



# CORTES GENERALES

## DIARIO DE SESIONES DEL

# CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

---

## COMISIONES

Año 2003

VII Legislatura

Núm. 789

---

## SANIDAD Y CONSUMO

**PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. FELICIANO BLÁZQUEZ SÁNCHEZ**

**Sesión núm. 39**

**celebrada el miércoles, 25 de junio de 2003**

---

### ORDEN DEL DÍA:

Comparecencia de la señora ministra de Sanidad y Consumo (Pastor Julián), para explicar las líneas principales de actuación desarrolladas en el ámbito sanitario y de consumo, así como los objetivos a desarrollar en la siguiente legislatura. A petición propia. (Número de expediente 214/000186) .....

Página

---

25019

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

**COMPARECENCIA DE LA SEÑORA MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO (PASTOR JULIÁN), PARA EXPLICAR LAS LÍNEAS PRINCIPALES DE ACTUACIÓN DESARROLLADAS EN EL ÁMBITO SANITARIO Y DE CONSUMO, ASÍ COMO LOS OBJETIVOS A DESARROLLAR EN LA SIGUIENTE LEGISLATURA. A PETICIÓN PROPIA. (Número de expediente 214/000186.)**

El señor **PRESIDENTE**: Buenos días, señorías.

Damos comienzo a la sesión de la Comisión de Sanidad y Consumo, con el orden del día que SS.SS conocen. En primer lugar, con la comparencia, a petición propia, de la ministra de Sanidad y Consumo, para explicar las líneas principales de actuación desarrolladas en el ámbito sanitario y de consumo, así como los objetivos a desarrollar en la presente legislatura.

Una vez más, damos la bienvenida a la señora ministra y le concedemos la palabra.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD** (Pastor Julián): Señores portavoces, señorías, señoras y señores diputados, es para mí un honor comparecer ante la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados para hacer un balance del período transcurrido desde mi anterior comparencia, en septiembre de 2002, y para dar cuenta de las líneas de actuación de mi departamento hasta el final de esta legislatura.

La entrada en vigor hace pocas semanas de la Ley de Cohesión y Calidad y el sometimiento a esta Cámara del estatuto marco y la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias suponen un momento de indudable trascendencia para nuestro sistema sanitario. Señorías, nuestra sanidad ha empezado una nueva etapa que requiere una reflexión del Gobierno y de los grupos parlamentarios para seguir avanzando. Creo que esta etapa puede calificarse, al menos, de ilusionante, porque, con independencia de las legítimas posiciones de todos los grupos, hemos sido capaces entre todos de alcanzar un elevado nivel de acuerdo del que todos nos podemos sentir protagonistas. Es ilusionante porque estamos demostrando ser capaces de abordar los grandes retos de nuestro sistema sanitario. Esta Comisión, con su contribución a estas tres normas, piedras angulares de la nueva etapa, está siendo protagonista de las grandes cuestiones que interesan a los ciudadanos: la cohesión de nuestro sistema sanitario, la cartera de servicios, la movilidad de los profesionales sanitarios y su carrera profesional, cuestiones que han sido los grandes debates de nuestra sociedad en los últimos años.

La presentación por parte del Gobierno de estos tres proyectos de ley supone el cumplimiento de objetivos que marqué en mi primera comparencia ante esta Cámara. Entonces como ahora hubo un amplio acuerdo sobre la necesidad de impulsar estos proyectos. En

aquella intervención también detallé el resto de la agenda del ministerio para la legislatura; una agenda que va cumpliéndose con detalle. Entonces me comprometí a poner en marcha los planes integrales de salud. En este momento, el plan de cardiopatía isquémica está ya elaborado y sometido a revisión externa, y empieza ya la fase definitiva de su aprobación. El Plan del cáncer también ha comenzado su andadura y puedo anunciarles hoy que estará finalizado antes de acabar el año. También nos propusimos fortalecer los derechos de los pacientes, sea cual fuere su lugar de atención sanitaria, su acceso a las mismas prestaciones, su derecho a conocer los tiempos de espera, a la calidad de los servicios y a poder elegir, tal como se ha recogido —y ya es un derecho al día de hoy— en la Ley de Cohesión y Calidad. La creación de la Agencia de Calidad a la que nos comprometimos es ya una realidad, así como la presentación del primer documento estratégico de la Agencia de Seguridad Alimentaria, que tendrá lugar antes de finalizar este año.

En aquella primera comparencia había compromisos concretos en el ámbito de la salud pública, de la política farmacéutica y de la investigación y, como tendré ocasión de detallar en la comparencia, se han cumplido en buena medida. El plan de mejora de medios humanos y materiales en Ceuta y Melilla es hoy una realidad. La primera estrategia de cooperación internacional en el ámbito sanitario y la creación de instrumentos de participación de la sociedad en nuestro sistema sanitario fueron otra de las tareas que asumimos entonces y que hoy podemos dar por cumplidas. Hoy, señorías, querría dar un paso más. A mi juicio, todos necesitamos dar un paso más. España tiene que dar un paso más en materia de salud. Necesitamos avanzar con los países europeos en los objetivos propuestos por la OMS en 1998, que se conocen como Salud XXI; objetivos que nos van a ayudar a comprender la convergencia real de nuestro sistema sanitario con lo que se considera un modelo para todos. Lo hacemos así, porque estamos convencidos de que la realidad dinámica de nuestro sistema exige un esfuerzo constante por avanzar y establecer nuevas metas. El alto nivel alcanzado por nuestro sistema sanitario no permite detenernos ni mirar al pasado. Tenemos que avanzar al ritmo que nos demandan la sociedad y las necesidades de nuestros ciudadanos. Por eso, señorías, somos el segundo país que va a poner en marcha esta estrategia, Salud XXI, para todos los ciudadanos españoles.

Han transcurrido 25 años desde la declaración de Alma-Ata, donde nació el proyecto Salud para todos en el año 2000. En este tiempo hemos avanzado y evolucionado hacia un sistema sanitario que era entonces una utopía. El desarrollo de una red de atención primaria como la que hoy tenemos, el impulso que recibió la formación especializada del postgrado, el reconocimiento de la salud como un derecho universal, reconocido en

nuestra Constitución, han sido hitos para la historia. Creo que la estrategia de Salud para todos en el siglo XXI, adecuadamente desarrollada y gestionada, puede y debe tener otros 20 años de vida por delante. Este gran proyecto deberá perfilar nuestras acciones, ordenar nuestros esfuerzos y alinear nuestros recursos, para dar cumplimiento al precepto constitucional del derecho de todos a la salud. Necesitamos proyectos de largo alcance, porque las políticas sanitarias, señorías, no se improvisan. Creemos que el camino adoptado por la OMS debe ser el camino de todos. En él, España puede y debe comprometerse; debemos comprometernos todos.

Presentaremos la estrategia Salud XXI, una vez realizada la constitución formal del nuevo Consejo interterritorial de Salud. Pretendemos que su elaboración se lleve a cabo con un método abierto de coordinación, que tan buenos resultados ha dado, por cierto, en la Unión Europea, en ámbitos como el empleo o el envejecimiento. Un método de coordinación que se basa en el análisis de la situación en cada uno de los lugares y el establecimiento de los objetivos indicadores de forma común, dejando a cada uno la selección de las actuaciones que necesita para alcanzarlos. Con la estrategia Salud XXI se marcan las líneas para la mejora de la salud. Los objetivos están claros, y deberemos concentrar nuestro esfuerzo en su adaptación a nuestro contexto. Los planes de salud actualmente existentes en cada comunidad autónoma tendrán perfecta cabida e integración, junto con aquellas actuaciones que resulten de este proceso colectivo de reflexión; se trata de que la información, la experiencia y las buenas prácticas de unos servicios de salud permitan el aprendizaje de los otros.

