



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2002

VII Legislatura

Núm. 572

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. FELICIANO BLÁZQUEZ SÁNCHEZ

Sesión núm. 29

celebrada el martes, 8 de octubre de 2002

	<u>Página</u>
ORDEN DEL DÍA:	
Comparecencia de personalidades y funcionarios de la Administración del Estado, al objeto de informar sobre temas relativos al proyecto de ley de Presupuestos Generales del Estado para el año 2003. (Número de expediente 121/000109.)	18428
— Del señor Subsecretario de Sanidad y Consumo (Vázquez Vega). A solicitud del Grupo Parlamentario de Coalición Canaria (número de expediente 212/001197), del Grupo Parlamentario Socialista (número de expediente 212/001283) y del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso (número de expediente 212/001333)	18428
— Del señor secretario general de Sanidad y Consumo (Pérez-Santamarina Feijoo). A solicitud del Grupo Parlamentario Socialista (número de expediente 212/001284) y del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso (número de expediente 212/001334)	18440

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

COMPARENCIAS A CELEBRAR ANTE LA COMISIÓN DE SANIDAD Y CONSUMO, EN RELACIÓN CON LA TRAMITACIÓN DEL PROYECTO DE LEY DE PRESUPUESTOS GENERALES DEL ESTADO PARA EL AÑO 2003. (Número de expediente 121/000109.)

— **DEL SEÑOR SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO (VÁZQUEZ VEGA). A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO DE COALICIÓN CANARIA (NÚMERO DE EXPEDIENTE 212/001197), GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA (número de expediente 212/001283) Y GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR. (Número de expediente 212/001333.)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Fernández de Capel Baños): Señorías, se abre la sesión.

La Comisión de Sanidad y Consumo tiene el honor de contar con la comparecencia del señor subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo, don Pablo Vázquez Vega, solicitada por el Grupo de Coalición Canaria, Grupo Socialista y Grupo Popular, y del secretario general de Sanidad, don Rafael Pérez Santamaría Feijoo, solicitada por el Grupo Socialista y el Grupo Popular, en relación con la tramitación del proyecto de ley de Presupuestos Generales del Estado para el año 2003. En primer lugar, tiene la palabra el señor subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo, don Pablo Vázquez Vega.

El señor **MINGO ZAPATERO**: Señora presidenta, en estas comparecencias de Presupuestos tienen la palabra en primer lugar los que las han solicitado. Es la única en que es así.

La señora **VICEPRESIDENTA**: Me comunica el señor letrado que en este trámite de presupuestos puede empezar el grupo proponente, que en este caso es el Grupo de Coalición Canaria. Tiene la palabra la señora Julios.

La señora **JULIOS REYES**: En primer lugar, quiero dar la bienvenida a esta Comisión al señor subsecretario, agradeciéndole su presencia en la misma.

Yo desconocía también el procedimiento en el caso concreto de las comisiones relativas a la tramitación de los presupuestos; pensé que era el trámite ordinario, pero entiendo, señora presidenta, que posteriormente a la intervención del señor subsecretario podré volver a intervenir porque el sentido es escuchar al señor subsecretario y a continuación intervenir.

La señora **VICEPRESIDENTA**: Haremos una pequeña aclaración. Se puede intervenir pero por un período máximo de cinco minutos, es decir, no se puede reabrir un debate tan amplio como en otras ocasiones.

La señora **JULIOS REYES**: La solicitud de comparecencia por parte del Grupo de Coalición Canaria viene justificada porque estos son los primeros presupuestos en los que la totalidad de las comunidades autónomas cuentan con la transferencia de la gestión del sistema sanitario. Querríamos conocer las perspectivas del ministerio en la aplicación de los pactos de financiación del sistema sanitario que se produjeron el año pasado.

Nos gustaría también que profundizase en algunos aspectos que voy a comentar puesto que, tras las comparecencias de la señora ministra en esta Cámara y sus declaraciones a los medios de comunicación, sabemos que se está trabajando, aparte de en la ley de cooperación sanitaria, en aspectos muy concretos relativos al incremento o generalización de determinadas prestaciones a todo el Sistema Nacional de Salud. Nos gustaría conocer qué relación va a tener esta modificación del catálogo de prestaciones con los presupuestos que empiezan a debatirse en esta Cámara. Hago esta reflexión porque en los acuerdos de financiación, en el real decreto de financiación del Sistema Nacional de Salud y en el real decreto que establece el catálogo de prestaciones que está vigente, se especifica con claridad que en la medida en que se decida realizar cambios o incrementos en las prestaciones del Sistema Nacional de Salud, aparte de ser evaluados lógicamente desde un punto de vista de costes y de efectividad, tienen que venir acompañados de los correspondientes presupuestos. Es importante que avancemos en mejorar las prestaciones, es importante que avancemos en aumentar aquellas prestaciones que benefician de forma demostrada la salud de los ciudadanos, pero si no queremos poner en quiebra el sistema tiene que venir acompañado del debate necesario y de la presupuestación lógica que dé respuesta a estas nuevas prestaciones, más aún cuando estamos en un contexto de estabilidad presupuestaria con la ley de déficit cero que se ha aprobado en este Parlamento.

Quisiera conocer también cuál es la situación del fondo de compensación que se pactó con respecto a la financiación del Sistema Nacional de Salud. En aquel entonces —y así figura en los acuerdos del Consejo de Política Fiscal y Financiera— el fondo de compensación tenía dos conceptos muy claros. Por un lado, cubrir presupuestariamente la atención que venimos prestando las comunidades autónomas —concretamente la comunidad autónoma de Canarias— a poblaciones extranjeras, fundamentalmente de la Unión Europea, que a través de los convenios que luego se concretan en el documento E-111 reciben asistencia

sanitaria, desde primaria a especializada, e incluso las recetas médicas, pero que no son población que forme parte del censo o del padrón, que es la base poblacional utilizada para elaborar los presupuestos. En los presupuestos de este año —me corregirá si me equivoco— hay una partida de 10.000 millones encuadrados para este tema y para el de desplazados, que es otro de los conceptos introducidos en el fondo de compensación. Lo cierto es que este dinero todavía no ha sido distribuido a las comunidades autónomas que ya han tenido el gasto y han generado la prestación de asistencia. Nos preocupan dos cosas: primero, que en lo que queda de año no se pierda esa parte de la financiación que nos correspondía a algunas comunidades autónomas como la de Canarias; segundo, cuáles son las previsiones para el presupuesto del año entrante en lo que se refiere a esta partida y en establecer los mecanismos de coordinación del Sistema Nacional de Salud y de facturación para poder ejecutar estas partidas presupuestarias, que es algo que no se ha avanzado a lo largo de este año pasado.

El otro concepto ligado con el fondo de compensación es el tema de los desplazados, y vuelvo a hacer un comentario que realizamos en su momento cuando la comparecencia de la señora ministra. Cuando se produjo el pacto de la financiación por desplazados, se entendía por ellos no sólo a los desplazados de otras comunidades autónomas hacia centros de referencia a nivel de Estado, ubicados fundamentalmente en Madrid y Barcelona, que por razones de ser centros de referencia de determinada superespecialidad había que derivar desde otras comunidades autónomas, por lo que nos parece lógico que se las compense por esa prestación que dan a los ciudadanos del resto del Estado. Como digo, esto nos parece bien, pero entendemos que el término de desplazado debe incorporar también a los ciudadanos españoles que van a recibir asistencia a otros lugares, no porque seamos centros de referencia en cuanto a asistencia sanitaria sino porque, como es el caso de Canarias, por razones turísticas y de trabajo hay miles de personas de otras comunidades autónomas que permanecen en nuestra comunidad durante períodos largos de tiempo. La mayoría de ellos no figuran en nuestros padrones, no figuran censados y, por tanto, no forman parte de la base de población utilizada para el cálculo de la financiación, pero es evidente que reciben prestación como cualquier ciudadano que esté censado en Canarias. Estamos hablando de un volumen importante de población que conlleva que en determinadas zonas turísticas en auge de construcción, etcétera, el dimensionamiento de las plantillas de los centros de salud no tienen nada que ver si lo hacemos exclusivamente en relación con la población del padrón o con la población flotante en su conjunto; no sólo el dimensionamiento de los centros de salud sino el de los hospitales de referencia en islas como Lanzarote o Fuerteventura, lo que implica tener que construir y poner en

marcha el plan funcional de un nuevo hospital porque no se da abasto para atender a la población, no a la nuestra sino a la que también estamos atendiendo que proviene del extranjero y del resto de las comunidades autónomas de España.

Por último quería comentar dos cosas más. Una es en relación con la financiación de la prestación del medicamento, fundamentalmente la que se realiza a través de recetas. Como usted seguramente sabe, el año pasado se firmó un pacto con los diferentes sectores de la cadena del medicamento sobre la contención del gasto del medicamento, repito que fundamentalmente a través de la receta médica. No voy a repetir lo que mi grupo ha venido diciendo en cuanto a que este pacto fue producto de una moción presentada por el Grupo Parlamentario de Coalición Canaria, que se discutió en el Parlamento y obtuvo el apoyo de todos los grupos, ante la necesidad de conseguir una estabilidad en la prestación del medicamento, preservando los conceptos fundamentales que hasta ahora todos conocemos en dicha prestación, y en ella se proponía que se nos permitiera ir creciendo en la necesaria respuesta de nuevas prestaciones de medicamento a los ciudadanos, lo cual conllevaba la necesidad de estabilizar el gasto que ahora mismo se está produciendo a través de receta médica, de forma que no puede seguir dándose la circunstancia de que el gasto en la factura de medicamentos crezca muy por encima de lo que está previsto en el crecimiento de la propia financiación del sistema. Entendíamos que, aparte de generar una inestabilidad en los diferentes sectores, termina por acoger al propio sistema público, por lo que era importante que se produjera un consenso a la hora de hallar una estabilidad. En su momento, sobre todo en el pacto firmado con Farmaindustria, nosotros manifestamos nuestro desacuerdo con los términos en que se había firmado porque no generaba una de las cosas que se planteaban, la necesidad de introducir medidas estructurales que realmente recondujeran el sentido de la tendencia al alza por encima de lo que este país puede financiar en lo que se refiere al gasto en medicamento. Entendíamos que el crecimiento que se estaba produciendo por parte de Farmaindustria estaba muy por encima del que todos podíamos soportar. Salvaguardando la necesidad y el papel importante de la industria en su aportación al sistema sanitario por sus inversiones en investigación, lo cierto es —y así lo resaltaba la propia ministra en su comparecencia— que nuestra industria en Canarias no destaca precisamente por ser de las que más invierte en la investigación, por lo que entendíamos que había que introducir medidas estructurales importantes. El catálogo de prestaciones y medicamentos es muy abierto, porque con bastante frecuencia se están tomando decisiones en cuanto a la introducción de nuevos medicamentos y en cuanto a sus costes, pero las comunidades autónomas, que somos las que gestionamos, no estamos participando en ese proceso. Con ello no estamos

diciendo que cada comunidad autónoma decida y que se rompa el catálogo de prestaciones y medicamentos en el territorio español, porque entendemos que la prestación debe ser igual en todo el sistema, pero sí que tenemos que cogestionar las decisiones a la hora de elegir qué medicamentos entran o no con conocimiento científico en la mano y también, por qué no, en cuanto a los precios que se están poniendo a los nuevos medicamentos, porque todo ello repercute directamente en la prestación al ciudadano. En el pacto que se firmó con Farmaindustria, ésta revertía el dinero al sistema a través del ministerio fundamentalmente en el Instituto Carlos III. Nosotros hemos venido planteando la necesidad de que parte de ese dinero tiene que revertir a las comunidades autónomas, que son las que pagan la factura de los medicamentos y se ven con dificultades al final del año, por la misma Ley de estabilidad presupuestaria, para dar la cobertura adecuada. Además, si los incrementos en la financiación sanitaria se dedican exclusivamente a cubrir los crecimientos por encima de la financiación de las facturas de farmacia, no existe colchón para poder trabajar en otras líneas de prestaciones al ciudadano.

Por último —y brevemente, señora presidenta—, hay un aspecto que ya valoramos con el anterior gabinete —nunca llegó a concretarse y lo planteo porque nos parece de interés— y es la posibilidad de que se pueda trabajar en la línea de establecer convenios entre el ministerio y, en este caso, la Comunidad Autónoma de Canarias en lo que se refiere a la prestación sanitaria a la población inmigrante. No estoy hablando de la población inmigrante de la Unión Europea objeto de los convenios a los que ya me referí anteriormente, sino de la población inmigrante en situación irregular en muchos casos. Como usted sabe, Canarias es una de las comunidades autónomas que en porcentaje sufre una presión importante del fenómeno migratorio y entendemos que, hoy por hoy, los servicios de sanidad exterior, que es la que tiene competencias en relación con la atención a la población extranjera en situación de irregularidad, no tiene los medios suficientes para atender la problemática que se está viviendo. Creemos que podrían establecerse convenios en este sentido para fortalecer la coordinación en este tipo de atención y dar una cobertura más adecuada. Probablemente a nosotros nos supondría un coste menor, puesto que tenemos más recursos en el sistema, que lo que pudiera suponer el incremento de plantillas por parte de sanidad exterior, dependiente del ministerio.

La señora **VICEPRESIDENTA**: Según tengo anotado, los diputados señores Arola y Fidalgo compartirán el tiempo que corresponde al Grupo Socialista. En primer lugar tiene la palabra el señor Arola.

El señor **AROLA BLANQUET**: Señora presidenta, más exactamente yo consumiré el turno en esta compare-

ncia y el señor Fidalgo lo hará en la siguiente. No sé si él añadirá alguna pregunta, pero son dos comparencias.

Señor subsecretario, sean mis primeras palabras para darle la bienvenida, reiterarle la enhorabuena que ya tuvimos ocasión de darle y decirle que debuta usted yo creo que con lo más árido con lo que se puede debutar en la vida política, que es con los presupuestos. Hasta la fecha, por lo menos en los tres presupuestos que se han debatido desde que yo estoy en esta casa, estas comparencias han tenido una característica y es que por parte de la oposición se iba preguntando al compareciente, que delegaba las preguntas en el siguiente compareciente, de tal manera que el año pasado uno mismo acabó diciendo que esperaba que le contestara el maestro armero, y ahí están los diarios de sesiones para poderlo certificar. Yo espero que con el cambio de equipo esta tradición quede rota y usted pueda contestar las preguntas que le vamos a formular.

Intentaré hacer pocos juicios políticos porque la comparencia es fundamentalmente para aclarar partidas presupuestarias que el Gobierno ha remitido a esta Cámara, lo cual no quiere decir que no vaya a hacer ninguno. Hay uno que yo creo que es obligado. En la comparencia de la señora ministra hubo una coincidencia en los portavoces. Ella dijo: 13 compromisos, 18 meses. Desde la lectura de estos presupuestos, yo no le niego los compromisos, pero me parece que quedan seis meses y ¿dónde están las partidas presupuestarias que se corresponden con las prioridades establecidas? Espero que usted nos lo pueda aclarar. Yo no discuto las prioridades de la ministra, sino que pregunto cuál es el reflejo presupuestario, es decir programa y partida, para llevar adelante esos —repito— 13 compromisos en los 18 meses de aquel entonces. No hará falta que yo le recuerde los compromisos, pero sí a lo mejor tendré que enunciar alguno de ellos para preguntarle. Por eso la primera pregunta que yo le hago y que supongo que repetiremos es: ¿Cuáles son las prioridades presupuestarias, es decir, qué programa se quiere llevar adelante? Le adelanto que uno piensa que una prioridad presupuestaria es aquella que refleja una valoración clara y rotunda sobre los presupuestos del año pasado, y esto sólo existe en un programa, curiosamente el de investigación sanitaria, pero los demás no reflejan prioridades presupuestarias o crecimientos importantes, como intentaré demostrar después.

