenzar el último año de vigencia del acuerdo de financiación actual resulta de interés señalar que este acuerdo alcanzado con las comunidades con competencia transferida introdujo indudables mejoras frente a lo que hubiera sido la mera prolongación del acuerdo previo, tanto a través de fondos generales como de fondos específicos que implicaron mejoras, factores correctores e incentivos a la racionalización en la gestión del sistema. Hay que destacar especialmente que un objetivo que se propuso el Gobierno del Partido Popular y que venía demandado por los agentes sociales se ha conseguido plenamente. Me refiero a la separación de las fuentes de financiación o, si se quiere, al sostenimiento del Sistema Nacional de Salud íntegramente con cargo a impuestos. Como hemos dicho, no tardando mucho habrá que debatir el modelo para el periodo 2002-2005. Llegará el momento en que será preciso que se aporten por todos criterios, que se definan por todos posiciones y que, con sentido de Estado, estemos todos dispuestos a negociar y a alcanzar acuerdos. Serán acuerdos que expresen la solidaridad interterritorial, acuerdos que expresen la cohesión social y que ayuden a la calidad del sistema, siendo sensibles a los nuevos objetivos derivados de la evolución, de los cambios demográficos y de los cambios sociales. En el programa del Partido Popular se señala en este sentido la atención socio-sanitaria como un punto de referencia que va a requerir

la colaboración de las distintas administraciones —la estatal, la autonómica, la municipal—, y de los distintos departamentos ministeriales.

Señorías, voy a ir concluyendo haciendo algunas consideraciones, como les había anunciado, sobre el papel del Instituto Nacional del Consumo y nuestras actividades en el campo de promoción formativa, comunitario e internacional.

Como señaló la ministra, en su comparecencia de junio pasado, los objetivos relacionados con el Instituto Nacional del Consumo no son otros que los de fortalecer su carácter de órgano de apoyo a las comunidades autónomas, ayuntamientos y asociaciones de consumidores y usuarios, además de desarrollar el plan estratégico de protección al consumidor. Es evidente también que la introducción del euro va a requerir el concurso del Instituto Nacional del Consumo y la colaboración de las asociaciones de consumidores y usuarios, y que ello va a ser una tarea muy importante a cargo del mencionado instituto. Durante estos últimos meses, el observatorio consumo-empresa, establecido en el Instituto Nacional del Consumo, ha aportado consideraciones y elementos de reflexión que pueden ayudar a que la introducción del euro sea menos compleja.

El Ministerio de Sanidad y Consumo forma parte de la comisión de seguimiento establecida a estos efectos y sin duda durante los próximos meses habrá que incidir en esta línea de trabajo. Por otro lado, el Ministerio de Sanidad y Consumo seguirá esforzándose por la adopción de medidas de respaldo al movimiento consumista, además de promover acciones de información ciudadana, respaldo al sistema arbitral y desarrollo de iniciativas de información y educación para el consumo. Queremos también reforzar con algunas reformas, que estamos ya discutiendo con el Consejo de Consumidores, el papel del propio Consejo de Consumidores, que pretende desarrollar su actividad —y así lo compartimos— en línea con las orientaciones del comité consultivo europeo. Deseamos actualizar las normas de protección a consumidores y usuarios ante la aparición de nuevos productos y de nuevos servicios. De hecho, se acaba de aprobar al efecto un real decreto, el pasado 1º de septiembre, actualizando el catálogo de bienes, productos y servicios de uso común y generalizado, establecido en 1991. Pedimos la cooperación de las comunidades autónomas a través de la conferencia sectorial y de las distintas comisiones de trabajo que en ellas están establecidas.

Señorías, desde mayo pasado se ha trabajado en el plan normativo, en la preparación de un real decreto-ley, 13 reales decretos, nueve órdenes ministeriales, buena parte de los cuales suponen trasposición de directivas comunitarias, para sintonizar mejor nuestros objetivos sanitarios y de salud con los de la Unión Europea. En el terreno comunitario, quiero destacar que se están llevando a cabo los primeros trabajos para la preparación de la presidencia española, que tendrá

lugar a lo largo del primer semestre del año 2002. Todo ello, sin olvidar otras actuaciones previstas respecto de OMS, FAO, OCDE, OPS y el estrechamiento de relaciones con los países iberoamericanos, en los que queremos potenciar la formación de recursos humanos mediante la concesión de becas para profesionales.

Señor presidente, señorías, me he referido en esta exposición a las grandes líneas de acción en el ámbito de competencia de esta subsecretaría. Les quedo muy agradecido por la atención que me han dispensado y estoy a su disposición para responder a las cuestiones y aclaraciones que SS.SS. deseen plantearme sobre los asuntos que han sido objeto de esta comparecencia.

Muchas gracias.

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

En primer lugar, tiene la palabra la señora Valentín Navarro, por el Grupo Parlamentario Socialista.

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Señor presidente, señor subsecretario, en primer lugar, quiero darle la bienvenida, en nombre del Grupo Socialista, a la Comisión de Sanidad y Consumo. Espero que estas comparecencias se hagan de forma periódica, para que la información nos llegue directamente, de primera mano, y no, como en muchas ocasiones, a través de los medios de comunicación.

Me gustaría plantear una serie de cuestiones. Algunas de ellas han aparecido en su exposición pero querría abundar en algunos detalles y hay otras que no estaban incluidas en el contenido de su exposición.

En primer término, si es posible, querría que nos comentara como subsecretario la modificación de la estructura orgánica del Ministerio de Sanidad y Consumo, qué razones han llevado al cambio de la estructura, modificada también en el año 1996, cuando el Partido Popular tomó posesión del Gobierno de la nación, y qué mejoras se pretenden fundamentalmente, cara a los ciudadanos, con esta modificación de la estructura orgánica. ¿Dónde está la Organización Nacional de Trasplantes, que antes dependía directamente de la Subsecretaría, o la creación, dentro de la Dirección General de Salud pública, como órgano intermedio entre el subsecretario y el Instituto Nacional de Consumo; antes era un organismo que dependía directamente del Instituto Nacional de Consumo?

Sobre la financiación, señor subsecretario, no hemos avanzado absolutamente nada en la información recibida con respecto a la comparecencia que tuvo la señora ministra de Sanidad y Consumo. Me gustaría que, (aparte de las consultas y negociaciones que se tengan que llevar con todas las comunidades autónomas, transferidas y no transferidas —no como ocurrió en el año 1997, que solamente se negoció con aquellas comunidades autónomas que están gestionando directamente la asistencia sanitaria—, se pidiera opinión y formaran

parte de la mesa de negociación todas las comunidades autónomas en la definición del nuevo modelo de financiación. Además, querría saber si el Gobierno, si el Ministerio de Sanidad o el Ministerio de Economía tienen algún criterio ya a la hora de definir o encauzar el nuevo modelo de financiación de la sanidad para todos los españoles para el periodo 2002/2005.

Respecto a las transferencias, aunque es una cuestión que dependa también de la Secretaría General de Gestión y Cooperación, me gustaría que, como subsecretario del Ministerio, me informara sobre si el Ministerio de Sanidad, si el Insalud, está en disposición de iniciar inmediatamente el proceso de negociación del traspaso de competencias sanitarias a las comunidades autónomas. Yo formulé una pregunta por escrito a la señora ministra y la respuesta fue que se tenían que poner de acuerdo ambas partes. Es una respuesta tan obvia que creo que no es digna de ser enviada por escrito por la máxima responsable del Ministerio de Sanidad. Hay comunidades autónomas que han solicitado ya el traspaso de competencias de la gestión de la asistencia sanitaria y se tendría que tomar en serio esta cuestión.

Sobre la política de trasplantes, a la que tampoco ha aludido, ya le he preguntado dónde queda la ONT, respecto a su dependencia, en la nueva estructura orgánica del Ministerio, pero nada he escuchado nada sobre política de trasplantes y me gustaría que el señor subsecretario nos explicara las líneas que el Gobierno, el Ministerio de Sanidad, quiere llevar a cabo en este sentido. Aprovechando este tema, querría que el señor subsecretario nos explicara por qué está dispuesto el Gobierno a perder la Presidencia de la Comisión Europea de Trasplantes con el cese de don Rafael Matesanz. En cuanto a la donación de órganos, la hemodonación, ¿tiene previsto el Ministerio llevar a cabo políticas de promoción, de concienciación de la sociedad, de la necesidad de donar órganos o de donar sangre? Somos desde hace mucho tiempo, gracias a la política que se impulsó por parte de los gobiernos socialistas, un país referente con respecto a los trasplantes. Nos gustaría seguir siéndolo y que precisamente la política de concienciación de la sociedad para la donación de órganos también fuera una de las prioridades del Ministerio de Sanidad.

Con respecto a la farmacia, antes de entrar en otro tipo de detalles, quiero hacerle una pregunta directamente, y es si el Ministerio de Sanidad sigue empeñado, como manifestaba la ministra a través de los medios de comunicación, en que los pensionistas de la Seguridad Social tengan que aportar alguna cantidad para el pago de los medicamentos. Independientemente, los últimos datos del gasto farmacéutico de que disponemos, a pesar de que usted ha avanzado los del mes de agosto, son preocupantes, sobre todo desde el punto de vista del incremento, tanto del Insalud como a nivel nacional, del gasto con respecto al mes de julio del año anterior. El Insalud se pone por encima de la media

nacional, con un incremento del 14,80 por 100. Nos gustaría que las medidas que se puedan poner en marcha sean realmente medidas evaluadas y que puedan ser efectivas, porque recuerdo que, cuando se aprobó el modelo de financiación de la sanidad para el periodo 1998/2001, uno de sus pilares fundamentales era el supuesto ahorro del gasto farmacéutico, evaluado en 65.000 millones de pesetas. Yo a esto le llamaba, desde el primer momento, el cuento de la lechera; no suponía dinero puesto sobre la mesa para incrementar la aportación a la financiación de la sanidad y además estaba basado en unas cuestiones absolutamente imprevisibles, no se sabía cómo iban a evolucionar y no se sabía a ciencia cierta si este ahorro se iba a producir. ¿Se ha producido algún ahorro de esos 65.000 millones de pesetas? Sobre el acuerdo con Farmaindustria, que se firmó también en aquel momento y que preveía retornos ¿cuánto se ha aportado de aquellas cantidades inicialmente previstas? Si no se han ahorrado los 65.000 millones de pesetas ¿cómo se suple este déficit? ¿De dónde se saca el dinero? ¿Se quita de alguna otra partida presupuestaria referida a Sanidad para paliar este déficit en farmacia?

De las medidas que usted anunciaba, me gustaría hacer una breve referencia a una cuestión que me parece muy importante. Usted hablaba de genéricos; deseaba saber qué porcentaje suponen los genéricos dentro del mercado español de medicamentos. También voy a hacer un comentario con respecto a los precios de referencia ligados a la existencia de genéricos. Cuando el Real Decreto 1035/1999 regula los precios de referencia lo que regula es la financiación de las especialidades farmacéuticas bioequivalentes. Estas especialidades no están definidas en la Ley del Medicamento; sin embargo, se constituyen como pieza fundamental del sistema de precios de referencia. El real decreto no define el concepto de especialidad farmacéutica bioequivalente sino que es el director general de la Agencia Española del Medicamento quien hace la calificación de la bioequivalencia. No establece el real decreto un precio de referencia para cada principio activo, por tanto, no todas las especialidades farmacéuticas tienen precio de referencia. Nosotros propusimos en su momento que el precio de referencia no debería aplicarse por conjuntos homogéneos de fármacos sino por principios activos, que son los que tienen establecida la caducidad de la patente. Porque se puede dar la paradoja de que haya medicamentos en el mercado que no sean genéricos y que tengan un precio más barato que los medicamentos genéricos; además, esto conlleva a que no todas las presentaciones de un mismo principio activo tengan precios de referencia y por tanto precios tasados, por llamarlo de alguna manera. El mayor número de conjuntos homogéneos que aparecen con precios de referencia en el listado que hizo el Ministerio corresponden a principios activos destinados a patologías infecciosas, dándose la circunstancia de que en

la publicación que se hace de indicadores de la prestación farmacéutica del Instituto Nacional de la Salud, del primer semestre de 1999, estos principios no aparecen de forma significativa en los datos de consumo, con lo cual estamos poniendo en duda la efectividad de la medida. La política de unidosis adecuada a los tratamientos, la política de formación e información a determinados colectivos para uso racional del medicamento, la revisión sistemática del valor terapéutico de los medicamentos y la información permanente y adecuada a los médicos sobre las distintas especialidades. Tampoco he escuchado nada sobre la autorización y registro de los nuevos fármacos, el establecimiento del precio y la financiación por parte del Sistema Nacional de Salud. Creo que esto se debería hacer de una forma absolutamente rigurosa, porque sí que es cierto algo que usted ha dicho, que el número de recetas desde hace mucho tiempo no crece en la proporción que crece la factura farmacéutica. Esto deja claro que lo que cada vez es más alto es el precio de los medicamentos.

Con respecto a los medicamentos para uso animal y productos veterinarios, también me gustaría comentar alguna cuestión. La Administración central, Agricultura y Sanidad, tiene competencia para la autorización de los productos veterinarios, de los laboratorios fabricantes y el control del comercio exterior. Las comunidades autónomas tienen el control sobre la comercialización de estos productos o de estos medicamentos veterinarios. Pero se da una paradoja; hay una base de datos de medicamentos veterinarios, que se llama Medicavet, en donde teóricamente tienen que aparecer todos aquellos medicamentos veterinarios que están en el mercado, con especificación de si necesitan o no receta veterinaria y estableciendo los tiempos de espera, es decir, el tiempo que tiene que mediar entre la toma por parte del animal de ese medicamento y el sacrificio, para que no pueda producir perjuicio a la salud de las personas. Hay una publicación en el Boletín Oficial del Estado, de fecha 14 de mayo y 13 de junio de 1998 y 22 de abril de 1999, que no supone ni siquiera el 2,5 por 100 de todos los medicamentos veterinarios que están en el mercado. Por tanto, las comunidades autónomas difícilmente podrán hacer el seguimiento y el control de la venta de estos medicamentos cuando no se les facilita por parte del Ministerio de Sanidad y del de Agricultura esta herramienta, que yo creo que es básica precisamente para que puedan hacer ese control y este seguimiento.

Otra de las cosas que me gustaría comentar es la relacionada con el plan integrado de salud, si el Ministerio tiene pensado elaborar definitivamente este documento que compendia los planes de salud de las comunidades autónomas y establece criterios homogéneos en el territorio. En una comparecencia del subsecretario anterior, el señor Castellón, el 17 de octubre de 1996, ya explicaba, en la presentación de los presupuestos, que había una partida para trabajar en este

campo y que de forma casi inmediata la iban a sacar. Quisiera conocer su opinión al respecto. También me gustaría saber si el Ministerio tiene pensado homogeneizar los criterios para el tratamiento de los enfermos mentales en todo el territorio nacional, con la elaboración de un plan nacional de salud mental, conocer las nuevas prestaciones, tanto sanitarias como sociosanitarias, y en qué grado de elaboración se encuentran o qué propuestas tienen en este momento, si es que se están estudiando por parte del Ministerio.

Sobre los organismos autónomos y por lo que se refiere al Instituto de Salud Carlos III, el Grupo Parlamentario Socialista pidió el día 12 de mayo de este año 2000 el presupuesto de ingresos y gastos para los años 1999 y 2000 aprobados por la Fundación Carlos III para la investigación del cáncer, junto con las memorias explicativas correspondientes y las plantillas de personal de cada uno de los ejercicios. La fecha oficial para la contestación terminó el 29 de junio y hasta estos momentos no hemos recibido ninguna información sobre los datos que pedíamos referidos precisamente al Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas. Señor subsecretario, nos gustaría conocer qué proyectos están investigando, cuál es el presupuesto y cómo se financia. Son datos que pedimos a la ministra y en su momento no recibimos contestación.

La Agencia de Seguridad Alimentaria. ¿Qué funciones concretas va a tener? ¿De quién va a depender, del Ministerio de Agricultura, del Ministerio de Sanidad? En su comparecencia, el ministro de Agricultura se la adjudicaba a su departamento y no sabemos qué competencias ni qué dependencia va a tener. Desde el Grupo Socialista pensamos que, si va a depender del Ministerio de Agricultura, los que van a perder van a ser precisamente los ciudadanos como consumidores.

Con respecto a la cuestión profesional, nos gustaría saber en qué fase se encuentra la carrera profesional de enfermería, que ustedes se comprometieron a desarrollar, o si tienen un plazo. Exactamente lo mismo quisiéramos saber del estatuto marco. Ha hecho una referencia al mismo, pero es la misma que hizo la señora ministra en su comparecencia, sin abundar más. También querríamos saber algo respecto a la necesidad de reducir la interinidad a través de convocatoria de plazas en las ofertas públicas de empleo o de la formación mir. Son temas espinosos que nos preocupan y que se tienen que negociar y aprobar llegando al máximo consenso posible; creo que es una necesidad apremiante en estos momentos establecer el marco de relaciones laborales donde se tienen que mover los profesionales sanitarios.

Sobre la salud pública, y muy rápidamente, de forma telegráfica, señor presidente, habla de la puesta en marcha de programas de prevención de cáncer ginecológico, menopausia, etcétera. Esto estaba incluido en la cartera de servicios de atención primaria por el anterior Gobierno, de su mismo signo político. La verdad es que

no sé si se llegó a poner en marcha en muchas comunidades autónomas —tengo entendido que no— en toda su extensión. Sí les pediría que las cosas que se anuncien, que se transmitan a la población, desde el punto de vista de la prevención de la enfermedad o de la promoción de la salud, no se queden en mero escaparate sino que se pongan efectivamente en funcionamiento, porque redundarán en su beneficio sin lugar a dudas. Con relación a la anorexia y la bulimia, los estudios me parecen perfectos, pero ¿tiene pensado el Ministerio poner en marcha algún tipo de recurso asistencial distinto de las unidades de asistencia psiquiátrica en los hospitales para tratar este gravísimo problema? Con respecto al sida, nos ha llegado una información que me gustaría que nos comentara y que es la posibilidad de que desde el Ministerio se retiren las pensiones no contributivas a aquellos enfermos de sida que vayan mejorando. Aunque las pensiones no contributivas no dependen de usted directamente, al tratarse de enfermos de sida, creo que una medida de este tipo siempre tendría que estar hablada y consensuada con el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Por último, porque me está diciendo el presidente que tengo que terminar, me gustaría que a todos los órganos consultivos, tanto el Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud como el Consejo de Consumidores, se les plantearan aquellas cuestiones que son verdaderamente importantes y se les pidiera opinión precisamente para hacerles partícipes en la toma de decisiones. Yo he asistido durante cinco años a los consejos interterritoriales y la verdad es que, en los últimos tiempos, ni siquiera el presupuesto del Insalud pasaba por el Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud antes de ser aprobado definitivamente. Me parece que, por respeto a los representantes de las comunidades autónomas y a los responsables de las asociaciones de consumidores y usuarios, esta participación en la toma de decisiones tendría que ser realmente efectiva, sobre todo en aquellos asuntos de más importancia. Una última cuestión, señor presidente. Un minuto. También me gustaría saber algo del control que lleva el Ministerio de Sanidad en las comunidades autónomas de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, comúnmente conocida como enfermedad de las vacas locas. Creo que sería necesario conseguir alguna especie de protocolo en colaboración con las comunidades autónomas, mucho más rígido que el que puede existir en este momento, precisamente para controlar y vigilar que los animales que puedan estar infectados por esta enfermedad en España no lleguen a perjudicar la salud de los ciudadanos.

Por mi parte, dada la escasez del tiempo, nada más.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Valentín. Ha sobrepasado el tiempo justo en el cien por cien. **(Risas.)** Nada más, sólo en eso, el cien por cien.

Por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), tiene la palabra el señor Martí i Galbis.