El desarrollo de este marco estratégico estatal será el hilo conductor de este análisis de situación que voy a realizar a continuación, y de la mirada del Ministerio de Sanidad hacia el futuro, que hoy les vengo a exponer. ¿Cuál es el primer objetivo? El primer objetivo de la estrategia es promover la solidaridad para la salud. Para alcanzarlo, será necesario evaluar las políticas públicas en relación con su impacto sobre la equidad. Por eso, potenciar la cohesión del Sistema Nacional de Salud y garantizar la equidad y calidad de la asistencia sanitaria a los ciudadanos es el objetivo principal de todas las actuaciones del ministerio. En la Ley 7/2001 y en la Ley 21/2001 se garantiza la solidaridad, como saben SS.SS., ya que el Estado se obliga, a través del fondo de suficiencia, a transferir recursos hasta conseguir la nivelación que requiere el sistema, cuando la capacidad financiera de las comunidades sea insuficiente para financiar el total de sus necesidades; y la ley hace hincapié, como saben, en la educación y en la sanidad. En la Ley de Cohesión y Calidad se establece también el mecanismo que permitirá la presentación al Consejo de Política Económica y Fiscal de la memoria económica que evalúe el impacto negativo o positivo

de cualquier nueva prestación del sistema. La aprobación del real decreto por el que se regula la distribución del fondo de cohesión sanitaria, de carácter ampliable, supuso la garantía de que todos los españoles puedan utilizar los mejores servicios en las mismas condiciones, tanto desde el punto de vista de la especialización profesional como de la tecnología, con independencia del lugar donde vivan. Sin duda, el avance más importante en este ámbito ha sido la nueva regulación que a este fondo le ha dado la Ley de Cohesión y Calidad. No sólo garantiza la igualdad en el acceso a los servicios públicos de asistencia sanitaria en todo el territorio nacional, sino que, además, se le encarga al ministerio la realización de políticas que aseguren la cohesión y la corrección de desigualdades interterritoriales, principalmente mediante el desarrollo de planes integrales en salud. Estos planes tendrán en cuenta aquellas variables epidemiológicas y sociales que impliquen una mayor necesidad de servicios.

El objetivo segundo de la OMS, nuestro objetivo también, es la equidad en salud; equidad en salud para todos los ciudadanos españoles. Para alcanzar este objetivo será necesario que se encuentren disponibles los recursos públicos, privados y del voluntariado, para satisfacer las necesidades sociales y sanitarias de los grupos más vulnerables de la sociedad. Ahora, aprobada la Ley de Cohesión y Calidad, su desarrollo buscará hacer efectivas las garantías que la misma reconoce a todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud, relativas al acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad, con independencia de su domicilio o desplazamientos: su derecho a saber cuánto tienen que esperar para recibir una prestación, a que existan unos tiempos máximos de espera, y a ser informados de sus derechos y de sus deberes. Igualmente, la ley garantiza la seguridad y calidad de las prestaciones que tienen derecho a recibir; es decir, que, ante situaciones de igual necesidad, se obtendrá la misma respuesta, vivan dónde vivan y estén dónde estén. En el Sistema Nacional de Salud, todos los españoles tendrán derecho a unas prestaciones concretas, que se reflejan en la cartera de servicios, a la que se incorporarán las innovaciones tecnológicas que demuestren su efectividad.

Estamos ya trabajando en el desarrollo de la ley. En concreto, el pasado 5 de junio fue publicado el Real Decreto de medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre listas de espera en el Sistema Nacional de Salud, que introduce transparencia en la información que se facilite a los ciudadanos en este ámbito. Estamos trabajando también en otro decreto que garantice unos tiempos máximos de espera. Asimismo, se abordará el desarrollo de la cartera de servicios, del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, y se está tramitando el real decreto por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Además, el sistema de información del Sistema Nacional

de Salud va a poner a disposición de los servicios de salud de las comunidades autónomas, de los profesionales sanitarios y de los ciudadanos, toda la información que precisen y que sea útil tanto para la gestión como para su formación. La tarjeta sanitaria individual, señorías, permitirá que toda la información sanitaria fluya por los servicios de salud, con el fin de que éstos estén en las mejores condiciones de proporcionar a cada paciente la asistencia que necesite, y permitirá, igualmente, la incorporación al proyecto de la tarjeta de la Unión Europea. La Agencia de Calidad y el Observatorio contemplados en la ley suponen un importante impulso de la mejora continua de la calidad del sistema sanitario. Los requerimientos sobre seguridad y calidad se extenderán tanto a la asistencia pública como a la privada, de manera que los derechos de los usuarios queden perfectamente garantizados en todos los ámbitos.

En este contexto de políticas de equidad he de hacer referencia obligada a tres grupos que requieren especial atención: la colaboración con la OMS y con el Instituto de la Mujer, para el fomento de la introducción de las consideraciones de género en todas las actividades sanitarias —incluyendo los ensayos clínicos—, en consonancia con la declaración de Madrid y el apoyo al segundo Plan de igualdad de oportunidades de mujeres y hombres en el ámbito de la salud. Estamos profundizando, igualmente, en una mayor y mejor supervisión y planificación de la salud de los inmigrantes, a cuyo fin la oferta pública de empleo contempla un refuerzo importante del dispositivo de sanidad exterior. En esta misma línea, España ha impulsado la revisión del reglamento de sanidad internacional, de la Organización Mundial de la Salud. Finalmente, en lo que a la equidad se refiere, el ministerio ha seguido una política de cooperación institucional, para lograr un efecto multiplicador de los esfuerzos en materia de discapacidad, de la que cabe destacar nuestra permanente colaboración con el CERMI, que tan fructífera ha sido hasta ahora.

El tercer objetivo, señorías, señor presidente, es iniciar la vida en buena salud. El objetivo no tiene otra base que el hecho de que los años de infancia condicionan nuestro curso vital. Asegurar desde un principio una correcta atención sanitaria favorece el establecimiento de una sociedad de bienestar y de salud. En primer lugar, la detección de anomalías congénitas y la aplicación de medidas conducentes a corregir y paliar efectos enzimáticos o metabólicos desde la más temprana edad, puede hacer factible una vida que aspire a la plenitud en su realización. En este camino, el Centro de Investigación de Anomalías Congénitas, enmarcado en el Instituto Carlos III, está desarrollando una labor de gran importancia en temas como, por ejemplo, la espina bífida, que sigue afectando todavía a muchos ciudadanos de nuestro país. Por otro lado, el objetivo de iniciar la vida en buena salud se favorece si logra-

mos una amplia cobertura para la población seleccionada, en relación con las enfermedades prevenibles mediante inmunización, que son objeto de programas de eliminación o control. Las vacunas han demostrado ser la medida más costoefectiva de las utilizadas en la salud pública en la historia del mundo. La Comisión de Salud Pública analiza periódicamente la evidencia científica disponible sobre diferentes tipos de vacunas, y emite propuestas al Consejo interterritorial de Salud sobre calendario vacunal y sobre otros aspectos, como la información sobre cobertura vacunal. Esta iniciativa ha supuesto la concesión por el Consejo de Ministros, la semana pasada, de la gran cruz de sanidad a la comisión de salud pública del Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Se han llevado a cabo actuaciones muy significativas: la comisión de salud pública ha llegado a trascendentales acuerdos sobre vacunaciones en España, ante la potencial modificación de programas o calendarios de inmunización, porque se daba la paradoja de que los niños de Andalucía tenían distintas vacunaciones que los niños de algunas otras comunidades autónomas, incluyendo un protocolo sistemático y transparente para objetivar los fundamentos de la inclusión o exclusión de vacunas del calendario. Se han actualizado las inmunizaciones contempladas en el calendario infantil, asegurándose la homogeneización, para disponer de un referente único en todo el territorio español. Aprovecho la ocasión para comentar que también se ha creado un grupo de trabajo para el estudio y armonización de la vacunación de adultos y grupos de riesgo. Esto último, la vacunación de grupos de riesgo, tales como inmunodeprimidos o personas con anomalías congénitas, está también en el corazón del objetivo de asegurar el mejor nivel de salud en la edad infantil. Singular importancia, señorías, reviste la puesta en marcha, de forma armonizada en todo el Sistema Nacional de Salud, del programa de detección precoz de la hipoacusia, que fue aprobado el 11 de abril en la comisión de salud pública del Consejo interterritorial, y que ha sido altamente valorado por la Federación Española de Padres y Amigos de los Sordos —Feapas—. En educación para la salud, bajo el patrocinio de la OMS, estamos llevando a cabo un estudio piloto sobre conductas de los escolares relacionadas con la salud, y estamos colaborando en iniciativas intersectoriales, como el Plan nacional de seguridad vial, y, en particular, el Cuaderno didáctico sobre seguridad vial y observatorio de la infancia.