Hay una característica de este presupuesto que a mí me llama la atención, al menos yo manifiesto que he sido incapaz de encontrar una línea común en los programas respecto a una determinada política presupuestaria. Si a mí me preguntan: ¿Hay una restricción en el capítulo 1? Diré: Sí y no. ¿Hay una política restrictiva en el capítulo 2? Diré: Sí y no. ¿Qué quiero decir con esto? Como luego veremos, hay secciones, en las que luego entraremos en el detalle de los programas, en las que baja el capítulo 1 pero sube el capítulo 2, es decir, teléfono, electricidad, correos, bolígrafos, etcétera.

¿Suben los capítulos 4 y 7? Sí y no, y luego iré citando las cifras. Hay no crecimientos que se explican muy mal. A nuestro modo de ver, no se explican bien las partidas en los capítulos 4 y 7, sobre todo en el 4, destinadas en los distintos programas. Por ejemplo, la partida relativa al plan multisectorial del sida crece un 1,9 por ciento, mientras que hay otras partidas destinadas a lo mismo que crecen un cero por ciento. Por eso le preguntaba cuáles son las prioridades de este programa. Yo tampoco acabo de entender la concreción a veces de este presupuesto frente a la inconcreción general de muchas partes del mismo. Un ejemplo de concreción es que aparece que se van a firmar convenios con determinadas sociedades y su importe, es decir, se desciende a poner nombre, apellidos y cantidad, en algún caso 20.000 euros, mientras que en otros la inconcreción de qué se va a hacer y con quién se va a hacer resulta muy chocante, muy contradictoria, y estoy refiriéndome siempre al texto que ustedes han remitido. Hay otro problema a la hora de abordar esta comparecencia, señor subsecretario, y es que no disponemos de la liquidación presupuestaria de 2002. Ya sé que no ha acabado el año, aunque tienen ustedes de este grupo parlamentario unas 60 preguntas, que todavía están en tiempo para contestar, sobre la liquidación presupuestaria a mitad de año. Ésa es una dificultad a la que no se añade una clara explicación de la liquidación presupuestaria de 2001. Hay alguna pregunta de este grupo parlamentario, que está fuera de tiempo de contestación, sobre ejecuciones presupuestarias. Otra cosa que llama la atención a este grupo es que no hay un reflejo presupuestario claro de las iniciativas parlamentarias que se han podido aprobar, algunas muy concretas, con respecto a determinadas prestaciones para determinados colectivos, etcétera. Relacione luego esto usted con lo de concreción-inconcreción; qué concreto es decir voy a hacer esto o esta determinada campaña y, sin embargo, no aparecer.

En el inicio de intervención quiero decirle que uno tiene una doble sensación. La primera sensación que tengo, ya arrastrada, es que nadie se lee la memoria de objetivos de estos tomos, con alguna salvedad, porque si no no se entiende que a lo largo de estos tres años el observatorio nacional aparezca como que se va a hacer, como que se está haciendo, como que ya casi está hecho o que no se preocupen que viene para el próximo año. Le pongo este ejemplo por no ponerle otro que ya pregunté una vez que qué era esto de hacer acciones para mejorar el soporte físico de la vida, que está en la memoria de los objetivos —le puedo decir la página— y que cuando pregunté por escrito me contestó el Gobierno: Sea usted más concreto. Yo no puedo ser más concreto de lo que ustedes ponen. Uno tiene la sensación repetida de que el presupuesto del proyecto de la ministra o ministro correspondiente nada tiene que ver. Aquí hay alguien por en medio que parece que secuestra en términos presupuestarios el discurso y

remite el presupuesto del año pasado, por lo menos en cuanto a las memorias de objetivos que son, no diré que textualmente, algunas prácticamente las mismas. Pero si le parece vamos a algunas de las aclaraciones presupuestarias que yo quería pedirle, señor subsecretario.

Abordar este presupuesto también tiene otra dificultad, como usted muy bien sabe, y es la falta de homogeneidad con respecto a las partidas de gasto del año anterior. Manejando los tres últimos presupuestos hemos intentado recomponer éste. Por ejemplo, en el programa 411.A, dirección y servicios generales, ministerio y subsecretaría —por ello se lo pregunto a usted— si no me equivoco el capítulo 1 baja en 1.400.000 euros aproximadamente; lo mismo pasa en el capítulo 2, pero tenemos una sorpresa en el capítulo 4, y es que sube exactamente, en cifras redondas, 15 millones de euros, de los cuales una parte va al Hospital Clínico y Provincial, que es uno de los elementos concretos que se vienen repitiendo, y otra es una partida sorprendente de liquidaciones pendientes. ¿Nos podía usted explicar a qué se debe? En la Secretaría General Técnica, sin embargo, el capítulo 1 sube y el capítulo 2 sube. Por eso decía al principio de que uno no encuentra una línea conductora. Y en la Dirección General de Recursos Humanos vuelve a subir. Yo de este programa sacaría una conclusión, que el coste en personal de los tres servicios se mantiene, pero hemos asistido a un organigrama en el que empezaban a desaparecer subdirecciones. El capítulo 2, gasto corriente, sube el 47,34 por ciento en esta partida, y sube también el de inversiones reales, por lo que le pregunto a qué proyectos se van a dedicar estas inversiones.

En el programa 411.B, formación sanitaria, no estamos hablando del Carlos III y uno se encuentra con que hay unas determinadas subidas, por ejemplo en ayudas de formación para el uso racional del medicamento, de 6.600.000 euros aproximadamente. Yo quisiera cuáles son las acciones concretas. Estamos hablando del capítulo 4, es decir, algo que se hace con otro o con otros, y querríamos saber a qué se dedica esta cantidad, y también por qué suben, y a qué se van a dedicar los convenios con universidades y otros centros docentes, que suben aproximadamente 2 millones de euros.

Del programa 412.P, planificación y coordinación del Sistema Nacional de Salud, supongo que hablará después el siguiente compareciente, aunque ya le han planteado a usted uno de los temas estrella que es el fondo de cooperación, como usted sabe.

En la Agencia Española del Medicamento el capítulo 2 crece el 78 por ciento. Quisiéramos saber a qué se dedica puesto que el crecimiento del capítulo 4 es cero, es decir, igual al del año anterior. Por eso le decía al principio que no acabo de encontrar el hilo conductor, porque, por ejemplo, en este caso son las becas de formación de posgrado en evaluación y control del medicamento las que no suben y se repiten las mismas cantidades que el año pasado.

Ya he citado al principio de mi intervención que uno no acaba de entender por qué no suben las partidas del plan multisectorial del sida.

Le tengo que preguntar qué criterios se van a seguir, en general, en las transferencias a las comunidades autónomas, porque es una línea que encontraremos en distintos programas presupuestarios.

La Agencia de Seguridad Alimentaria obviamente tiene una subida muy importante. Nosotros entendemos que aquí lo que hay es una reordenación de recursos tanto humanos como económicos, etcétera, porque si no sería difícil de explicar subidas de 6 millones en el capítulo 1, de 2 millones en el capítulo 2, etcétera, por lo que le pregunto cuál es el origen y, si aquí está el aumento, dónde se ha producido el decrecimiento correspondiente.

El programa 443.A, defensa de los consumidores e información al ciudadano, que si entiendo bien el organigrama dependen de usted, creo que —perdóneme la expresión— es un refrito del programa 433.B, ordenación del consumo y fomento de la calidad anterior, del programa 433.C, protección del derecho de los consumidores del presupuesto anterior y, finalmente, del Instituto Nacional de Consumo. Ésta es la sensación que después de estudiado uno tiene, comparadas las cifras de estos tres programas; una sensación, por no decir una convicción. Estamos ante una dirección general ad hoc o ad personam, porque si uno se lee el presupuesto resulta que tiene capítulo 1, capítulo 2 y creo recordar que nada más.

Nosotros reconocemos el aumento y la aparición, en todo caso, de las juntas arbitrales autonómicas y locales con una subida que llega prácticamente al millón de euros. Nosotros querríamos preguntar más concretamente cuál es este programa, cuál puede ser el reparto, tanto en lo que se refiere a las comunidades autónomas como a las administraciones locales, puesto que se diferencia una partida. También quiero preguntar cuál son los criterios, por qué después de una cierta etapa no diré de congelación, pero desde luego de contención del gasto, por qué suben sólo las subvenciones en 312.000 euros, si no me equivoco. Éstas son algunas de las dudas, señor subsecretario, que nos merece una revisión rápida de estos presupuestos.

Quiero terminar, señora presidenta, reiterándole algunas de las preguntas más básicas y que hice al principio: cuáles son las prioridades presupuestarias y qué reflejo presupuestario tienen, dónde está la diferencia, porque de otras partidas de las que hablaremos después sí que se encuentra rápido, pero cuando hay un programa que sube 67 millones de euros, uno puede decir que está de acuerdo o en desacuerdo pero aquí hay una apuesta; eso lo puedo decir. Ahora, el resto de los programas, señorita, nos parecen por una parte muy continuistas, lo cual dificulta el reto que la propia ministra se puso y haría buena la frase de la portavoz del grupo parlamentario que le dijo, con todos los respetos: señora ministra, ha estado usted casi dos horas y media hablando, pero no

se ha gastado un euro. Esperamos que el lema de este presupuesto no sea el de yo invito y tú pagas, porque aquí podríamos sacar lo de las prestaciones, la equidad, etcétera, pero como esto es una comparecencia de presupuestos, explíquenos, por favor, las líneas presupuestarias, las prioridades y las cantidades.

La señora **VICEPRESIDENTA**: Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra don Mario Mingo.

El señor **MINGO ZAPATERO**: Buenos días, señorita. Bienvenido, señor subsecretario, a esta Comisión en su primera comparecencia y en un tema que, como ha dicho el portavoz socialista, es un poco árido pero tiene una indudable trascendencia. Es el momento de mayor trascendencia a la hora de marcar las políticas del Gobierno para todo el año próximo.

En esta ocasión, en concreto en Sanidad y Consumo, el escenario ha cambiado radicalmente. Los presupuestos en Sanidad eran de extraordinaria magnitud, de muchos millones de euros, porque venían a sufragar los gastos de la asistencia sanitaria. Sin embargo, los dos más importantes acontecimientos que ha habido a principios de este año, que no son otros que los acuerdos de financiación completos en relación con todos los grupos políticos y con las comunidades autónomas y el proceso transferencial de la asistencia sanitaria en todo el territorio español, han condicionado unos presupuestos completamente distintos, por tanto no comparables en su magnitud, en relación con los ejercicios anteriores. Es verdad que la comparación puede ser realizada con bastante verosimilitud en el sentido de que políticas de promoción de la salud, políticas de educación de la salud, políticas en relación con la Agencia de Seguridad Alimentaria o con relación al medicamento venían contempladas en ejercicios anteriores y lo serán en el futuro. Por eso, al igual que otros portavoces que me han precedido en el uso de la palabra, le quiero demandar, señor subsecretario, tres cuestiones generales.

La primera de ellas, ya contemplada en los presupuestos, una serie de prioridades políticas. Dentro de los objetivos políticos, me gustaría, en primer lugar, que me explicara cuáles son las prioridades del departamento para el año 2003.

En segundo lugar, cómo se ordena y se cubren económicamente esas partidas. El Gobierno del Partido Popular en los últimos seis años ha incrementado de manera notoria cada año el presupuesto en Sanidad muy por encima del PIB. Los presupuestos para el año 2003 recogen una subida del 7,6 por ciento. Me gustaría, señor subsecretario, y eso es importante para el Grupo Parlamentario Popular, que nos desgranara ese incremento presupuestario en gastos sanitarios, cuáles son las líneas concretas en los distintos aspectos del departamento.

En tercer lugar, hay un aspecto que ha sido comentado por el portavoz del Grupo Socialista, que viene a

recoger la actualidad política y no es otro que la última comparecencia en esta Comisión de la ministra de Sanidad y Consumo, donde expuso las líneas generales del departamento e hizo unas propuestas concretas, trece, para 18 meses. En la misma línea, señor subsecretario, recabo sus opiniones sobre propuestas concretas de la ministra en esa Comisión, para recogerlas en cuantías y en presupuesto para el año 2003.

Muy brevemente, paso a exponerle cuáles son los puntos que el Grupo Parlamentario Popular tiene interés con relación a algunos hechos concretos. La primera cuestión es que se está llevando a cabo, o va a empezar este mismo mes, la consolidación de empleo de los profesionales interinos en el Sistema Nacional de Salud en relación con la ley que aprobamos en el año 2001. Hay una partida presupuestaria en este sentido y me gustaría que me explicara el desglose de estos gastos en relación con la realización de ese proceso selectivo.

La segunda cuestión afecta a la dotación presupuestaria para el Hospital Clínico de Barcelona. ¿Cuál es la finalidad de ese presupuesto?

La tercera cuestión tiene que ver con el incremento, no sólo en Canarias sino en otras regiones y en otras comunidades autónomas españolas, en relación con la política sanitaria, de los inmigrantes. ¿Qué medidas tiene previstas el Gobierno tomar en los presupuestos para el año 2003 sobre esta materia?

La cuarta cuestión atiende a una de las grandes preocupaciones que tienen los discapacitados. Me estoy refiriendo en concreto a una propuesta, que está en estudio, para facilitar la inclusión del lenguaje braille en los envases de medicamentos. ¿Tiene prevista el Gobierno alguna actuación en este sentido?

Uno de los aspectos de trascendencia en esta Comisión fue la aprobación de una ley que venía a dar ayudas sociales a las personas afectas de hepatitis C, secundarias a tratamientos de hemofilia o de coagulopatías congénitas. No he encontrado ni un solo incremento presupuestario que venga a avalar con dinero las ayudas sociales para estas personas, y eso fue recogido en la Ley 14, de 5 de junio de 2002. La pregunta concreta es: ¿cómo van a pagarse estas ayudas?

Con relación a la Agencia Española del Medicamento, en el capítulo 2, crece 3 millones de euros, y la mayor parte de ese epígrafe se contempla bajo objetivos de publicidad y propaganda. Me gustaría, señor subsecretario, que me dijera qué tipo de acciones se van a desarrollar en relación con este asunto.

Por último, en el programa 443, en defensa de los consumidores y de atención al ciudadano, existen unas partidas presupuestarias para las juntas arbitrales y las corporaciones locales. Recabo de usted, señor subsecretario, cómo se van a repartir estas partidas, cuáles son los objetivos y cuál es el procedimiento que se va a llevar a cabo.

Estas son las preguntas concretas que el Grupo Parlamentario Popular le quiere transmitir.

La señora **VICEPRESIDENTA**: Para la respuesta, tiene la palabra el señor subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo, don Pablo Vázquez Vega.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Vázquez Vega): Gracias a todos los grupos presentes en la Cámara por su recibimiento.

Intentaré contestar lo mejor posible a los temas que me han propuesto. Algún detalle le dejaré al secretario general de Sanidad, porque si no, no quedaría justificada del todo su presencia. Si les parece, voy a ir contestando a las preguntas generales y después lo haré, con mayor detalle, a las concretas.