El señor **MARTÍ I GALBIS**: Señor presidente, señoras y señores diputados, en nombre del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) agradezco al señor subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo, señor Julio Sánchez, su comparecencia hoy ante esta Comisión, solicitada en su día por nuestro grupo parlamentario. Mi intervención se va a referir, en principio, exclusivamente al acuerdo que se suscribió hace un tiempo entre el Ministerio y Farmaindustria. Por tanto, en primer lugar tengo que agradecer al señor subsecretario la información que nos ha facilitado al respecto, aunque ha sido digamos que no muy detallada teniendo en cuenta que ha estado subsumida en la comparecencia general. También me referiré a esta solicitud de comparecencia. **(La señora vicepresidenta, Fernández de Capel Baños, ocupa la Presidencia.)**

La razón de esta solicitud ante esta Comisión se originó cuando, a mediados del mes de julio, diversas empresas del sector de la industria farmacéutica y algunos medios de comunicación hicieron público un presunto compromiso de la patronal de la industria farmacéutica con el Ministerio de Sanidad y Consumo. Se trata, según tenemos entendido, de un preacuerdo o una declaración conjunta —en términos digamos más exactos—, según la cual la industria farmacéutica contribuirá con unos 5.500 millones de pesetas para financiar la investigación que se lleva a cabo entre el Instituto de Salud Carlos III, el Centro de Investigaciones Oncológicas y la Fundación de Investigación Cardiovascular. En ese sentido, si me lo permite el señor subsecretario, quiero recordar que, como usted mismo decía en su intervención anterior, el programa electoral con el que el Partido Popular se presentó a las elecciones generales el pasado mes de marzo incorporaba el compromiso efectivo de poner en pleno funcionamiento (según figura textualmente en el programa electoral del Partido Popular) el Centro Nacional de Investigación Oncológica y el Instituto de Investigación Cardiovascular; sin embargo, lo que no especificaba (y permítanme el comentario) eran las fuentes de financiación de los mismos. A partir de esta noticia, de sus repercusiones sanitarias, políticas y económicas, nuestro grupo, y el sector en su conjunto, tienen el máximo interés en conocer la valoración del Ministerio en relación con este preacuerdo y qué lo justifica, así como sus consecuencias para la investigación (lo que ahora llamamos IDI, investigación y desarrollo más innovación), para el sector de la industria farmacéutica, para el conjunto de la política de farmacia del Ministerio y también para las comunidades autónomas que, como es el caso de Cataluña, tienen ambiciosos proyectos puestos en marcha en el campo de la investigación sanitaria, en particular en el ámbito oncológico y cardiovascular.

Nuestro grupo tiene una posición en relación con el abordaje del problema del incremento del gasto farmacéutico que es conocida por el equipo directivo ministerial, de la misma forma que lo era por el anterior Gobierno popular. Si algo ha caracterizado nuestro discurso y nuestra acción política ha sido el realismo, la voluntad de diálogo y de consenso y la búsqueda constante del equilibrio entre las necesarias reformas y los intereses de los sectores, de sus profesionales, de los usuarios y del país en su conjunto. Permítanme decirles que, como discípulo, aunque muy poco aventajado, que me considero de Xavier Triás, el portavoz de nuestro grupo parlamentario, con quien tuve la suerte de colaborar durante algunos años en el departamento de Sanidad de la Generalitat de Catalunya, al abordar la problemática del gasto farmacéutico (y creo que lo que aquí nos convoca hoy está íntimamente relacionado con esta temática) tengo siempre en mente una advertencia que hacía a sus interlocutores, y aún hace, cuando se discute sobre este problema del gasto farmacéutico. Decía y dice: Las decisiones que se toman en política farmacéutica no son decisiones estrictamente sanitarias; son decisiones que afectan a la política industrial y por lo tanto a la economía productiva del Estado en su conjunto.

Si a esta breve referencia, detrás de la cual creemos que se esconde una verdadera declaración política de intenciones, le añadimos que nuestra coalición gobierna desde hace algunos años en la Generalitat de Catalunya y por tanto dirige el departamento de Sanidad, llegaremos a la conclusión de que nuestras propuestas y también las que afectan a una partida tan importante como es la farmacéutica deben ser forzosamente constructivas y equilibradas. En ese sentido, mi compañera de grupo y portavoz en esta Comisión, Zoila Riera, en su intervención del pasado 13 de junio, durante la primera comparecencia de la señora ministra ante esta Comisión de Sanidad y Consumo, decía, al referirse a la contención del gasto farmacéutico, algo que por descontado suscribo al cien por cien. Decía la señora Riera: Es importante que afrontemos la política farmacéutica, no como una política de parches, sino con reformas estructurales, con ideas claras y con políticas que no sólo contemplen la farmacia sino también la industria farmacéutica. Pues bien, continuamos creyendo que no es bueno ni para el Sistema Nacional de Salud, ni para la industria farmacéutica, ni para las oficinas de farmacia, ni para los profesionales sanitarios, que, ante el constante incremento de la factura del gasto farmacéutico, a alguien se le ocurra que lo que conviene un día es bajar los márgenes comerciales a las farmacias o a la industria, que al día siguiente se libere el sector o que al día siguiente se exijan nuevos sacrificios a los usuarios.

No voy a referirme —aunque consideramos que puede perjudicar seriamente la credibilidad del equipo directivo ministerial— a los acontecimientos que tuvie-

ron lugar pocos días, incluso horas, antes de que el Gobierno aprobara el Real Decreto-ley 5/2000, de 23 de junio, de medidas urgentes de contención del gasto farmacéutico público y de racionalización del uso de medicamentos. Este episodio confirmó hasta qué punto el Ministerio de Economía toma decisiones que corresponderían al Ministerio de Sanidad y que desconciertan al sector sanitario en lo relativo a su interlocución con el Gobierno.

Volviendo al tema que nos ocupa, y considerando que desde que se hizo pública la declaración conjunta entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y Farmaindustria del pasado 12 de julio no hemos tenido noticias de las intenciones del Ministerio sobre su implementación, querríamos conocer las previsiones al respecto, teniendo en cuenta que el documento o declaración conjunta establece que los compromisos expresados deben realizarse en el transcurso del presente año. El señor subsecretario nos acaba de especificar en su intervención anterior que esta declaración conjunta se convertirá en un acuerdo que se formalizará en breve. En todo caso, le pedimos una pequeña concreción al respecto, es decir, si esta formalización va a tener lugar en los próximos días, en las próximas semanas o en los próximos meses. Creemos que tal medida, o sea la aportación de 5.500 millones de pesetas de la industria farmacéutica para contribuir al uso racional del medicamento, adecuando el gasto farmacéutico en el marco del Sistema Nacional de Salud, puede llegar a ser una medida aceptable y positiva, pero siempre que forme parte de una política global y horizontal, a la que antes me refería, y siempre que se tengan en cuenta aspectos como la transparencia y la descentralización de los fondos estatales dirigidos a la investigación. También, por qué no, la discriminación positiva de las empresas farmacéuticas que invierten fuertes sumas en investigación, desarrollo e innovación, respecto de aquellas empresas que lo hacen en menor medida. En ese sentido, no debemos olvidar en ningún caso, especialmente el Gobierno, que es a quien corresponde llevar la iniciativa política, que el gasto sanitario crece y continuará creciendo los próximos años por encima del incremento del PIB nominal, como muy bien decía el señor subsecretario, y que por tanto será muy importante la planificación de su financiación en el futuro. En esta misma línea, la industria farmacéutica española, y muy singularmente la industria farmacéutica catalana, que representa aproximadamente un 50 por 100 de la del Estado, basa una buena parte de su estrategia en el éxito de la investigación, el desarrollo y la innovación, por lo que debe darse apoyo a esta línea de trabajo. Sobre todo, al actuar sobre la contención del gasto, debe tenerse en cuenta la situación individual de cada una de las empresas.

Otro dato que, aunque conocido, ayuda a contextualizar el tema que nos ocupa, es el del gasto en innovación de la industria farmacéutica. Ese gasto, que es del

5,43 por 100 de la cifra de negocios del sector, contrasta con el 1,64 por 100, que es el porcentaje para el total de la industria. Después de la industria aeroespacial, la industria farmacéutica es la que ha tenido un mayor incremento en los gastos de innovación, concretamente un 34 por 100 de variación. Otro ejemplo indicativo es que el 68 por 100 de los gastos dedicados a innovación por las empresas farmacéuticas corresponde a actividades de I+D, siendo ese porcentaje, para el conjunto de las empresas industriales, del 43 por 100, o sea un 25 por 100 menos. Finalmente, tampoco puede obviarse que el consumo farmacéutico per cápita en el Estado español es el más bajo —sólo por encima de Grecia— en el marco de la Unión Europea, según datos de hace dos o tres años. Todo ello nos lleva a interrogarle sobre la filosofía que sustenta el acuerdo objeto de la comparecencia, las perspectivas de su implementación y sus consecuencias sobre el sector desde una posición política de diálogo, de colaboración y de responsabilidad que mi grupo parlamentario suscribe plenamente cuando a eso se refería el señor subsecretario.

En último lugar y para concluir este primer turno de intervención, en nombre de mi grupo parlamentario quisiera poner un acento especial, que en el fondo es una de las principales razones que justifican nuestra solicitud de comparecencia, en el hecho de que una parte importante de la industria farmacéutica del Estado ha acogido la iniciativa del Ministerio con alguna cosa más que recelos. En este sentido, pediría al señor Sánchez Fierro las razones por las cuales la declaración conjunta firmada el pasado 12 de julio entre el Ministerio y Farmaindustria, teniendo la trascendencia que tiene, fue suscrita con la precipitación con que parece que lo fue. Es evidente, como decía anteriormente, que lo que necesita el sector es diálogo, más diálogo y consenso, y este tipo de decisiones no contribuyen a que los agentes del Sistema Nacional de Salud, y en este caso la industria farmacéutica, puedan planificar sus estrategias industriales, comerciales y corporativas dentro de un marco estable, al que también se refería el señor subsecretario hace unos minutos, aunque ese marco incorpore medidas o sacrificios que a la larga todo el mundo deberá asumir si lo que se pretende es hacer viable el Sistema Nacional de Salud.

El señor **PRESIDENTE:** ¿Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida? (**Pausa.**)

¿Grupo Parlamentario de Coalición Canaria? Tiene la palabra la señora Julios Reyes.

La señora **JULIOS REYES:** Quiero agradecer en nombre de Coalición Canaria al señor subsecretario su comparecencia y la exposición que nos ha hecho sobre las principales prioridades, dentro de los diversos campos que abarcan su área de responsabilidad. Voy a intentar referirme —recorriendo esas áreas— a algunos de los aspectos que a nosotros nos parecen más impor-

tales para empezar a trabajar a lo largo de esta legislatura. En lo que respecta a la financiación, nuestra posición la hemos dado a conocer y solamente quiero resaltar que uno de los retos más importantes es comenzar a planificar ya, y en su momento afrontar, la negociación del nuevo pacto de financiación para la sanidad. Entendemos, que, con independencia de que se tiene que dar la cadencia de cerrar los presupuestos del año 2001, sería bueno que empezáramos a planificar un poco el trabajo, puesto que se tendrá que plasmar a lo largo del año entrante en la elaboración de los presupuestos de 2002. En este sentido, nosotros estamos de acuerdo con que uno de los principios básicos debe ser el de la solidaridad interterritorial y que el pacto de financiación que tenemos ahora supuso un avance con respecto a la situación anterior. Por supuesto que así fue. Sin embargo, lo cierto es que se ha acumulado una experiencia y que cada vez son más las comunidades que tienen transferida la gestión dentro del Sistema Nacional de Salud, lo que es importante que se tenga en cuenta, para que, como usted decía, todos empecemos a aportar criterios y posiciones con respecto a las variables sobre financiación.

En ese sentido, pensamos que hay que empezar a valorar cuáles son las circunstancias y las particularidades de cada territorio. No me voy a extender, pero me refiero a aspectos como la dispersión, que no sólo afecta al caso insular, sino también a otros territorios, lo que en nuestro caso se añade al coste insular y a la lejanía. También hay aspectos con relación al coste que suponen los desplazados internos dentro del país y los desplazados externos, sobre todo dentro de lo que es la Unión Europea. Hoy por hoy tendríamos que tener una mayor fluidez de información con respecto al Insalud para conocer la facturación que se está ocasionando a través de los convenios internacionales con respecto a esos epígrafes. En última instancia, debemos tender —porque es responsabilidad de todos, de las administraciones autonómicas y de la del Estado, ya que aunque se esté en un proceso de descentralización de la gestión, hay una responsabilidad desde el punto de vista de la financiación que continúa recayendo en el Ministerio y en el Gobierno— a la suficiencia financiera, para que las comunidades puedan dar respuesta y atender las demandas de nuestra población.

En cuanto a necesidades de salud, estas demandas también son variables en el tiempo, porque hay nuevas patologías y aspectos sociosanitarios que, como usted comentaba, cada vez impactan más. Así, en el futuro, el incremento de los costes se deberá al envejecimiento de la población y a la demanda de aspectos sociosanitarios cuya linde a veces es difícil de separar.

Pensando también en los presupuestos del 2001, es importante que caminemos hacia converger con los países de nuestro entorno europeo en lo que es nuestra equiparación al porcentaje del gasto público sanitario con respecto al PIB.

En lo que se refiere a aspectos de política sobre recursos humanos, coincidimos en que el valor más importante que tiene el Sistema Nacional de Salud es el recurso humano, ya que es el motor que ha sustentado los cambios de mejora y de calidad que ostenta el Sistema Nacional de Salud, pero también es el elemento clave e importante para continuar afrontando estos cambios. No se pueden resolver en tres meses problemas como el del estatuto-marco, que lleva muchos años pendiente, pero es importante la oferta de consenso que usted ha hecho con todas las fuerzas políticas, sindicatos, administraciones autonómicas, etcétera, para que ya se priorice el iniciar esta tarea.

Hablar de cambios y de modernización de la gestión sanitaria dentro del Sistema Nacional de Salud se puede convertir en agua de borrajas si no hablamos de cambios en las herramientas de la gestión de recursos humanos, porque es la piedra de toque de cualquier modernización, de cualquier proceso de incentivación de los profesionales, de que estos estén de acuerdo en satisfacer las necesidades objetivas y subjetivas, en el trato a la población en última instancia.

En cuanto a otros aspectos de la política de recursos humanos y en lo que se refiere a la formación especializada y al MIR, estamos de acuerdo con el sistema MIR y coincidimos en que ha supuesto un avance importante en la calidad de la formación en España, no tanto en aspectos cualitativos como en aspectos cuantitativos desde el punto de vista de adaptar, de una forma más adecuada la relación oferta y demanda de determinadas especialidades. Por supuesto la oferta no puede ser limitada y hemos comentado desde nuestro grupo que se sufren carencias históricas de especialidades en Canarias que, de alguna forma, en algunas islas ponen en grave peligro determinadas prestaciones sobre todo en relación con la anestesia dentro del ámbito quirúrgico. En relación con lo anterior, se puede avanzar en la modificación de los cupos, atendiendo a particularidades, para que las ofertas que cada comunidad autónoma hace puedan verse satisfechas o cubiertas con el examen MIR, y también comentaba que se va a valorar lo que se refiere a ciertas especialidades cuyo reconocimiento hay que potenciar y acreditar en el contexto europeo, como es la de salud laboral.

También quiero hacer una mención a la salud pública, porque ahora mismo tenemos vía MIR la especialidad en medicina preventiva y salud pública, pero sólo desde el punto de vista estrictamente hospitalario, aunque por supuesto esa vía de formación ha desempeñado y desempeñará un importante papel en nuestro mundo hospitalario. Sin embargo, existen otros aspectos de la salud pública desde el punto de vista epidemiológico y comunitario, como son los de la formación en administración y gestión sanitaria en los que creo que debemos profundizar y abrir una puerta para resolver el problema de cantidad de profesionales que se han formado a través de la Escuela Nacional de Salud, a través de

otras escuelas autonómicas o en el extranjero y que hoy por hoy no pueden acreditarse como especialistas dentro del territorio español.

Por lo que se refiere al gasto farmacéutico —no me voy a extender, puesto que en su momento, cuando se debatió este tema en el Pleno, ya lo hablamos—, y con independencia de que hay que esperar a tener más datos para ver la tendencia de las medidas tomadas, lo cierto es que seguimos planteando la necesidad de apostar por estrategias más globales, más integradoras en una gestión del gasto farmacéutico en su conjunto, para que las medidas que se vayan tomando no sean coyunturales y puedan tener una repercusión más a largo plazo.

Es cierto que el actual porcentaje que ocupa el medicamento con respecto al gasto sanitario es alto —todos estamos de acuerdo con eso— y que de alguna forma no permite que crezcamos, por así decir, en otros aspectos y prioridades dentro del sistema sanitario, pero para afrontar realmente la raíz del problema también hay que empezar a utilizar otro tipo de indicadores. El señor subsecretario es consciente de que hay que modernizar nuestros sistemas de información en ese sentido. Nosotros nos preguntamos cuál sería el porcentaje del gasto que dedicaríamos al producto farmacéutico si el porcentaje del gasto sanitario con el PIB fuera otro. Evidentemente tendría un impacto diferente.

Además de eso hay que hablar también de lo que es el consumo expresado en unidades de medicamentos por habitante, ya no sólo el gasto per cápita, que también nos puede dar una idea, porque pudiera tener el sesgo de que los precios de los medicamentos son iguales en toda Europa. Sin embargo, en lo que es el consumo por habitante, que es un buen indicador, desde mi punto de vista objetivo, España ya no ocupa los primeros lugares de Europa. Como usted bien expresaba, el número medio de recetas va disminuyendo y lo que está ocurriendo es que hay un factor determinante, que es el crecimiento del coste medio de la receta, y hay un crecimiento del precio efectivo del medicamento. Esta es una tendencia a la cual no nos vamos a poder sustraer, porque es así en todos los países de la Europa desarrollada. Se está produciendo una progresiva equiparación y convergencia de los precios del medicamento en toda Europa, y lógicamente el impacto en España, puesto que partíamos de precios bastante más bajos, es mayor. Eso quiere decir que hay que hacer un esfuerzo de responsabilidad por parte de todos para armonizar esta convergencia, que va a ser inevitable, de forma que no nos hipoteque el crecimiento en otros apartados del presupuesto.

Nosotros apostamos por que hay que seguir actuando en toda la cadena, desde la producción, distribución y dispensación del medicamento, y en ese sentido es necesario que trabajemos en un pacto, nosotros decíamos un pacto de Estado, en cuanto al gasto farmacéutico, porque implica a muchos sectores, como ya se comentaba antes, desde la industria al farmacéutico.

Entendemos que el farmacéutico tiene que aportar, pero no sólo él, es necesario el consenso con los profesionales, el médico de atención primaria juega un papel importantísimo, hay que seguir potenciando su responsabilidad a todos los efectos sobre el sector sanitario, pero sobre todo en lo que se refiere al gasto en medicamento.

Para terminar con el tema de farmacia, hay que potenciar listas positivas y listas negativas. Han desaparecido los UTB, medicamentos de utilidad terapéutica baja, pero mientras se sigan registrando y financiándose automáticamente medicamentos como los que tenemos, nuevamente tendremos medicamentos UTB, pero además con un coste mayor del que había antes e, insisto, seguiremos igual, por lo que creemos que hay que abarcar toda la cadena.

En lo que se refiere a salud pública ha mencionado bastantes puntos desde el punto de vista legislativo. Entendemos que algunos aspectos de la legislación española están un poco obsoletos. Me refiero, por ejemplo, a la necesidad de avanzar en un nuevo real decreto sobre producción, distribución y almacenamiento de carne fresca y sus derivados, ya que el real decreto que tenemos ahora es de 1984 y está algo obsoleto. Lo mismo ocurre con lo que se refiere a comidas preparadas que afecta a *catering* y a comedores; a la normativa de piscinas, que es de los años sesenta, y que afecta más a las comunidades autónomas en las que el turismo es una fuente de riqueza importante; a todo lo que se refiere a pastelería, bollería, etcétera.