El cuarto objetivo es la salud de los jóvenes. La salud de los jóvenes en España es importante. ¿Por qué? Porque, en España, las causas de muerte entre los jóvenes, por orden de importancia, son, en primer y segundo lugar, los accidentes de tráfico y el sida, respectivamente, seguidas a cierta distancia por el uso de drogas por vía parenteral y los suicidios; y muchas de estas causas de muerte son, como saben, prevenibles. Sabemos, además, que es en la adolescencia cuando las personas en

general se inician en el consumo del tabaco. Conocidas las situaciones de riesgo, se trata de desarrollar políticas que faciliten el incremento de los factores protectores que permiten el acceso fácil de adolescentes y jóvenes a los servicios de salud y que fomenten la formación de aquellos profesionales que quieren dedicar su trabajo a esta tarea preventiva. Para alcanzar este objetivo, la actuación de mi departamento en el último año se ha dirigido a colaborar en el Plan Nacional de Seguridad Vial, así como con el Consejo de la Juventud, en la elaboración del documento sobre cómo ganar salud con la juventud, que aborda la temática de salud sexual, alcohol y salud mental. También hemos puesto en marcha la campaña *Protégete*, dirigida a jóvenes para la prevención de enfermedades de transmisión sexual y de embarazos no deseados. En la lucha contra el sida destacan las estrategias preventivas. Es nuestro objetivo no sólo que siga reduciéndose el número de nuevas infecciones, para lo que se desarrollarán estrategias de prevención dirigidas a la población general y a los grupos específicos vulnerables a esta infección, sino también aumentar la calidad de vida y la supervivencia de los infectados por la aplicación de tratamientos antirretrovirales de alta eficacia. España a nivel internacional ha aportado 50 millones de dólares al fondo global para la lucha contra el sida, la malaria y la tuberculosis. También hemos iniciado acciones en el campo de la adecuada nutrición y actividad física incluyendo objetivos para paliar ese aumento importante de prevalencia de obesidad infantil y, al mismo tiempo, afrontar los trastornos del comportamiento alimentario —anorexia y bulimia—, que serán objetos de una campaña específica.

El quinto objetivo es envejecer en buena salud. Es un objetivo que queremos para nuestros padres, pero también para nosotros y para nuestros hijos. Persigue envejecer en buena salud. Para alcanzar este objetivo, hay que aplicar políticas que permitan, por un lado, alargar la vida con mejor salud y, por otro, ampliar la red social de protección para los mayores. En la Ley de Cohesión y Calidad hemos incluido por primera vez la prestación sociosanitaria, de la cual próximamente se elaborará la cartera de servicios. En referencia al plan sociosanitario, está terminado ya el documento de bases en el seno del Consejo interterritorial, que ya ha sido revisado por el Imsero y las comunidades autónomas. A lo largo de este año, el ministerio presentará el documento al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales para posteriormente trasladarlo al Consejo interterritorial y a la conferencia sectorial de Asuntos Sociales para su aprobación. Un segundo aspecto al que mi ministerio ha prestado especial atención es el de morir con dignidad. En este sentido, en el 2002 el Ministerio de Sanidad y Consumo, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos y la Fundación Donabedian publicaron una guía de criterios de calidad en cuidados paliativos. Seguimos trabajando en la evaluación de los cuidados paliativos,

manteniendo la colaboración con la Sociedad Española de Cuidados Paliativos y participando en foros internacionales para garantizar que este derecho que nosotros reconocemos sea igualmente reconocido en otros países, porque queremos que para todas las personas al final de la vida, cuando la enfermedad no se puede remitir y la muerte está próxima, la vida siga teniendo el mismo valor y, sobre todo, la misma dignidad.

El sexto objetivo es mejorar la salud mental. Se centra en la mejora de la salud mental mediante la promoción y la protección de la salud mental a lo largo de la vida, en especial, a los grupos más desfavorecidos desde el punto de vista social y económico. En la conferencia de Atenas, bajo la presidencia griega, se presentó el documento sobre el estigma y la reinserción sociolaboral de los enfermos mentales. España es pionera, junto con los países nórdicos, en la puesta en marcha de alternativas a la hospitalización convencional psiquiátrica y en la elaboración, conjuntamente con las asociaciones de pacientes y familiares y las sociedades científicas, de lo que se conocen como guías divulgativas dirigidas al público en general y a los familiares y pacientes afectados por determinadas patologías mentales, tales como la enfermedad de Alzheimer y los trastornos del comportamiento alimentario, que tan buenos resultados y tan buena acogida han tenido en los familiares. No hay que olvidar que las enfermedades mentales las sufren los pacientes, pero también las viven y las sufren los familiares. Estas guías se presentarán públicamente en los próximos meses. España también propuso durante la conferencia que, con motivo de la celebración del Día mundial de la salud mental el próximo 10 de octubre, todos los países de la Unión Europea realicemos una declaración conjunta que ponga énfasis en la no discriminación de los enfermos mentales y una campaña de sensibilización a los ciudadanos para la inclusión social de estos enfermos.

El séptimo objetivo es reducir las enfermedades transmisibles. Consiste en reducir la incidencia y gravedad de las enfermedades transmisibles. Esto exige desarrollar estrategias nacionales e internacionales bien definidas para la eliminación del control de las enfermedades transmisibles. Quiero detenerme brevemente, señor presidente, en la gestión de la crisis internacional generada por el síndrome respiratorio agudo severo. Creo sinceramente que España ha servido de modelo en las actuaciones desarrolladas, como he tenido ocasión de constatar con mis colegas de la Unión. Hemos procedido a la creación de una comisión interministerial para el seguimiento del síndrome respiratorio agudo severo y un comité científico de asesoramiento. Se han realizado acciones efectuadas con relación a los viajeros con destino a los países o zonas afectadas, que incluyen la recomendación de no viajar a áreas afectadas y la realización de una guía sanitaria informativa para los viajeros. Se ha creado la oficina de alertas en el seguimiento de esta enfermedad transmisible. Esta-

mos en permanente conexión con las redes de alerta sanitarias nacionales e internacionales. De modo inmediato se implantó un control de viajeros en puertos y aeropuertos procedentes de países afectados, con exigencia de la declaración sanitaria a las aeronaves y buques procedentes de las áreas afectadas, mediante el desarrollo de un protocolo específico de actuación en los aeropuertos. Facilitamos información constante a la ciudadanía sobre el estado de situación de la epidemia, a través de Internet, por teléfono, atendiendo a las consultas por correo electrónico y también a los españoles residentes en las zonas afectadas. Se han extremado las acciones de coordinación nacional e internacional, a través de la agilización de la red de vigilancia y de alerta epidemiológica. Se han llevado a cabo actuaciones ante casos sospechosos y se ha puesto a disposición de las comunidades autónomas el Centro Nacional de Microbiología que lleva ya realizados análisis múltiples para descartar casos de SRAS. Para la identificación del agente causal también, hemos mantenido un contacto permanente con la OMS y con las autoridades de la Unión Europea. Señorías, para asegurar el control y reducir las enfermedades transmisibles, contamos con una red nacional de vigilancia epidemiológica complementada con un sistema de información microbiológica que coordina el seguimiento de las patologías transmisibles y la detección de las patologías emergentes. Contamos con un protocolo de actuación frente a las alertas de salud pública y pretendemos articular una red de laboratorios de salud pública en desarrollo de lo dispuesto en la Ley de cohesión y calidad. Con este mismo objetivo, se ha modificado también recientemente la estructura del seguimiento del Plan Nacional de Hemoterapia y se ha creado el sistema estatal para la seguridad transfusional, mediante el Real Decreto 62/2003. En este marco se ha constituido un comité científico de expertos en transfusión sanguínea, que garantiza el mayor nivel de seguridad en todas las fases que comporta la cadena transfusional y que propondrá al Ministerio de Sanidad y Consumo las directrices a seguir a nivel estatal. Además, el ministerio, a través del Centro Nacional de Medicina Tropical, participa activamente en la plataforma europea sobre ensayos clínicos en países pobres, en acciones relacionadas con las enfermedades ligadas a la pobreza —tuberculosis, malaria y sida—, en la red de investigación de centros de enfermedades tropicales y se está coordinando la red nacional hospitalaria de unidades de medicina tropical. En cuanto a la coordinación de la sanidad exterior, este ministerio aporta tres actuaciones de carácter general, que son el Plan de calidad en sanidad exterior, la finalización del sistema de información de sanidad exterior y la implementación de un sistema coordinado con las comunidades autónomas para la exportación de alimentos a países terceros.