El primer aspecto que se debería de destacar a mi juicio es que, efectivamente, realmente resulta difícil comparar el presupuesto del año 2003 con los presupuestos de años anteriores, básicamente por dos motivos, y son muy conocidos: el primero, se ha producido una reducción sustancial de gastos sanitarios (uno mira los presupuestos y son sensiblemente inferiores a los de años anteriores) que, como también conoce muy bien la Cámara, se debe a las transferencias que se realizaron a las comunidades autónomas que todavía tenían pendiente este servicio y que han supuesto unos cambios muy sensibles. Por eso las comparaciones nos van a ser a todos complicadas. Me parece importante destacar que el primer objetivo que nosotros hemos buscado cuando hemos elaborado estos presupuestos es que aumentara el gasto en sanidad, nos parecía que sanidad era un gasto que debía aumentar porque es un gasto social, porque puede ayudar a mejorar la vida de los ciudadanos y así lo hemos intentado. De hecho, como ustedes también conocen muy bien, la política de sanidad en la Administración General del Estado crece un 7,6 por ciento, de nuevo por encima del producto interior bruto.

¿Cuáles son las prioridades que quiere llevar a cabo el Ministerio de Sanidad y Consumo que se han planteado en varias ocasiones por varios grupos? El Ministerio, como no puede ser de otra manera, pretende llevar a cabo los objetivos que planteó la ministra hace unas semanas. En concreto, nosotros nos hemos fijado cinco grandes objetivos. (Ya sé que los grandes objetivos siempre son genéricos, pero después podré bajar con cierto detalle a ellos.) El primero es la mejora del Sistema Nacional de Salud, su coordinación; el segundo es la planificación y coordinación de la salud pública; el tercero es la seguridad alimentaria o la puesta en marcha de la Agencia de Seguridad Alimentaria; el cuarto se refiere a la ordenación y al control de medicamentos y productos sanitarios y, finalmente, el quinto se refiere básicamente a la investigación que se lleva a cabo desde el ministerio, sin olvidarme, por supuesto, del que se refiere, y sería el sexto objetivo, a la defensa de los consumidores.

¿Cómo se refleja en los presupuestos lo que presentó la señora ministra el 18 de septiembre? Lo habremos

hecho con mejor o peor fortuna, pero nuestro objetivo claro a la hora de elaborar los presupuestos es que hubiera una traslación lo más perfecta posible, y en la medida en que se podía, de las prioridades que planteó la ministra a los Presupuestos Generales del Estado. He pedido que me acercaran las prioridades por ir las viendo y dar un cierto detalle en contestación a lo que me han planteado porque no las tenía —tengo muchos papeles, pero no probablemente el más básico—. Si se acuerdan de los tres objetivos, lo primero que planteó la ministra fue presentar la ley de calidad y coordinación para discusión ante esta Cámara. Entendemos que la presentación de la ley de calidad y coordinación supone unos gastos que están incorporados en el capítulo 01 para reuniones con comunidades autónomas, con expertos y, lógicamente, con personal del ministerio —eso va de suyo— para discutirla, pero —y ya hablaremos un poco del detalle en sí de la ley— nosotros no pretendemos que suponga un incremento del gasto público. En segundo lugar se dice que se llevarán a cabo planes integrales de salud, es decir, acciones coordinadas de lucha contra las enfermedades de mayor impacto. Como detallará el secretario general de Sanidad, nosotros pensamos llevar a cabo los planes integrales en el caso del Plan oncológico y del Plan cardiovascular, utilizando como base el CNIO y el CNIC que son las dos fundaciones que están en el Carlos III, que pretendemos sirvan como elemento catalizador del esfuerzo que hagan la Administración General del Estado y, lógicamente, las comunidades autónomas, con el fin de mejorar en estas enfermedades. En tercer lugar —decía la ministra— crearemos la agencia de calidad del Sistema Nacional de Salud. De nuevo, se trata de un compromiso que queremos incorporar en la ley de coordinación, pero como en su desarrollo no sabemos si va a ser posible o no que la agencia esté en funcionamiento a lo largo del año 2003, no le hemos incorporado ningún crédito en concreto. En cuarto lugar la ministra se refirió a fortalecer los derechos de los pacientes, sea cual sea su grado de atención, su acceso a las mismas prestaciones, su derecho a conocer los tiempos de espera, la calidad de los servicios y a poder elegir. Si les parece, como el tema de las prestaciones exige un tratamiento especial, me van a permitir que lo deje un momento aparcado para cuando entremos en el tema del fondo de cohesión y en las prestaciones. En quinto lugar tenía la ministra como objetivo prestigiar el trabajo que realiza el personal sanitario. Simplemente les recuerdo que este objetivo queremos llevarlo a cabo básicamente a través de la culminación del proceso de estabilidad y consolidación de empleo, que está en marcha y que seguirá en marcha este año y probablemente el siguiente e incluso es probable que se llegue hasta el año 2005, y después, con algunas actuaciones que de nuevo se incorporarán básicamente en el estatuto marco, que también, como saben, la ministra ya anunció que se llevaría a la Cámara en principio

antes de final de año. En sexto lugar decía la señora ministra que se impulsaría la Agencia de Seguridad Alimentaria; dotar con más de 10 millones de euros como primer presupuesto a la Agencia de Seguridad Alimentaria supone un compromiso al menos fuerte de un ministerio que, como bien ustedes conocen, no tiene un presupuesto excesivamente holgado, me parece una apuesta clara del ministerio por que esta agencia se haga y se haga bien, si es posible al nivel de lo que existe en otros países europeos.

Decía, por intentar ser lo más detallado posible en las preguntas que me han formulado, en séptimo lugar la ministra que pondría en marcha un plan de cooperación, armonización y acciones en salud pública. El primero ya es conocido porque ha salido recientemente en la prensa, es el Plan contra el tabaco. Simplemente quiero decirles que hay una partida presupuestaria prevista en el programa de salud pública para este cometido y no quiero delegar pero sí remitirme al secretario general porque sé que va a hablar de este tema con detalle. En octavo lugar decía la ministra que desarrollaría un plan de política farmacéutica. Nosotros entendemos que este plan no supone un incremento de gasto público, sino todo lo contrario, probablemente una reducción —o queremos al menos, si no, sería poco eficaz—, sobre todo a las comunidades autónomas que son ahora mismo las que soportan este gasto. En noveno lugar elaboraremos un plan de investigación biomédica. Insisto, a lo mejor es una apreciación personal, pero cuando un ministerio dedica casi el 20 por ciento de su presupuesto a investigación es que ha decidido hacer una clara apuesta por la investigación biomédica. Es cierto que este dinero, como es muy lógico, proviene de recursos que vienen de unos pactos que llevó a cabo el equipo de Gobierno que estaba antes en el ministerio y que nosotros, lógicamente, hemos asumido. Podían haberse dedicado a otras muchas cosas, pero ha habido una clara apuesta, porque nos parecía que eso era lo correcto, por la investigación biomédica y por las redes de investigación, en las que luego me detendré. Continúo. En décimo lugar se dice que se llevarán a cabo actuaciones intersectoriales (educación para la salud, salud laboral o seguridad vial). Hay un incremento significativo en la partida de educación para la salud. Después hablaré de la asimetría que tiene, que ha comentado el Grupo Socialista. En undécimo lugar decía la ministra que se llevaría a cabo la mejora de medios humanos y materiales en Ceuta y Melilla. Como detallará el secretario general, se ha hecho un esfuerzo muy significativo en estas dos ciudades autónomas tanto en inversiones —básicamente un nuevo hospital— como de mejora de las condiciones laborales de las personas que desempeñan allí su labor; es significativo y palmario en el presupuesto. En duodécimo lugar decía la ministra que se buscaría el protagonismo de los ciudadanos y de las asociaciones. Creemos de nuevo que se ha hecho un incremento sustancial, si no

me lío con los papeles, en cuanto a las dotaciones a asociaciones. Las asociaciones de consumidores están realizando un papel que nosotros consideramos muy importante de asesoramiento a toda la Administración general del Estado y que necesitan en la medida de lo posible y en la medida en que nosotros hemos sido capaces de obtener recursos un incremento de su financiación. En decimotercer lugar decía la ministra que estamos comprometidos con las nuevas herramientas de protección a los consumidores, que se fortalecerá el Consejo de consumidores, impulsaremos disposiciones, se actuará de oficio cada vez que sea necesario y sobre todo no nos cansaremos de explicar cuáles son sus derechos. La apuesta que después detallaré sobre mejora del sistema arbitral de consumo, la mejora en 600.000 euros para llevar a cabo el programa de salud en la red, con idea de que tengan un mejor acceso y la puesta en marcha de un *call-center* que pueda las 24 horas del día dar atención a todos los consumidores sobre cualquier problema que pueda presentarse, nos parece que es un esfuerzo significativo en un ministerio que, como bien conocen ustedes, ahora ya no es de los de mayor volumen, por mejorar esa atención a los ciudadanos. Las trece prioridades que presentó la ministra, tienen un reflejo —así, al menos lo entendemos nosotros— bastante claro en el presupuesto.

Voy a contestar algunas de las preguntas o comentarios que se me han formulado. En primer lugar, se ha planteado, como no podía ser de otro modo, dónde está la dotación presupuestaria para financiar las nuevas prestaciones que la ministra ha prometido llevar a cabo en el próximo año. Me gustaría hacer un par de precisiones con el fin de ser lo más literal posible al reproducir las palabras que pronunció la ministra. La ministra en ningún momento —así se recoge en el «Diario de Sesiones»— habló de que iban a aumentar las prestaciones. La ministra planteaba —y yo creo que resulta razonable— que parece sensato que en el Sistema Nacional de Salud existan unas prestaciones básicas a las que todos los ciudadanos tengan igual acceso. Las prestaciones de las que ella ya habló —este tema le corresponde más al secretario general, pero no quiero que parezca que queremos delegar para que nadie conteste— ya están incorporadas en el catálogo. No estamos hablando de nuevas incorporaciones en el catálogo. Estas nuevas incorporaciones deben ir en la ley de coordinación, se debe hablar con las comunidades autónomas, porque ellas en este sentido tienen mucho que decir, si consideran o no que una determinada prestación debe incorporarse al catálogo. El objetivo del Gobierno y de la ministra cuando tuvo lugar esta comparecencia no era ampliar el catálogo de prestaciones, sino simplemente estaba dando un criterio que parece razonable y que nosotros queremos poner en la ley de coordinación, como es que todos los ciudadanos de este país tengan acceso a unas prestaciones básicas iguales en todas partes. Por supuesto que las comunidades

autónomas, en el ejercicio de su autonomía, podrán, adicionalmente, aumentar o mejorar esas prestaciones en determinadas condiciones que también nosotros pensamos regular, pero quiero insistir —porque creo que no se ha recogido demasiado bien en la prensa— en que el objetivo es igual acceso a las mismas prestaciones. Tal y como nosotros estamos diseñando el fondo de cohesión —y a ello se referirá con más detalle el secretario general— puede ser un instrumento capital para llevar a cabo esa incorporación de nuevas prestaciones. En el diseño que se está realizando del real decreto sobre el fondo de cohesión se puede establecer la vía para que nuevas prestaciones en un futuro puedan formar parte del Sistema Nacional de Salud.

La portavoz del Grupo de Coalición Canaria preguntaba qué va a ocurrir con el fondo de cohesión, si se va a distribuir este año, cuáles van a ser los criterios y qué va a ocurrir con el tema de los desplazados. Tenemos la voluntad —y así lo hemos hablado con el Ministerio de Hacienda— de que se distribuyan las partidas previstas —los 10.000 millones— en los presupuestos antes de que termine el año. Esa cantidad es un fondo que está llamado a ser una pieza clave del sistema de financiación de la sanidad y queremos alcanzar el mayor consenso posible con las comunidades autónomas y, al mismo tiempo, tener en cuenta las restricciones que nos plantea, como es lógico, el Ministerio de Hacienda. Hemos dado ya una primera explicación a las comunidades autónomas, pero queremos seguir negociando. De ahí que nosotros estemos pensando en llegar al mayor consenso posible sobre cuáles deben ser los criterios de ese fondo de cohesión.

Respecto a los desplazados que por razones de trabajo tienen que pasar períodos largos de tiempo fuera de su comunidad autónoma, es un tema que debe ser considerado, que se está negociando ahora mismo con las comunidades autónomas y sobre el que no me quiero pronunciar porque no es el foro adecuado, deben ser las comunidades con el ministerio las que lo hagan. La portavoz del grupo canario comentaba la dificultad de estabilizar el gasto y los problemas con el pacto que posteriormente se han generado. Haré un par de comentarios que espero den respuesta a sus preguntas. En primer lugar, nosotros no estamos contentos con el incremento del gasto farmacéutico y sus cifras son claramente mejorables. Aunque exista un límite máximo del 9,5 por ciento, que es más o menos la cantidad que se acordó como tope de crecimiento, debemos abordar una serie de medidas de carácter estructural que consigan reducir sustancialmente el gasto. En esa línea la ministra en su comparecencia del día 18 detalló un conjunto de medidas. Ayer en el Consejo Interterritorial tuvimos ocasión de comentar con los consejeros informalmente este mismo asunto y había una convergencia clara. En otros temas va a ser más difícil llegar a un acuerdo con las comunidades autónomas, pero en el tema de farmacia es bastante sencillo, sobre todo por-

que los dos tenemos claro que el objetivo es contener el gasto. Estamos planteando posibilidades de cómo incorporar a las comunidades autónomas en el tema de farmacia; dado que son ellas las que soportan el gasto, hay que ver cuál es el mejor modo, preservando las competencias exclusivas del Estado, que esas por mandato constitucional no debemos perderlas. De igual manera queremos —y así lo anunció la ministra— incorporar a las comunidades autónomas ese gran pacto farmacéutico. Se decía que en el Carlos III había 2.000 millones que eran para formación en el capítulo 4 y me preguntaban que adónde iba esa cantidad. Ese dinero, que viene de farmaindustria, se va a dar a las comunidades autónomas para que hagan políticas de uso racional del medicamento. Ese es nuestro objetivo y por eso están en el capítulo 4 para que puedan ser transferidas.

El proyecto que tiene el ministerio sobre la investigación es que el dinero no se quede en el Carlos III, sino crear unas redes desde las comunidades autónomas, intentando ganar sinergias y atendiendo lo mejor posible las necesidades de investigación, para que revierta claramente en las comunidades autónomas. El Carlos III no forma sino mínimamente parte de esas redes. Es decir, el dinero que va a redes, que a donde va, básicamente, el dinero de farmaindustria, irá al final a las comunidades autónomas, no queda en el Carlos III físicamente.

La portavoz de Coalición Canaria me preguntaba sobre la posibilidad de establecer algún tipo de convenio entre el ministerio y las comunidades autónomas para la sanidad exterior. Los dos coincidimos en el objetivo de mejorar la sanidad exterior, es una faceta de las competencias del Estado que todavía es claramente mejorable, pero estamos abiertos a la posibilidad de convenios y creo que entre las dos administraciones podríamos ver cuál es mejor manera para ser más eficaces. Ese es el objetivo claro, si podemos dar un mejor uso de los recursos, estaremos más que abiertos.