Es necesario que el Ministerio de Sanidad y Consumo, aunque no sea estrictamente de su competencia, inste al Ministerio de Medio Ambiente para que desarrolle una normativa que adecue la legislación básica sobre las condiciones de reutilización de las aguas depuradas. Insisto en estas citas legislativas porque dentro de la Ley General de Sanidad, en salud pública muchos aspectos de la legislación son norma básica.

Con respecto a la sanidad exterior usted ya ha comentado la necesidad de potenciar su desarrollo. Esto, que es competencia del Estado, tiene una vital importancia en comunidades autónomas como Canarias. Creo que es necesario reforzar su control porque ahora mismo los recursos que existen en las islas en que los hay son escasos, por lo que le rogaría que dedicara un poco de atención a este tema ya que hay islas en las que no existe, como tal, el recurso de sanidad exterior y cada vez son más las exportaciones extracomunitarias, África, Asia, Sudamérica, que hay en el territorio autonómico. El número de inspectores veterinarios es escaso y, con independencia de la profesionalidad de los responsables y de los funcionarios que allí actúan, hay una falta de medios que ocasiona en algunos casos controles superficiales o pérdida de mercancías cuando éstas son perecederas. Quiero recordar la importancia que tiene para Canarias el control de las personas y de los animales que vienen en

los barcos desde países en los que existen enfermedades transmisibles.

El señor **PRESIDENTE**: Le ruego vaya concluyendo.

La señora **JULIOS REYES**: Sé que me he extendido un poco en el tiempo, señor presidente. Reitero el agradecimiento por su comparecencia, señor subsecretario, y espero que tengamos una labor fructífera en esta Comisión a lo largo de esta legislatura.

El señor **PRESIDENTE**: Le pido autorización a la señora Uría para conceder la palabra por unos breves minutos a la señora Castro.

Tiene la palabra la señora Castro,

La señora **CASTRO FONSEC**: Muchas gracias, señora Uría.

Intervengo brevemente para agradecer al señor subsecretario de Sanidad y Consumo su comparecencia en esta Comisión y para hacerle tres preguntas telegráficamente respecto a su intervención.

Izquierda Unida ha venido preguntando en la legislatura anterior reiteradas veces sobre este tema y de nuevo yo le vuelvo a hacer al subsecretario la misma pregunta. ¿Qué pasa con la situación de los medicamentos radiofármacos en España? ¿Qué ocurre con su distribución y venta fuera del cauce legal, administración a pacientes de productos radiactivos no autorizados, utilización de radiofármacos en indicaciones clínicas no aprobadas, ensayos clínicos sin autorización? Esta misma pregunta ha sido respondida por el subsecretario, pero negando la existencia de irregularidades y, sin embargo, recientemente en la prensa especializada, concretamente en Diario Médico, aparecen noticias que alarman a esta diputada y por eso pretendo que el señor subsecretario, si es posible, nos aclare este tema.

Me gustaría preguntarle qué hay respecto al plan de choque de cirugía sobre el que en los medios de comunicación ya ha sido reconocido que no se va a alcanzar el objetivo de resolver este tema en tres meses. También quiero saber qué política piensa seguir el Ministerio respecto al Fondo de Compensación Interterritorial sanitario y cómo piensan ustedes financiar el gasto sanitario de los inmigrantes.

Una última pregunta y con esto termino. Respecto al Consejo Interterritorial, ¿ustedes han hecho una valoración de cuáles son los defectos de funcionamiento de este Consejo? Y, si es así, qué medidas piensan ustedes adoptar para mejorar su funcionamiento.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Vasco, tiene la palabra la señora Uría.

La señora **URÍA ETXEBARRÍA**: Antes de agradecer su presencia al señor subsecretario, querría hacer alguna pequeña observación en cuanto al turno de las intervenciones. Una está habituada a que cuando estas

alteraciones se producen primero es la propia representante del grupo solicitante quien lo pide. La señora Castro es nueva en esta legislatura y sin duda por eso no lo ha hecho, pero tampoco el presidente me había consultado. Yo también pertenezco a un grupo pequeño obligado a estar en tres o cuatro sitios a la vez, a ir de la Ceca a la Meca; no obstante, la amabilidad es para mí norma, pero he encontrado extraño el no haber sido ni siquiera consultada.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Uría, esta Comisión, quizá no como otras, no en esta legislatura sino en legislaturas anteriores, estableció cómo se intervenía; primero, el grupo mayoritario, y a continuación de mayor a menor, cerrando el grupo del Gobierno, y se ha mantenido esa misma tradición. En el caso concreto de la señora Castro, le había dado la palabra antes, no estaba, y me pareció un deber de cortesía darle unos minutos que me ha pedido personalmente, y yo también he invocado a su generosidad para que me lo concediese. No obstante, esta presidencia no tiene absolutamente ningún inconveniente en que se establezca otro turno de intervenciones.

La señora **URÍA ETXEBARRÍA**: Señor presidente, no voy a hacer causa de esto. Creía que el turno era normal en comisiones, de menor a mayor, de hecho ha empezado la representante de Coalición Canaria, y me parecía que lo mínimo era haberme consultado si yo tenía otras ocupaciones. Repito, la amabilidad y la corrección en el trato parlamentario son para mí una norma, y no tengo inconveniente, lo único es que me hubiese gustado ser consultada antes.

El señor **PRESIDENTE**: La amabilidad la tiene corroborada a lo largo de muchas legislaturas.

La señora **URÍA ETXEBARRÍA**: Muchas gracias, presidente.

Señor subsecretario, quiero también comenzar saludándole en nombre del grupo al que represento, ya que es nuestra voluntad el tener la mejor relación institucional posible con todos los ministerios, con toda la Administración del Estado, aun cuando seamos conscientes de que no corren excesivos buenos tiempos para la reciprocidad al respecto.

Le agradezco enormemente el contenido y la extensión de su intervención, y procurará no incurrir en reiteraciones en relación con cuestiones que ya le han sido planteadas por portavoces de otros grupos. Sí quiero, sin embargo, hacerle alguna mención en cuanto a la parte de su intervención en la que ha aludido al Decreto-ley llamado de medidas liberalizadoras en lo que hace al medicamento. Bien está que recibamos alguna explicación aunque sea a posteriori, puesto que la señora ministra en su primera comparecencia en esta Comisión para explicar cuál era su programa para esta legislatura no hizo mención ninguna a que tuviese intención

de hacer nada al respecto, aunque quince días después nos vimos sorprendidos por el anuncio en el Consejo de Ministros de un paquete de medidas liberalizadoras. Ello avala la teoría que ya sostuvimos en el Pleno, que está recogida en el «Diario de Sesiones», de que el contenido de la medida estaba fundamentalmente vinculado a lo económico y no tanto a lo que puede ser salud o conservación de la salud, que es lo propio de la Comisión en la que ahora estamos.

Enlazando con las afirmaciones que usted ha hecho en relación con culminar el proceso de transferencias en esta legislatura en materia sanitaria, y también con la expresión que ha utilizado de potenciar el diálogo político y social, y sobre todo con lo que yo creo que es contenido del alto cargo que usted ocupa, que es el de la Subsecretaría, y en relación con el artículo 15, apartado g) de la Lofage, en la cual se responsabiliza del asesoramiento jurídico al ministro en el desarrollo de las funciones que a éste le corresponden, y en particular en el ejercicio de la potestad normativa, sí quisiera plantearle una cuestión que a mi grupo y al Gobierno vasco, cuyo consejero en estos momentos pertenece a mi misma formación política, nos inquieta de manera importante en relación con un borrador de orden que durante el mes de agosto fue transmitido a los distintos gobiernos que tienen competencia, en el que se aborda la posible regulación de los criterios de concesión de licencia de funcionamiento destinado a la fabricación de productos sanitarios a medida. Se pensará por algunos que, en una intervención o debate de política general, es traer una cuestión menor o puntual a la Comisión, pero en la medida en la que voy a intentar explicar la generalidad del problema que se plantea, creo que se podrá entender perfectamente a qué me refiero.

El esquema, constitucionalmente querido, de ejercicio de las competencias en materia de sanidad —lo conoce de sobra el señor subsecretario porque he comprobado su historial profesional y sé que es un excelente jurista— es el de bases, desarrollo, y lo constitucionalmente querido es que los estatutos de cada autonomía asuman un determinado nivel competencial y que, después, esto se plasme mediante pacto en una comisión mixta de transferencias y que se publique mediante real decreto. Al final de legislatura pasada tuvimos alguna sorpresa en relación con este funcionamiento. Nos encontramos con que la Ley de acompañamiento, en su artículo 76, la Ley 55/1999, transfería a las comunidades autónomas una competencia en materia sanitaria que nos pareció sorprendente. No seremos nosotros quienes nos quejemos de obtener esas competencias, pero no parece que la Ley de acompañamiento, no seguida de decreto alguno y, desde luego, sin acuerdo, sea el instrumento más adecuado para el traspaso de competencias.

Ocurre que el proyecto de orden que se quiere someter ahora al Consejo interterritorial es desarrollo de esta modificación contemplada por la Ley de acompaña-

miento del pasado año y, curiosamente, utiliza el eufemismo de decir que el artículo correspondiente de la Ley de acompañamiento lo que hace es salvaguardar competencias de las comunidades autónomas. Eso siempre está bien, pero a cualquiera que se le dé a examinar el artículo y verá que, en puridad, no salvaguarda nada, sino que transfiere una competencia nueva que hasta ahora no estaba establecida como tal en norma básica alguna y que, repito, no había tenido el proceso subsiguiente de decretos de transferencias.

Reitero que no hacemos ascos a ninguna competencia que se nos transfiera, pero tenemos la sensación, puesto que estamos hablando de sectores como el de ortopedia técnica y el de los protésicos dentales, en los que la regulación no voy a decir que no exista, pero es caótica. Existe una cierta desregulación y basta mirar el enunciado de los expedientes que se le transfiere a cada una de las comunidades autónomas —por cierto, sin que exista fecha cierta desde cuándo— para comprobar que se trata de lo que, en términos vulgares, se denominaría un marrón. Es algo que es incómodo de gestionar, que va a crear problemas probablemente con el sector, cuya concesión de licencias en cuanto al ejercicio de la actividad no está claro. La propia existencia de los colegios, y del Consejo de Protésicos, ahora está en tramitación en esta Cámara, repito que es un sector que puede resultar conflictivo como he dicho anteriormente, y al Ministerio le vino bien, en un momento determinado, quitárselo de en medio y decir que las comunidades autónomas ahí se las apañen. La orden que se ofrece al Consejo interterritorial no aclara estas cuestiones y, sobre todo, no tiene fecha cierta en cuanto a desde qué momento se nos va a hacer entrega del correspondiente paquete de expedientes. No hay, en el momento actual, normativa específica, sino mare magnum de normas, y creemos que a ello no pone solución el proyecto que se nos ofrezca.

He traído esta cuestión a su comparecencia porque creo que puede ser definitoria de unas formas de actuar, de unas pautas de actuación que no son el esquema querido. El que en sectores tales como el de la sanidad, en el que desde la Administración vasca hace tiempo que se viene ejerciendo esta competencia, creo yo que de forma muy bien valorada por los ciudadanos, de repente se introduzcan competencias nuevas, como ya ha ocurrido con el decreto-ley de medidas liberalizadoras en materia de medicamentos, cuando ya teníamos al sector vasco de acuerdo con la Administración vasca y no existían problemas, hace ahora que empiecen a existir fisuras, y que después, a través del correspondiente acuerdo en el Consejo interterritorial, se vaya a proceder a lo que creemos no debe hacerse de esta manera en modo alguno.

Nos gustaría también conocer, ya que en nuestra creencia se trató de una transferencia introducida en Ley de acompañamiento, si conforme a lo que exige la Ley de Gobierno, aprobada la legislatura pasada, en su

artículo 22, fue objeto de análisis e informe por el Ministerio de Administraciones Públicas, puesto que toda norma que pretenda la delimitación competencial o una modificación en la misma, así debe serlo conforme a la Ley de Gobierno. Y también, en qué medida se cree que con un proceder de este estilo se cumple la normativa correspondiente de la Ley 30/1992, modificada también en la legislatura pasada en lo que hace referencia a las relaciones entre administraciones públicas.

Quiero con esto poner sobre la mesa un problema respecto del cual formulé también pregunta oral en Pleno a la señora ministra. Me gustaría saber, desde el primer momento, cuál es el campo de juego que tenemos acotado. Puesto que se imputa a algunos partidos la pretensión de querer reformas en el ordenamiento, a lo mejor las queremos, pero jugamos desde dentro, siempre desde el respeto a la legalidad y quisiéramos saber si la idea de este sistema de bases de desarrollo, decretos de transferencias para la asunción de competencias se va a respetar también en esta legislatura o va a existir un esquema distinto. Nos gustaría que tomasen buena nota de esto los partidos que están gobernando en otras comunidades autónomas o quienes están a punto de recibir las transferencias por haberse modificado sus estatutos en la legislatura pasada.

No quiero insistir, repito, en cuestiones que ya han sido puestas sobre la mesa por representantes de otras formaciones y simplemente teniendo la certeza absoluta de que todos los temas van a ser por usted contestados, de momento dejaría mi intervención en este punto.

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

El señor **MINGO ZAPATERO:** Señor presidente, señorías, bienvenido, señor subsecretario, en su primera comparecencia a esta Comisión de Sanidad en lo que estoy seguro que será una asistencia continuada y continua a lo largo de la legislatura para dar cuenta de la evolución de la política sanitaria en su departamento.

Quiero felicitarle por su intervención, que ha dado un repaso amplio a todas las áreas de su competencia y ha insistido en algunos aspectos muy concretos dando una visión especial de las problemáticas que afectan a las distintas áreas. No voy a mencionar ni a insistir en cualquier punto que no sea de su competencia y que lo sea de otros miembros del gabinete de la señora ministra. Me estoy refiriendo a la investigación, el Instituto Carlos III o la Organización Nacional de Trasplantes. Respecto a estas dos organizaciones, Carlos III y la Organización Nacional de Trasplantes, todas SS.SS comparten el mejor criterio que esta Comisión tiene en relación con esas instituciones, que están por encima de las personas y cualquiera que fuere el nombre del director, las han hecho buenas en la década de los ochenta y en la década de los noventa. El doctor Zama-

rrón o el doctor Matesanz o la doctora Miranda han llevado a cabo una magnífica labor en la dirección de la Organización Nacional de Trasplantes y esta Comisión ha manifestado públicamente en numerosas ocasiones la bondad de esa organización y su enorme repercusión no solamente en España, sino en el mundo entero. Por lo tanto, no voy a entrar en áreas que no competen directamente a la subsecretaría del Ministerio, sino que voy a incidir muy brevemente, señor presidente, en aquellos puntos más concretos de la acción de responsabilidad del subsecretario, que son la política farmacéutica, la salud pública y el consumo, la financiación y las líneas generales básicas de la política de recursos humanos.

Me gustaría destacar, señor presidente, el enorme esfuerzo que se ha hecho en los últimos meses en relación con la política farmacéutica que viene a ser la continuación de un programa de gobierno, ya de cuatro años, del Partido Popular presidido por el presidente Aznar. La acción es conjunta, amplia, incide en distintas vertientes y en los últimos datos afecta, fundamentalmente, al incremento de los genéricos, la puesta en marcha de los precios de referencia y todas las decisiones que abarca el real decreto que aprobamos en el pasado mes de junio.

Las cifras aportadas por el señor subsecretario son esperanzadoras y se ha visto cómo esas medidas que ya anunciaba el Gobierno que iban a tener una repercusión inmediata, han incidido en un descenso, afortunadamente considerable, en el gasto farmacéutico en relación con los criterios que previamente se buscaban.

No me gustaría cerrar el capítulo de política farmacéutica sin poner de relieve el diálogo que el subsecretario ha llevado a cabo con los representantes farmacéuticos y con los representantes de la industria en los pasados meses, y que continúa en la actualidad, según ha dejado constancia en su comparecencia. En el programa electoral del Partido Popular, nuestro compromiso con los ciudadanos, se recoge perfectamente cuál es la consideración que el Grupo Popular tiene en relación con la magnífica labor que los farmacéuticos desarrollan en todo el territorio nacional.

Quiero destacar también las directrices que el subsecretario ha marcado en el capítulo de salud pública y de consumo, con unos objetivos muy concretos, como es la creación de la agencia de seguridad alimentaria, como es la potenciación de la sanidad ambiental, incidiendo de una manera especial en aquellos campos menos desarrollados, como es la salud laboral; continuar en el campo de la prevención de las distintas enfermedades, como ya se realizó en la pasada legislatura, y abrir nuevos campos en aquellas materias menos desarrolladas, como es el capítulo de las enfermedades profesionales y de los accidentes de trabajo, con los que la sociedad española está enormemente sensibilizada.

Asimismo, el subsecretario ha aportado datos concretos en relación con los hemofílicos y también con la sanidad exterior, efectuando un enfoque más ambicioso si cabe en la lucha contra el sida para que de una manera definitiva, en los próximos años, podamos ver erradicada esta terrible enfermedad en lo que afecta no solamente al territorio español sino con el trabajo de prevención a nivel de la Organización Mundial de la Salud, fundamentalmente en el continente africano.

El subsecretario ha incidido en la política de recursos humanos y en los dos grandes objetivos del Ministerio de Sanidad, que no son otros que la calidad de vida de los ciudadanos, la calidad en la asistencia basada en una medicina en la evidencia y fundamentalmente en el compromiso del Ministerio con los profesionales a través de la carrera profesional, a través del estatuto marco, a través de la ampliación de las áreas de capacitación, no sólo para los médicos sino también para las enfermeras, y en las líneas nuevas en relación con la puesta en marcha de lo que ya acordó esta Comisión en iniciativas legislativas tanto a nivel de los médicos de medicina familiar como los Mestros, cuya ordenación definitiva se producirá próximamente, como ha anunciado el señor subsecretario.

Asimismo, quiero insistir en la importancia que tiene el Instituto Nacional de Consumo y la labor a desarrollar en este periodo de implantación del euro. Quiero felicitar al subsecretario por la labor que su departamento está realizando en colaboración con otros departamentos ministeriales en algo de tanta transcendencia para la política y la economía española en relación con la entrada en la moneda única.

Por último, quería insistir en la política de diálogo que tantas veces ha enumerado en su intervención el señor subsecretario. Política de diálogo en el Parlamento, en las instituciones y en la sociedad para abarcar el gran reto de la financiación sanitaria para el periodo 2002/2005, con criterios, como se ha dicho ya, de corresponsabilidad, de solidaridad, de cohesión social y de calidad en la asistencia, con un incremento en la cartera de servicios. Ése es el gran reto que ya anunció y enunció la ministra de Sanidad en su comparecencia del pasado mes de junio y el señor subsecretario ha insistido en esa línea.

El Grupo Parlamentario Popular quiere unirse al resto de los grupos en la felicitación al subsecretario en relación con el incremento de las partidas presupuestarias para ese periodo 2002/2005.

El señor **PRESIDENTE**: Señor subsecretario, cuando quiera puede dar contestación a las distintas intervenciones. Ante la batería tan enorme de preguntas a las que se ha visto sometido, si no cuenta en este momento con los datos o no puede aportar alguna aclaración, puede reglamentariamente enviarla por escrito al grupo parlamentario que la haya formalizado dicha pregunta.

Cuando quiera, señor subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Sánchez Fierro): En primer lugar, tengo que agradecerles a todas SS.SS. las palabras de acogida en esta Comisión. Aunque ustedes tienen la potestad y la facultad de llamarme cuantas veces deseen a comparecer, quedo a su disposición muy gustosamente porque es muy grato que fluya la información, para que con esa información y con debates contribuyamos a la luz y a la transparencia.