El octavo objetivo es reducir las enfermedades no transmisibles. Pretende hacer cumplir lo que ya dice la

Ley de Cohesión y Calidad y es que dotándose de instrumentos novedosos y potentes, podamos poner en marcha los planes integrales de salud. Los planes integrales consisten en la elaboración e implantación de estándares, objetivos y modelos de atención en los ámbitos de la promoción, la prevención, el manejo clínico, la rehabilitación y la reinserción social, los sistemas de información y la investigación para el tratamiento integral de las enfermedades o condiciones más relevantes, con el objetivo de lograr un enfoque homogéneo en el ámbito del Sistema Nacional de Salud. Y sobre todo para poder no sólo explicar, sino poner actuaciones en marcha que expliquen o que dejen de decir por qué hay diferencias significativas en la atención, por ejemplo, a los pacientes con cardiopatía isquémica a lo largo y ancho de nuestra geografía. Los planes se consideran integrales porque hacen referencia a todos los aspectos de una enfermedad que pueden y deben ser abordados desde el Sistema Nacional de Salud. Buscan tener impacto sobre la mortalidad, sobre la morbilidad, sobre el sufrimiento y sobre la carga social y económica originadas por una enfermedad o un grupo de enfermedades. El principio de equidad que los inspira trata de minimizar la diversidad, esa diversidad no justificable, señorías, en la incidencia, en la prevalencia, en la asistencia y sobre todo en el tratamiento de las patologías. Una razón adicional que aconseja el desarrollo de planes integrales tiene su fundamento en el sistema sanitario descentralizado, resultado final de las transferencias sanitarias a las comunidades autónomas. En un sistema con tales características, se hace necesario el desarrollo de indicadores comunes, como elemento esencial de coordinación de las políticas sanitarias en el conjunto del Estado. Como me comprometí en septiembre del año pasado, estará finalizada la elaboración de los planes integrales de salud sobre cardiopatía isquémica y cáncer en este año 2003. Señorías, hemos implicado a las comunidades autónomas y a las sociedades científicas en la elaboración de los planes. Ninguna buena iniciativa puede convertirse en un resultado efectivo sin la colaboración de los profesionales.

El noveno objetivo es el de reducir las lesiones derivadas de actos violentos y de accidentes. Este objetivo se puede alcanzar si las políticas públicas conceden una mayor prioridad a las cuestiones relativas a la seguridad en los entornos de vida y trabajo y hacen frente a los principales determinantes de la violencia y de los accidentes. En primer lugar, me voy a referir a la salud laboral. Se está trabajando en un anteproyecto de ley de reforma del marco normativo de la prevención de riesgos laborales, cuyo principal objeto es combatir de manera activa la siniestralidad laboral y las enfermedades profesionales. El ministerio trabaja en este campo mediante las siguientes actuaciones: primera, participación activa en la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo; segunda, coordinación de los planes y programas de las administraciones sanitarias a

través del consejo interterritorial; tercera, aumento del número de profesionales especializados en este campo, lo que se ha hecho mediante acciones tales como multiplicar por tres —y digo bien, por tres— el número de plazas de medicina del trabajo en la convocatoria MIR o facilitar la incorporación de nuevos especialistas mediante al convocatoria de MESTOS; cuarta, el desarrollo de un trabajo técnico para la actualización del cuadro de enfermedades profesionales; quinta, la vigilancia de la salud laboral y el análisis de la información pertinente mediante el sistema de información sanitaria sobre la salud laboral, que se conoce como SISAL y que está siendo imitado por el resto de los países de la Unión Europea. Permítaseme aquí destacar la inminente culminación del Libro Blanco de vigilancia de la salud laboral que, tras un proceso de consenso con las comunidades autónomas, las sociedades científica y los agentes sociales, se va a presentar en breve.

En segundo lugar, también en este ámbito sanitario, se ha de trabajar para erradicar la violencia doméstica. La lucha contra la violencia doméstica no pasa únicamente por contabilizar a las víctimas, sino por actuar en las raíces etiológicas de este problema. Saben ustedes que ya hay un protocolo que se ha implantado en los servicios de urgencia después de la aprobación por el Consejo interterritorial ya hace casi cuatro años, pero hoy hemos iniciado ya, en el año 2003, un proyecto de colaboración con la SEMFYC, dirigido a promover la intervención del profesional de atención primaria de salud, no sólo el de los servicios de urgencia. Dicho proyecto consta de dos fases. La primera es la elaboración del documento técnico sobre cómo intervenir en la prevención de la violencia doméstica y en la ayuda a los miembros de la familia que la están sufriendo, y —si se me permite— el diagnóstico precoz de la violencia doméstica. Dicho documento ya ha sido concluido, estando previstas los próximos meses su publicación y su difusión entre los profesionales sanitarios. Quiero agradecer en este punto a la SEMFYC el apoyo y la colaboración desinteresada que ha puesto en esta tarea que es tan importante, sobre todo para muchas mujeres en nuestro país. La segunda fase es la elaboración de una guía práctica de actuaciones que complementa a la anterior.

El décimo objetivo es un entorno físico sano y seguro, como dice la OMS. El medio ambiente, definido como el medio natural modificado por el hombre, debe ser seriamente evaluado desde el campo de la ciencia y motivo de acciones concretas para mantenerlo y mejorarlo. Para alcanzar este objetivo estamos realizando las siguientes actuaciones. En primer lugar, en referencia al aire. Con motivo de los brotes de legionella que tuvieron lugar en diferentes localidades españolas, el tratamiento de esta enfermedad ha sido objeto de especial atención. Desde el primer momento en que se detectaron los casos, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha mantenido un permanente contacto con las

comunidades autónomas, que son las competentes en la materia, a las que ofreció su colaboración. A lo largo de todo este período se ha llevado a cabo un seguimiento exhaustivo de la situación a través de la red nacional de vigilancia epidemiológica, haciéndose mayor énfasis en velar por el cumplimiento de la normativa vigente, además de realizar el análisis pormenorizado de los casos aparecidos y, cuando ha habido brotes, el análisis específico de todos y cada uno de los brotes y de la fuente de producción del foco de la legionella. Un correcto mantenimiento higiénico-sanitario requiere de una formación específica. Se ha establecido para ello un procedimiento para la homologación de cursos de formación. Igualmente estamos trabajando en la modificación de la normativa que en la actualidad contempla los criterios higiénico-sanitarios para la prevención y el control de la legionelosis: el Real Decreto 909/2001, con el fin de conseguir un mayor grado de control de las instalaciones que pueden transmitir la legionella; normas que son más estrictas de mantenimiento de instalaciones; guías de actuación; normas de transporte de muestras e implicación —sobre todo implicación, señorías— de todas las autoridades sanitarias que tienen que ver en la vigilancia y en el control de esta patología.

En segundo lugar, estamos tomando medidas para garantizar el suministro de agua potable a todos los hogares, de acuerdo con las directrices de la OMS sobre calidad de suministro de agua. Señorías, en este país se ha aprobado este año, en febrero, el Real Decreto 140/2003, que es —si me lo permiten— el decreto más importante que nunca se ha aprobado en nuestro país para hacer que el agua potable sea sobre todo segura. Han sido establecidos los criterios sanitarios de las aguas potables de consumo humano. Hemos realizado una aplicación informática basada en Internet para la gestión integral de la calidad del agua de consumo humano y un informe nacional de síntesis de calidad de las aguas de consumo humano y de baño, así como otra serie de actuaciones en curso de estudios específicos y de información al ciudadano.

En tercer lugar, se inspecciona y realiza un seguimiento de los riesgos medioambientales para la salud y llevamos a cabo, de forma periódica, actividades de recogida de datos y seguimiento de la contaminación medioambiental, así como sobre sus efectos sobre la salud. Las normas aprobadas se encaminan a lograr un mayor nivel de protección frente a la exposición de sustancias y preparados peligrosos. Entre ellas está el Real Decreto 99/2003, que incide en el sistema de información específica respecto a las sustancias peligrosas, y el Real Decreto 255/2003, donde se aprueba el Reglamento sobre clasificación, envasado y etiquetado de preparados peligrosos, que supone un cambio cualitativo importante en la regulación hasta ahora vigente. Debemos destacar el esfuerzo para el control sanitario de los biocidas y de los productos químicos potencial-

mente peligrosos. En este ámbito se sitúa la creación de la red de alerta sanitaria frente a los riesgos de productos químicos, que ha contado con la colaboración de la Asociación Española de Toxicología y del Instituto Nacional de Toxicología y la creación del registro de productos biocidas.