A continuación me dirijo al Grupo Socialista. Creo que ya he detallado los trece compromisos y he dicho dónde están recogidos. Estas son nuestras grandes prioridades, como no puede ser de otra manera, en el presupuesto. Me comentaba el portavoz del Grupo Socialista que en el tema del sida el Gobierno no ha mejorado sensiblemente sus partidas, sino que simplemente ha consolidado lo que había gastado hasta ahora y en el caso de la ayuda para la fundación de Barcelona se había eliminado. **(El señor Arola Blanquet: No lo he dicho, pero lo sé.)** Se lo digo yo. Como es muy lógico, se prioriza buenamente donde se puede y el Gobierno ha priorizado en el sida la ayuda internacional y me explico. En el orden del día de la Comisión de Subsecretarios del próximo miércoles irá una ayuda, la aprobación de la aportación española al fondo global de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria, que supone un importe de 50 millones de dólares que desembolsará el Gobierno español y que irán al Banco

Mundial que hace de fideicomisario de ese fondo a través de una fundación. De esta manera, España cumple el compromiso que había asumido a finales del 2001 y hace una aportación sustancial a la lucha contra el sida, en este caso en el ámbito internacional, es decir, lo que no hemos priorizado esta vez a nivel interno lo hemos priorizado en el internacional.

En cuanto a la liquidación de presupuestos del año 2002, no la tenemos, pero me comprometo a enterarme de qué ha ocurrido con las cuestiones que ha planteado para la liquidación del 2001 y dónde se encuentran. Me ha comentado también el portavoz del Grupo Socialista que la memoria de objetivos viene siendo repetitiva y que no se le presta demasiada atención. Hemos intentado prestarle atención porque hemos cambiado los programas y eso nos obligaba, aunque sólo fuera, a volver a leerla. Puede haber fallos, errores, simplemente duplicaciones que intentaremos subsanar para la redacción definitiva.

El Grupo Socialista, si no he entendido mal, me preguntaba por qué baja el 411.A y sube el capítulo 2, que era sorprendente. La explicación básica que tiene eso es que a través del 411.A que es el servicio 01, gastos de personal, se ha reestructurado el ministerio y la subsecretaría, es decir, antes dependían directamente de la Secretaría algunos órganos que ahora han pasado a depender de la Dirección General de Consumo y Atención al Ciudadano. En cuanto al incremento que se ha producido en el capítulo 2, le daré cumplida respuesta porque no sé por qué sube el artículo 22, de material, suministros y otros. En relación con las inversiones reales que también me ha comentado, se refiere básicamente a una mejora que queremos llevar a cabo en el ministerio, que como bien sabe ya tiene 25 años. Es un edificio antiguo que tiene un problema con la cerrajería, los cristales, las ventanas del ministerio y vamos a acometer un proyecto de mejora de ese inmovilizado. Esperamos llevarlo a cabo en varios años y este año consignamos esa partida.

En cuanto al 411.B, ayuda para uso racional del medicamento, básicamente es dinero que va a las comunidades autónomas para que hagan frente o lleven a cabo los programas que les parezcan oportuno. ¿Por qué en la Agencia del Medicamento? El Grupo Socialista comentaba que en la Agencia del Medicamento se ha producido un incremento muy sustancial en el capítulo 2. El objetivo de ese incremento es básicamente llevar a cabo campañas que sirvan para una mejor utilización de los fármacos, es decir, queremos llevar a cabo una política integral de control farmacéutico y debemos concienciar a los ciudadanos sobre lo que suponen los medicamentos, en concreto, los antibióticos y otro tipo de prestaciones a las que tienen acceso. Nos ha parecido que la Agencia del Medicamento era el mejor instrumento para llevar a cabo esos programas.

El portavoz del Grupo Socialista me pedía un mayor detalle sobre las juntas arbitrales. En el capítulo 4,

transferencias corrientes, hemos creado dos artículos nuevos, el 45 y el 46, para un mejor cumplimiento del artículo 3 del real decreto de 1993, regulador del sistema arbitral de consumo, que establece que sean las administraciones territoriales —comunidades autónomas y corporaciones locales— las que soporten los oportunos costes de gestión. Nos parece que el crecimiento del número de asuntos, su complejidad y las mayores exigencias procedentes de los compromisos derivados de la Unión Europea obligaban a una contribución financiera del Estado. Hemos estimado 1.364 euros por junta, de acuerdo con el coste estimado de las funciones que realizan, que se elevan en un 10 por ciento para las comunidades autónomas por su específica tarea de cooperar en la coordinación de las juntas existentes en su ámbito. Seguro que me dejo algo sin contestar, pero me lo recuerdan.

En relación con el Grupo Popular, he contestado a las tres cuestiones más generales que me ha planteado. En el caso de la consolidación de empleo, déjeme indicarle que hemos previsto un gasto en el año 2003 de 2.358 miles de euros que van dirigidos a gestionar el proceso de las 286.000 solicitudes presentadas. Para garantizar de la mejor manera posible el procedimiento, hemos decidido llevar a cabo una contratación externa en las tareas de gestión. También se incluyen en esta partida los gastos para la asistencia e indemnizaciones de los miembros de los tribunales.

Me preguntaba también el Grupo Popular cuál es la finalidad o cómo se justifica la situación del hospital Clínico de Barcelona. Como saben, es un hospital con un patronato formado por la Administración general del Estado, por la Diputación de Barcelona y antiguamente por el Ayuntamiento de Barcelona, porque se retiró hace unos años. Nos parece que la situación del hospital Clínico es atípica dentro del Sistema Nacional de Salud y queremos intentar que a lo largo del próximo año se alcance algún tipo de acuerdo con el Servei Català de Salut para que se incorpore de alguna forma, y habrá que ver cómo se articula dentro de los servicios sanitarios de la Comunidad Autónoma de Cataluña. Una condición básica era solventar los déficit que tenía arrastrados desde hace varios años y para eso se incluyen 7,81 millones de euros en los presupuestos de Sanidad y Consumo. De la misma manera, en el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte que también está presente en el patronato, se incluyen unas partidas para eliminar la deuda y hacer posible un acuerdo con la Comunidad Autónoma de Cataluña que le dé mayor claridad en el futuro a este importantísimo hospital de nuestro país.

Mi grupo preguntaba también qué ocurre con la atención sanitaria de los inmigrantes, tema que es importante. Es bien conocido que la atención sanitaria corresponde básicamente a las comunidades autónomas que son las competentes en la asistencia sanitaria. Sin embargo, el Ministerio tiene un convenio, como es

bien conocido también, de colaboración con la Cruz Roja española para el reconocimiento médico de los extranjeros y atender posibles riesgos de salud pública en los dos puntos fundamentales de entrada ilegal, que son los de Algeciras y Tarifa. Además, tenemos un convenio para la atención de los centros de estancia temporal de inmigrantes en Ceuta y Melilla y tenemos que llevar a cabo una serie de programas que no voy a detallar ahora. En cuanto a atención a inmigrantes, quiero recordar que el sistema de financiación, tal y como está diseñado, es un sistema capitativo. En su normativa de desarrollo crea un fondo de cohesión, que podría contemplar la situación de algunas comunidades autónomas que soportan un elevado número de inmigrantes. Por otra parte, el sistema de financiación establece las asignaciones de nivelación, con el fin garantizar los dos servicios fundamentales que se atienden desde las comunidades autónomas, la sanidad y la educación, de tal manera que establecen que cuando la población protegida en una comunidad autónoma supere más de un tres por ciento de la media nacional, recibirá una transferencia destinada a sufragar la diferencia de coste en la prestación del servicio sanitario. Con estas salvaguardas, la Administración general del Estado permite que las comunidades autónomas puedan gestionar la atención sanitaria de los inmigrantes.

Me preguntaba el Portavoz del Grupo Parlamentario Popular por una disposición relacionada con el lenguaje Braille. En la ley de medidas que acompaña a la ley de presupuestos se ha establecido que habrá una exención de tasa para aquellas presentaciones farmacéuticas que incorporen el lenguaje Braille en la presentación del producto. ¿Por qué no se incorpora a los presupuestos la partida para atender a los pacientes que tuvieron problemas con el VHC? La razón fundamental de que no lo hayamos incorporado en el año 2003 es porque está en tramitación un reglamento para dar cobertura a ese gasto. Estamos gestionando con el Ministerio de Hacienda un suplemento de crédito que nos permita, mediante un anticipo de tesorería, hacer frente a todas esas ayudas que estableció la ley a la que se han referido. Respecto a la Agencia Española del Medicamento, ya he comentado el tipo de acciones que quiere llevar a cabo. Son acciones dirigidas al ciudadano para que sea más consciente de los efectos de los medicamentos. En cuanto a las juntas arbitrales, también lo he comentado.

La señora **VICEPRESIDENTA**: Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra el señor Arola durante cinco minutos como máximo. Tenemos que estructurar el tiempo de forma que cada comparecencia no dure más de hora y media, por las razones que S.S. conoce.

El señor **AROLA BLANQUET**: Intentaré ceñirme al tiempo.

Señor subsecretario, he de reconocer que ha hecho usted el esfuerzo de contestar y le agradezco que se comprometa. Hay algo que me ha llamado la atención y no es mi intención reabrir el debate. Ha dicho usted que la ley de consolidación de empleo puede llegar hasta el 2005, pero había una disposición transitoria que hablaba de un período máximo de 18 meses. Algo tendremos que cambiar. Estamos dispuestos a estudiarlo porque no vamos a poner en peligro la consolidación de empleo por una transitoria en la que tal vez hubiéramos puesto un plazo excesivamente corto.

Sobre el sida, el subsecretario dice que el dinero del año 2002 justifica la no subida de 2003 a través de una modificación presupuestaria. Al menos en el Ministerio de Sanidad esa cantidad que ha citado para este convenio internacional supera con creces todas las partidas de 2002 que había. Dice usted que en el programa 411.B, Formación sanitaria —por el que también le he preguntado—, ayudas de formación y uso racional del medicamento, se iban hacer campañas, pero añade que son transferibles porque es capítulo IV —que no II— a las comunidades autónomas. Me gustaría que me lo aclarara. No es momento de preguntarle cuáles son los criterios, porque habrá que esperar a ver cómo se desarrolla este programa. Sobre el resto de las cifras, como no las ha discutido, no voy a reabrir el debate. Le he preguntado sobre la Agencia de Seguridad Alimentaria. Reconocemos presupuestariamente que aparecen esos seis millones, se los he desglosado antes, pero quiero saber dónde estaba el decrecimiento. S.S. estará en condiciones de contestarme ahora o en un futuro inmediato.

Respecto a las 13 prioridades y a los 18 meses, no intentaba reabrir un debate sobre la comparecencia de la ministra, lo que le pedía era el reflejo de partidas presupuestarias. Pero si sigo su mismo método, de la primera reunión, planes integrales de salud al CENÍO, es decir Carlos III, creación de la Agencia del Sistema Nacional de Calidad, me remite usted a la ley. Fortalecer los derechos a los pacientes, lo remite usted *ad kalendas graecas*. La ministra citó cuatro: salud bucodental, tratamiento de la esterilidad, salud mental y trastornos alimentarios. Dada su intervención, supongo que entiende que hay distintos niveles en los diferentes servicios de salud. ¿Va haber aportación presupuestaria o va haber aquello que decía coloquialmente de yo invito y tu pagas? Prestigiar el trabajo que realiza el personal sanitario. La ministra habló del desarrollo de la carrera profesional, y en mi opinión, señor subsecretario, dicha carrera tendrá que tener una partida presupuestaria en su momento. Cuando habló de impulsar la Agencia de Seguridad Alimentaria, la ministra se refirió a mandar un documento estratégico antes de que acabara el 2002. Usted no lo ha citado, pero le pregunto qué tal va. ¿Llega? Le han preguntado por la partida del tabaquismo pero no ha respondido. Lo tiene usted complicado. Plan de política farmacéutica y buen uso de los medicamentos. Ya nos ha dicho que está en los

capítulos II y IV; plan de investigación biomédica, pactos; impulso de actuaciones intersectoriales; sube la educación para la salud, ya se lo he dicho, el 133 por ciento. Es curioso que otras partidas suban el 1,9 por ciento, también se lo he dicho. No tienen reflejo presupuestario las prioridades de salud laboral, de seguridad vial y de obesidad infantil. ¿Es correcta mi conclusión de que de estas cuatro sólo una, la de educación para la salud, tiene reflejo presupuestario, que es a lo que estoy intentando ceñirme? No le hablaré de Ceuta y Melilla, tampoco hablaré de incorporar las opiniones de los ciudadanos, porque ya se venían haciendo encuestas y estarán en esa memoria. Finalmente, respecto a la protección a los consumidores y a fortalecer al consejo, reconocerá S.S. que, aparte de las juntas arbitrales, no tiene más que 300.000 euros.

Termino y me remito a las opiniones que ya he manifestado antes; le agradezco, eso sí, el esfuerzo que ha hecho contestando y el resto, como es obvio, señor subsecretario, señora presidenta, queda para otro momento de debate de estos presupuestos.

La señora **VICEPRESIDENTA**: Por el Grupo Parlamentario de Coalición Canaria, tiene la palabra la señora Julios.

La señora **JULIOS REYES**: Quisiera reiterar el agradecimiento al señor subsecretario por sus explicaciones y hacer algunas reflexiones en estos cinco minutos. Cuando hablamos del fondo de cohesión, se tiene que concretar en una realidad porque, en buena lógica, no puede ser un fondo sin dotación para sufragar los gastos sanitarios cuando tiene límites presupuestarios. Me explico. Nos decía S.S. que en estos momentos se está intentando lograr un consenso sobre los criterios teniendo presente las restricciones que impone Hacienda. Puede haber una contradicción puesto que los criterios que queremos incluir en el fondo pueden ser ilimitados, pero si éste tiene un límite establecido en los presupuestos, evidentemente no va a dar para todo. Me parece lógico que se establezca un consenso en el Consejo de Política Fiscal y Financiera a la hora de hacer operativa la distribución a la hora de concretar esos criterios y después ver qué variables se utilizan y cuáles son los mecanismos para cuantificarlas y distribuirlas entre las comunidades autónomas en el seno del Sistema Nacional de Salud, pero lo cierto es que ha de hacerse sobre lo que ya existe. No podemos estar introduciendo nuevas variables cuando no hay nuevas partidas presupuestarias porque, si no, ponemos al Sistema Nacional de Salud en una situación compleja, pues se le ofrecen al ciudadano mejoras cuantitativas y cualitativas en las prestaciones, pero no se dotan los medios necesarios para que todas las administraciones, las autonómicas y la del Estado, puedan hacerlo realidad. Los mensajes que transmitimos tienen que ser clarificadores por la complejidad del Sistema Nacional de

Salud. Hago también ese comentario en relación con las prestaciones. Comparto la necesidad de igualar el acceso a las prestaciones básicas del catálogo del Sistema Nacional de Salud y probablemente la Unión Europea camine en el sentido de que los europeos reciban unas prestaciones sanitarias públicas homologables porque se está hablando de la movilidad de los ciudadanos en los países europeos, para llegar a lo cual hay que homogeneizar el contenido de las prestaciones.

Cuando la señora ministra compareció y se refirió en concreto a algunas prestaciones —creo recordar que hablaba de la salud bucodental—, se ponía el ejemplo de que el catálogo de prestaciones abarca hasta un punto, pero que otras comunidades autónomas como el País Vasco o Navarra ofrecen. Todos quisiéramos ofrecer a nuestros ciudadanos ese conjunto de prestaciones que están dando esas comunidades autónomas, pero estamos hablando de comunidades que tienen un sistema de financiación distinto, cuantitativa y cualitativamente, y que no formó parte del pacto de financiación del resto de las comunidades autónomas en el Sistema Nacional de Salud. Estamos de acuerdo en que todos tengamos igual acceso, pero habrá que igualar también en muchos aspectos las condiciones de partida en cuanto a la financiación de las comunidades autónomas.