Como bien decía el presidente, va a ser virtualmente imposible, salvo que dedicáramos varias horas, poder contestar a todas y cada una de las preguntas que se han formulado de una forma pormenorizada. Por eso, a quienes no conteste de una manera específica les ruego que no lo tomen como una descortesía, sino como un afán de no prolongar en exceso esta comparecencia y, al mismo tiempo, me brindo a hacer cualquier aclaración adicional.

Contestando al Grupo Parlamentario Socialista, quiero agradecer a su portavoz las aportaciones hechas en su intervención. Es una gran profesional, tiene un plus que siempre hay que agradecer y valorar. Como se desprende de alguna intervención posterior, como la que ha hecho el portavoz del Grupo Parlamentario Popular, hay algunas preguntas que corresponden a la Secretaría General de Gestión y Cooperación Sanitaria. Quiero decir que en aquellos extremos en los que no incida, se debe a que la competencia no me corresponde, lo cual no quiere decir que no conteste a todo lo que pueda muy gustosamente.

Una primera línea de preguntas estaba relacionada con la nueva configuración organizativa del Ministerio. Con carácter general se puede decir que la idea es reforzar el Sistema Nacional de Salud como objetivo prioritario. Se ha querido dotar de imagen y de medios al Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud y hacer de la antigua Secretaría de Asistencia Sanitaria una nueva Secretaría General que estuviera al servicio del Sistema Nacional de Salud. La preocupación fundamental se llama Sistema Nacional de Salud, porque es la forma de atender debidamente a los ciudadanos de una manera equilibrada, cohesionada y con garantías de igualdad en el territorio nacional. Esa es la filosofía de fondo. Otro elemento, por destacar algunos de los aspectos básicos, es la idea de planificación sanitaria. Cuando uno quiere conseguir la cohesión social, la solidaridad y la calidad asistencial, no lo quiere para un momento determinado, sino que necesita prever la evolución que va a tener para el futuro y, por tanto, contemplar distintos escenarios. Es obvia la aceleración en los cambios de carácter social, económico y tecnológico que inciden en los ciudadanos, en la salud pública, en la sanidad, en los recursos y en el dispositivo sanitario. Este es otro de los elementos o fundamentales.

Por otro lado, se ha querido que esa solidaridad se exprese con mayor intensidad todavía, si cabe, en aquellos elementos que podían estar de mejor manera al servicio del Sistema Nacional de Salud, como los trasplantes, donde el dispositivo tiene que funcionar a la perfección y donde estos factores son fundamentales para la pervivencia de una persona. Por eso, se entendió que la ubicación más correcta de otros aspectos de carácter de definición científica sería en la Secretaría General de Gestión y Cooperación Sanitaria. Ahí, hay una doble idea, de gestión y también de cooperación.

En esta información de carácter general tendría que destacar por qué, en el caso de la Dirección General de Salud Pública y Consumo, se ha querido dar una visión integradora. Como exponía a SS.SS., la relación entre el consumo y la salud pública es intensísima. Por eso, se ha considerado conveniente tener una visión lo más integrada posible. Naturalmente, hay una idea adicional —para dar respuesta a lo que planteaba S.S.— y es que el dispositivo humano y técnico con el que cuenta la Dirección General de Salud Pública y Consumo, anteriormente de Salud Pública, no se concentrara exclusivamente hacia el interior sino que se pusiera a contribución de todas las necesidades del Instituto Nacional de Consumo en su función de apoyo a las asociaciones de consumidores y usuarios y a disposición del Consejo de Consumo. Probablemente, alguna de las claves que pueden explicar el nuevo diseño de la estructura del Ministerio es la potenciación de la gestión y cooperación sanitaria y, por otra parte, conseguir expresarlo de una manera muy gráfica en la potenciación del Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

En materia de financiación, hay que destacar uno de los planteamientos que se han hecho en las distintas intervenciones de SS.SS. —y creo que se ha dicho muy bien por la portavoz del Grupo Canario—, que es un tiempo para prepararse para la discusión, para esa negociación y acuerdo. En este momento, tenemos un compromiso inmediato, los presupuestos para el año 2001, pero todos los medios de comunicación social se han hecho eco en estos días de cómo distintos grupos políticos, entre ellos el Grupo Socialista, tienen previstas reuniones esta semana para prepararlos y trabajarlos, lo cual nos parece absolutamente positivo; es la manera de que, cuando llegue el momento exacto de empezar estas conversaciones, tengamos todos muy maduros esos criterios que podemos compartir con otros grupos políticos, que yo he visto en los medios de comunicación social, y los pongamos efectivamente en acción y en valor. Las ideas de solidaridad, de cohesión, la necesidad de calidad asistencial son importantes, pero también es importante traducirlas en decisiones concretas. Se han mencionado algunos problemas sobre descentralización, distribución geográfica, evolución y estructura de la población y habrán de valorarse otros muchos factores que indudablemente tendrán

que tenerse presentes. Es muy necesario que cada grupo político vaya estudiándolos y debatiéndolos, para que ese diálogo sea lo más fructífero para bien del conjunto del Sistema Nacional de Salud.

En lo que se refiere a las transferencias de competencias, como bien saben SS.SS., en el Ministerio se trabaja como un equipo, pero la competencia específica corresponde precisamente a quien tiene atribuido el apoyo, el respaldo y el buen funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, que es la Secretaría de Gestión y Cooperación Sanitaria. Es evidente (y así se ha mencionado en ocasión reciente por el secretario general de Gestión y Cooperación Sanitaria) que tiene que haber una buena interrelación entre el planteamiento desde el punto de vista financiero y el planteamiento desde el punto de vista de transferencia de competencia. Creo que aún tenemos un tiempo, aunque no mucho, y tenemos que aprovecharlo para culminar un proceso que se inicia en el año 1986 con una ley importante, como es la Ley General de Sanidad, cuyo proceso de desarrollo, por su propia complejidad, ha necesitado un tiempo. Es bueno, conveniente, posible y deseable que en esta legislatura esté culminado ese proceso y, como hay coincidencia en este objetivo por parte de todos los grupos políticos, yo estoy convencido de que encontraremos los procedimientos y los mecanismos para ello.

Me parece necesario hacer referencia a un planteamiento que hacía la portavoz del Grupo Socialista y que yo comparto plenamente, y es que hay que insistir en algunas líneas de concienciación ciudadana, por ejemplo, en lo que se refiere a donaciones de órganos y de sangre. Todos tenemos que cooperar y estoy convencido de que, entre las distintas opciones y grupos políticos, vamos a encontrar puntos de coincidencia para saber cómo se puede llegar mejor a la población en tan importantes cuestiones.

En materia de farmacia, efectivamente, los datos de junio eran malos, los de julio no eran buenos y los de agosto son esperanzadores. Las medidas que se han adoptado tienen que madurar y producir sus efectos; algunos ya se están produciendo, pero hay que dar un margen para ver cómo van encaminadas en la buena dirección. Naturalmente, se trata de medidas evaluables. En mi exposición he mostrado una serie de indicadores, pero no he querido cansar a SS.SS. con otros muchos que se podrían haber aportado; evidentemente, están a su disposición.

Respecto a los acuerdos con los sectores que son básicos en el mundo de la farmacia, entendemos su necesidad y existe la máxima voluntad para conseguirlos. Afortunadamente, más allá de los desencuentros que pueden producirse en una historia de acuerdos con el mundo de la farmacia, que ya va siendo larga (desde los años setenta hasta nuestros días se han sucedido acuerdos con una profundidad mayor o menor, pero casi todos ellos con un denominador común, aunque hubiera argumentos y razones que en cada circunstan-

cia pudieran ser distintos), las ideas de descuento, reducción, etcétera, han estado presentes. Basta con darse una vuelta por las hemerotecas para comprobar que esto ha sido así. Cualesquiera que hayan sido los gobiernos que hayan tenido la responsabilidad de afrontar este tema, el denominador común ha sido tratar de conseguir un desarrollo ordenado del gasto farmacéutico. En esa política de acuerdos —que siempre es preferible—, nosotros vamos a proseguir.

Respecto al conjunto de los sectores que integran el mundo de la farmacia deseamos tener una política integradora, una política global, que se formalice con una visión también integradora y global. Si solamente se atendiera la problemática de las oficinas, pero no la de los laboratorios, estaríamos ante una política de parcheo, que no daría los resultados que todos esperamos. Hay que trabajar con todos para conseguir que al final haya —no sé si expresado formalmente así o de otra manera— un gran acuerdo con el mundo de la farmacia. No sé si se traducirá en acuerdos específicos, en un acuerdo total, o cómo será, porque lo importante es que se alcancen pactos, acuerdos, y que éstos, cualquiera que sea su formalización, tengan la máxima coherencia y utilidad para el destinatario final, que son los ciudadanos, garantizando lo que la Ley del medicamento, de 1990 —una ley también muy importante—, pretendía y destacaba: la calidad, la eficacia, la seguridad y el uso racional. Hay que trabajar en estos objetivos y estoy seguro de que el esfuerzo que se haga va a valer la pena.

Se han hecho muchas preguntas muy minuciosas. Más allá de que disponga o no del dato inmediato, les pido a SS.SS. comprensión para no prolongarme en exceso. Me preguntaban por la significación de los genéricos dentro de la oferta de medicamentos en España. El punto de partida con el que nos hemos encontrado, según los datos de los que he dispuesto y que he manejado, que proceden de la OCDE y de alguna otra organización, es que en el año 1997 estábamos rondado el cero y pico por 100. En este momento, con carácter general, estamos aproximadamente en un 5 por 100, dato que no es bueno pero que es mejor que el de otros países de nuestro entorno. En Francia, por ejemplo, se sitúa a poco más del 3 por 100. Nos falta mucho camino por recorrer, consiguiendo que en las políticas de genéricos estén siempre presentes las ideas de calidad, eficacia y seguridad. Si conseguimos que los ciudadanos lo entiendan así, la política de medicamentos genéricos progresará. Es evidente que tiene que producirse un cierto cambio cultural, y esto tiene que hacerse con rigor y con decisión. Hay países, como Finlandia —si no recuerdo mal—, que sobrepasan cifras del 30 por 100. Nos falta camino por recorrer, pero en un plazo bastante corto se han dado avances importantes.

La señora Valentín tiene mucha ventaja respecto del compareciente en esto y en muchas cosas más a la hora de referirse a bioequivalencias y a grupos bioequiva-

lentes o no bioequivalentes pero quiero decirle que el planteamiento técnico al que responde la orden de precios de referencia se ha estudiado con todo rigor y que posiblemente admita otras formulaciones distintas. Nosotros estimamos que ésta por la que hemos optado ya está produciendo efectos positivos. Las compañías farmacéuticas están tomando decisiones para acercarse al precio de los genéricos cuando llegue el 1 de diciembre, hecho muy positivo en sí mismo. Aunque las medias son siempre más o menos discutibles, los datos de los que dispongo en este momento señalan que los medicamentos genéricos implican un menor coste, no inferior al 25 por 100, en términos de media. El Sistema Nacional de Salud, el desarrollo equilibrado de las cuentas, es decir, otras partidas del gran presupuesto sanitario, podrán ser más reequilibradas en la medida en que se liberen recursos.

Con respecto a unidosis sí o no, tipo de envases, etcétera, es un asunto que a nosotros nos preocupa. Ustedes saben perfectamente que dentro del Ministerio de Sanidad y en el área de competencia de esta Subsecretaría está la Comisión interministerial de precios del medicamento y les puedo decir que se está estudiando este tema con todo interés, para saber si la política de envases que hay en este momento va en una dirección buena, mala o que para ciertas cosas es buena y para otras mala. No es lo mismo hablar de ciudadanos que de hospitales y centros hospitalarios. La política no va a ser necesariamente blanca o negra, sino que habrá que tomar decisiones. Queremos avanzar en ellas y en su momento podremos informar a esta Comisión. Coincido también con otra idea que expresaba la portavoz del Grupo Socialista relativa a la formación de los profesionales y a la información en lo que se refiere al uso racional de los medicamentos. Pensamos que es la adecuada dirección, tenemos algunas previsiones concretas, sobre todo de difusión pública sobre la utilización y las ventajas de los medicamentos genéricos y esperamos que la opinión pública tenga elementos evaluables para saber que eso es algo que tiene interés y que vale la pena.

Se han producido intervenciones de los diversos grupos parlamentarios sobre los nuevos medicamentos y sus precios. No siempre lo caro es caro, a veces lo barato puede resultar caro, depende de cuál sea la eficacia, la calidad y la seguridad. No tenemos ningún a priori, sino que en el seno de la Comisión interministerial de precios se tiene en cuenta algo que yo antes mencionaba, y les vuelvo a recordar, y es que nos importa el gasto sanitario, pero también que la prestación sanitaria farmacéutica tenga plena calidad para los destinatarios de la misma. También comparto la reflexión que se hacía en cuanto a los medicamentos de uso veterinario. Vale la pena estudiar todo lo que suponga mejora en el uso de herramientas y de información de todas las comunidades autónomas y autoridades competentes en este tema y nosotros así lo vamos a hacer.

Con respecto al plan integral de salud, he señalado al principio de este turno que nos pareció fundamental recuperar la idea de planificación sanitaria para hacer que el desarrollo del Sistema Nacional de Salud sea solidario y esté puesto al día. En este momento nuestro objetivo fundamental, sin perjuicio de la vocación de cumplir con el objetivo del plan integral de salud, es tener una visión en materia de planificación sanitaria que, desde un punto de vista técnico y más pormenorizado, está llevando a cabo, en el seno de la Secretaría General de Gestión y Cooperación Sanitaria, la dirección general correspondiente. Hay que incidir —es un tema que corresponde a esa dirección general— en estudios sobre cómo conseguir una homogeneidad mayor en el tratamiento de la salud mental o cómo pueden abordarse las prestaciones sanitarias y sociosanitarias. Desde que tomó posesión el director general de Planificación, uno de los temas en los que está poniendo especial énfasis es en la atención sociosanitaria, porque es algo que demandan la sociedad, los grupos políticos y distintas asociaciones y entidades ciudadanas. Con respecto a organismos autónomos que no dependen directamente de la Subsecretaría, voy a remitirme a la información que facilitará el secretario general.

En cuanto a la Agencia de Seguridad Alimentaria, es para nosotros una prioridad. Aquí habría que distinguir entre una ley general alimentaria y la Agencia de Seguridad Alimentaria. Como es lógico, la vocación del Gobierno es actuar de una manera coherente y no fraccionada por casillas, estableciendo esto es del departamento tal o del departamento cual. Va a haber una cooperación muy activa y queremos poner el énfasis en la seguridad alimentaria, como su nombre indica; la colaboración entre el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación y el Ministerio de Sanidad y Consumo va a ser muy activa, pero la Agencia de Seguridad Alimentaria debe poner el acento en la seguridad alimentaria.

En cuanto a la carrera profesional de enfermería, quiero decirles que el desarrollo del decreto que contempla la enfermería viene urgido por las propias demandas sociales; especialmente la geriatría, la pediatría y la salud laboral nos parecen fundamentales. Aunque es importante, no estamos ante el mero posicionamiento, hemos mantenido unos contactos primarios, todavía no completos, con algunas representaciones sindicales y con el consejo profesional correspondiente que habrán de verse completados con otros contactos ulteriores. Tenemos una vocación decidida de sacar cuanto antes estas especialidades.

En cuanto al estatuto-marco, aunque a SS.SS. pudiera parecerles que yo he sido poco preciso, mi voluntad ha sido la de ser máximamente preciso. Valdría la pena volver a recordar tres mandatos que tiene la Ley General de Sanidad, una ley que en determinados objetivos ha resistido el paso del tiempo. En su momento se señalaron algunos objetivos que es necesario que salgan adelante en beneficio del sistema y de los profesionales.

Les animo no a hacer una relectura de la Ley General de Sanidad, sino una nueva lectura de esta ley, y verán cómo se alude a los tres aspectos a los que yo hacía mención como los indicadores para ir avanzando por la buena vía. Por una parte, la existencia de unos criterios básicos sobre política de personal. Si uno lee la Ley General de Sanidad es lo primero que se va a encontrar antes de llegar al estatuto-marco; luego, está el mismo estatuto-marco y en el mismo artículo se habla de colectivos específicos, sin perjuicio de lo dicho en párrafos anteriores. La ley señala perfectamente el camino a seguir. La otra herramienta, la que cierra el cuadro, son el diálogo y el compromiso. Han transcurrido muchos años no en balde. Hay disposiciones que arrancan de 1966 y que están todavía vigentes, pero también hay normas, alguna con rango de ley, de 1999. Hay una falta de sintonía entre el rango de algunas disposiciones y la importancia que, desde el punto de vista jurídico, tienen. Hay un gran trabajo y un compromiso. Puedo decirles que los contactos que se tienen que producir no han caído en el vacío y que en los primeros contactos con las distintas centrales sindicales, como no podía ser menos, este tema estuvo presente, no para rehuirlo, sino todo lo contrario, para aunar esfuerzos y sacarlo adelante. En la legislatura anterior se hizo un trabajo importante y se dieron algunos pasos, pero probablemente la gran asignatura pendiente es hacer confluir en un paso armónico las aportaciones en el Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud y los acuerdos, compromisos y criterios que se tienen que producir necesariamente con los sindicatos que operan en la sanidad.

Coincidimos en que hay cosas que son complicadas, como son la interinidad, el programa MIR y sus perfeccionamientos, pero que sean temas espinosos en modo alguno va a hacernos rehuir buscar sus soluciones. Hay ahí un reto importante. En el periodo 1997/99, a través de sucesivas OPE, se ha tratado de solucionar este tema, pero lamentablemente ha habido dificultades cuya solución se ha confiado a los tribunales. Esto ha determinado que el ritmo en la ejecución de alguna de estas OPE no sea el que nosotros hubiéramos deseado. Desde las OPE de 1997 hasta las de los últimos años, hay un total de 19.000 plazas que suponen un cambio efectivo de tendencia muy importante. Nos gustaría que problemas que vienen arrastrándose desde hace mucho tiempo de traslados de quienes tienen su plaza en propiedad y que crean dificultades respecto a las expectativas de los interinos, o de los interinos respecto de otros colectivos que desean entrar en el sistema, se vean resueltos pronto armónicamente.

Con respecto a programas preventivos en materia de salud pública, quiero decirles a todos los portavoces que queremos trabajar y que tenemos la firme convicción de que esto ha de hacerse en estrecha colaboración con las comunidades autónomas. La Comisión de Salud Pública dentro del Consejo interterritorial del

Sistema Nacional de Salud se reunió escasamente a la semana de incorporarme a la Subsecretaría, en los próximos días se vuelve a reunir, y hay un trabajo muy fluido y muy positivo.

En materia de anorexia y bulimia no basta sólo con acciones de cultura social, que son imprescindibles por otra parte, sino que también hay que disponer de información y de recursos desde el punto de vista del Sistema Nacional de Salud. Hemos mantenido reuniones tanto con la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria como con la Semfyc con objeto de organizar jornadas técnicas, de trabajo, que permitan acercarse más a las personas que se encuentran en dificultades o a sus familiares.

En cuando al sida y pensiones contributivas, francamente no tengo esa información y no le puedo contestar en este momento. En materia de control en las vacas locas es un asunto que la Dirección General de Salud Pública sigue con todo interés y atención... (**Rumores.**)

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, les ruego guarden silencio, por favor.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Sánchez Fierro): En cuanto a la aportación que usted hacía en materia de un posible protocolo, emplazo desde ya a la dirección general correspondiente para que vea su viabilidad y cómo llevarlo a cabo.