En el ámbito de la protección frente a radiaciones ionizantes y no ionizantes, debo referirme también al plan que actualmente estamos desarrollando sobre protección radiológica del paciente frente a exploraciones médicas, en coordinación con las comunidades autónomas, y al informe sobre campos electromagnéticos y salud pública.

Para finalizar este objetivo, mención explícita merece el hecho de que en el ámbito de la salud pública, al igual que en el de la seguridad alimentaria, desde el inicio de la catástrofe del *Prestige*, el Ministerio de Sanidad ha coordinado acciones con otros departamentos e instituciones para minimizar los riesgos de los trabajadores y voluntarios que contribuyeron y contribuyen a las tareas de recogida. También nos proponemos establecer un sistema de control a medio y largo plazo que permita el seguimiento de las personas que hayan presentado una afección aguda relacionada con la exposición, la revisión del impacto psicosocial a los 6 y a los 12 meses de la catástrofe, en colaboración con las comunidades autónomas afectadas y la realización de un estudio sobre salud mental en la población general en las zonas afectadas, que ya está en marcha, y de otro sobre salud reproductiva. Además tenemos un plan de vigilancia especial de la calidad de las aguas de baño en las zonas afectadas.

El objetivo número 11, —ya van 35 minutos de mi intervención— es una vida más sana en todos los grupos de población, para lo cual es esencial la nutrición. Me voy a referir por ello fundamentalmente al impacto que tiene la seguridad de los alimentos en la nutrición y en la salud de todos los ciudadanos. En el ámbito de la seguridad alimentaria la gran novedad del año 2002 fue la puesta en marcha de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria. En julio de 2002, se aprobó su estatuto y posteriormente se elaboró su plan de estrategia. La agencia ya ha constituido sus órganos de dirección, el consejo institucional, el consultivo y recientemente el comité científico. El proceso de consolidación operativo y organizativo sigue en marcha.

En primer lugar, en cuanto al desarrollo normativo, la agencia ha contribuido activamente a la aprobación de más de diez reales decretos y órdenes ministeriales sobre etiquetados, contaminantes, regímenes especiales y nuevos alimentos, entre otras, destinadas todas ellas a aumentar el control de nuestros alimentos y hacerlos, por tanto, más seguros. En segundo lugar, en su labor de vigilancia y de laboratorio de referencia nacional, el Centro Nacional de Alimentación de la Agencia ha realizado más de 7.000 controles analíticos en un año, desde julio del año pasado a junio de éste,

desarrollando nuevas metodologías y transfiriendo las mismas al resto de los laboratorios oficiales de control. Asimismo, en colaboración con las comunidades autónomas, la elaboración del mapa de seguridad alimentaria, los planes de auditoría y la potenciación de los programas de autocontrol de las empresas permitirán pilotar la aplicación de la normativa destinada a una mayor protección de los alimentos, la eficacia de los controles y la mayor vigilancia del sistema, con el objetivo último de garantizar la máxima seguridad de los alimentos. Ya están en marcha los grupos de trabajo sobre salmonella en huevos, contaminantes en pescados, hidrocarburos en aceites y productos del mar, así como las redes de laboratorio sobre componentes de envases de alimentos, de hidrocarburos y de residuos en carnes, los cuales permitirán avanzar en la definición de políticas de control y de inspección y políticas de control analítico. Por otra parte, la red de alerta alimentaria, desde la creación de la agencia, ha gestionado rápida y eficazmente más de 110 alertas y 250 notificaciones a nivel nacional o internacional, previniendo y atajando los fallos en la cadena de la seguridad alimentaria. La participación de la AESA en el grupo piloto de la Comisión Europea que está trabajando en el diseño de una red telemática persigue cumplir uno de los objetivos básicos: reducir considerablemente el tiempo de detección y la gestión de las alertas alimentarias.

La agencia ha jugado un papel primordial en la gestión de la catástrofe del *Prestige*. En estrecha colaboración con las comunidades autónomas y con las autoridades competentes, ha adoptado, desde el inicio del accidente, rigurosas medidas de vigilancia y control destinadas a garantizar la inocuidad de los productos del mar destinados al consumo humano. Debo destacar que todas las muestras de los productos del mar destinadas al consumo analizadas hasta la fecha han resultado negativas. Se ha garantizado en todo caso el muestreo de las especies representativas de cada zona y se mantendrá, por un año, en todas las zonas abiertas a la extracción y a la pesca.

En tercer lugar, la identidad corporativa de la agencia ha sido aprobada y presentada ante los medios. El diseño y puesta en marcha de la página web son una realidad. Se han llevado a cabo campañas informativas y edición de informes técnicos, monografías, trípticos, etcétera. Además, contactos con las agencias y organismos europeos y la participación en las reuniones de la Unión Europea sobre seguridad alimentaria han promovido que la agencia tenga ya hoy un posicionamiento a nivel internacional. Hemos mantenido desde la agencia reuniones con expertos en relación con el SRAS y con el *Prestige*.

El objetivo número 12 es el de reducir los daños derivados del alcohol, las drogas y el tabaco. Este objetivo se puede alcanzar si, en primer lugar, las estrategias educativas y de promoción de la salud están orien-

tadas a la mejora de las capacidades vitales y del bienestar psicosocial de las personas, ayudándoles a controlar las situaciones vitales y a realizar elecciones sanas.

Entre los estilos de vida saludables ocupan un lugar destacado las acciones llevadas a cabo para la prevención del tabaquismo, dado que es la principal causa de enfermedad y de muerte evitable. Pues bien, hemos abordado diferentes acciones en este campo, incluyendo la aprobación del real decreto por el que se traspone la directiva de los contenidos máximos de nicotina y alquitrán y entre los que se incorpora por primera vez el monóxido de carbono y el etiquetado de los productos del tabaco. Debo destacar la aprobación por el Consejo interterritorial, el pasado 13 de enero, de este plan elaborado por todas las comunidades autónomas, que supondrá una línea de actuación conjunta y común en la lucha contra el tabaco y que fue refrendado por el Consejo de Ministros el 9 de mayo al aprobar el real decreto para el desarrollo de dicho plan. El plan contiene todas las medidas que a su vez se contemplan en el convenio marco de la Organización Mundial de la Salud para el control del tabaco adoptado el 21 de mayo pasado, habiéndose adelantado en muchos aspectos, como ocurre en lo relativo a la prevención para que los jóvenes no empiecen a fumar.

Sólo comentaré que se está trabajando de forma intensa para la puesta en marcha de acciones informativas —por ejemplo, está prevista una campaña institucional en el mes de octubre—, formativas —en el marco de programas de educación para la salud en la escuela— o asistenciales, incluyendo el estudio de la efectividad de los tratamientos de deshabituación tabáquica para su oportuna protocolización, estudio que está previsto culmine en próximas fechas la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias para elevarlo al Consejo interterritorial. Además, actualizaremos los aspectos legislativos, entre los que se puede destacar la prohibición de la publicidad directa e indirecta de la promoción y patrocinio de los productos del tabaco, la limitación del acceso de los menores de edad al tabaco y la articulación de normas que protejan el derecho a respirar aire libre de contaminación por el humo del tabaco. Todo ello de acuerdo con el convenio marco de la OMS y la directiva recientemente aprobada por la Unión Europea sobre publicidad y patrocinio del tabaco. Por último, y sin ánimo exhaustivo, promoveremos acciones de coordinación y participación y de investigación, y vamos a realizar evaluación de la efectividad de todas y cada una de las medidas adoptadas. Respecto a otros determinantes, estamos aplicando estrategias con el fin de reducir los daños derivados del consumo de drogas, tanto a nivel nacional como internacional. Cabe destacar el convenio de colaboración con el Ministerio del Interior, la participación en la conferencia de alto nivel estratégica de la Unión Europea sobre

drogas y la participación en la Comisión nacional de prevención de drogodependencias en el medio laboral.

El objetivo número 13, señorías, señor presidente, son los escenarios promotores de salud. Este objetivo se consigue si se establecen mecanismos que permitan a las personas, a todos los ciudadanos, participar en el diseño y en la mejora de sus entornos laborales y vitales y que faciliten la participación activa de las organizaciones sociales. El ministerio tiene prevista la implantación en breve de un sistema de información en promoción y educación para la salud, lo que se conoce como programa SIPES, que recoge las actuaciones y experiencias más valiosas en este ámbito, posibilitando con ello el intercambio de información y el enriquecimiento mutuo de las administraciones públicas entre sí y con las redes de promoción de la salud en ámbitos como las ciudades saludables, salud en la escuela, etcétera.