En lo que se refiere a la política de recursos humanos, que tiene que ver con la Ley de estabilidad en el empleo, usted comentó que había unas partidas presupuestarias que tienen que ver fundamentalmente con la gestión de las solicitudes y de la asistencia a tribunales. ¿Se refiere S.S. al antiguo territorio Insalud o a todo el Sistema Nacional de Salud que está afectado por esta ley? En segundo lugar, si existe el compromiso del Gobierno adoptado en esa Cámara mediante una moción que presentó también mi grupo, Coalición Canaria, respecto al desarrollo del estatuto-marco y a la trasposición de la normativa europea —en concreto, la llamada normativa de Luxemburgo—, y si se va a enviar a esta Cámara, a nadie se le escapa que el desarrollo de una carrera profesional en el Sistema Nacional de Salud y probablemente la trasposición de la citada normativa conllevará unos costes presupuestarios que se reflejarán en el capítulo I de personal. Son asuntos importantes sobre los que hay que reflexionar y tener en cuenta junto al desarrollo de las normas que hemos comentado.

La señora **VICEPRESIDENTA**: Tiene la palabra el señor Mingo, por el Grupo Parlamentario Popular.

El señor **MINGO ZAPATERO**: Muy brevemente y al hilo de la pregunta que le he hecho al señor subsecretario en relación con la consolidación de empleo, quisiera decir que es verdad que cuando pactamos esa ley abordamos, con un objetivo de prioridad, 18 meses y así se recoge en la propia ley. También es cierto que las expectativas en relación con los exámenes y con los dis-

tintos profesionales —son 266.000 solicitudes— se han desbordado. Por ello, es lógico y comprensible pensar que se va a prolongar más allá de los 18 meses. Recojo, señora presidenta, la opinión y la oferta que ha hecho el Grupo Socialista para que, con los mecanismos legales razonables, se pueda ampliar este tiempo y solicito asimismo al señor subsecretario que los trámites y la gestión sean lo más rápidos posible para llevar a cabo este objetivo que el Gobierno y todos los grupos parlamentarios acordamos, en un acuerdo global, hace un año.

La señora **VICEPRESIDENTA**: Para contestar a las sugerencias realizadas, tiene la palabra el señor subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Vázquez Vega): Voy a ser muy breve porque así me lo indica la presidenta.

En primer lugar, diré que ha habido un error por mi parte a la hora de decir cuánto iba a durar el proceso de consolidación de empleo. En principio, seguimos con la previsión del año 2004; dado que es una ley que hemos consensuado en todo momento, si vemos que es necesario ampliar el plazo, lógicamente lo hablaríamos con todos los que han participado en la redacción de la ley. Lo importante es llevar a cabo el proceso bien y si en algún momento son necesarios un par de meses más o el tiempo que se estime conveniente, no nos importaría, pero nuestro objetivo sigue siendo el del año 2004.

En relación con lo de farmacia quizá mi explicación haya sido algo confusa. En el capítulo IV, en el Instituto Carlos III, van a ir las transferencias a las comunidades autónomas para formar en el uso racional del medicamento. En el capítulo II, en la Agencia Española del Medicamento, va el dinero para las campañas de explicación a los usuarios sobre el uso de los medicamentos. Los decrecimientos en la Agencia de Seguridad Alimentaria se encuentran básicamente en el Instituto Carlos III que traslada el Centro Nacional de Alimentación de un lado a otro y en las subdirecciones de salud pública de la antigua dirección general de salud pública que se han incorporado a la agencia.

La carrera profesional, como todos los complementos retributivos debe asumirla en principio cada comunidad autónoma; la competencia del Estado es fijar las bases comunes de la carrera profesional. Lo que no podemos es hacerlo por nuestra cuenta y riesgo, haciendo que las comunidades autónomas asuman unos costes que no están en condiciones de asumir. Por ello, estamos consensuando con las comunidades autónomas y con los sindicatos el estatuto marco, que es la ley que va a regir la carrera profesional. Nos parece que con nuestra legislación básica no hay una obligación clara en ese sentido.

En relación con la directiva a que ha aludido el Grupo de Coalición Canaria, el anteproyecto del estatuto básico del personal, sobre el que hay un elevado

grado de consenso, no tiene por qué suponer incremento de gasto público ni para las comunidades autónomas porque en él se establece expresamente que la jornada complementaria, es decir las guardias médicas, no tendrán la consideración ni el tratamiento de horas extraordinarias y su retribución se realizará mediante lo establecido por la normativa específica aplicable. En cuanto al tabaquismo, me van a permitir que sea el secretario general el que les conteste, al igual que en lo relativo a las prestaciones.

Entiendo la preocupación del Grupo de Coalición Canaria porque no incorporaremos todo tipo de nuevas necesidades al fondo de cohesión, que nosotros pretendemos que sea eso, básicamente un fondo de cohesión. También quiero recordar que se trata de un crédito ampliable y que está previsto que atienda todas las necesidades que se establezcan en el real decreto.

La señora **VICEPRESIDENTA:** Gracias, señor subsecretario.

Hacemos un descanso de tres minutos para despedir al señor subsecretario. **(Pausa.)**

— **DEL SEÑOR SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD (PÉREZ-SANTAMARINA FEIJOO), A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA DEL CONGRESO (NÚMERO DE EXPEDIENTE 212/001284) Y GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO (Número de expediente 212/001334.)**

La señora **VICEPRESIDENTA:** Señorías, se reanuda la sesión con la comparecencia del señor secretario general de Sanidad, don Rafael Pérez-Santamarina Feijoo, a quien tengo el honor de dar la bienvenida a esta Comisión.

En primer lugar, por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra el señor Fidalgo.

El señor **FIDALGO FRANCISCO:** Señora presidenta, señorías, señor secretario, bienvenido a estas salas parlamentarias a las que esperamos acuda con la asiduidad que la transparencia recomienda. Bienvenido también muy especialmente por su procedencia profesional, muy próxima a mi tierra, Orense. En ese sentido, permítame trasladarle mi satisfacción por el tinte gallego que impregna de nuevo al ministerio. Espero que sea para mejor.

Como portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, quiero iniciar este análisis con un rotundo reproche, no ya por el fondo sino por la forma en que se nos presenta el presupuesto de la función 26. Aunque quedó explicado parcialmente por el señor subsecretario, es bueno reiterarlo. Si ya en el año anterior hacía falta tener artes adivinatorias incorporadas a la condición de diputado para la traducción constante de pesetas a euros, este año la dificultad para la comparación y el análisis se

multiplica además con la alteración funcional, derivada de las transferencias, y con la nueva arquitectura del Ministerio de Sanidad y Consumo, que, por cierto, no creo que tenga medios ni tiempo para consolidarla. En consonancia con los Presupuestos Generales del Estado, la función 26 es poco transparente —así nos lo parece—, hasta el punto de que es imposible —no sabemos si quizás ha sido intencionadamente— cuantificar la presupuestación de la retahíla de intenciones expuestas por la señora ministra en su comparecencia ante esta Comisión el pasado 18 de septiembre y, como acabamos de ver incluso, por la bienintencionada explicación del señor subsecretario. Si a esto añadimos el nuevo sistema de financiación, tras el acuerdo de junio de 2001, aplicado ahora por primera vez sin una normativa previa de coordinación, lo cual es evidentemente grave, se nos presenta a los españoles el sorprendente panorama de no saber qué dinero dedica el Estado a proteger nuestra salud, de acuerdo con el artículo 43 de la Constitución y con la Ley General de Sanidad. A partir de ahí nos queda únicamente la posibilidad de valorar si los 490 millones de euros, más o menos, que quedan para el ministerio, aparte de la gestión sanitaria, serán suficientes para los 143 planes y para el escenario idílico que nos ha presentado la ministra. Señorías, los socialistas no creemos en milagros. Por eso, le ruego al señor secretario que, ahora o por escrito, nos aclare las cuestiones que a continuación voy a detallar con el objeto de tratar con la seriedad debida la correspondencia entre derechos, acciones de Gobierno y los recursos dedicados.

Para empezar debe quedar claro qué porcentaje del PIB dedica España al sistema público nacional de salud y, por tanto, cuál es el presupuesto estimado en euros para el sistema durante el año 2003. Por cierto, aún estoy esperando la respuesta a una pregunta escrita formulada en enero por este diputado al Gobierno en el mismo sentido para el año 2002: es decir, qué porcentaje de PIB se ha dedicado al Sistema Nacional de Salud. Estoy seguro de que en su debido momento nos hará llegar esa información. Debemos saber cómo queda finalmente la función 26, pero adaptada en su estructura presupuestaria a la nueva estructura del ministerio, paralelamente a la definición que se haga de cada programa. Sospechamos que en esta sesión no va a ser posible, pero reitero una vez más que quedamos pendientes de la buena intención que se le supone al señor secretario.

Permítame que le plantee las preguntas concretas siguiendo el análisis de la distribución de su secretaría y de las partidas y programas que nos han presentado. A pesar de que por la mecánica que se ha llevado en la Comisión, determinadas cuestiones ya las ha esbozado el señor subsecretario, le rogaría una mayor concreción. ¿Por qué se recorta el presupuesto de la dirección general de salud pública en 2 millones de euros, a pesar de ser una de las 13 prioridades fijadas por la señora

ministra y teniendo en cuenta que incluye el plan de calidad de sanidad exterior y la modernización de la red de vigilancia epidemiológica, que evidentemente va a necesitar recursos adicionales? Le recuerdo que el Grupo Parlamentario Popular rechazó una proposición no de ley del Grupo Parlamentario Socialista para la mejora de las prestaciones de sanidad exterior en relación con la inmigración, dicha argumentación se remitía precisamente a estos presupuestos. ¿Cuál es la partida presupuestaria dedicada ahora a sanidad exterior? ¿Cuál es la partida presupuestaria dedicada a la mejora de sanidad ambiental y salud laboral, que han sido otras de las prioridades fijadas? ¿Por qué, aun dándose un nuevo incremento en la morbilidad del VIH, se congelan los fondos para el Plan Nacional sobre el Sida y los programas de prevención y promoción de la salud? No nos conformamos con la contestación del señor subsecretario remitiéndonos al fondo global que existe a nivel mundial para este problema.

Es capital, dentro del nuevo organigrama, la Dirección General de Alta Inspección y Coordinación del Sistema Nacional de Salud y estoy seguro de que su responsable va a estar a la altura de lo que esperamos de ella. Por el bien del sistema le animamos a ello y sabe que cuenta con nuestra admirable colaboración. Sin embargo, y tratándose de un órgano tan importante, le ruego que se fije el presupuesto dedicado al Consejo interterritorial y que nos lo digan sin ambages. En este ámbito, quiero recordar que el texto presupuestario anuncia que el Ministerio de Sanidad y Consumo ha de garantizar, a través de los mecanismos e instrumentos de coordinación y cooperación del Estado y de las comunidades autónomas, que nuestro Sistema Nacional de Salud siga siendo un factor de cohesión social y que queden confirmados los principios de equidad, solidaridad interterritorial, etcétera. Sin embargo, ustedes reducen en 6 millones de euros el ya raquítico fondo de cohesión. ¿Por qué? Hablando de cohesión y solidaridad, ¿por qué sólo se dedican sustanciosas partidas presupuestarias —y digo sólo— al hospital universitario Marqués de Valdecilla de Santander y al hospital Clínico y Provincial de Barcelona? ¿Qué piensan hacer con los centros nacionales de referencia, como el de dosimetría de Valencia, Toras de Oviedo o el de parapléjicos de Toledo? ¿Tienen ya claro los criterios globales del reparto del fondo de cohesión? ¿Qué piensan sobre la libre circulación de pacientes y sobre la facturación entre servicios, me refiero a los servicios autonómicos de salud? ¿A cuánto asciende la partida presupuestaria para la tarjeta sanitaria, citada expresamente por la ministra en su comparecencia como elemento clave para esta cuestión? ¿Se contemplan en el presupuesto el posible desarrollo del espacio europeo de salud y las compensaciones a los diferentes servicios de salud por la atención a ciudadanos europeos? En términos de solidaridad, y a pesar de todas las declaraciones grandilocuentes realizadas a las ayudas al

exterior para medicamentos esenciales, medicación anti VIH, etcétera, ¿por qué no se incrementan los fondos para estas actividades solidarias de alto interés sanitario? ¿Cómo se va a cumplir el compromiso contraído en la cumbre mundial sobre el sida, celebrada en Nueva York en el año 2001, en la que España decidió aportar 50 millones de dólares al fondo global? ¿Se contempla algún programa especial de cooperación sanitaria con Iberoamérica? ¿Por qué no se destina ninguna partida presupuestaria a la ayuda sanitaria a los países de Iberoamérica, por ejemplo Argentina, que cuenta con una importante población de origen español, cuando no ostentan la doble nacionalidad, y están sufriendo una crisis que pone en riesgo la más elemental asistencia sanitaria? Consideramos que merecen del Gobierno español una ayuda de emergencia. Sería justo y solidario si tenemos en cuenta, además, que la señora ministra ha anunciado aquí, a partir de enero, un incremento de prestaciones del Sistema Nacional de Salud tales como salud bucodental, salud mental, tratamiento para la esterilidad, cirugía terapéutica de la epilepsia y del parkinson, tomografía por emisión de positrones, etcétera. Volvemos a insistir, ¿en qué partida figuran los euros necesarios? Supongo que es como consecuencia del desfile o carrusel de los diferentes cargos sanitarios en los últimos tiempos, pero no queda claro hasta dónde va a llegar ese incremento de las nuevas prestaciones. Tengo el «Diario de Sesiones» aquí. La señora ministra habló del incremento de nuevas prestaciones. Espero que el aforismo tan de moda de: yo convido y tú pagas no tiente a los responsables ministeriales. Le recuerdo también que está en juego la credibilidad del Grupo Parlamentario Popular. Se han rechazado proposiciones no de ley del Grupo Parlamentario Socialista relativas a la atención bucodental, a discapacitados, a trastornos límites de la personalidad y a trastornos alimentarios, con la disculpa de que ya se contemplaban en los planes del Gobierno. Le ruego que explique pormenorizadamente a los colectivos afectados las dotaciones presupuestarias específicas y las inversiones previstas al respecto. Señor secretario, no todo va a ser reproches. Nos alegramos de que por fin se insinúe un nuevo talante presupuestario en la investigación sanitaria con respecto al Instituto Nacional Carlos III. Parece que en su Gobierno es ya moneda corriente la rectificación, lo cual aún siendo saludable democráticamente no deja de ser evidencia de torpeza y en materia de investigación creemos que ha quedado patente, después de las marañas con Farmaindustria, los retrasos en los centros nacionales en investigación y las propias críticas del director del CNIO. Parece que las protestas han surtido una vez más efecto y ahora esperamos resultados prácticos de una vez por todas. Nos gustaría poder evaluar la actividad del FIS, dado que han desaparecido las tradicionales memorias y anales. Si se dedican, como dice la señora ministra, 27 millones de euros a proyectos trianuales, ¿cuál es exactamente el presu-

puesto del FIS para el año 2003? Se ha anunciado el plan de investigación biomédica pero, ¿cuál es su memoria económica?