La intervención del Grupo Parlamentario Catalán, referida básicamente (ha explicado por qué, y yo he agradecido que se haya admitido la comparecencia conjunta) a la declaración conjunta entre Farmaindustria y el Ministerio de Sanidad y Consumo requiere algunas consideraciones en función de los planteamientos que S.S. ha expuesto. Lo ha calificado muy bien: se trata de un preacuerdo. Evidentemente habrá de ser formalizado mediante un acuerdo, con todas las garantías administrativas y jurídicas que corresponde. La idea es que se formalice en las próximas semanas. Está hecho no como una acción improvisada, sino dentro de un contexto de fortalecimiento del diálogo entre Farmaindustria y el Ministerio de Sanidad y Consumo. Es simplemente la expresión de que hay voluntad de cooperar en algo que interesa a los ciudadanos y al conjunto de los laboratorios y las compañías. Las compañías tienen una función muy importante, pero, al mismo tiempo, es necesario que socialmente se exprese su compromiso con el conjunto del Sistema Nacional de Salud a través de temas tan sensibles y tan importantes como son el cáncer o el corazón. Responde a esa filosofía. En modo alguno es un planteamiento aislado. Nuestra voluntad —así lo expresamos al recuperar con otro vigor diferente esas relaciones con Farmaindustria— es llegar a acuerdos que permitan el desarrollo estable, viable y sin sobresaltos de un sector que, como usted muy bien indicaba, es extraordinaria-

mente importante, desde el punto de vista económico, tecnológico y del empleo. Son no menos de 40.000 empleos los que da el sector de industria farmacéutica, junto con una serie de empleos anexos o conectados.

Coincido con S.S. en la idea de estabilidad, de política global y de subrayar que una cosa es esa solidaridad del sector, íntegramente considerado con objetivos del sistema, y otra cosa es el respaldo a su acción innovadora, de investigación y de desarrollo tecnológico. En el I+D+I, en el específico de las compañías, van a encontrar nuestro apoyo a sus proyectos. En esos contactos que hemos venido desarrollando en estos meses con el sector no sólo hemos brindado nuestro apoyo al Ministerio de Ciencia y Tecnología sino que le hemos transmitido nuestra voluntad de que las decisiones que se puedan adoptar en este terreno sean decisiones compartidas en esa dimensión que usted mencionaba con todo acierto.

En lo que se refiere a otras intervenciones —y no querría cansarles porque algunos aspectos ya han sido contestados—, compartimos muchas de las reflexiones que en materia de financiación ha hecho el portavoz del Grupo canario. Creemos que la solidaridad interterritorial y la singularidad que presentan determinadas comunidades autónomas hay que tenerlas muy en cuenta. La mejora de la gestión sanitaria no es solamente un problema organizativo porque, por encima de todo, es un problema de buena gestión de los recursos humanos. Y esto supone contar con unas normas jurídicas que lo permitan, con una previa definición: una adecuada política de personal con criterios básicos que todos pudiéramos compartir.

En cuanto a la adecuación de la oferta y la demanda, hay que tener muy en cuenta ese espectro de igualdad de oportunidades en el territorio nacional. Efectivamente, en la oferta de plazas en el programa MIR la sensibilidad que puede haber por un tema en un territorio o en otro es absolutamente razonable. A cada uno le duele lo suyo, es absolutamente lógico. Por otra parte, el conjunto de oportunidades del programa MIR tiene que estar abiertos a todos los estudiantes del territorio nacional. En ese sentido las necesidades del sistema sanitario y las oportunidades para los estudiantes de medicina en todo el territorio nacional son dos objetivos que habría que conjugar.

Su señoría se ha referido a otros muchos aspectos que nos llaman a tener un planteamiento equilibrado dentro del gasto sanitario total entre lo que es la farmacia y otros puntos importantes en el presupuesto y evidentemente no podemos estar más de acuerdo. Si tuviéramos un PIB más alto, posiblemente nuestra reordenación tendría otros significados o la ordenación actual tendría otra valoración, pero el PIB que hay es el que tenemos y a lo que debemos que aspirar es a que crezca de una manera sostenida, pero hemos de manejar los datos que hoy día existen.

En cuanto a algunos proyectos de disposición que S.S. mencionaba (comidas preparadas, entre otros muchos que señalaba), se está trabajando en el seno de la Dirección General de Salud Pública y Consumo en estas materias. Hay algunas de las que usted ha mencionado que vienen requeridas por normas comunitarias, como es, por ejemplo, el envasado de carne fresca, el problema de los plásticos, etcétera, y en este momento se está preparando un proyecto de disposición para hacer la trasposición de esta directiva.

En cuanto a sanidad exterior, comparto con usted la preocupación, más allá del tema de las mercancías, de que por encima de todo están las personas. En ese sentido, hemos mantenido y mantenemos una fluida comunicación con la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, brindando y ofreciendo toda la cooperación que sea necesaria; en el caso de Canarias y en otros que han podido sobrevenir en otras comunidades españolas.

Con respecto a planteamientos que se han hecho por el Grupo Federal de Izquierda Unida, en materia de medicamentos y radiofármacos tuve alguna reunión apenas incorporarme a la Subsecretaría. Se está trabajando en el seno, no ya del Ministerio, sino específicamente en el ámbito de mi competencia, y espero que podamos aportar información más precisa. Esa preocupación que usted mostraba nosotros la compartimos y estamos trabajando teniéndola en cuenta.

Por otra parte, sobre el plan de choque en materia de cirugía he de remitirme a la comparecencia que tenga posteriormente el secretario general.

En cuanto al gasto sanitario de inmigrantes nosotros desde el Ministerio de Sanidad y Consumo estamos siguiendo muy de cerca los trabajos de desarrollo de la aplicación de la Ley de extranjería, y nuestra preocupación es que no falten recursos, como es lógico, para prestar la atención a la que con pleno derecho tiene la población inmigrante en nuestro país.

Compartimos la idea de mejor funcionamiento del Consejo Interterritorial que se ha traslucido de muchas de las intervenciones, no solamente como objetivo sino como medio. Se ha creado una dirección general que se dedica exclusivamente a atender el tema del Consejo Interterritorial, con una subdirección general de apoyo con sus servicios técnicos, y como apoyo al propio funcionamiento de relaciones con las comunidades autónomas se ha creado una dirección general de relaciones que está llamada a fortalecer el funcionamiento y la operatividad máxima del Consejo.

Agradezco la intervención del Grupo Parlamentario Vasco con sus palabras tan amables. Más allá de diferencias políticas que pueden surgir (y estas son cosas que suceden en el funcionamiento de la democracia), en su momento, cuando hubo que trabajar en el seno del Consejo Interterritorial y hubo que afrontar un problema importante, como era el de las listas de espera, el representante del Gobierno vasco en aquella reunión supo apoyar y respaldar objetivos de interés general, y

nosotros así lo valoramos en su día. El decreto-ley al que S.S. se refería, más allá de que en su comparecencia en esta Comisión la ministra lo desarrollara (no podía desarrollarlo porque todavía estaba, por así decirlo, en unas fases previas) se pudo exponer, defender y ser objeto de intervenciones en la ratificación que se hizo en el Pleno del Congreso de los Diputados.

En lo que se refiere al desarrollo de la Ley 55/1999, a propósito de lo que usted decía, de una manera muy gráfica y, por tanto, muy expresiva, de este marrón trasladado veraniegamente a las consejerías de sanidad, etcétera, quiero decirle que nada más lejos del propósito de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios que colocar marrones en verano. En todo caso, deseo expresarle que es un borrador y que, desde el régimen de borrador y no todavía de proyecto, se consulta, como no puede ser de otra forma, con las consejerías. ¿Para qué? Para que un asunto importante que afecta a un sector sensible se pueda hacer con el mayor acierto posible. La cercanía a los ciudadanos está presente en esta decisión y, por tanto, estoy convencido de que, si los problemas técnicos o de otro tipo que pueda haber se pueden resolver, podrá ser un avance asimismo importante. En todo caso —insisto—, es un borrador que está abierto, y existe respeto a los estatutos de las comunidades autónomas, como no puede ser menos, en lo básico.

Al Grupo Popular quiero agradecer el respaldo y las amables palabras de su portavoz. En el Parlamento, en la sociedad, en los colegios profesionales, en las comisiones nacionales, en la sociedad científica y, de una manera muy especial, con los sindicatos, las confederaciones sindicales, las organizaciones de consumidores y usuarios, es donde se practica el diálogo. Nosotros queremos practicarlo porque viene bien para todos, y eso es bueno. Coincido en que la idea de prevención en materia de enfermedades profesionales y accidentes de trabajo es un asunto en el que hay que insistir; es un tema nuevo, pero desgraciadamente no los es tanto, porque el problema de las enfermedades profesionales, su escaso conocimiento, la necesidad de superar situaciones de subnotificación que puedan existir en este momento, preocupa al Ministerio, y estamos convencidos de que vamos a poder avanzar.

El sida y la preocupación por la situación de los países pobres, que usted también destacaba, es un tema en el que se muestra la solidaridad y nos sentimos muy comprometidos en este orden.

En definitiva, en lo referente al euro y a sus consecuencias va a haber un esfuerzo importante con las asociaciones de consumidores y usuarios y desde el propio Ministerio, tanto para el periodo inmediatamente anterior a la introducción del euro, especialmente a partir del mes de septiembre de 2001, prácticamente ya, como específicamente en el periodo de convivencia de las dos monedas, es decir, entre enero de 2002 y el 1 de

marzo de 2002. Es un trabajo importante, al que vamos a dedicar todo nuestro esfuerzo y nuestro interés.

Muchísimas gracias, señor presidente; muchísimas gracias, señorías.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor subsecretario por su comparecencia. **(La señora Valentín Navarro pide la palabra.)**

Señora Valentín, sabe una vez más —y se lo acabo de recordar—, que no existe un segundo turno de réplica en las comparecencias. Para evitar llamadas de atención por lo mal que todos andamos de tiempo, no vamos a entablar discusión sobre si sí o si no. Le doy un tiempo de dos minutos para alguna aclaración puntual, lo mismo que a cualquiera de los demás grupos parlamentarios que lo deseen; para una aclaración puntual, exclusivamente dos minutos, y voy a cronometrarlos.

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Gracias, señor presidente, por su generosidad.

Creo que tengo bastante con dos minutos, señor presidente.

Con respecto al sida, señor subsecretario, si no estoy mal informada, ya que usted venía de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, me gustaría que se leyera el Real Decreto 1971, del día 23 de diciembre de 1999, del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, precisamente, que se publicó en el Boletín Oficial del Estado el día 26 de enero del presente año, en el que se establece procedimiento para reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. Este real decreto afecta precisamente a la declaración de minusvalía de los enfermos de sida. Algún medio de comunicación este mismo mes publicaba que el Estado ahorrará 9.000 millones de pesetas con la retirada de las pensiones por VIH. Me gustaría que, si en este momento no tiene la información, nos la enviara o que en otro momento nos informara, porque es un asunto que reviste cierta gravedad.

Respecto a las transferencias, no dudo de su palabra de que se realizarán en esta legislatura, pero permítame que le diga que en la primera comparecencia del anterior ministro, Romay Beccaría, él dijo exactamente lo mismo; han pasado los cuatro años, hemos iniciado el quinto y las cosas están en el mismo punto en el que estaban.

Financiación sanitaria. El Grupo Socialista lo que quiere es garantizar la igualdad de oportunidades de todos los ciudadanos, con independencia de su lugar de residencia ante los servicios sanitarios. Tenemos margen de crecimiento respecto al PIB en relación con la media de la Unión Europea, y tiene que hacerse ese esfuerzo.

Termino. Señor subsecretario, sigue sin constestarnos a si los pensionistas de la Seguridad Social van a

tener que hacer frente a algún tipo de copago para la adquisición de los medicamentos.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergencia i Unió) tiene la palabra el señor Martí.

El señor **MARTÍ I GALBIS**: Señor presidente, solo intervendré durante dos minutos.

Respecto a la respuesta que muy amablemente nos ha dado el señor subsecretario a las cuestiones que habíamos planteado, permítame que le exprese mi interés sobre dos temas muy concretos que se han quedado en el tintero y solicitamos que, si no es ahora, en lo sucesivo nos pueda facilitar dicha información.

En primer lugar, querríamos conocer los criterios que se utilizarán en la distribución de esos 5.500 millones de pesetas destinados a investigación en las instituciones públicas. En ese sentido no sé si ustedes han previsto algún tipo de convocatoria pública y abierta y, si este no es el caso, quisiéramos conocer cuál es la razón que lo impide. No es justificable que esas ayudas se otorguen exclusivamente por criterios de centralidad geográfica, teniendo en cuenta que hay otras comunidades autónomas en las que también existen instituciones públicas de investigación, punteras en especialidades como la cardiovascular y la oncológica.

En segundo lugar, permítame que más allá de los criterios en los que ha fundamentado sus explicaciones cuestionemos desde nuestro grupo parlamentario, en la misma línea que lo cuestiona —según nuestras informaciones— una parte del sector de la industria farmacéutica, el método empleado con Farmaindustria en esta ocasión, como sistema de obtención de recursos para la investigación. Nuestra opinión, modesta, pero es nuestra opinión es que las empresas que hacen investigación no deberían detraer recursos propios. Asimismo las empresas seleccionadas por esta metodología —que invierten poco en I+D+I— deberían tener como mínimo la posibilidad de determinar el destino de sus recursos.

Finalmente, quiero expresar nuestro interés en la voluntad de profundizar en la colaboración y el diálogo con la industria farmacéutica de tal forma que sea más que palabras y se alcance el diálogo que todos deseamos y que usted nos ha ofrecido.

El señor **PRESIDENTE**: Señor subsecretario, cuando quiera pueda contestar.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Sánchez Fierro): En primer lugar, voy a contestar a la señora Valentín. Efectivamente yo fui secretario general técnico del Ministerio de Trabajo y por ello me siento especialmente honrado, pero en el último año, es decir, el año en que esta disposición se elaboró, yo era secretario primero de la Asamblea de Madrid. Esto no me excusa, porque yo tengo obliga-

ción de leerme todas las disposiciones que se publican, pero estuve concentrando mi esfuerzo como parlamentario autonómico durante este periodo. Por ello pido disculpas por no tener esa información fresca; en todo caso, la disposición procede del Ministerio de Trabajo. Nosotros por la vía parlamentaria correspondiente, podremos obtener la información, pero, señoría, en ese sentido solo me siento un poco culpable por no tener fresca la lectura del boletín en este momento porque estaba en otras tareas de carácter parlamentario.

Acerca de la transferencia de competencias, la voluntad de un modelo en el que la cooperación y coordinación sanitaria sea una realidad existía en el año 1986 y ha necesitado un periodo relativamente largo. Estamos tocando ya con los dedos la culminación de un proceso que es tremendamente importante y al mismo tiempo tremendamente sensible para los ciudadanos. Yo le aseguro que la voluntad política expresada por nuestra ministra en su comparecencia ante esta Comisión es muy decidida.

En relación con la financiación, nosotros insistimos en que se pueda establecer a través del acuerdo que en su momento se alcance, con un tratamiento que asegure que no haya discriminación o desigualdades entre los ciudadanos ante la sanidad.

Con respecto al tema del copago, nuestra ministra en modo alguno se pronunció diciendo que quería imponerlo o establecerlo. Lo que nuestra ministra dijo entonces era que había que estudiar y había que reflexionar sobre este tema porque no admitía una solución precipitada sin tener en cuenta algo que ustedes, desde su grupo, valoran máximamente, que es la capacidad de renta de las personas. Esos fueron los elementos que la señora ministra expuso.

Ante las aclaraciones que me pedía el portavoz del Grupo Parlamentario Catalán, una vez más acertada en sus apreciaciones. Efectivamente, los recursos, cuando estén disponibles por la formalización, van a contar con vías de accesibilidad, de tal manera que centros investigadores de toda España van a poder acceder también a estas líneas de trabajo. Nosotros valoramos máximamente el esfuerzo de los distintos investigadores que hay a lo largo y ancho del territorio nacional y por supuesto está prevista esa accesibilidad.

También quería comentar que esa idea de no quedarse tan sólo en lo que es el propio Instituto Carlos III lleva, en las previsiones que existen —cuando el acuerdo se suscriba lógicamente podremos dar la información precisa—, a alguna posible colaboración de investigadores en el ámbito internacional, como puede ser con algunos investigadores de diferentes países con dificultades. En definitiva, se han contemplado aspectos tanto el plano territorial como incluso algunos internacionales.

Evidentemente, en toda organización social, ya sean partidos políticos, ya sean asociaciones o hasta comunidades de vecinos, es previsible que alguien opine otra

cosa pero, al final, se vota y se decide. Yo le puedo asegurar que la asamblea de Farmaindustria votó favorablemente este acuerdo. A lo mejor podía haber sido de otra manera, yo esto no lo quiero discutir, pero sí que hubo una voluntad colectiva expresada en un punto incluido en el orden del día para que nadie pudiera encontrarse con una cosa que no estuviera prevista. En todo caso, el apoyo técnico a la acción innovadora y de investigación, que tienen todo el derecho y al mismo tiempo toda la responsabilidad de hacer las compañías, contará con el apoyo político de nuestro Ministerio en lo que concierne a nuestras competencias, así como a las del Ministerio de Ciencia y Tecnología.

El señor **PRESIDENTE**: Agradecemos la comparecencia del señor subsecretario, así como su disposición a comparecer en días sucesivos a requerimiento de los miembros de la Comisión.

Suspendemos la sesión durante dos minutos para, posteriormente, continuar con el segundo punto del orden del día. **(Pausa.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, se reanuda la sesión.

PROPOSICIONES NO DE LEY:

— RELATIVA AL FUTURO DEL HOSPITAL CENTRAL DE ASTURIAS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO FEDERAL DE IZQUIERDA UNIDA. (Número de expediente 161/000002.)

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al segundo punto del orden del día, debate y votación de proposiciones no de ley. En primer lugar, sometemos a debate la proposición no de ley relativa al futuro del Hospital Central de Asturias, cuyo autor es el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida. Para su presentación y defensa, tiene la palabra el señor Llamazares.

El señor **LLAMAZARES TRIGO**: Para tranquilidad de SS.SS., intentaré hacer esta presentación con brevedad.

El señor **PRESIDENTE**: Un momento, por favor.

Le agradezco su indicación en este sentido porque, en aras de lo avanzado de la hora y debido a que llevamos ya toda la mañana de sesión, quería pedir a todos los ponentes concisión en la exposición y en los debates. También quiero decir que la votación se efectuará al final de los debates, que en ningún caso creo que sea antes de las dos.

El señor **LLAMAZARES TRIGO**: De acuerdo, señor presidente.

Señorías, el Grupo Parlamentario de Izquierda Unida presenta una iniciativa que tiene que ver con el Hospital Central de Asturias y cuyo principal objetivo es una solución negociada a los problemas que están presentes desde hace una década en el Hospital Central de Asturias.

El Hospital Central de Asturias tiene su origen en varias instituciones e instalaciones sanitarias, de distinta responsabilidad administrativa, que confluyen finalmente en un solo hospital, de referencia para el área central y también de referencia regional. Esta pluralidad de origen está en el fondo de buena parte de los problemas, también de las ventajas, del Hospital Central. Una ventaja muy importante es la cultura sanitaria de estas organizaciones e instituciones de origen, pero los problemas arquitectónicos y los problemas funcionales del Hospital Central tienen mucho que ver con el origen del Hospital Central en el Instituto Nacional de Silicosis, en el Hospital Nuestra Señora de Covadonga, del Insalud, y en el hospital de la Diputación Provincial. Ahí está el origen, con distintas culturas sanitarias, con distintos modelos de organización, que han provocado desde hace una década problemas para la integración del conjunto del Hospital Central. Se llama central, pero es un hospital que tiene poco de central o de integrado.