El objetivo 14 es la responsabilidad multisectorial para la salud. Este objetivo exige de todos los sectores industriales unas prácticas medioambientales y de producción orientadas al menor perjuicio para la salud o al mayor beneficio para los ciudadanos. Defender a los ciudadanos como consumidores es una condición esencial para una sociedad moderna y competitiva.

Como expresé en mi anterior comparecencia, el objetivo fundamental en la política de consumo que pretendía impulsar era el de construir nuevas herramientas que permitieran una protección de los consumidores más eficiente y más cercana al problema de cada uno. Con esta perspectiva, en estos meses se ha dado forma a un innovador marco legislativo que ha modernizado todos los ámbitos de interés en esta política, desde la información y publicidad a las garantías, pasando por los contratos y el comercio electrónico, sin olvidar una extensa legitimación para las asociaciones de consumidores, que hoy, por cierto, pueden directamente pedir judicialmente la eliminación de cualquier práctica contraria a los intereses colectivos de los consumidores.

La próxima aprobación del proyecto de ley sobre garantías, que actualmente se tramita en esta Cámara, vendrá a consolidar esta profunda renovación y actualización de los derechos de los consumidores, que no sólo ha introducido mejoras evidentes en el derecho sustantivo, que también, sino que ha incorporado, como antes señalaba, nuevos cauces procesales para la aplicación efectiva de dichos derechos. Entre estos cauces merece resaltarse la nueva legitimación concedida al Instituto Nacional del Consumo para solicitar el cese o rectificación de cualquier conducta fraudulenta que antes no poseía, y que viene a complementar el procedimiento de solución y reclamación ágil y gratuito en que consiste el sistema arbitral de consumo y que en breve se ofrecerá también por Internet. Por otra parte, estamos preparando una modificación de la Ley de Crédito al Consumo, que próximamente estará termi-

nada, para encontrar el fin de algunas actuaciones conducentes a que los ciudadanos no posean todos los derechos.

En el ámbito del control del mercado se va a mejorar nuestro conocimiento sobre la situación mediante un programa que de manera integrada y coherente ordene la actividad analítica desarrollada por los laboratorios dependientes del Instituto Nacional del Consumo, lo que permitirá una foto fidedigna de cuáles son los problemas reales existentes y facilitará la interlocución con los distintos sectores, a fin de mejorar la situación del mercado de bienes y servicios de consumo. Ya pensando en el futuro inmediato, la seguridad de los productos de consumo se reforzará con la adopción a finales de año de un nuevo reglamento que garantice el cumplimiento de la obligación de seguridad que todos los fabricantes de productos de consumo tienen, estableciendo que todas las alertas que se gestionen puedan ser conocidas por los ciudadanos, lo que sin duda contribuirá a incrementar la responsabilidad de los operadores y la confianza de los consumidores. Por último, precisamente en aras de esa confianza se pretende aprobar, en desarrollo de la Ley de la sociedad de la información y del comercio electrónico, un logotipo que identifique las empresas que se comprometan a cumplir unos requisitos mínimos en beneficio de sus consumidores. En definitiva, mantenemos la idea directriz de estar ayudando a un consumidor autónomo y responsable, que no desea paternalismos desfasados sino ejercer su libertad de elección en un entorno de confianza y de seguridad, además de contar con él a través de las asociaciones que tendrán un útil foro de encuentro con la inminente constitución del nuevo Consejo de consumidores y usuarios.

El objetivo número 15 es lograr un sector sanitario integral. Para avanzar en el cumplimiento de este objetivo, la Ley de Cohesión y Calidad incluye la atención comunitaria, la atención familiar, la atención paliativa a enfermos terminales, la salud bucodental y la salud mental como elementos indispensables de la atención primaria. En la ley se incluyen, en la atención especializada, la actividad en consultas y hospitales de día, la hospitalización a domicilio, la atención paliativa a enfermos terminales y la salud mental como garantías de la continuidad de la atención integral al paciente, una vez superadas las posibilidades de atención primaria. En definitiva, la ley ha dado un paso decisivo para integrar los diferentes niveles asistenciales, porque esto aparecía en muchos documentos científicos, en muchas publicaciones, pero no en una ley.

Las instituciones sanitarias tienen que velar por la adecuación de su organización para facilitar la libre elección de facultativo y una segunda opinión, que por cierto aparece también por primera vez en una ley, en los términos que reglamentariamente se establecerán. Asimismo, abordarán actuaciones para la humanización de la asistencia y para la mejora de la accesibili-

dad administrativa y su confortabilidad. Para desarrollar estos aspectos de la ley, estamos elaborando ya un real decreto de cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud y mejoraremos la accesibilidad administrativa, que recientemente detectamos en el barómetro sanitario del 2002, como una de las principales demandas de nuestros ciudadanos al sistema, con tres actuaciones complementarias: mejorar la gestión en IT, en colaboración con el Ministerio de Trabajo, diseñar la receta electrónica y en colaboración con las comunidades autónomas, iniciar el análisis y el diseño de una historia clínica informatizada, con cargo al Fondo de Cohesión.

Permítanme que en este punto haga una especial referencia a Ceuta y Melilla, al corresponder la gestión sanitaria en ambas ciudades al Ministerio de Sanidad y Consumo, donde tenemos la responsabilidad, de forma directa, de que haya integralidad en la atención y de que la accesibilidad a los servicios sea cada vez mejor. El INGESA, como expuse en mi primera comparecencia, tiene como prioridad desarrollar a lo largo del 2003 un plan de mejora de medios humanos y materiales en las dos ciudades autónomas de su competencia. Ese plan avanza a buen ritmo. El proyecto del hospital de Ceuta comienza a ser una realidad, habiéndose ya adjudicado al día de hoy las obras. Los nuevos centros de salud de Ceuta y Melilla están también en fase de ejecución. Especial mención requiere la firma de los convenios de colaboración con la Consejería de Sanidad de Ceuta, para la cooperación científica y técnica, y entre el INGESA y el Ministerio de Defensa, para la optimización de las instalaciones del Hospital Militar de Ceuta, siendo extensible este acuerdo también a la ciudad de Melilla.

Los ciudadanos de ambas ciudades están comprobando ya el esfuerzo que realiza la Administración sanitaria para mejorar esos servicios. Se ha reducido la demora quirúrgica en consultas y exploraciones, se ha incrementado la ambulatorización de procesos, y se ha ampliado la oferta de servicios a horarios de tarde. Ambas ciudades presentan hoy indicadores asistenciales que pueden calificarse de buenos. A 31 de mayo, la demora quirúrgica es de 42 días en Ceuta y 51 en Melilla, y la demora media en primera consulta es de 23 días en Ceuta y 21 en Melilla.

Por lo que respecta a la ONT, adscrita al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, está desarrollando el Plan estratégico 2003 para la reducción de las negativas a la donación y mejorar las tasas de donación y de trasplantes. La donación, extracción e implante de órganos y tejidos es un proceso sumamente complejo, que precisa de una cualificación de los profesionales y de los recursos, especialmente en el área de la calidad asistencial. Para ello, se establecerán los estándares de los centros de referencia de trasplantes. Me es grato señalar que, recientemente la ONT ha sido reconocida por la EFQM como empresa excelente.

El objetivo 16 de la estrategia Salud XXI, es realizar una gestión centrada en la calidad de la atención sanitaria. La Ley de Cohesión y Calidad ha creado tres organismos sobre los que pivota la consecución de este objetivo. Se trata de la Agencia de Calidad, el Instituto de Información Sanitaria y el Observatorio del Sistema Nacional de Salud. Nuestro objetivo inmediato es incorporar estos tres organismos al organigrama del ministerio y dotarles de los suficientes elementos para que lleve a cabo sus actividades. Cada uno de ellos elaborará antes de fin de año, un plan estratégico a tres años donde se concretarán sus objetivos, su estructura y su funcionamiento. La Agencia de Calidad va a ayudarnos a todos, a los profesionales de la salud, a las instituciones sanitarias y a las autoridades autonómicas a mejorar sus competencias y conocimientos, aportando información y herramientas metodológicas. Su actuación incluirá la elaboración de estándares y el fomento de sistemas de acreditación, porque, señorías, la Agencia de Calidad no se hace para decir quiénes son buenos, quiénes son malos y quiénes son mejores, se hace para hacer inventarios, para hacer guías de práctica clínica, para hacer guías de cuidados, para hacer análisis de buenas prácticas basadas en la evidencia, para que la experiencia de unos se pueda convertir en el aprendizaje de todos.