La señora ministra citó también entre las prioridades de investigación las necesidades terapéuticas de la población. Le recuerdo que hay muchos grupos de enfermos que están pendientes de la definición de esas necesidades terapéuticas. Por ejemplo, los afectados por el déficit de alfa 1-antitripsina que periódicamente sufren de incertidumbre de la imprevisión del ministerio por la adquisición de prolastina. Afróntese de una vez por todas el estudio de la necesidad terapéutica y actúese en consecuencia facilitando el diagnóstico y el consecuente tratamiento. Hablando de colectivos de enfermos esperanzados: ¿se va a impulsar presupuestariamente la investigación con células embrionarias? En este programa correspondiente a la investigación sanitaria convendría definir la partida a familias e instituciones sin ánimo de lucro. Le rogamos que nos lo desglose exactamente y también lo dedicado a la investigación básica y a las becas que nos parece a todas luces, una vez más, simbólico. Da la impresión que la apuesta por la investigación sanitaria es una vez más o va a quedar en relumbrón. ¿Cuánto va a destinarse a la anunciada agencia de calidad?

No quiero finalizar este somero repaso sin preocuparme por lo que sigue siendo responsabilidad directa de gestión del ministerio, es decir, Ceuta y Melilla. Es preocupante la actitud oportunista del Ejecutivo en relación con estas dos ciudades. ¿O es que no eran evidentes antes sus necesidades sanitarias? De todas formas, bienvenidas sean las mejoras y esperamos que se sustancien en los plazos previstos, pues los 150 millones de euros reservados al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria parecen estar aquejados de las políticas de déficit cero. En este capítulo es preocupante el futuro de la Organización Nacional de Trasplantes, joya de la corona según la ministra, pero que a la hora de la verdad no refleja ese esfuerzo presupuestario que a nuestro entender ha merecido un esfuerzo continuado durante muchos años y que empieza ahora a peligrar. Se ha estabilizado la tasa de donantes y han aumentado las negativas familiares. La alerta está dada y consideramos que deberían tomarse ya las medidas concretas correctoras.

Ya sólo queda recordar que el reto de la atención sociosanitaria brilla por su ausencia en estas cuentas. Es evidente que el ministerio ha dejado para un marco presupuestario menos exigente la atención a los colectivos con mayor grado de dependencia. Una vez más son otros, en este caso las familias, las que cargan con las cuentas propagandísticas del déficit cero. En resumen, señorías, mucho nos tememos que el tan necesario incremento de un punto del PIB para la financiación sanitaria necesaria tendrá que esperar a mejores gobiernos, pues ahora es tal el desbarajuste que ni tan siquiera podemos saber el mínimo preceptivo previsto en el

escenario presupuestario para cada servicio de salud, según lo acordado en el nuevo acuerdo de financiación.

Señor secretario, le queda una gran tarea a realizar. Le deseo mucha suerte.

La señora **VICEPRESIDENTA**: Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Zambrano.

El señor **ZAMBRANO VÁZQUEZ**: Bienvenido, señor secretario general de Sanidad a su primera comparecencia en esta Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados que coincide nada menos que con la presentación de los Presupuestos Generales del Estado que, como todos sabemos, originaron al fin y al cabo la existencia y la razón de la vida de este Parlamento y la de usted con los presupuestos particulares de su secretaría recientemente creada. Siguiendo la pauta iniciada por el portavoz socialista aprovecho para expresar mi satisfacción por el tinte extremeño que ha recibido el ministerio con la presencia del señor subsecretario que ha comparecido anteriormente.

Quiero empezar señalando que son los primeros presupuestos que no contemplan la carga o el importante montante correspondiente a la asistencia sanitaria, ya que ha sido transferida a todas las comunidades autónomas, a excepción de las ciudades de Ceuta y Melilla, por cierto, transferencias que se han hecho de forma muy satisfactoria para todos. La creación de la Secretaría General de Sanidad de la que usted es responsable responde, en palabras de la señora ministra de Sanidad y Consumo, a la necesidad de potenciar las funciones de coordinación interterritorial y de potenciar la comunicación de los ciudadanos y la protección del derecho de los consumidores, de contar con las herramientas para mejorar la calidad del sistema, a fin de reforzar la coordinación interterritorial y fomentar una asistencia sanitaria humanizada y de calidad y la evaluación del funcionamiento y prestaciones del Sistema Nacional de Salud, asegurando, cómo no, la equidad y accesibilidad de sus servicios y la promoción de políticas de salud orientadas a las enfermedades prevalentes. De ahí la importancia de la secretaria general de la que usted es titular ya que por primera vez se integran la asistencia sanitaria y la salud pública, lo que sin duda pensamos redundará en una mejora importante del funcionamiento de la Administración pública, y en la que se centralizan todas las acciones en las que el ministerio tiene funciones compartidas con las comunidades autónomas. Además, asume la gestión singular de las ciudades de Ceuta y Melilla en las que el ministerio mantiene la responsabilidad directa de la asistencia sanitaria, a través de la formación del Instituto Nacional de la Salud en el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, adecuando su estructura a los cometidos actuales una vez ultimadas, como hemos dicho, las transferencias a las 10 comunidades autónomas que faltaban, asumiendo también como todos sabemos, la gestión del Centro

de Dosimetría y de la Organización Nacional de Trasplantes, aparte de las actuaciones que conllevarán la liquidación de todas las obligaciones contraídas por el ya extinto Instituto Nacional de la Salud.

Voy a empezar diciendo que el Grupo Parlamentario Popular hace una valoración positiva de los presupuestos para la Secretaría General de Sanidad, ya que —no creemos en milagros— mantiene la continuidad en el crecimiento que ha caracterizado todo este ya largo sexenio del Gobierno del Partido Popular y porque creemos que inician y verifican las grandes apuestas que el Ministerio de Sanidad y Consumo tiene planteadas después de su reestructuración, adecuándose a su papel a desempeñar una vez transferido todo el Sistema Nacional de Salud, con excepción, como he dicho anteriormente, de la asistencia sanitaria de las ciudades de Ceuta y de Melilla y vienen sin duda a hacer realidad la paulatina consecución de las 13 prioridades que en su comparecencia dejó planteadas y enumeradas en esta Comisión la señora ministra de Sanidad y Consumo. Quiero continuar destacando las inversiones en las ciudades de Ceuta y Melilla que suponen un montante de casi 13 millones de euros, correspondiendo a la atención primaria un presupuesto de inversiones para Ceuta de un millón y medio de euros y de 650.000 euros para Melilla, y a la especializada de una dotación para Ceuta de 8 millones de euros y de 2 millones de euros para Melilla. Enunciado esto, señor secretario general, me gustaría que ampliara la extensión de estos presupuestos en cuanto a las inversiones en Ceuta y en Melilla, ya que como todos escuchamos en esta Cámara la señora ministra de Sanidad y Consumo fijó, como una de las prioridades fundamentales del ministerio, un importante esfuerzo inversor en ambas ciudades para las que el ministerio mantiene, como he dicho anteriormente, la titularidad directa, aunque le prevengo que procure usted que no sean muy buenas del todo, no vaya a ser que nos tachen de oportunistas igual que nos tachan de lo contrario si las inversiones no hubieran aparecido.

Quiero destacar el incremento presupuestario asignado al Centro de Dosimetría y a la Organización Nacional de Trasplantes, en la que sobresale el incremento del 6,64 por ciento del crédito destinado al fomento de la donación y trasplante de órganos y tejidos. En cuanto al resto de unidades y departamentos que engloba la Secretaría General, recuerdo que son la Dirección General de Salud Pública, la de Alta Inspección y Coordinación del Sistema Nacional de Salud, la de Planificación Sanitaria, el Sistema de Información y el Instituto Carlos III. En cuanto a este último, es obligado destacar el crecimiento que experimentan las transferencias corrientes en un 5,24 por ciento, aparte del que supondrán las aportaciones de empresas sobre la base de los conciertos suscritos para desarrollar la formación sanitaria y a potenciar los proyectos de I+D+I. Me gustaría que nos explicara por qué, señor secretario general de Sanidad, ha disminuido en

un 83,94 por ciento, en cuanto al Carlos III, el presupuesto para el Plan director de Majadahonda, que da la impresión de que desaparece.

En otro apartado quería destacar el significativo incremento en un 133,3 por ciento del crédito destinado a coordinar las actuaciones de educación sobre la salud y al incremento en inversión real del 95,84 por ciento para 2003 en sistemas de información y prestaciones.

Muy escuetamente, porque después me gustaría hacerle una serie de preguntas, quería destacar, para la planificación y coordinación del Sistema Nacional de Salud, en el resto de las direcciones generales mencionadas de la Secretaría General, que existe un incremento del 362,85 por ciento de gastos corrientes en bienes y servicios y del 98,65 por ciento en el programa de gastos.

Ahora, como he anunciado anteriormente, en este gran apartado de presupuestos que engloba varios programas, me gustaría que me respondiera a las siguientes cuestiones que coinciden la mayoría con lo planteado por el grupo que ha intervenido anteriormente, si bien están más ordenadas y centradas en programas específicos. En cuanto al programa 412, para planificación y coordinación del Sistema Nacional de Salud, ¿cuáles son los principales objetivos de este programa para 2003 y qué novedades incorpora? Por la mención que ha hecho el portavoz socialista, le rogaría que hiciera una referencia especial al Fondo de Cohesión, aunque ya se habló de él en la comparecencia anterior. En cuanto al programa 413, me gustaría que nos explicara cuáles van a ser las actuaciones más destacadas para 2003 en materia tanto de sanidad exterior como de coordinación de la salud pública, por ser otra de las prioridades trazadas por la señora ministra en su comparecencia. En cuanto al programa 542, de investigación sanitaria, le rogaría que nos explicara también las actuaciones a desarrollar y cómo se incrementa este programa, con especial referencia —mención hecha también por el portavoz socialista— a las becas del FIS, que crecen en un porcentaje importante.

Nada más, señor secretario general, solo reiterarle la bienvenida a esta Cámara en esta su primera comparecencia, esperando que sean muchas más y para bien de todos. Aprovechando esta ocasión, en nombre del Grupo Parlamentario Popular, le deseo los mayores éxitos de gestión para beneficio del Sistema Nacional de Salud y de todos los españoles.

La señora **VICEPRESIDENTA:** Para contestar a las preguntas, tiene la palabra el excelentísimo señor secretario general de Sanidad, don Rafael Pérez-Santamarina.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Pérez-Santamarina Feijoo): Muchas gracias, señora presidenta.

Señorías, ante este exhaustivo número de preguntas, voy a hacer un desarrollo prácticamente de todos los programas en que la Secretaría General de Sanidad, después de la remodelación del ministerio, ha quedado compuesta. En primer lugar, es para mí una satisfacción, como secretario general de Sanidad, en mi primera comparecencia en esta Cámara, en el marco de este debate sobre la Ley de presupuestos generales para el año 2003, definir, dentro del ámbito de la nueva Secretaría General, el fin del presupuesto. El fin del presupuesto de la Secretaría General de Sanidad es reforzar la coordinación interterritorial, el fomento de una asistencia sanitaria humanizada y de calidad, la evaluación del funcionamiento o prestaciones y resultados del Sistema Nacional de Salud, asegurando la equidad y accesibilidad a esos servicios y la promoción de políticas de salud orientadas a las enfermedades prevalentes; en definitiva, el presupuesto del año 2003 nos permitirá el desarrollo de esas funciones que se orientan al servicio del Sistema Nacional de Salud.

En primer lugar, como todos ustedes saben, la principal novedad del programa 412.P es que ha cambiado la denominación, pasando de planificación y cooperación sanitaria a denominarse planificación y coordinación del Sistema Nacional de Salud. Este cambio obedece a una reorientación de los objetivos y líneas de actuación en la dirección anunciada por la ministra de Sanidad y Consumo en su pasada comparecencia en esta misma Comisión, dando así la correspondiente respuesta, desde el ámbito de competencias de esta secretaría general, a las doce prioridades ya descritas y enunciadas en la misma. Además, como se puede desprender de alguna de sus preguntas, se hace necesario explicar otra gran novedad del programa, que ha sido la de dividirse en cuatro servicios presupuestarios, lo que contribuye a una mayor transparencia del mismo y resulta más acorde con los notables incrementos habidos en las dotaciones de este programa. Con respecto al programa 412.P, planificación y coordinación del Sistema Nacional de Salud, que gestiona la Secretaría General de Sanidad, asume, como meta sectorial, la consolidación y mejora del Sistema Nacional de Salud, y marca como objetivo principal el desarrollo de los instrumentos necesarios que permitan garantizar el cumplimiento de los derechos constitucionales de igualdad en la protección de la salud conforme a los principios de solidaridad, equidad, cohesión, eficiencia y participación ciudadana.

Como saben SS.SS, el Sistema Nacional de Salud se estructura como un conjunto coordinado de los servicios sanitarios de la Administración del Estado y de las comunidades autónomas. Su normal funcionamiento, culminado recientemente el proceso de traspaso de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud a todas las comunidades autónomas, requiere ciertas funciones de planificación y coordinación, que den coherencia al conjunto del sistema sanitario y que garanticen

los principios básicos sobre los que se sustenta. A este fin, y durante el año 2003, el Ministerio de Sanidad y Consumo desarrollará unas líneas de acción prioritarias que darán respuesta a los compromisos anunciados por la ministra de Sanidad y Consumo en la comparecencia que ha tenido lugar recientemente en esta Cámara, que recaen en el ámbito de esta secretaría general y se sustentan en el programa 412.P. En primer lugar, la planificación del Sistema Nacional de Salud, para lo que se configura el nuevo servicio 13, se concreta en las siguientes áreas de actuación: la adaptación, en el ámbito nacional, de los objetivos de salud para todos en el siglo XXI establecidos en la OMS. A lo largo de este año se está elaborando un borrador y en el año 2003 se trabajará en el cumplimiento del documento definitivo y se iniciará la evaluación periódica de los objetivos acordados; la elaboración y puesta en marcha de los planes integrales de salud de manera conjunta entre el Estado y las comunidades autónomas, estableciendo estándares generales y modelos de atención sobre prevención, detección precoz, tratamiento y rehabilitación de aquellas enfermedades con mayor impacto en morbilidad, mortalidad y pérdida de calidad de vida en nuestro país. Como anunció la ministra en su comparecencia, son prioritarios el Plan nacional contra el cáncer y el Plan nacional de enfermedades cardiovasculares; el establecimiento de actuaciones de cooperación intersectorial dirigidas a elaborar una estrategia coordinada para hacer frente a la atención social y sociosanitaria; la ordenación de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Se pretende avanzar —ya se ha hecho alguna alusión a ello— en la ampliación de las prestaciones y fijación de sus contenidos, estando previsto articularlas a partir de la publicación de la ley de calidad y coordinación sanitaria que se pretende desarrollar en esta legislatura; fijación de garantías mínimas y criterios básicos y comunes de los centros y servicios sanitarios, y desarrollo del Plan de calidad; coordinación de los sistemas de información de los diferentes servicios de salud y desarrollo del sistema de información para dar soporte a la gestión del Fondo de Cohesión sanitaria, lo que a su vez requerirá el desarrollo y coordinación de sistemas específicos de información, tales como la tarjeta sanitaria individual, el CMBD y la clasificación de pacientes por grupos relacionados por diagnóstico o GRD. Posteriormente, hablaremos más del Fondo de Cohesión; el ejercicio efectivo de la alta inspección, a través del nuevo servicio 12, para revalidar y consolidar sus funciones de garantía, seguimiento y verificación del cumplimiento de las competencias estatales y autonómicas; la revisión del Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a través del servicio 12, en cuanto a su composición, reforzando su papel mediante la sistematización de sus funciones como órgano de cooperación entre el Estado y las comunidades autónomas; la integración de la salud pública, servicio 07, que ya existía, en la política de coordinación del Sistema Nacional de Salud, estableciéndose una

estrategia de salud pública que refleje las nuevas responsabilidades del Ministerio de Sanidad y Consumo y le permita desarrollar plenamente su papel, contribuyendo a un elevado nivel de protección de la salud, al tiempo que complementa y coordina las actividades de las comunidades autónomas y hace frente a los principales retos de salud pública. Aquí se marca la puesta en marcha del Plan de cooperación y armonización en el ámbito de la salud pública en España; la promoción, fomento de la donación y trasplante de órganos, servicio 11, correspondiente a esta secretaría general —aunque también está incluida en el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria—, para mantener o superar los buenos resultados obtenidos en ejercicios anteriores. El programa 412P, que recoge todas estas actuaciones, ha continuado, como no podía ser de otra forma, incrementándose en sus dotaciones de una manera muy importante, con unos recursos totales de 133.415,93 miles de euros, es decir, 66.272,12 miles de euros más que en el año 2002, lo que supone doblar el presupuesto del año 2002 con un crecimiento del 98,70 por ciento. Así pues, en dos años, el presupuesto de esta Secretaría General de Sanidad se ha multiplicado por 25, pasando de 5.286,23 miles de euros en el año 2001, a los actuales 133.415,96 miles de euros. La importancia de este incremento dirigido a desarrollar los instrumentos de planificación y coordinación, con los que el Ministerio de Sanidad y Consumo se dota para preservar la vertebración y cohesión de nuestro Sistema Nacional de Salud, se visualiza con claridad si repasamos los programas de gasto del departamento y comprobamos que este programa es el que más se incrementa de todos, pues crece un 98,70 por ciento.