En estos momentos, hay dos problemas en el Hospital Central que están provocando la preocupación de los asturianos y de las asturianas. Parece que uno de ellos, el problema funcional, va por el camino de empezar a solucionarse. Ha habido diversos convenios para integrar funcionalmente las distintas instalaciones del Hospital Central; convenio muy polémico que ha provocado recursos y, recientemente, una sentencia de los tribunales que considera válido el convenio, por tanto que abre la posibilidad de un relanzamiento de la fusión hospitalaria —fusión hospitalaria que hasta estos momentos es meramente administrativa— junto con urgencias y algún servicio en concreto. Pero, en general, es una fusión hospitalaria que tiene el 80 por 100 por hacer.

Hay otro problema adicional, que es el arquitectónico. Estos distintos centros de origen del hospital central, en algunos casos centros obsoletos en su propia situación arquitectónica, provocan una disfuncionalidad del hospital central, que necesita ser solucionada a corto plazo. Llevamos una década intentando dar una solución al problema de la modernización del Hospital Central de Asturias y ya no es el conflicto entre los gestores y los trabajadores y profesionales, como en el caso del convenio, sino el conflicto entre las distintas administraciones el que está dificultando la solución definitiva al problema arquitectónico y al problema de la modernización del hospital central. Hace una década, el conflicto era entre las administraciones central y autonómica y hoy continuamos con problemas entre la Administración central y la autonómica, que tienen

diversas soluciones para el futuro del hospital central. En el caso de la Administración central, favorable a una remodelación a fondo de dicho hospital, y en el caso de la administración autonómica, favorable, por el contrario, a la construcción de un nuevo hospital central en Asturias, con distinta ubicación que el actual. Ese es el problema que tenemos en relación con el hospital central, un problema enrevesado, que corre el peligro de convertirse en un problema insoluble. Nosotros creemos que los asturianos y las asturianas, los usuarios, no se merecen la eternización de este problema y que por tanto debe haber una solución negociada. Y hay condiciones para ello. Por una parte, la resolución de los tribunales en relación con el convenio de fusión es, en nuestra opinión, un buen punto de partida para acelerar el proceso de fusión hospitalaria y, por otra, la reciente reunión entre la Administración central y autonómica parece que abre la vía del diálogo y la negociación entre las dos administraciones con respecto al futuro arquitectónico del hospital central. Por eso, consideramos que es el momento para pedir desde esta Cámara a la Administración central que apure todas las posibilidades de diálogo, que termine con un acuerdo con la administración autonómica en torno al futuro del hospital central, tanto a su futuro funcional, al futuro que se ha reflejado en los distintos convenios de fusión, como a su futuro arquitectónico y estratégico. Creemos que la solución no está en un debate de principios sobre construcción de un nuevo hospital central o remodelación del que ya existe, que en muchos casos remite a posiciones nominalistas, sino en una negociación a fondo, en un acuerdo a corto plazo que permita que, a partir del próximo año, empiece a verse en los Presupuestos Generales del Estado, y también en los presupuestos de la comunidad autónoma asturiana, una voluntad de concretar la modernización del Hospital Central de Asturias.

Pensamos que esto es muy importante en Asturias, donde tenemos un grave declive económico e industrial, una cierta dispersión territorial, también de las organizaciones sociales y políticas, y una cierta falta de credibilidad de nuestras instituciones. En estos casos, en los que se dan estas circunstancias tan negativas, es preciso que haya puntos comunes, objetivos comunes y acuerdos amplios, y creemos que el hospital central puede ser un objetivo común y puede suscitar un acuerdo amplio no solamente entre las administraciones autonómica y central, sino también con los representantes de los trabajadores sanitarios y de la sociedad asturiana, en general.

El señor **PRESIDENTE**: A dicha proposición no de ley ha sido presentada una enmienda por el Grupo Parlamentario Popular.

Para su presentación y defensa, tiene la palabra el señor Fernández Rozada.

El señor **FERNÁNDEZ ROZADA**: Señor presidente, señoras y señores diputados, contesto a la petición razonada del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida. El señor Llamazares y yo ya hemos tenido ocasión de hablar sobre estos temas en el Parlamento asturiano, muy especialmente sobre el futuro del Hospital Central de Asturias.

Antes de referirme en concreto a la proposición no de ley del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida, quisiera hacer referencia a los antecedentes respecto al hospital central. El actual equipo del Insalud se encontró hace cuatro años con un hospital con urgentes necesidades en materia de infraestructuras hospitalarias, como consecuencia de la obsolescencia de sus instalaciones, y con un presupuesto en el que no figuraba cantidad alguna asignada al Hospital Central de Asturias ni estaba previsto ningún tipo de actuación para resolver su situación. Para dar solución a esta situación, se acuerda en 1997, conjuntamente con el Principado, la creación de un grupo de trabajo que, analizando el estado del hospital y estudiando las necesidades futuras, formulara las correspondientes propuestas para la corrección de las deficiencias estructurales y de ordenación existentes, a las que acaba de referirse precisamente el portavoz señor Llamazares. En 1998, finalizado el estudio, se alcanza un preacuerdo con el Principado para solucionar definitivamente los problemas del citado hospital, aportando como la mejor propuesta la que permitiría obtener un único y nuevo hospital en el mismo espacio físico que el actual, respetando y modificando sustancialmente aquellos edificios que técnicamente resulten útiles, demoliendo aquellos que se consideren necesarios y acometiendo la construcción de otros nuevos o la incorporación de nuevas superficies. Se contemplaba también el mantenimiento del edificio del Hospital de Nuestra Señora de Covadonga y la demolición de los restantes.

A pesar del preacuerdo, la comunidad autónoma cambió radicalmente su postura, abriendo nuevos frentes sin ningún fundamento y dilatando la toma de cualquier decisión, lo que imposibilitó adoptar una solución definitiva para el hospital central. Por ello, el Insalud, con la finalidad de no demorar más la solución a los problemas del hospital central, consigna en los presupuestos de 1999 la cantidad de cien millones de pesetas, a fin de dotarse del crédito necesario para iniciar los trámites de encargo del plan funcional y del proyecto arquitectónico. Igualmente, de acuerdo con los estudios técnicos elaborados, el Insalud se compromete a realizar una inversión de unos 21.000 millones de pesetas para poder acometer la actuación prevista. La propuesta del Insalud es una postura concreta, orientada al usuario. Se convierte así en la garantía de que el Hospital Central de Asturias va a poder contar con los mejores medios en el más corto plazo posible. La apuesta del Insalud es construir un nuevo hospital, ubicado en el mismo espacio físico que el actual, con

un 60 por 100 aproximadamente de superficie de nueva planta, manteniendo su conexión con el campus universitario y sin limitar futuras modificaciones o ampliaciones al dejar libre el nuevo hospital el 60 por 100 de la actual finca. Para ello se demolerían los edificios que técnicamente se recomiende, se utilizarían, una vez reformados, aquellos que sigan siendo útiles y se acometería la construcción de las nuevas superficies que se requieran, elevándose aproximadamente a unos 120.000 metros cuadrados la superficie del hospital.

A nuestro juicio, es la propuesta más consolidada, sustentada en criterios estrictamente técnicos y suficientemente contrastada —se está desarrollando con plena normalidad en los hospitales más emblemáticos del Insalud, resulta plenamente compatible con la actividad asistencial—, es la propuesta más eficiente —un hospital en otro emplazamiento resultaría un 33 por 100 más caro, sin contar el coste de las perentorias actuaciones a realizar sobre los actuales edificios— y más rápida, ya que aunque no habría diferencia en los plazos finales, permitiría poner en funcionamiento nuevos servicios en aproximadamente veinticuatro o treinta meses desde el inicio de las obras y ofrecer a los ciudadanos y profesionales los nuevos servicios que demandan. Asturias contaría así con un único y nuevo hospital, con instalaciones ya plenamente operativas en un plazo de veinticuatro o treinta meses desde el inicio de la obra, lo que consolidaría definitivamente el hospital como un hospital de excelencia y de referencia, potenciando así su triple dimensión asistencial, investigadora y docente.

Por ello, al encontrarnos con la propuesta del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida, no podemos más que manifestar nuestro sincero agradecimiento a lo que se expresa en el fondo de su petición. Estamos de acuerdo en que no se puede privar más tiempo a los ciudadanos asturianos de los recursos y medios hospitalarios que exige una asistencia sanitaria pública de calidad ni se pueden dejar pasar otros diez años sin acometer la reforma de las actuales infraestructuras. Efectivamente, hay edificios del hospital que ya no aguantarían diez años más. Así lo entendió el Gobierno y así lo ha previsto en los Presupuestos Generales del Estado, donde se comprometen cien millones para la elaboración del proyecto del hospital central, para acometer sin más dilaciones las actuaciones necesarias para que los ciudadanos de Asturias cuenten con los mejores medios en el plazo más corto posible.

Durante el tiempo transcurrido desde que la Administración del Principado rompió en su día unilateralmente el necesario consenso técnico alcanzado sobre el futuro del hospital central en el verano de 1998 se ha podido constatar la falta de voluntad de colaboración por parte de la Administración del Principado, que se ha descolgado y atrincherado con la mera formulación de una nueva propuesta que, sin ningún soporte técnico, vuelve a enunciar un viejo planteamiento de hace

10 años, con el objetivo de que el Insalud dilate sin plazo la realización de inversión alguna en el hospital central. Me refiero a la ubicación que los socialistas asturianos quieren darle en Oviedo. La postura mantenida por el Gobierno del Principado ha puesto de manifiesto también la contradicción permanente en el partido que le sustenta, ya que mientras estuvo en el Gobierno en la legislatura de 1993 a 1996 el Insalud rechazó sistemáticamente la construcción de un nuevo hospital central, tanto en su actual ubicación como en otra finca distinta. Paradójicamente, los anteriores responsables del Insalud ahora en Asturias plantean la misma propuesta que rechazaron entonces. En este sentido, las contradicciones del actual consejero de Salud del Principado de Asturias son flagrantes.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Fernández Rozada, le ruego que finalice y se centre en la enmienda presentada.

El señor **FERNÁNDEZ ROZADA**: Voy finalizando, señor presidente.

En definitiva, la responsabilidad de la asistencia en Asturias es del Insalud, por lo que debemos dar respuesta a una necesidad demandada tanto por los ciudadanos como por los profesionales. No obstante, tenemos que seguir agotando todas las vías de diálogo posibles con la Administración del Principado, sobre la base de propuestas con respaldo y soporte técnico para solucionar el futuro del hospital central. Por ello, en una reunión de coordinación, y ya finalizo, el Insalud y la Consejería de Salud del Principado el pasado día 15 de este mes estudiaron una nueva solución para el hospital de Asturias. El director general del Insalud y el consejero de Salud se han reunido y han declarado la voluntad de trabajar conjuntamente tanto en la revisión de los protocolos de inversiones en los centros de salud como en tratar de llegar a un acuerdo definitivo que acerque posiciones respecto a la decisión del Hospital Central de Asturias. Para el nuevo proyecto el Insalud ofrece 21.000 millones de pesetas; el resto, alrededor de un 30 por 100, debería ser financiado por la comunidad autónoma. La previsión del Insalud es introducir en los presupuestos del año 2001 cien millones para la redacción del plan funcional y el encargo del proyecto arquitectónico y en los años sucesivos se incluirían en los presupuestos las partidas correspondientes necesarias para la construcción. Propone que el comienzo de las obras del nuevo hospital empiecen el año 2001 y considera que su duración nunca será inferior a cinco años.

Nosotros, estando de acuerdo en el fondo general de la petición, formulamos una enmienda de sustitución, que leo literalmente, y así finalizo: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a continuar con las actuaciones iniciadas para que los ciudadanos del Principado de Asturias cuenten en el plazo más corto posible

con un Hospital Central de Asturias moderno y con mejores medios, dando una respuesta adecuada y acorde a las necesidades demandadas, tanto por los ciudadanos como por los profesionales sanitarios. Y, segundo, todo ello se efectuará dentro del marco de diálogo entre el Gobierno central, Gobierno del Principado de Asturias, sobre la base de propuestas con respaldo social y soporte técnico, en aras a propiciar la mejor de las soluciones para el futuro del Hospital Central de Asturias.

Paso a la Mesa el contenido de la enmienda de sustitución.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Algún grupo desea fijar posición? (**Pausa.**)

El señor Llamazares tiene la palabra a los efectos de aceptar o rechazar la enmienda presentada por el Grupo Parlamentario Popular.

El señor **LLAMAZARES TRIGO**: Nuestra propuesta era más ambiciosa. Pretendía que el diálogo no sólo fuera entre las administraciones, sino también con los profesionales y los trabajadores de la sanidad, que es uno de los factores para dar solución al problema. En todo caso, a nosotros nos parece, tal y como está la correlación de fuerzas, que hay que aceptar la realidad y, si ésta sirve para que continúe el diálogo y la negociación entre las dos administraciones y al final el acuerdo solucione el problema del hospital central, bienvenida sea.

— **RELATIVA A LA ASISTENCIA MÉDICA Y SOCIAL DE LAS PERSONAS QUE SUFREN DE FIBROMIALGIA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO MIXTO. (Número de expediente 161/000018.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la presentación y debate de la siguiente proposición no de ley, relativa a la asistencia médica y social de las personas que sufren de fibromialgia. Ha sido presentada por el Grupo Parlamentario Mixto.

Para su presentación y defensa, tiene la palabra el señor Saura Laporta.

El señor **SAURA LAPORTA**: Como usted muy bien ha dicho, esta es una proposición no de ley que plantea que el Gobierno tome determinadas medidas de asistencia médica y social con relación a las personas que sufren la fibromialgia. Esta es una enfermedad catalogada recientemente, porque la Organización Mundial de la Salud hasta el año 1993 no reconoció la fibromialgia como enfermedad. Es una enfermedad crónica, que tiene unos efectos de múltiples localizaciones de dolor en el cuerpo, un cansancio generalizado; está considerada como un tipo de enfermedad reumática y tiene dificultad de diagnóstico, ya que los síntomas que tiene son comunes a otras muchas enfer-

medades: dolores en la zona lumbar, cansancio extremo, alteraciones del sueño, ansiedad, estados depresivos. Dada su reciente catalogación y la multiplicidad de síntomas, provoca a menudo que las personas que tienen esta enfermedad estén sometidas a largos itinerarios médicos y que no gocen de algunas de las prestaciones sociales que tienen los enfermos en otro tipo de enfermedad.

Recientemente, el director del Instituto de reumatología y enfermedades óseas, único centro, si no estoy mal informado, en el Estado español, que tiene una unidad específica para este tipo de tratamiento, decía que en el Estado español más del 90 por 100 de los enfermos que padecían esta enfermedad no estaban diagnosticados, y que, tanto según las cifras de la Organización Mundial de la Salud como del propio director del Instituto de reumatología, en España se calcula que puede haber cerca de un millón de personas que tengan este tipo de enfermedad, que fundamentalmente afecta a las mujeres, porque más del 90 o del 92 por 100 de los afectados por esta enfermedad son mujeres.

En el Estado llevamos un cierto retraso, tanto en la asistencia médica como en el reconocimiento de determinadas prestaciones, han aparecido recientemente diversas entidades de usuarios afectados para hacer frente a esta enfermedad, y lo que proponemos son cuatro medidas muy concretas. La primera, que se incluya esta enfermedad entre las prestaciones de invalidez de la Seguridad Social; la segunda, que se mejore o se amplíe algún apoyo integral de asistencia sanitaria a las personas afectadas por esta enfermedad; la tercera, que se haga un esfuerzo de sensibilización y capacitación al personal sanitario en su conjunto para que puedan detectar y hacer un mejor tratamiento a los enfermos de fibromialgia; y, cuarto, que se refuerce y se establezcan unas relaciones de colaboración y cooperación más importantes aún de las que existen con las asociaciones de afectados que se han creado recientemente.

El señor **PRESIDENTE**: A dicha proposición no de ley ha sido presentada una enmienda por el Grupo Parlamentario Popular, para cuya presentación y defensa tiene la palabra el señor Zambrano.

El señor **ZAMBRANO VÁZQUEZ**: Señor presidente, voy a tratar de ser breve y por eso no me voy a parar a describir los síntomas ni el contexto de toda esta enfermedad denominada fibromialgia, porque creo que se ha hecho bien en el planteamiento. Sí quiero recordar que la Organización Mundial de la Salud la reconoce en 1993, que es de una etiología desconocida y que ambas modalidades, sus dos grandes modalidades, en su estadio más grave, pueden producir incapacidad, sobre todo para los trabajos de esfuerzo físico. Hasta aquí, estamos totalmente de acuerdo, pero lo que no podemos aceptar, y estamos en absoluto desacuerdo, es que esta enfermedad, o, mejor, estos enfermos estén

discriminados ni por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo en cuanto a una asistencia sanitaria insatisfactoria ni por parte del Ministerio de Trabajo en cuanto a prestaciones sociales, y mucho menos a la prestación de invalidez.

Empiezo argumentando que los puntos 1.º y 4.º no deberían debatirse en esta Comisión porque entendemos que están dentro de las competencias del Ministerio de Trabajo, especialmente el punto primero. No obstante, referente al mismo y con respecto a la prestación de invalidez, me permito recordar que cualquiera de las contingencias de la invalidez, ya sea por enfermedad común, por enfermedad profesional, por accidente laboral o no laboral, en cualquiera de sus grados, parcial, total, absoluta o gran invalidez, no se concede en función de la enfermedad sino en función de los requisitos que marca la legislación vigente. Y lo que parece desprenderse de la literalidad de su propuesta es que esta persigue que el enfermo de fibromialgia pueda acceder por el mero hecho de padecer esta enfermedad a una prestación de la Seguridad Social. Le aclaro más, no existe listado ni catálogo alguno de enfermedades invalidantes, ni para cotizantes ni para no cotizantes o insuficientemente cotizantes, como sabe, es decir, para las modalidades contributivas o no contributivas.

Los grados de invalidez, como S.S. sabe, para las pensiones contributivas se valoran y lo son en función no de la enfermedad, sino del porcentaje de reducción, lesiones o secuelas, en definitiva, de discapacidades, que produzcan en la capacidad de trabajo y ganancia del ciudadano. Es decir, no se tiene en cuenta solamente la alteración continua de la salud, sino sobre todo la incidencia en la realización de actividad profesional. En cuanto a las no contributivas, está claro que no se hace para suplir una pérdida de rentas salariales, sino para atender unas necesidades económicas básicas, y aquí lo que se evalúa es una minusvalía, una disminución de las capacidades físicas, psíquicas o sensoriales, que debe alcanzar un grado de un 65 por 100. Por tanto, creemos que nada impide que cualquier afectado de fibromialgia pueda acceder a la plenitud de la prestación de invalidez de la Seguridad Social en las mismas condiciones de igualdad que cualquier otro español sano o enfermo, tal y como propone usted en su punto.

En cuanto al punto cuarto, tampoco creemos que debiera entrar en ello esta Comisión porque afecta fundamentalmente al Ministerio de Trabajo, pero tengo que decirle que al menos el Insalud, como entidad gestora —no sé en las comunidades autónomas—, siempre ha estado abierto y dispuesto a colaborar con todas las asociaciones de enfermos, por entender que se contribuye de una forma decisiva a facilitar aspectos que no están contemplados propiamente en la asistencia y que suponen un gran apoyo psicológico y para canalizar y orientar a los afectados por estas enfermedades respecto a la Administración.

Sobre los puntos segundo y tercero, que sí consideramos competencia de esta Comisión, le recuerdo que la Ley General de Sanidad y el real decreto de ordenación de prestaciones, así como el resto de la normativa que regula la asistencia sanitaria, no discriminan ninguna enfermedad en cuanto a la asistencia sanitaria. Tampoco existe listado o catálogo de enfermedades acogidas o excluidas de la asistencia sanitaria pública. Si usted quiere, yo le leo lo que excluye ese real decreto de ordenación de prestaciones sanitarias, que son certificados, reconocimientos, cirugía estética, etcétera. No contempla para nada la fibromialgia. Por el contrario, el Sistema Nacional de Salud presta para todas las enfermedades una asistencia sanitaria integral, que recoge los aspectos preventivos, curativos y rehabilitadores, y además coordinada en atención primaria, especializada y urgente. Por tanto, creemos que la asistencia integral y coordinada que usted pide se presta con independencia de la patología que pueda presentar cualquier enfermo y por eso consideramos innecesario este punto, dado que ni usted aporta en su proposición ni nosotros conocemos dato alguno que permita deducir que los afectados de fibromialgia no disfrutaban del apoyo integral de asistencia sanitaria que el Sistema Nacional de Salud garantiza a todos los ciudadanos.