Al Consejo interterritorial se presentará la metodología para la elaboración del Plan del Sistema Nacional de Salud. Con AENOR firmaremos próximamente un convenio para la elaboración de normas ISO aplicadas a la gestión de servicios asistenciales y no asistenciales, y participamos en la adaptación al sector sanitario de la ISO 9001, como SS.SS. saben, en el ámbito de la Unión Europea. En el Consejo Interterritorial se ha aprobado también el proyecto guía salud, promovido por la Comunidad Autónoma de Aragón, a quien quiero felicitar desde esta Comisión. Un sistema sanitario totalmente descentralizado como el nuestro requiere contar con criterios consensuados y validados científicamente. La calidad ha de convertir la ciencia en mejoras clínicas. El desarrollo continuo de la calidad y la medicina basada en la evidencia contribuyen a la utilización más efectiva de las intervenciones diagnósticas y curativas, así como a la reducción de los gastos innecesarios en relación con los procedimientos y los productos farmacéuticos. Queremos poner a disposición de los proveedores de atención sanitaria la información relativa a las prácticas basadas en pruebas científicas. Como dije, estamos trabajando en la elaboración de una nueva página web, que incluirá el acceso a la librería Crochrane Plus, de forma gratuita y promoviendo así el acceso a revisiones sistemáticas de la mejor evidencia científica.

El Instituto de Información Sanitaria es el organismo encargado de crear un sistema para documentar, monitorizar, mejorar los resultados de la atención sanitaria, y divulgar de forma anónima la documentación general

sobre los resultados sanitarios. Los sistemas de información sanitaria estatales y autonómicos constituyen un requisito previo para su desarrollo y el seguimiento de las políticas sanitarias efectivas, eficientes y equitativas. Los sistemas de evaluación determinarán si se han alcanzado los objetivos previstos y cuáles son las cuestiones que requieren una atención adicional. Este ha sido el sentido del real decreto recientemente publicado, sobre medidas para el tratamiento homogéneo de información sobre listas de espera.

El objetivo 17 es financiar servicios sanitarios y asignar recursos. El siguiente objetivo se refiere a la financiación y a la asignación de recursos. Es necesario tomar medidas para la contención del gasto que recaiga fundamentalmente en los establecimientos y proveedores de atención sanitaria y no en los pacientes y en los usuarios de los servicios. Alcanzaremos este objetivo si se utilizan regularmente criterios relacionados con los resultados sanitarios y el coste-efectividad a la hora de evaluar las tecnologías actuales y las innovaciones, incluyendo los productos farmacéuticos. Para actualizar la cartera de servicios elaboraremos la metodología estándar de evaluación de nuevas tecnologías, que comprenderá los aspectos económicos de las mismas, y estamos promoviendo, como saben SS.SS., el funcionamiento en red de las agencias tecnológicas, imprescindibles para introducir una tecnología adecuada sobre la base de una evaluación objetiva.

En referencia al uso tutelado, en el año 2004 vamos a analizar los resultados de esas cuatro patologías que, como ustedes saben, esas cuatro técnicas de procedimientos que están sometidos a uso tutelado y que son los trasplantes de condrocitos, la cirugía de la epilepsia, la cirugía del Parkinson, la evaluación del esfínter anal, la endoprótesis aórtica y el PET.

En otro orden de cosas, en mi comparecencia de septiembre planteé una serie de actuaciones en política farmacéutica que me precio de haber cumplido en su inmensa mayoría. Hablé en aquella ocasión de ordenar el procedimiento de autorización de nuevos medicamentos. Desde entonces, la Agencia del Medicamento ha autorizado e incluido en la financiación pública las últimas novedades terapéuticas, garantizando con ello la equidad en el acceso a estos medicamentos. Concretamente, señoría presidente, señorías, hemos aprobado 37 nuevos principios activos en el 2002 y 19 en lo que llevamos de 2003. Me estoy refiriendo a nuevos tratamientos para patologías como el Alzheimer, la neutropenia severa o la leucemia linfocítica crónica, enfermedades graves para las que no existía todavía un tratamiento definitivo. Asimismo, se ha favorecido la autorización de nuevos medicamentos para patologías huérfanas como, por ejemplo, la enfermedad de Fabry. Me refería también en aquel momento a la política de genéricos. A fecha de hoy hemos superado la barrera de las 1.500 especialidades farmacéuticas genéricas aprobadas, y lo que es más importante, hemos puesto

en marcha un sistema de configuración de conjuntos homogéneos, a través de la enmienda 161 introducida en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que va a ampliar su ámbito de aplicación, que permite ajustar mejor los precios y que va a evitar que existan genéricos con precios superiores a los de referencia.

Hice mención también a la potenciación de la Farmacovigilancia. Pues bien, en este período hemos puesto en marcha un programa de bases de datos automatizados que nos van a permitir cualificar mejor los riesgos de los medicamentos. Hemos creado una Intranet de comunicación entre las comunidades autónomas y la Agencia Española del Medicamento, conocida como la nueva FEDRA, para facilitar la comunicación de reacciones adversas, tanto para medicamentos humanos como veterinarios. Posteriormente se aplicará también a los productos sanitarios que, como ustedes saben, se van a incorporar a la Agencia del Medicamento, que pasa a denominarse Agencia del Medicamento y Productos Sanitarios.

En septiembre también prometí, señorías, una actualización de las fichas técnicas de las especialidades farmacéuticas. A fecha de hoy, a través de la página web del ministerio y su conexión con la página web de la Agencia Española del Medicamento es posible ya consultar las fichas técnicas de la mayoría de los medicamentos. Asimismo, es posible conocer los nuevos medicamentos autorizados en el 2003 y su correspondiente ficha técnica. La constante actualización de estos datos nos permitirá en breve tener toda la información disponible e ir incorporando información comparativa sobre el precio de los medicamentos. También hablaba de la paulatina correspondencia entre prescripción y dispensación. Hoy es realidad el programa piloto sobre unidosis de antibióticos que hemos puesto en marcha en colaboración con diferentes comunidades autónomas y el INGESA.

En septiembre pasado me referí a la revisión del Real Decreto sobre plantas medicinales. Hoy nos encontramos a la espera de la directiva europea que se prevé que esté finalizada a principios de 2004. Mientras tanto, hemos elaborado una orden ministerial sobre plantas tóxicas una circular informativa que permitirá ordenar el sector mientras esperamos la publicación de la directiva. También hice referencia a la búsqueda del consenso en los criterios de organización de la visita médica y control del marketing farmacéutico. Ambos temas fueron tratados en el Consejo Interterritorial del mes de noviembre de 2002 y se acordaron las bases de actuación al respecto con las comunidades autónomas. Asimismo, hemos publicado el Real Decreto de modificación del artículo 100 de la Ley del Medicamento para ordenar el comercio paralelo de medicamentos con el fin de atender el compromiso de garantizar el abastecimiento de nuestro mercado nacional.

Por último, me comprometí a promover la formación de los profesionales sobre un uso adecuado de los medicamentos, afectando a dicha finalidad partidas presupuestarias específicas en colaboración con las comunidades autónomas. Pues bien, en el seno de la comisión delegada del Consejo Interterritorial se han definido los criterios para los programas de investigación que sobre este punto se van llevar a cabo. Para los meses que nos quedan de legislatura hemos previsto además una serie de actuaciones complementarias de las que acabo de citar y que son: La puesta en marcha de Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios, lo que va a permitir dar un tratamiento técnico unificado a medicamentos humanos, a medicamentos veterinarios y a productos sanitarios. La publicación del Formulario Nacional, con más de 200 monografías para facilitar el desarrollo correcto de las fórmulas magistrales. La publicación de un nuevo real decreto sobre ensayos clínicos como desarrollo de la correspondiente directiva. Y se encuentra en trámite muy avanzado ya el proyecto de real decreto de adaptación de la vigente clasificación de medicamentos a la ATC, a la Clasificación Anatómica de Medicamentos, que conllevará el cambio de aportación de normal a reducida de numerosos tratamientos para enfermedades crónicas como, por ejemplo, la hipercolesterolemia familiar heterocigótica, psoriasis, antieméticos para quimioterapia, etcétera.