A continuación procederé a analizar los crecimientos presupuestarios en los diferentes capítulos, agrupando los servicios de la secretaría general, con objeto de que puedan realizar una comparación homogénea con el presupuesto del año anterior. Para ser un poco más breve, lo detallaré sólo a nivel porcentual; si quisieran más aclaraciones, se las haría posteriormente. En el capítulo I, gastos de personal, hay un incremento de 16,88 por ciento. En el capítulo II, el incremento es de un 362,85 por ciento. En el capítulo IV, transferencias corrientes externas, hay un decrecimiento de un 9,37 por ciento, que posteriormente explicaré a qué es debido. El total del programa tiene un incremento de un 98,70 por ciento. El capítulo I crece debido, fundamentalmente, a la incorporación del servicio 07, Dirección General de Salud Pública, en el programa 412.P, que era una de las críticas a las que se aludía anteriormente. El importantísimo incremento de 362,85 por ciento en el capítulo II se debe a las actividades y actuaciones a desarrollar desde la secretaría general, enumeradas anteriormente, que se orientan a la vertebración y cohesión del sistema. Así, la actividad realizada mediante convenios, concepto 227.10, experimentará un importante desarrollo, justificado por la necesidad de potenciar la actividad mediante análisis y estudios

que permitan, una vez culminado el proceso de transferencia, la gestión sanitaria a todas las comunidades autónomas y trabajar en aras de la coordinación y cohesión del Sistema Nacional de Salud, a través del servicio 13, planificación sanitaria. Esta partida presupuestaria se complementa con la destinada a financiar la contratación de estudios y trabajos técnicos, 227.06, y con la destinada para el arrendamiento de software informático, 206. Todo ello bajo la dirección y coordinación del departamento y la realización de los trabajos necesarios para la consecución del ambicioso programa que se propone. En concreto, el epígrafe presupuestario 206 experimenta un incremento debido a la ampliación de la licencia del uso del software informático arrendado a todas las comunidades autónomas. También experimentará un impulso definitivo el Observatorio sanitario, hasta situarlo al nivel de otros observatorios existentes en los países miembros de la Unión Europea, así como en la Organización Mundial de la Salud. Una vez definido el presente ejercicio, su puesta en marcha en el año 2003 supondrá un incremento considerable en las actividades de estudios, mediante convenios y trabajos técnicos.

El capítulo IV, transferencias corrientes, tiene una dotación fija de 56.600,08 miles de euros, con carácter ampliable la dotación del Fondo de Cohesión sanitaria, para su distribución entre las comunidades autónomas, de acuerdo con lo establecido en la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común y ciudades con estatuto de autonomía, y contempla un incremento del 6,64 por ciento del crédito destinado al fomento de la donación y el trasplante de órganos y tejidos. Desarrollando un poco el tema del Fondo de Cohesión, este fondo que tiene carácter ampliable, se distribuirá a las comunidades autónomas, y tiene por finalidad garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio español y la atención a ciudadanos desplazados, procedentes de países de la Unión Europea o de países con los que España tenga suscritos convenios de asistencia sanitaria recíproca. Además, por primera vez en esta legislatura, se incluyen en este programa 412.P dotaciones para el capítulo VI, es decir, para inversiones reales, por importe de 1.404,05 miles de euros. Esta dotación se destina a financiar la inversión necesaria para el desarrollo y mantenimiento de los servicios telemáticos básicos en materias de aseguramiento sanitario público y de los sistemas de información para la gestión del Fondo de Cohesión sanitaria.

Al igual que he explicado, al referirme a las inversiones, por primera vez, en esta legislatura se incluyen en este programa dotaciones para el capítulo VII, transferencias de capital, por un importe de 64.541,39 miles de euros. Una parte de esta dotación, 601,01 miles de euros, se destinará a proyectos dirigidos al estableci-

miento de sistemas de información en orden a la gestión del Fondo de Cohesión sanitaria, que tiene por finalidad compensar parcialmente el esfuerzo financiero que deberán asumir las comunidades autónomas para incorporarse a los proyectos del sistema de información en materia de aseguramiento público y de los sistemas de información para la gestión del Fondo de Cohesión sanitaria. Para ello, las comunidades autónomas deberán adaptar sus propias infraestructuras de tecnologías de la información y aplicaciones informáticas, de manera que se consiga la interoperatividad con el conjunto de los sistemas de información citados en el ámbito del Sistema Nacional de Salud. La parte más importante de este capítulo VII, de transferencias de capital, del que se ha hablado antes, se destina a financiar el plan director del hospital universitario Marqués de Valdecilla, de Santander, con 63.940,38 miles de euros, que se fundamenta como institución de referencia de nivel estatal al ser referencia singular no sólo para la propia comunidad de Cantabria, sino también para el resto del Estado. Me comentaba el portavoz socialista que hacía una alusión al Centro de Dosimetría de Valencia y quiero decirle que este centro pertenece al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria y está ya presupuestado dentro del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Eso es lo que respecta al programa 412.P.

Voy a hacer referencia ahora al programa 413.C en relación a la sanidad exterior y planificación y coordinación de la salud pública, servicio 07. Es el segundo programa que gestiona la Secretaría General de Sanidad y constituye una novedad en el presupuesto de la misma, en mi opinión de trascendencia para el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Como saben, la Dirección General de Salud Pública estaba adscrita a la Subsecretaría del Ministerio. En este momento la Secretaría General de Sanidad centraliza todas las funciones y competencias que el Ministerio de Sanidad y Consumo tiene en coordinación con las comunidades autónomas. Como explicó la ministra, se trata de una iniciativa clave que proporcionará un valor añadido considerable al integrar asistencia sanitaria y salud pública en un mismo departamento. El programa 413, de sanidad exterior, constituye el instrumento de política sanitaria que permite el ejercicio de las funciones de autoridad en el ámbito de la salud. Agrupa actuaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo en materia de información epidemiológica, promoción de la salud, prevención de las enfermedades, sanidad exterior, control sanitario del medio ambiente y también salud laboral. La meta es establecer una estrategia que eleve los niveles de exigencia para el conjunto del Estado en el ámbito de toda la salud pública.

Entre las actuaciones más destacables para el próximo año 2003 debemos destacar las siguientes: En primer lugar, el establecimiento del Plan de calidad de sanidad exterior en estrecha colaboración con el Ministerio de Administraciones Públicas. El plan de calidad

incluirá las siguientes actuaciones: Potenciar el sistema de información actual de sanidad exterior, acciones específicas en materia de vigilancia de viajeros internacionales y de medios de transporte, colaboración con la OMS para la modificación del reglamento sanitario internacional, fortalecimiento de la estructura periférica de los servicios de sanidad exterior, tema ya tratado en la intervención anterior por parte del subsecretario, y adecuación definitiva de los puestos fronterizos de acuerdo con lo establecido en la normativa comunitaria.

En segundo lugar, la promoción de la salud y epidemiología que tiene, lo que también se ha comentado antes, entre sus aspectos más destacables, el establecimiento de un plan nacional de prevención y control del tabaquismo. Este plan ha de servir de referencia para actuaciones puntuales que puedan desarrollar las comunidades autónomas. Fue aprobado recientemente en una comisión de salud pública el pasado 19 de septiembre. Otros aspectos en los que se trabajará son los siguientes: Fomento de medidas de prevención primaria y detección precoz de procesos prevalentes y ciertas enfermedades infecciosas; coordinación de los registros autonómicos de cáncer e inclusión de España en la Agencia internacional contra el cáncer; articulación de medidas encaminadas a diseñar una política de vacunaciones de alcance estatal con el objeto de establecer un calendario vacunal unificado; potenciación de la red nacional de vigilancia epidemiológica mediante utilización de nuevas tecnologías de la información que permitan una respuesta inmediata a las alertas que puedan surgir; creación y gestión de la red de hemovigilancia adaptándola a las exigencias que en materia de seguridad y calidad de la sangre. Sus componentes vienen recogidos por la directiva comunitaria de inminente trasposición.

En tercer lugar, la coordinación, prevención y control de los riesgos derivados de factores medioambientales que influyen en la salud humana. En relación con este tercer apartado, como medidas que se pretenden adoptar, señalamos las siguientes: Elevar los niveles de garantía en relación con los preparados químicos peligrosos que se absorben provenientes de los alimentos; total incorporación a nuestro ordenamiento de la legislación europea en materia de agua potable y de baño así como el desarrollo del sistema de tóxico-vigilancia; gestión de registros de productos químicos, especialmente el de biocidas, en aplicación de la directiva de la Comunidad Europea; homologación de los productos fitosanitarios; gestión y coordinación de la red nacional de vigilancia e inspección y control de productos químicos y la protección radiológica.

En cuarto lugar, la coordinación de las funciones de salud laboral, también anunciado por la ministra en su comparecencia al hacer referencia a las líneas prioritarias del departamento. La coordinación en salud laboral se centrará en los siguientes aspectos: Impulso de la formación y la investigación en salud laboral mediante

la puesta en marcha de un plan estratégico de investigación en salud laboral; realización de actividades de salud laboral mediante el establecimiento de protocolos de vigilancia sanitaria específicos a los trabajadores expuestos a riesgos laborales; la puesta en marcha y el seguimiento del programa nacional de vigilancia de trabajadores que han estado expuestos al amianto y mediante el desarrollo de actividades de promoción de la salud en el lugar de trabajo.

En quinto lugar, finalmente, quiero hacer referencia, dentro de este programa 413.C, a que por los buenos resultados del plan previo, el Gobierno se ha comprometido a impulsar el Plan multisectorial de la lucha contra el sida 2001-2005, en el que están implicadas todas las administraciones integrantes de la Comisión nacional de coordinación y seguimiento de programas y prevención del sida estatal, autonómico y local, colegios profesionales u ONG de servicio en sida para aunar esfuerzos de forma prioritaria urgente y conseguir así una mayor eficacia en la lucha contra esta enfermedad. Este plan fue aprobado por la Comisión nacional de coordinación y seguimiento de programas de prevención del sida en noviembre de 2001 y las propuestas se concretan en corresponsabilizar a las distintas administraciones públicas en la lucha contra el sida, potenciar acciones de prevención, asistencia, formación, investigación, vigilancia epidemiológica, ayuda a los pacientes y lucha contra la discriminación, y finalmente mejorar la coordinación de todas las actividades entre las distintas instituciones que componen dicha comisión. A la vista de los resultados obtenidos, puede decirse que la coordinación y la eficacia del liderazgo del Ministerio de Sanidad y Consumo en todos estos años ha sido muy satisfactoria.

Para el desarrollo de este programa 413, sanidad exterior y planificación y coordinación de la salud pública, contamos con una dotación presupuestaria para el año 2003 de 21.950,11 miles de euros. Supone, y contesto a la pregunta que me habían hecho en un principio, una disminución del 8,70 por ciento respecto a la dotación de 24.042,08 miles de euros para 2002. Esta disminución presupuestaria afecta en mayor o menor medida a los recursos de los tres capítulos presupuestarios que componen este programa, por las razones que voy a explicar a continuación. De acuerdo con la nueva estructura del Ministerio de Sanidad y Consumo, la Dirección General de Salud Pública queda adscrita a la Secretaría General de Sanidad y en este sentido desarrollará alguna de sus funciones en el marco del programa 412.P, por lo que en el presupuesto de gastos de dicho programa se encuentran incluidos gastos de los capítulos I y II, dentro del servicio 07, salud pública. Por otra parte, como consecuencia de la creación de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria, se ha minorado la dotación de este programa en lo que concierne a las funciones de la subdirección general de higiene de los alimentos. En el capítulo de gastos de personal se aprecia

una minoración de 2.007,12 miles de euros, 37,68 por ciento menos que en el año 2002, debido a que una parte del mismo se ha destinado al servicio 07 como integrante del programa 412. En total son 483,78 miles de euros, habiendo traspasado el resto, como he dicho, a la Agencia Española de Seguridad Alimentaria. En cuanto al capítulo 2, la minoración es de 1.046,46 miles de euros, un 14,45 por ciento menos que en el 2002, siendo las razones para ello las mismas. Es decir, 444,81 miles de euros para el programa 412.P y el resto, 601,65 miles de euros, para la Agencia Española de Seguridad Alimentaria. El capítulo 4 de transferencias corrientes crece, sin embargo, 1.202,02 miles de euros, un 8,38 por ciento respecto al año 2002, aunque con variaciones significativas en algunas de sus aplicaciones, de las que voy a destacar actuaciones intersectoriales, es decir, el importante incremento del crédito destinado a coordinar actuaciones de educación sobre la salud, exactamente 2.103,45 miles de euros, que significa un 133,3 por ciento superior al del año 2002. A su vez, se consolidan las transferencias a favor de la lucha contra el sida, tanto a favor de las comunidades autónomas, 4.808,10 miles de euros, como a instituciones sanitarias sin fines de lucro con destino a financiar programas de prevención y control del sida, que suponen 1.003,83 miles de euros, así como el desarrollo del plan multisectorial, 1.803,04 miles de euros. Continuando con el tema del sida, no podemos dejar de tener en cuenta que el sida es uno de los problemas más importantes para el ministerio en el ámbito de salud pública y que requiere un tratamiento especial. El plan multisectorial de lucha contra el sida, como he dicho, pretende corresponsabilizar a las distintas administraciones del Estado. Entre otras actividades que se llevan a cabo cabe destacar la suscripción de convenios de colaboración para intercambio de actividades con diferentes organizaciones, entre ellas con la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, a través de un grupo de trabajo, el GSIDA, para fomentar la investigación clínica sobre el sida, que está dotado con 72,12 miles de euros. Efectivamente, desaparece la aportación para la Fundación de Barcelona Sida 2000-2002, puesto que era una aportación finalista, para un fin determinado. Por último, en este programa se consolida también la dotación presupuestaria destinada a comunidades autónomas para la prevención y promoción de la salud, con un total de 2.404,05 miles de euros. Dentro de este apartado está contemplada una parte de la dotación presupuestaria del Plan nacional de prevención y control del tabaquismo.