En cuanto al punto tercero, una vez más en esta Comisión tenemos que reiterar que los profesionales del Sistema Nacional de Salud, según nuestro criterio y en términos generales, tienen una elevada cualificación y formación profesional. No sé si estará de acuerdo S.S., pero después de una formación de seis años con prácticas y después de una especialización de cuatro años más por sistema mir, creo que esto está garantizado. La dificultad en el diagnóstico y en el manejo de esta enfermedad no puede ni debe achacarse en absoluto a un posible problema de formación o sensibilización de los profesionales, porque esto sería algo así como desconocer la realidad del sistema sanitario público y la complejidad de esta enfermedad.

Sobre la propuesta de elaborar un protocolo específico, le precisamos que desde hace ya diez años, en 1990, existe un protocolo elaborado por el Colegio Americano de Reumatólogos, ampliamente difundido y que puede encontrarse en cualquier manual de medicina interna o de reumatología. Este protocolo cuenta además con un consenso muy amplio de la comunidad científica internacional y por eso es habitualmente empleado para el diagnóstico de esta enfermedad, que, repito, es compleja.

No obstante estas consideraciones, no encontramos inconveniente en aceptar que desde la Administración sanitaria pública, y más concretamente desde cualquier entidad gestora, sea dentro del Ministerio de Sanidad o en las comunidades autónomas, se propicie la máxima difusión de esta patología, de su protocolo o diagnóstico y de las alternativas terapéuticas disponibles. También le recuerdo que el Insalud continúa trabajando en

la protocolización de todos los procesos en colaboración con las sociedades científicas.

Concluyo diciéndole a S.S. que no podemos apoyar, por estas razones, su proposición no de ley en los términos que la plantea. No obstante, como consideramos y entendemos que la sensibilidad y la buena voluntad de S.S. recoge las inquietudes de un colectivo afectado por una enfermedad muy compleja ciertamente, a través de una asociación reconocida, que de forma altruista quiere dar apoyo, orientación e información a enfermos y familiares, y entendiendo asimismo que el eventual establecimiento de colaboración con los grupos de ayuda mutua que existan alrededor de cualquier patología compleja, y concretamente hoy en la fibromialgia, es siempre una iniciativa bien valorada, hemos presentado, como sabe S.S., una enmienda de sustitución en la que ya hemos alcanzado un acuerdo, añadiéndole una palabra, que creo que recoge de una forma más consecuente las necesidades que razonablemente puedan plantear estos enfermos y el sentido de esta proposición no de ley.

Si me lo permite el señor presidente, le leo el primer punto, que es el que varía una sola palabra: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno, primero, a analizar en el seno del Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud la incidencia —y aquí añadimos— y la problemática de la fibromialgia. Lo demás todo quedaría igual.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos que desean fijar posición? (**Pausa.**)

Por el Grupo Socialista, tiene la palabra el señor Blanco.

El señor **BLANCO GARCÍA**: Voy a ser muy breve, en nombre del Grupo Socialista, porque, en principio, teníamos previsto intervenir expresando nuestro apoyo y nuestro voto favorable a la proposición no de ley presentada por el Grupo Mixto, pero dado que, al parecer, por los conocimientos que tenemos, el proponente, señor Saura, admite la enmienda propuesta por el Grupo Popular, obviamos todo tipo de explicación al respecto y nos sumaremos al voto positivo de esa enmienda del Grupo Popular.

Quiero decir algo que, a nuestro juicio, subyace en toda esta problemática de la fibromialgia y es que lo fundamental no es en sí mismo la declaración de invalidez o no, porque esto vendrá dado por la discapacidad que tenga cada persona, como ya se ha dicho, sino establecer un protocolo que diagnostique fehacientemente a los enfermos y de una manera temprana, para un mejor tratamiento y una mejor rehabilitación. Creo que es ahí donde deberíamos incidir y no se debería dejar al margen, con todos los respetos para la comisión interterritorial, para la atención primaria, a la Sociedad Española de Reumatología, que es donde se concentran los expertos en la materia, para que se actualice el pro-

toloco, si es que hay que actualizarle, y para que se disponga por parte de los profesionales de la atención primaria del mismo, de manera que, como ya he dicho, se diagnostique lo más pronto posible a esos enfermos.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario de Convergència i Unió, tiene la palabra la señora Riera.

La señora **RIERA I BEN**: Quiero manifestar en nombre de mi grupo parlamentario el apoyo y nuestro voto favorable a esta proposición no de ley y al mismo tiempo felicitar al proponente, al señor Saura, porque nos parece que la iniciativa se corresponde con una situación que viven muchas personas, que tienen una problemática muy difícil que, si se me permite que haga política de género, afecta principalmente a las mujeres muchas de las cuales tienen verdaderos problemas en recibir tratamientos adecuados, porque tarda muchísimo en diagnosticarse la enfermedad, y cuando en esta situación se encuentran mujeres, que están realizando su trabajo en casa, en tareas domésticas, que se ven penosamente afectadas, sin que nadie las ayude, sin que nadie reconozca muchas veces la imposibilidad que esto representa para realizar cualquier tarea. Debo recordar que uno de los síntomas de la fibromialgia es la pérdida prácticamente total de fuerza, incluso muchas veces de tacto en las extremidades superiores, lo que y esto repercute en un nivel de calidad de vida bajo mínimos, cuando no, que ocurre muchas veces, en situaciones de depresión. Por tanto, apoyaría también el comentario que ha hecho el representante del Grupo Socialista, en el sentido de que se tenga en cuenta que un protocolo sobre cómo atender esta enfermedad se hace totalmente necesario.

Valoramos favorablemente que el Grupo Popular presente una transacción y que el proponente la acepte y, por tanto, reitero, va a contar con nuestro voto favorable.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida, tiene la palabra la señora Castro.

La señora **CASTRO FONSECA**: Intervengo en nombre de mi grupo para adelantar que vamos a votar positivamente esta proposición no de ley del Grupo Mixto y para, como mujer y diputada, agradecerle personalmente al diputado Joan Saura la presentación de esta proposición no de ley en esta Comisión, porque yo, como la señora Riera, voy a barrer para casa, que se dice en mi tierra.

Esta enfermedad afecta fundamentalmente, como han dicho el ponente y el resto de los intervinientes, a las mujeres. Es una patología de etiología desconocida. Me parece que está perfectamente formulada la proposición porque, partiendo de la base de que tenemos unos profesionales sanitarios extraordinariamente bien

formados, no es menos cierto, señor Zambrano, que la formación en todos los ámbitos profesionales debe de ser continuada, y es evidente que en medicina las sorpresas por fortuna son permanentes para los profesionales y para los usuarios, y lo que se pide yo creo que es de sentido común. Se pide formar más a los profesionales en una patología de etiología desconocida, repito, y que muy frecuentemente se ha resuelto de la siguiente manera. Decía que agradecía al diputado Saura esto de una manera especial, porque esta es una de las paradas en el largo calvario de las mujeres, y en las historias clínicas —y a esta señora que les habla no se lo han contado, lo ha visto— generalmente lo que los médicos acaban concluyendo son estigmas a los que estamos muy acostumbradas las mujeres, como son neurosis obsesiva entre interrogaciones; esto, añadido a la falta de comprensión en el entorno familiar, dado que el diagnóstico médico es que no tienes nada más que estás un poco de los nervios, va aumentando la leyenda de las vacas locas, pero en este caso referida a la especie humana.

Es una proposición muy interesante, muy oportuna, y como además el ponente ha dicho ya que va a aceptar la propuesta del Grupo Parlamentario Popular, quiero congratularme una vez más de que salga adelante esta proposición no de ley, porque lo vamos a agradecer todas y todos pero fundamentalmente las mujeres de este país.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Saura.

El señor **SAURA LAPORTA**: Brevísimamente a efectos de aceptar la enmienda, y simplemente con dos añadidos. Uno, agradecer el hecho de que se haya felicitado la presentación de esta iniciativa, y decir que cuando el ponente del Partido Popular ponía en cuestión mi juicio sobre la capacidad del personal sanitario, nada hay de todo eso. Ha habido ya intervenciones, especialmente de las señoras Riera y Castro, que lo han dicho. Este verano he leído un libro de una médica catalana, Carmen Valls, que se titula *Las enfermedades en las mujeres*, donde demuestra cómo hay determinadas enfermedades en que cómo los que han investigado son los hombres no se diagnostican bien. En este caso estamos ante una de ellas; más del 90 por 100 de esta enfermedad son mujeres porque, mira por dónde, es una de esas muchas que afectan a las mujeres que no se diagnostican. Por tanto, no es un problema de capacitación del personal sanitario, sino que es un problema que hay que modificar porque hasta ahora, y aún hoy, fundamentalmente el mundo lo deciden los hombres.

La otra cuestión es que le voy a pasar al señor Zambrano documentación que tengo yo en relación a algunos déficits del personal sanitario, no por incapacidad. Yo he hablado con una mujer que tenía en Suiza un tratamiento de esta enfermedad que ha venido aquí y ha pasado lo que la señora Castro dice: al psiquiatra. Esa

señora en estos momentos va cada tres meses a Ginebra a que le den el tratamiento que tenía allí. Por tanto, no hay ningún problema con el personal sanitario, es perfecto, pero es necesario dar un paso en un tema que aún tiene déficits en el Estado español. No obstante, agradecer la transaccional que ha hecho el Partido Popular, porque creo que permite iniciar un camino positivo. **(El señor Zambrano Vázquez pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señor Zambrano, para qué.

El señor **ZAMBRANO VÁZQUEZ**: Por alusiones.

El señor **PRESIDENTE**: No reabra el debate.

El señor **ZAMBRANO VÁZQUEZ**: Es para decir que la formación continuada de los facultativos dentro del Sistema Nacional de Salud está garantizado. No solamente tienen la obligación de la asistencia, sino además de la formación, en la docencia y en la investigación.

— **SOBRE DECLARACIÓN COMO ENFERMEDAD PROFESIONAL DE LA HEPATITIS C CONTRAÍDA POR EL PERSONAL SANITARIO EN SU PUESTO DE TRABAJO. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO CATALÁN (CONVERGÈNCIA Y UNIÓ).** (Número de expediente: 161/000037.)

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al debate de la siguiente proposición no de ley, sobre declaración como enfermedad profesional de la hepatitis C contraída por el personal sanitario en su puesto de trabajo, que ha sido presentada por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió).

Para su presentación y defensa, tiene la palabra la señora Riera.

La señora **RIERA I BEN**: Señor presidente, actualmente, y desde hace tiempo, concretamente desde la individualización y la identificación del virus de la hepatitis C, en el año 1989, existe un conflicto entre los centros de reconocimiento y evaluación de las enfermedades y las direcciones provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social y el personal sanitario que padece hepatitis vírica tipo C y que presta sus servicios en actividades de asistencia y cura de enfermos.

Este conflicto, que ha sido recogido, reclamada solución y reivindicado largamente por varios colectivos de colegios de médicos, en concreto, en Cataluña, el Colegio de Médicos de Barcelona ha sido muy combativo respecto a este tema, indujo a esta diputada, ya en la pasada legislatura, a presentar una pregunta por escrito al Gobierno, en la que le instaba a que a tenor de esta problemática, indicase, bajo su criterio, qué es lo que

podía ser la causa de que distintas delegaciones del INSS tuvieran interpretaciones distintas. Quiero insistir en que no sería un problema que afectase sólo a las comunidades con competencias transferidas, sino que hay de todo, mucho y variado a lo largo del territorio español y, por tanto, al constatar que había diferencias interpretativas de la ley, esta diputada formuló una pregunta, que no sé por qué motivos no fue contestada, por lo que pedí a la Mesa amparo reclamando respuesta a la misma.

Se disolvió la legislatura. Tenemos nueva legislatura, estamos en ella. Hay nuevo Gobierno del mismo color político y he optado, hablándolo con mi grupo parlamentario, por convertir la pregunta por escrito en una proposición no de ley, porque en el ínterin de todos estos *impasses*, el problema no se ha solucionado, sino que sigue en plena vigencia.

Nuestro ánimo no es otro que decir que la ley estaría bien hecha, la normativa está regulada y en ningún momento la ley distingue entre que las enfermedades profesionales consecuencia de la hepatitis sean admitidas si son de tipo de hepatitis B o C. En todo caso, lo que hay es una discordancia entre la ley y los tribunales competentes al dictaminar las invalideces.

A través de esta proposición no de ley intentamos poner remedio a una situación que es un hecho flagrante, que perjudica gravemente a los profesionales afectados, instando al Gobierno a que promueva una circular a fin y efecto de que se haga patente ante los tribunales que tienen competencias para determinar las invalideces, puesto que tienen, en algunos casos, interpretaciones de la ley totalmente incorrectas.

A fin de agilizar el debate, me adelanto a decir que, por parte del Grupo Popular se me ha hecho saber que estando conforme en el propósito de esta proposición no de ley, considera que nos dirigimos a un Ministerio no competente, porque, en vez de hacerlo al Ministerio de Sanidad y Consumo, el que tendría competencia sería el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Admito, en nombre de mi grupo, esta observación, pero pienso que no sería correcto dilatar más en el tiempo la solución del un problema que es real, que lo admite así el Partido Popular, que lo admite el Gobierno, que parece que tiene además el apoyo de todos los grupos parlamentarios que estamos representados en esta Cámara. Por tanto, convendríamos con el partido que tiene la mayoría en la Cámara que pudiéramos reconvertir esta proposición instando al Gobierno a que, a través del ministerio correspondiente, que sería el de Trabajo y Asuntos Sociales, se haga llegar esta circular, porque si todos estamos conformes con la problemática y hemos coincidido en el diagnóstico de la misma —que no está justificada interpretación distinta de la ley— y si esto está causando un grave perjuicio a determinados colectivos profesionales que se ven obligados a pedir a instancias judiciales para que les sea reconocida una enfermedad contraída en el ejercicio de su profesión,

pensamos que lo que hay que hacer es vehicular el camino que sea correcto, oportuno, que en todo caso es éste, el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, para que se dé resolución al problema.

El Grupo Popular ha presentado una enmienda que va a hacer llegar a la Mesa y, en nombre de mi grupo, adelanto a los restantes grupos parlamentarios que han manifestado la voluntad de apoyar esta proposición no de ley mi agradecimiento por su colaboración y comprensión. Asimismo les anunciamos que la enmienda que nos propone el Grupo Popular puede solucionar el problema.

El señor **PRESIDENTE:** El Grupo Parlamentario Popular ha presentado una enmienda y para su defensa tiene la palabra el señor Gutierrez Molina.

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA:** Antes de defender nuestra enmienda voy a pasar revista muy brevemente a los antecedentes parlamentarios de la proposición no de ley, como ha hecho la señora Riera, porque ciertamente durante la anterior legislatura el Grupo Catalán (Convergencia i Unió) ya presentó la pregunta escrita al Congreso de los Diputados, con los avatares y pormenores que la señora Riera acaba de enumerar.

En nuestra opinión, la proposición no de ley que ahora presenta el Grupo Catalán (Convergencia i Unió) coincide básicamente en sus antecedentes y en su intencionalidad con la pregunta escrita a la que la señora portavoz ha hecho referencia anteriormente. No obstante, a nosotros nos interesa recalcar, después de haber leído la exposición de motivos de la proposición no de ley, que su origen está en esa relación directa de discrepancia, que a juicio del Grupo Catalán (Convergencia i Unió) ha expuesto ahora la señora portavoz; pero no solamente existe esa discordancia entre las direcciones provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social, al fin y a la postre entidad gestora dependiente del Ministerio de Trabajo y las tesorerías territoriales de la Seguridad Social que, a nuestro criterio, no es un organismo que tenga que ver con esta cuestión, sino que también se da entre el criterio aleatorio existente entre las distintas sentencias dictadas por distintos tribunales de justicia de la Sala de lo Social que ciertamente en su interpretación causan unas discrepancias que ensombrecen el devenir y el futuro de los pacientes con hepatitis C desde el punto de vista profesional.

Dice la señora Riera que su grupo consideraba necesaria la emisión de una circular o una norma de rango interno con el fin de que se interpretara por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales o por la Dirección General del INSS, para que, recogiendo los criterios legales y la jurisprudencia en vigor, instasen a las direcciones provinciales de semejantes entidades gestoras a declarar al personal sanitario que padece dicha infección por el virus de la hepatitis C como afectados por enfermedad profesional y a trabajar en las tareas des-

critas en uno de los apartados del Real Decreto 1995/78 en cuanto a situación profesional y en el grado de incapacidad o invalidez que le corresponda.

No vamos a entrar en el fondo de la cuestión planteada ya que, como se ha indicado por la señora portavoz, se dirige al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales que no es objeto de esta Comisión. Sin embargo, nosotros creemos que habría que hacer una consideración importante para que quedara reflejado el espíritu del Grupo Popular. Porque el Real Decreto 1995/78, de 18 de mayo, considera la hepatitis vírica como enfermedad profesional siempre que la misma se contraiga por personal sanitario o investigador y como consecuencia de actividades desarrolladas en sus puestos de trabajo que impliquen la contaminación de la misma. Por tanto, tienen la consideración de enfermedad profesional los supuestos en que el personal sanitario o auxiliar contraiga hepatitis vírica como consecuencia de actividades relacionadas con la toma, con la manipulación, con el empleo de sangre humana contaminada o con sus derivados cuando resulte infectado y desarrolle la enfermedad por su contacto profesional con pacientes portadores de los virus en la hepatitis o en enfermos de hepatitis vírica. **(La señora vicepresidenta, Fernández de Capel Baños, ocupa la Presidencia.)**

Por otra parte, desde el punto de vista jurídico y de prestación de la Seguridad Social, nosotros creemos que tiene poca relevancia, aunque es bueno que se concrete de una manera más fehaciente, el hecho de que la hepatitis vírica sea causada por alguna de las cepas virales (B, C o D) porque creemos que lo trascendente no es el tipo de virus sino que la enfermedad se contraiga con ocasión de la actividad profesional de dicho personal. No obstante, tenemos que decir también que basándonos en la experiencia adquirida por los equipos de valoración de incapacidades correspondientes al territorio actualmente gestionado por el Insalud y con otros nombres con el Insalud transferido, parece conveniente unificar criterios diagnósticos para la correcta tipificación de los casos de hepatitis C, a la luz, como también ha dicho la señora Riera, de la evidencia científica actualmente disponible. Por eso, el Grupo Popular, como ya ha adelantado la señora Riera, ha presentado una enmienda transaccional o de mejora técnica que recoge parte de lo que el Grupo Parlamentario Catalán establecía en su exposición de motivos y en la explicación ciertamente clarificadora de su proposición no de ley, señalando que, con el fin de disolver estas discrepancias, el Grupo Parlamentario Catalán consideraba que sería necesario la emisión de una norma interna para unificar los criterios jurídicos legales, así como los jurisprudenciales en vigor.

Nuestra enmienda, que posteriormente haremos llegar a la Mesa, señora presidenta, propone el siguiente texto: El Congreso de los Diputados entiende necesario, para evitar posibles discrepancias en la calificación de la hepatitis C como enfermedad profesional en los

supuestos de personal sanitario o investigador, se difunda entre los equipos de valoración de incapacidades dependientes del Instituto Nacional de la Seguridad Social, entidad gestora del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, o sus homólogos en el territorio correspondiente a comunidades autónomas con gestión del Insalud transferida, la información científica suficiente, con el fin de unificar criterios, tal como se recoge en la legislación vigente.

Nosotros creemos que esta enmienda, señora presidenta, con independencia de recoger el espíritu y la norma que emanaba de la proposición no de ley del Grupo Parlamentario Catalán, ciertamente unifica los criterios, salva la dispersión de sentencias distintas en los diversos ambientes jurisprudenciales y técnicos y, en definitiva, aclara el objeto de la proposición no de ley del Grupo Parlamentario Catalán, que nuestro grupo aprobaría con mucho gusto.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Fernández de Capel Baños): ¿Grupos que desean fijar su posición? **(Pausa.)**

Por el Grupo Socialista, tiene la palabra el señor Fidalgo.

El señor **FIDALGO FRANCISCO**: Señorías, el Grupo Socialista, en cuyo nombre hablo, va a votar afirmativamente la proposición no de ley presentada, dado que existe un consenso entre el grupo proponente de CiU y la enmienda presentada por el Grupo Popular. Sin embargo, yo quería llamar la atención sobre un par de cuestiones. Simplemente estamos hablando de una enfermedad grave, que todos sabemos el pronóstico que tiene, con un 3 por 100 de mortalidad a los 20 años, que afecta al 1,2 por 100 de la población y el doble al personal sanitario, y que hay personal sanitario específicamente expuesto, para el que el riesgo es mayor. **(El señor presidente ocupa la Presidencia.)** Hablamos, por ejemplo, del personal que trabaja en las unidades de diálisis o de urgencias. Hay que tener en cuenta que el 22 al 28 por 100 de enfermos en diálisis están afectados o son portadores de anticuerpos VHC; también el 18 por 100 de los enfermos que acuden a los servicios de urgencias, teóricamente, son portadores de este virus. Por tanto, estamos hablando de un problema bastante importante sobre el que existe una sensibilidad específica por parte de los profesionales sanitarios. Es un buen momento para abordarlo, puesto que es un problema que se puede identificar plenamente y con mucha especificidad. Además, se puede catalogar perfectamente como enfermedad contraída en la actividad laboral, dado que se puede constatar mediante los registros de incidencias en los expedientes que hay en el trabajo sanitario y el seguimiento que luego hacen las unidades de medicina preventiva.

Finalmente, querría insistir en que es un buen momento y una buena oportunidad para que el Gobier-

no traslade a los profesionales sanitarios un mensaje positivo reconociendo esta enfermedad como enfermedad laboral, dado la sensibilidad que en este momento los comités de empresa, juntas de personal y demás tienen sobre esta enfermedad. Por tanto, nuestro voto va a ser afirmativo a la proposición no de ley.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario de Coalición Canaria, tiene la palabra la señora Julios.

La señora **JULIOS REYES**: Muy brevemente. Quizá por mi desconocimiento de la dinámica del debate no expresé en el punto anterior mi intención de voto. Sólo para que conste en acta quiero manifestar nuestro apoyo a la enmienda que se debatió en el punto anterior.

Con respecto a éste, también quiero manifestar brevemente, porque creo que ya ha sido suficientemente expuesto por los grupos que ya han intervenido, que nos parece muy apropiada la iniciativa que ha tenido el grupo proponente, puesto que éste es un problema que existe. Es decir, aunque tengamos resuelto legalmente el tema, desde el punto de vista práctico existen todavía problemática suficiente como para que estemos hoy aquí discutiéndolo. Por tanto, igual que ha sido aceptada por el grupo proponente la enmienda transaccional presentada por el Grupo del Partido Popular, también la vamos a apoyar porque el que se discuta hoy en el Parlamento ayudará también a resolver un problema que es trascendente y que ocasiona una sensibilidad importante en los profesionales sanitarios.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV), tiene la palabra la señora Uría.

La señora **URÍA ETXEBARRÍA**: A los solos efectos de que quede constancia de que a mi grupo le parece extraordinariamente oportuna la iniciativa del Grupo Catalán (Convergència i Unió), que no es tanto un problema de legalidad, puesto que podría entenderse que ésta está resuelta, y ni siquiera tampoco jurisprudencial porque, discrepando de lo que se ha manifestado por algún otro portavoz, el intento de localizar ayer sentencias me llevo al arrollador resultado de que los tribunales sí reconocen normalmente la cuestión. Creo que el problema es más bien —y así ha quedado establecido en la enmienda que ha propuesto el Grupo Popular— por de una unificación de criterios en la vía administrativa, que quizá sea lo necesario en este momento. Por tanto, nos parece muy bien la iniciativa del Grupo Catalán, nos parece también bien perfilado el que la unificación de criterios sobre todo deba darse en los equipos de valoración y, por eso, mi grupo va a votar también favorablemente esta iniciativa.

El señor **PRESIDENTE**: A los efectos de la aprobación o rechazo de la enmienda, tiene la palabra la señora Riera.

La señora **RIERA I BEN**: Como ya he anunciado en mi intervención, mi grupo acepta la enmienda del Grupo Popular, al mismo tiempo que quiero agradecer, en nombre de mi Grupo de Convergència i Unió, el voto favorable que han anunciado todos los grupos representados en la Cámara.

— **RELATIVA AL CONCIERTO DEL SERVICIO DE AMBULANCIAS DE ZAMORA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/000112.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la última proposición no de ley, relativa al concierto del servicio de ambulancias de Zamora, propuesta por el Grupo Parlamentario Socialista, para cuya defensa tiene la palabra el señor Cuadrado.

El señor **CUADRADO BAUSELA**: Señorías, el asunto que se propone tiene que ver con algo que me parece muy importante, la igualdad de oportunidades en una materia que afecta al Sistema Nacional de Salud, como es el transporte sanitario. Se hace a través de una propuesta concreta que atañe a la provincia de Zamora. En principio, me consta que es extensible al conjunto del territorio que está bajo la competencia del Insalud, pero posiblemente sea más radical el problema allí donde se dan las condiciones de ruralidad, dispersión de la población, núcleos de escasa población no precisamente cercanos a las carreteras y con vías de acceso de difícil tránsito, que es donde se ve con mayor gravedad. Pero insisto, es extensible —me consta— al resto de provincias que he citado.

En segundo lugar, la propuesta contempla la financiación necesaria a través de los conciertos, para hacer posible que determinadas situaciones que son graves no se sigan produciendo, en definitiva que sean corregidas.

Los datos de la propuesta concreta, que afectan a la provincia de Zamora, deben tener en cuenta que, así como en el conjunto de España el 24 por 100 de la población vive en núcleos que podríamos llamar rurales, en la provincia de Zamora es más del 60 por 100 de la población, además con ruralidad bien marcada; me estoy refiriendo a núcleos de menos de 2.000 habitantes. Son datos que tienen que ver también con una red de carreteras de 2.500 kilómetros por la que el transporte sanitario y el resto del transporte tiene que acceder a través de carreteras de carácter local, a nada menos que al 82 por 100 de los municipios, lo que hace el servicio no sólo difícil sino costoso; datos que tienen que ver con una provincia en la que la distancia media máxima con respecto a la capital, donde se encuentran los servicios fundamentales de carácter sanitario, es de 156 kilómetros.

Todos estos datos, así como la carencia de algunos medios hospitalarios que obliga al traslado fuera de la

provincia, hacen que, si el servicio no se adapta a ellos, se den situaciones que no son aceptables —algunas iré citando después— porque esa situación contrasta con los medios actuales. Las ambulancias de carácter convencional son 21 y cualquier distribución que se haga en las distintas comarcas de la provincia hace que se dé una misma situación, y es que hay comarcas amplísimas —Sayago, Aliste, Tábara, etcétera— donde solamente hay una y, en cualquier traslado programado o en cualquier urgencia, se producen diariamente situaciones de espera inadmisibles y, lógicamente, de alarma, de dificultad, en definitiva de mala calidad del servicio.

Para el transporte colectivo, sólo hay siete vehículos; en muchas comarcas no hay transporte colectivo, lo que todavía dificulta mucho más la organización de este servicio. También se repiten situaciones que tienen que ver con la estructura del propio sistema. Más del 80 por 100 de estos vehículos llevan solamente el conductor. Por ejemplo, para la evacuación de un usuario que vive en una cuarta planta, hay que llamar a los vecinos para poder trasladarlo y durante el traslado el usuario queda incomunicado con el conductor. A estas alturas y en la situación general del país, creo que esta no es admisible. Hay cabeceras de comarcas amplias con poca población —3.000 ó 4.000 habitantes, pero que son muy amplias— donde viven ciudadanos, que tienen el derecho a acceder a esos servicios en igualdad de condiciones con el resto de la población, que no tienen ningún servicio.

En relación con esta situación, la propuesta tiene dos partes. En una, se detalla en qué condiciones mínimas debe funcionar el transporte sanitario. Se propone una ampliación del número de vehículos. Hay estudios presentados en el propio Insalud de Zamora, elaborados por sindicatos y por otros colectivos; en concreto hay uno que lo mide con bastante precisión, hecho por la Federación de servicios públicos de la Unión General de Trabajadores, que calcula que es necesario, contemplando las circunstancias locales, territoriales, de carreteras, comunicaciones, etcétera, aumentar al menos en siete el número de ambulancias convencionales y en nueve el de vehículos colectivos para organizar mínimamente el servicio. En relación con lo que he dicho, también es necesario aumentar las plantillas. No es el Insalud a través de los conciertos el que aumenta las plantillas, pero si el concierto no está suficientemente dotado, es imposible que se modifique la situación actual.

Por eso, la propuesta contempla aumentar partida en al menos un 60 por 100, que sería el mínimo necesario para dotar de vehículos y para la modificación de plantillas, a la que también me he referido, que garanticen un servicio mínimo.

En definitiva, señorías, las situaciones que se dan en el transporte sanitario pueden ser más graves en unas provincias que en otras, en unos territorios que en otros, dependiendo de circunstancias como las que he

señalado, pero que no se pueden permitir porque no solamente indican una mala organización de un servicio sino un malestar y una inseguridad permanentes en la población en circunstancias como las que he señalado.

Quiero terminar diciendo —lo he dicho al principio y lo reitero— que es una situación generalizable. Con las dotaciones económicas de los conciertos actuales (éste está prorrogado desde el día 30 de junio, otros están en la misma fase o en una más retrasada), las situaciones que he descrito son inevitables. Las empresas, lógicamente, van a los concursos, pero es imposible que con esa dotación económica se pueda tener la plantilla necesaria o se puedan renovar los vehículos. Por darles algún dato, les diré que la inmensa mayoría de estos vehículos no tienen calefacción; la renovación no se produce como debería producirse; sería necesario que tuvieran elevadores, pero al menos un tercio no los tiene. Por lo tanto, la dotación económica es la clave, es la llave de la solución a una serie de problemas que, insisto, no deberían producirse.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos que desean fijar posición?

Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Burgos.

El señor **BURGOS GALLEGO**: Señor presidente, señorías, vaya por delante que mi grupo comparte el interés del Grupo Parlamentario Socialista por mejorar las condiciones del transporte sanitario; en todas las provincias, sean responsabilidad o no del Insalud. Todo en la vida es mejorable y en la sanidad pública seguro que también, por mucho que se haga. Esto vale para todo el territorio, y por supuesto para la provincia de Zamora. Por eso no dejan de sorprendernos algunos de los aspectos que se expresan en la proposición no de ley, tal vez porque en ese nuevo estilo que nos anuncian de hacer oposición, la oposición bien entendida empieza por hacerse oposición a sí mismos; si no, no se explica que usted no sepa que esos pliegos de condiciones, que usted afirma que están muy lejos de reunir las condiciones mínimas exigibles a un sistema de salud moderno, fueron aprobados por la administración socialista el 1 de julio del año 1995 o que esos pliegos fueron firmados por doña Carmen Martínez Aguayo (**Rumores.—La señora Valentín Navarro: Se revisan anualmente**), directora general del Insalud entonces o que quien autorizó el concurso público 1/1994, que da lugar al actual contrato de prestación del transporte sanitario que usted dice que no cumple las condiciones mínimas exigibles para un sistema de salud moderno, fue la excelentísima señora ministra de Sanidad y Consumo doña Ángeles Amador, hoy ilustre miembro de este Parlamento, compañera suya de fatigas y nuestra de actividad parlamentaria.

Convendrá conmigo, señoría, que Zamora sigue teniendo las mismas características geográficas y

demográficas, los mismos núcleos de población y la misma extensión de carreteras, tal vez algo mejores que tenía en el año 1995. De estas manifestaciones suyas, cuando menos, se extrae una cierta visión parcial de la situación. Sin embargo, este Gobierno y el Ministerio de Sanidad tienen muy claro la necesidad de aumentar progresivamente la calidad del servicio del transporte sanitario. Además, somos conscientes de la crisis que está atravesando el modelo tradicional de funcionamiento de este transporte sanitario, que ustedes no afrontaron y que, sin duda, genera preocupación en el sector y en la propia Administración. Creo que hay que perfilar un nuevo paradigma en el que el valor añadido tradicional de trasladar enfermos se ha de potenciar y se ha de cualificar con nuevos valores, como trasladar al paciente adecuado, con el vehículo adecuado, en el tiempo justo, con confort y comodidad, con una manipulación sanitaria correcta, con tecnología avanzada en movimiento y electromedicina, con formación e intervención parasanitaria sobre el propio paciente, y todo ello, además, a costes asumibles por el presupuesto público y por las empresas que lo han de desarrollar.

Su señoría no plantea realmente una valoración global y un debate a fondo sobre esta cuestión del transporte sanitario, le preocupa un aspecto provincial. A nosotros nos preocupa Zamora, pero también Ávila, Segovia, Soria, Salamanca, Valladolid y, por supuesto, tantas otras comunidades autónomas que tienen transferencias en esta materia y que no están haciendo, ni mucho menos, todo lo posible en este ámbito. Por ello, se ha venido trabajando ya desde un primer momento y en el acta de la mesa central de seguimiento del transporte sanitario, en el ámbito de la gestión del Insalud, que se reunió en julio de este mismo año, se adoptaron numerosos acuerdos para su mejora, ya sea en la indicación y en el uso del transporte, en la propia coordinación entre el transporte y el resto de los dispositivos asistenciales, en las cláusulas administrativas y en las prescripciones técnicas, en la revisión de los precios —acorde con las nuevas demandas y las nuevas necesidades— y en la calidad e innovación tecnológica de las empresas, con compromisos muy concretos, que han sido asumidos por estas empresas, desde el diálogo franco y abierto con la propia Administración.

Señorías, estamos en un proceso de adecuación forzosa del sistema de transporte sanitario en todo el Estado. Buena prueba de esa preocupación es que los recursos destinados por el Insalud para la financiación y el desarrollo de este transporte sanitario partían en 1995 de una insuficiencia crónica de presupuesto, bajo cualquiera de las modalidades de contratación que entonces existían, y se ha realizado un esfuerzo que ha superado el 70 por 100 en la dotación económica. Sin duda, somos conscientes de que hay que atender déficit estructurales, de que hay que financiar nuevas necesidades, y desde luego hay situaciones en España tan

delicadas —incluso diría que más— que la de la provincia de Zamora.

Pese a todo, es conocida la voluntad de este Gobierno de convocar, como parte de todas las acciones de mejora general, un nuevo concurso de transporte en la provincia de Zamora, con procedimiento ordinario, bajo tramitación anticipada, para que surta efecto en enero del año 2001, con presupuestos adicionales que contemplen la financiación de las nuevas exigencias. Para eso, señorías, habrá que elaborar un nuevo pliego de condiciones que reconozca también aspectos a los que la proposición no de ley no hace referencia, como la formación asistencial del personal, las tecnologías telemédicas, las comunicaciones, las ayudas a la circulación, la propia dimensión de las empresas, la coordinación y la logística.

La proposición no de ley resulta seguramente, no ludo, bienintencionada, pero en todo caso tardía e innecesaria, toda vez que la política sanitaria del Partido Popular ya contempla para Zamora, y afortunadamente para muchos otros lugares, un incremento del número de vehículos, que en el caso de la provincia de Zamora estoy en condiciones de decir que va a ser sustancial. Sinceramente, no creo que sea labor de este Parlamento decidir si han de ser 50, 45 ó 40 el número de ambulancias. Usted no nos ha aportado ningún estudio o criterio técnico para avalar esta cifra. Por la misma razón habría que pedir que Ávila multiplicara por dos las 32 que tiene en este momento —cosa que estoy convencido que satisfaría enormemente al presidente de esta Comisión— o que Palencia multiplicara por dos las 26 que tiene o Segovia las 25 de las que dispone, por hablar de provincias cercanas a la suya y a la mía, y que tienen una situación muy similar. Zamora va a mejorar en este nuevo concurso muchas de sus prestaciones, muchas otras además de las que cita en su proposición no de ley, porque están recogidas ya en los acuerdos con el sector. Se va a producir, como no puede ser de otra manera, un incremento sustancial del importe económico de estos contratos, como reconocimiento, en parte, de esa infravaloración de costes en que se ha venido incurriendo en los últimos años en nuestro país con respecto al transporte sanitario.

Señorías, para concluir, vamos a mejorar el servicio en la provincia de Zamora, pero no a golpe de proposiciones no de ley, sino por el trabajo serio, riguroso y consciente de los retos que el transporte sanitario actual y de futuro tiene en estos momentos por delante. Un trabajo que está haciendo este Ministerio, este Gobierno y este partido, en el contexto de una política general sanitaria que se resume en lo siguiente: más recursos, mejor gestión y mayor calidad para el ciudadano en todos los ámbitos. **(La señora Valentín Navarro pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: Dígame, señora Valentín.

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Señor presidente, por alusiones a un miembro de este grupo parlamentario, me debería dejar intervenir, aunque fuera un minuto, porque se han dicho cosas absolutamente inexactas y ya es hora de que el Partido Popular y el Gobierno asuman su responsabilidad también.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Valentín, esta Presidencia no considera que las alusiones hayan sido ofensivas en ningún caso. Ha sido un recordatorio de fechas más o menos histórico, pero las alusiones pueden ser las mismas que las que ha hecho hacia Ávila, hacia Palencia o hacia otras provincias. No reabrimos el debate, señora Valentín. Lo lamento mucho, pero no tiene S.S. la palabra.

Pasamos a la votación de todas las proposiciones no de ley.

¿Están de acuerdo los portavoces en que iniciemos ya la votación o esperamos a la afluencia de algún miembro de la Comisión? **(Pausa.)**

Procedemos a la votación de la primer proposición no de ley, relativa al futuro del hospital central de Asturias en los términos de la aceptación de la enmienda presentada por el Grupo Parlamentario Popular.

Efectuada la votación, dijo

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada por unanimidad.

Pasamos a la votación de la proposición no de ley relativa a la asistencia médica y social de las personas

que sufren de fibromialgia, también en los términos de la aceptación por parte del proponente de la enmienda presentada por el Grupo Parlamentario Popular.

Efectuada la votación, dijo

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada por unanimidad.

Tercera proposición no de ley, sobre declaración como enfermedad profesional de la hepatitis C contraída por el personal sanitario en su puesto de trabajo, también en los términos de la aceptación de la enmienda presentada por el Grupo Parlamentario Popular.

Efectuada la votación, dijo

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada por unanimidad.

Por último, pasamos a la votación de la proposición no de ley relativa al concierto del servicio de ambulancias de Zamora.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 16; en contra, 21; abstenciones, una.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

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

Eran las dos y veintico minutos de la tarde.

Edita: **Congreso de los Diputados**

Calle Floridablanca, s/n. 28071 Madrid

Teléf.: 91 390 60 00. Fax: 91 429 87 07. <http://www.congreso.es>

Imprime y distribuye: **Imprenta Nacional BOE**

Avenida de Manoteras, 54. 28050 Madrid

Teléf.: 91 384 15 00. Fax: 91 384 18 24

Depósito legal: **M. 12.580 - 1961**