Voy a hacer referencia ahora fundamentalmente a la investigación sanitaria, al FISS y a todo lo concerniente al Instituto de Salud Carlos III. El presupuesto de gastos del Instituto de Salud Carlos III de este año es de 216.970,25 miles de euros, que supone un incremento bruto de 88.910,12 miles de euros sobre los 128.059 del presupuesto del año 2002, con un crecimiento digno de ser destacado del 69,43 por ciento. Con ello

se da respaldo presupuestario a la prioridad manifestada en la comparecencia de la ministra de Sanidad y Consumo en esta Comisión de elaborar un plan de investigación biomédica, coordinado con el Plan nacional de investigación y dirigiendo los recursos con que cuenta nuestro Sistema Nacional de Salud hacia los problemas que más preocupan en nuestro país, entre los que se encuentran las enfermedades más prevalentes y las patologías emergentes y raras. Con respecto al programa 542.H, de investigación sanitaria, el campo de la investigación y control sanitario comprende tanto la investigación en ciencias de la salud básica y clínica, salud pública en el sistema nacional sanitario, como el apoyo científico técnico al Sistema Nacional de Salud mediante el diagnóstico, control y garantía de calidad del propio sistema. El desarrollo de este programa y de esas actividades cuenta con una dotación total de 197.371,60 miles de euros, habiendo visto incrementados sus recursos en un total de 76.722,10 miles de euros, lo que supone un incremento del 63,59 por ciento con respecto al año 2002.

En síntesis voy a exponer a continuación las partidas más relevantes del presupuesto del programa de investigación sanitaria, resaltando los notables incrementos que ha habido y que permitirán la financiación de diversas actuaciones. Con respecto al Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas, del cual también se ha hablado, el proyecto de presupuesto para el año 2003 establece 23.030,78 miles de euros, lo que supone un incremento de un 60 por ciento. Con respecto al Instituto Nacional de Investigación Cardiovascular, en el proyecto de presupuesto del año 2003 está recogida una transferencia por parte del ministerio —y eso ha sido un cambio para este año 2003; en este ejercicio 2003 ya no hay ninguna transferencia del Insalud, sino que todas las transferencias a todas las fundaciones del Instituto Carlos III se realizan a través del Ministerio de Sanidad y Consumo—, que supone 13.247,84 miles de euros, nada menos que un 189 por ciento de incremento. Parte de esto es debido a la transferencia de capital, puesto que en este momento está en pleno desarrollo el proyecto de su estructura básica. Por otra parte, la Fundación para la Cooperación y Salud Internacional, tiene un presupuesto de 330,12 miles de euros, que supone un incremento de un 6 por ciento. Las becas intramurales representan 2.320,68 miles de euros, que suponen el 5,5 por ciento de incremento. En relación con el FISS para la formación en investigación biomédica y ciencias de la salud están contemplados en el proyecto de presupuestos 2.161,80 miles de euros, que supone un 40,12 por ciento de incremento. En el proyecto de presupuestos se han contemplado como inversiones en los complejos sanitarios de Chamartín y Majadahonda —a los que se ha aludido antes en una de las preguntas y posteriormente seguiré aclarando por qué sufren un decremento muy importante— 3.972,80 miles de euros, que supone un decremento sobre el año anterior

de 11.610,86. También en el FISS, en relación con ayudas de investigación e infraestructuras, están contemplados —en este aspecto hay un tema del que ya ha hablado el subsecretario referente a las redes— 86.535,24 miles de euros, que suponen nada menos que un incremento de un 245,37 por ciento. Para la fundación de investigación genómica y proteómica están proyectados 6.590,09 miles de euros que supone un incremento de 265,50 por ciento. Aseremac, la asociación para investigaciones de malformaciones congénitas, tiene un proyecto de presupuesto de 123,58, que supone un 5,5 por ciento de incremento. Las ayudas para el programa nacional de evaluación de tecnologías sanitarias también tiene un incremento del 5,5 por ciento y las ayudas a otras fundaciones —que después describiré, que están contempladas en el presupuesto y que no lo estaban en el anterior— suponen 180,30 miles de euros.

Con respecto a la pregunta que me hacía de por qué había disminuido, concretamente un 83,94 por ciento, el presupuesto del plan director de Majadahonda, tengo que decirle que dicho plan estaba concebido para dar respuesta a las necesidades de ubicación de distintas unidades de las que disponía el Instituto Carlos III en el campus de Majadahonda, pero este año se ha firmado un convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Ayuntamiento de Majadahonda con el fin de dar respuesta a las necesidades que no sólo el Instituto nacional Carlos III tenía en el campus sino también la Agencia Española del Medicamento. Debido a ese convenio de colaboración y ya que se va a realizar en este momento un nuevo proyecto liderado por el ayuntamiento, nosotros hemos paralizado este plan director; sin embargo, están recogidas unas inversiones para mantenimiento y adecuación de las instalaciones actuales hasta que tengamos disponibles las futuras instalaciones dentro de este campus.

Por otra parte, como había comentado antes, el CNIO y el CNIC son piezas fundamentales en el desarrollo de la investigación y tienen unos incrementos muy notables. El CNIO concretamente tiene un incremento del 60 por ciento sobre el presupuesto del año anterior y el CNIC nada menos que el 189 por ciento de incremento.

La formación e investigación biomédica y ciencias de la salud que significa el presupuesto de investigación sanitaria gestionado por el FISS en lo que se refiere al programa de recursos humanos y difusión de investigación biomédica se incrementa un 40,12 por ciento, en lo referente al concepto 483. El Plan nacional de investigación científica, desarrollo e innovación tecnológica 2000-2003 establece la potenciación de recursos humanos en I+D+I, así como la divulgación y difusión de los resultados de la investigación biomédica y de la cooperación internacional, siendo el Instituto de Salud Carlos III el órgano gestor de dicho Plan nacional. El incremento de las dotaciones presupuesta-

rias servirá para finalizar y consolidar el programa de becas, tanto de formación e investigación como de ampliación de estudios y becas extramurales, financiado a través del FISS pero desarrolladas en centros ajenos al instituto. El programa de incorporación de contratos se dirige no sólo a investigadores sino también a profesionales sanitarios que hayan finalizado el período de formación sanitaria especializada para su formación en investigación biomédica, con lo que se fomenta el objetivo de incrementar la masa crítica de investigadores en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, tema que ya ha comentado en su intervención el subsecretario, al hablar de la creación del MIR de investigación. El programa de fomento de la investigación, ayudas de investigación e infraestructura se ha visto multiplicado en 61.479,30 miles de euros, con unos recursos totales para 2003 de 86.535,24 miles de euros, que supone un crecimiento de un 245,37 por ciento. A cargo de este crédito presupuestario, y redundando en lo que ya ha dicho el subsecretario, se financiarán las convocatorias de proyectos de investigación, la dotación de infraestructuras de investigaciones a unidades y centros de investigación del Sistema Nacional de Salud, así como la constitución de redes temáticas de investigación cooperativa; aprovechando las sinergias y economías de escala que permite la estructura de la red, se incrementará la potencialidad de los centros españoles de investigación y concretamente los del Sistema Nacional de Salud con vistas al VI Programa marco de la Unión Europea.

Comentaré algo sobre la promoción de investigación en genómica y proteómica a través de la Fundación para el desarrollo de la investigación en genómica y proteómica, a la que el Ministerio de Sanidad y Consumo aporta 6.590,09 miles de euros, que suponen un incremento de un 265,50 por ciento. Con ello se pretende lograr, además de llevar a cabo la promoción y coordinación de la investigación que en estas áreas se realiza en nuestro país, un mayor aprovechamiento de resultados de dicha investigación. La Fundación para la cooperación y salud internacional, con una dotación de 330,12 miles de euros, tiene por finalidad contribuir al desarrollo y mejora de las condiciones de vida de poblaciones, a través de una mejor gestión de los recursos disponibles que permitan el desarrollo de proyectos de cooperación e investigación en el ámbito de la salud internacional. Durante el año 2003 está prevista una dotación para el Programa nacional de evaluación de tecnologías de 729,17 miles de euros. Para convenios con entidades sin fines de lucro se destinan 94.000 miles de euros que financiarán la presencia del Instituto de Salud Carlos III en distintos ámbitos nacionales relacionados con la investigación en ciencias de la salud. La dotación para convenios con el exterior asciende a 158,51 miles de euros mediante los que se financia la participación de programas internacionales como el Programa de formación e investigación en

enfermedades tropicales y programas de colaboración con la Organización Panamericana de la Salud para promover la presencia del Instituto Carlos III en Hispanoamérica. Se presupuesta una partida de 180,30 miles de euros en concepto de ayudas a otras fundaciones con destino a la fundación que gestionará en el futuro el Centro de Investigaciones Neurológicas. Para la convocatoria de becas de diferentes niveles y modalidades que se desarrollan en los propios centros y unidades del Instituto de Salud Carlos III existe una financiación de 2.320,68 miles de euros en concepto de becas intramurales, que se complementan con el presupuesto dedicado a la investigación intramural del Carlos III, que se recoge en el capítulo VI, concepto 640, por un importe de 5.289,63 miles de euros.

Por último, voy a pasar a responder a las preguntas que se me han planteado sobre las inversiones en Ceuta y Melilla, gestionadas por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, dependiente de esta secretaría general. Como saben, Ceuta y Melilla es una de las partes asistenciales que le queda al ministerio, aunque este año estamos procediendo a la transferencia del Hospital Carlos III a la Comunidad Autónoma de Madrid, que esperamos que se cierre en próximas fechas, por lo que para el año 2003, solamente a nivel asistencial nos quedaría la asistencia sanitaria de Ceuta y Melilla. Creemos que las infraestructuras en Ceuta y Melilla eran deficientes y necesitaban un gran impulso, por lo que el ministerio ha considerado prioritario que el próximo año comience una obra tan importante como es el nuevo hospital de Ceuta.

Para no cansarles, les voy a hacer un breve resumen de las inversiones. Las inversiones totales a lo largo del año 2003 —en ellas están incluidas las inversiones en el centro de osimetría de Valencia, aunque son inversiones muy pequeñas— son 13.632,31 miles de euros, repartidos de la siguiente manera: para atención primaria, 2.237,47 miles de euros, que contempla la construcción del centro de salud Benítez II y la gerencia de atención primaria en Ceuta. Las de Melilla concretamente se dirigen a la construcción del centro de salud en la zona centro. Para la atención primaria se destinan 2,24 millones de euros y de este importe 1.727 miles de euros se destinan a inversiones nuevas y 510,01 miles de euros a inversiones de reposición. Las inversiones en atención especializada, con 10.724,69 miles de euros, incluyen la construcción del nuevo hospital de la ciudad de Ceuta y la reforma del actual hospital, ya que la construcción del hospital de Ceuta está previsto que tenga una duración de 36 meses aproximadamente desde su inicio, que confiamos que sea a finales del primer trimestre del año que viene. Se hace necesaria, dada la precaria estructura del hospital concertado de la Cruz Roja de Ceuta, la modernización y adaptación de diferentes zonas y mejoras para cumplimentar la correcta asistencia. Durante estos años se pretende rehabilitar servicios esenciales, por ejemplo el área quirúrgica, obstétrica, UVI, hemato-

logía y el hospital de día, además de un montaje complementario para urgencias y otras reparaciones de índole menor. También está contemplada la firma de un convenio con el Ministerio de Defensa en próximas fechas para utilizar determinados servicios del Hospital Militar durante los tres años, aproximadamente, que durará la construcción de este hospital para dar un servicio digno a los habitantes de Ceuta.

En Melilla existe un hospital comarcal que tiene 12 años de antigüedad y a pesar de las buenas condiciones en que se encuentra necesita determinadas mejoras, entre las que destaca la climatización de todo el centro, que se va a llevar a cabo a lo largo del año que viene. Otras inversiones que se van a llevar a cabo en Ceuta y Melilla alcanzan un total de 670,15 miles de euros y se refieren a la recepción de obras de la nueva dirección territorial de Ceuta y a los planes de necesidades de las direcciones territoriales de Ceuta y Melilla y de los servicios centrales del instituto. También se harán algunas inversiones en el capítulo 6 para proyectos informáticos de estos servicios centrales por valor de 120 mil euros. Considero que he dado respuesta a casi todas las preguntas planteadas.

La señora **VICEPRESIDENTA**: Gracias, señor secretario general.

Para realizar alguna aclaración, tiene la palabra el señor Fidalgo.

El señor **FIDALGO FRANCISCO**: Gracias, señor secretario, por lo exhaustivo de su repaso a todos los capítulos presupuestarios, que nos ha llevado a una hora en la que es necesario concluir. Evidentemente, era lógico que no se contestaran aquí todas las preguntas que le he formulado, debido precisamente a la espontaneidad de las preguntas. Le ruego que una vez repasado el «Diario de Sesiones» nos facilite la debida contestación. Quiero insistir otra vez en que más allá del repaso exhaustivo que ha realizado —que parece que se está estableciendo como una costumbre dentro del ministerio— de los diferentes programas, capítulos, dinero, etcétera, me gustaría que saliera de aquí una respuesta —y no ha salido— por parte del ministerio a aquellos colectivos de enfermos que están esperando precisamente esa respuesta. Me refiero a los diabéticos, a los que padecen de Alzheimer, a todas las personas discapacitadas contempladas en los programas sociosanitarios y también a los que están esperando resultados ya, después de 6 años de política sanitaria del Partido

Popular, en cuanto a la investigación en las áreas cardiovascular y oncológica. Insisto en que ya es hora de resultados, está bien que a veces nos conformemos con la ética de las normas y de los procedimientos, pero hay que entrar ya en la ética de los resultados.

Dicho esto, quiero reiterar el agradecimiento por la buena intención y por lo exhaustivo de las explicaciones que ha intentado dar y reiterar nuestra buena disposición a acoger este tipo de respuestas, más o menos vagas, imprecisas o no estrictamente dirigidas a las preguntas que se le habían formulado, ya que es la primera comparecencia de ustedes como altos cargos aquí y porque estoy seguro de que es muy difícil gestionar un presupuesto que, probablemente, no han elaborado ustedes. Esto está en el capítulo de responsabilidades del presidente del Gobierno cuando planteó el oportuno o inoportuno cambio de Gobierno.

La señora **VICEPRESIDENTA**: Tiene la palabra el señor Zambrano.

El señor **ZAMBRANO VÁZQUEZ**: Voy a intervenir muy brevemente para agradecer la exhaustiva y apabullante exposición que ha realizado el señor secretario general con respecto a las preguntas que le hemos formulado, explicando toda una serie de programas, datos y de euros, que no lo ha mencionado el portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, quizá porque le pasa como a mí que todavía se maneja en pesetas y los euros le parecen poco. Bromas aparte, le agradezco una vez más al portavoz socialista su elegancia y buena disposición, a la que por otra parte nos tiene acostumbrados.

Muchas gracias, señor secretario general.

La señora **VICEPRESIDENTA**: Antes de despedir al señor secretario general del Ministerio de Sanidad y Consumo, quiero recordar a los miembros de la Comisión que tienen que atender a la delegación de Namibia que estarán en la cuarta planta. Solamente nos resta agradecer la presencia del señor secretario general que nos ha aclarado muchísimas cosas sobre el presupuesto, por ejemplo, algunas que no se ven en el papel impreso con tanta claridad como se han expuesto.

Le reitero, una vez más, que me consta la disposición de todos los grupos parlamentarios de la Comisión para colaborar y ayudar al ministerio y le doy las gracias por su exposición.

Eran las dos y diez 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



Déposito legal: **M. 12.580 - 1961**