Se ha aprobado, como saben, también recientemente, un Real Decreto de clasificación de implantes mamarios para incrementar los requerimientos en la evaluación de los mismos y está prevista la próxima publicación de una orden ministerial de creación de registros nacionales de implantes. Se iniciarán con carácter preferente los registros de marcapasos y de implantes mamarios. Para finalizar este apartado, se encuentra en trámite avanzado de elaboración un real decreto de cosméticos que traspondrá la directiva comunitaria mediante el que se incrementarán notablemente los requerimientos respecto a la cosmetovigilancia.

El objetivo 18, señorías, y espero no estar abusando de su paciencia... **(Un señor diputado: Sí.)** He oído que sí, pero espero que no porque son asuntos de gran relevancia para todos los ciudadanos. Este objetivo desarrolla una política de recursos humanos para la salud y se puede alcanzar si se establecen medidas educativas y organizativas que proporcionen a los profesionales de la atención sanitaria la motivación y las capacidades necesarias para adoptar las mejores prácticas y para asumir responsabilidades en relación a los resultados de su trabajo. Si combinamos la carrera profesional y el trabajo estable con la flexibilidad en las formas organizativas, vamos a potenciar la confianza en el sistema, en vez de obstaculizarla.

En primer lugar, en lo realizado hasta ahora tengo que destacar dos procesos de trascendental importancia

para la creación del empleo estable. Así, se ha llevado a cabo ese Plan de Consolidación de Empleo, derivado de la Ley 21/2001, que viene a poner fin a una situación de interinidad, en ocasiones de más de 15 años, de los profesionales sanitarios. Para un total de 71.156 plazas convocadas en 86 categorías se han presentado más de 500.000 solicitudes, de los cuales se presentaron el 58 por ciento. El proceso lleva un desarrollo normal, dentro de la gran complejidad del mismo. Por otro lado, en el sistema convivían más de 13.000 médicos que no tenían regularizada su situación como especialistas. Por ello, en el pasado año 2000, se ha concluido el proceso excepcional de especialización y el 75,73 por ciento de los MESTOS ha obtenido ya el título de especialistas.

En segundo lugar, el ministerio quiere prestigiar el trabajo que realiza el personal sanitario, mejorar su formación y ofrecerle nuevas oportunidades de desarrollo profesional. Por ello, hemos hecho una apuesta por la motivación de los profesionales con la Ley de Cohesión y Calidad y vamos a seguir haciéndola con nuevos proyectos. El estatuto marco, norma básica de cohesión de las políticas de personal del Sistema nacional de Salud, se debe aprobar con el máximo consenso, tanto sindical como de los servicios de salud de las comunidades autónomas, como de los grupos políticos, a mi juicio. Sin embargo, considero que el estatuto marco no es suficiente. Los profesionales y la sociedad en su conjunto demandan reformas en los sistemas de especialización de las profesiones sanitarias y un sistema de desarrollo de carrera y de formación continuada de los facultativos y diplomados. Esto es lo que pretendemos con la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias, siendo la primera vez que se desarrolla el título 36 de la Constitución sobre el ejercicio profesional de las profesiones sanitarias, tanto en el ámbito privado, como en el ámbito público. Los dos anteproyectos, LOPS y estatuto marco, buscan dar respuesta las necesidades de consolidación y de reforma de la política de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud en su conjunto.

Un tercer aspecto fundamental es conseguir la idoneidad de los programas formativos para profesionales sanitarios. Hemos regulado las especialidades farmacéuticas de químicos, de biólogos, de bioquímicos y la actualización de la formación especializada, que han iniciado las comisiones nacionales de las especialidades respectivas. Además, de acuerdo con el mandato del Senado, estamos elaborando el real decreto por el que se regula la obtención del título de enfermero especialista. En este punto quiero hacer explícita mención al esfuerzo de las sociedades científicas, de los profesionales, de los sindicatos consensuando esta política de recursos humanos.

El objetivo 19 es investigación y conocimiento para la salud. El objetivo 19 es orientar las políticas a la investigación y el conocimiento para la salud. (Llevo

una hora hablando, pero espero terminar mi intervención en muy poco tiempo ya.) Como he dicho en otras ocasiones, la investigación sanitaria constituye un instrumento imprescindible en el diseño de cualquier estrategia de salud que tenga por objetivo mejorar la salud de los ciudadanos. Uno de los más importantes retos de la investigación sanitaria en la actualidad consiste en la aproximación de la investigación básica, la clínica y la epidemiológica y en convertir a los hospitales y centros de salud en núcleos de la vanguardia e innovación en este campo. Por esto todas las mejoras y los esfuerzos de inversión que se realicen en este ámbito serán siempre acciones que, con carácter inmediato o a más largo plazo, acabaran siempre proyectándose en una mejora de la calidad asistencial de los ciudadanos.

¿Cuáles han sido las acciones, en este sentido, que hemos emprendido desde mi comparecencia? En primer lugar, hemos incrementado notablemente el presupuesto destinado a investigación, 76.722.100 euros de los de ahora, alcanzando un presupuesto de un 63,59 por ciento más alto que el ejercicio anterior, con el fin de poder financiar los numerosos proyectos que se iban a acometer. En segundo lugar, hemos desarrollado y resuelto la convocatoria de redes temáticas de investigación cooperativa, que ha conducido a la aprobación de 69 proyectos de redes, en las que participan más de 11.000 investigadores, pertenecientes a 290 instituciones, ubicadas en todas las comunidades autónomas. La financiación total para la primera anualidad es de 55.800.000 de euros. Las redes fueron evaluadas por un comité internacional y aprobadas por unanimidad, y digo unanimidad, por la comisión científico técnica del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Decíamos en la comparecencia de septiembre que en España existía ya un número importante de grupos de investigación altamente cualificados aunque dispersos y de pequeño tamaño. Por eso, la puesta en marcha de las redes temáticas de investigación cooperativa constituyen un salto, cualitativo y cuantitativo, en la estrategia de impulsar y fomentar la investigación en nuestro país.

La posibilidad de incorporar a estas redes grupos emergentes, por un lado, y de facilitar, por otro, a los investigadores del sistema su participación en las redes de excelencia constituyen metas básicas de esta acción estratégica.

El fomento de la investigación en los jóvenes constituye el tercer objetivo que hemos impulsado, de acuerdo con el compromiso que asumimos en su día ante esta Cámara. En este sentido, hemos puesto en marcha la convocatoria del denominado MIR de Investigación, que se publicó en el Boletín Oficial el pasado día 19 de este mes, y vamos a dedicar el 10 por ciento de los proyectos de investigación financiados por el FIS a los investigadores más jóvenes, incorporados al sistema en los últimos cinco años. Esta convocatoria fue publicada

el pasado mes de enero y está en fase de evaluación en este momento.

Junto a estas acciones, hemos emprendido, asimismo, distintas iniciativas para fomentar el apoyo a la investigación y a los investigadores. Quisiera destacar el fomento de la investigación en enfermería, el apoyo a la documentación científica mediante la reserva de un 3 por ciento de los gastos institucionales de los proyectos de investigación para la dotación de bibliotecas en los hospitales y centros de investigación, el desarrollo de la Biblioteca virtual en salud del Instituto Carlos III y el apoyo al idioma a través de la Unidad de Terminología del citado instituto, en colaboración con la Real Academia Española. Señorías, habrá palabras en otros idiomas que no podremos cambiar, pero estoy segura de que próximamente los términos científicos tendrán un nombre en nuestra lengua, lengua que, por cierto, es muy rica y que hablan ya casi 1.500 millones de personas en el mundo.

En el ámbito de la investigación sobre el cáncer, el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas fue inaugurado el 4 de febrero. Sus programas fundamentales ya en funcionamiento son los de oncología molecular, genética del cáncer, patología molecular, biología estructural y biocomputacional y terapias experimentales. La Red de Banco Tumores del Centro coordina ya a 17 hospitales pertenecientes a ocho comunidades autónomas.

En investigación cardiovascular, el Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares inició su construcción el pasado 10 de febrero. No obstante, varios grupos desarrollan ya, en instalaciones provisionales, su trabajo en investigación, sobre todo en la biología del óxido nítrico, en la biopatología de la pared vascular, en la fisiopatología de los procesos inflamatorios y en la regulación de la expresión génica del endotelio vascular, que tanto tiene que ver con la prevalencia, la incidencia, la mortalidad y la morbilidad por patología cardiovascular. Ambos centros nacionales están incardinados en las respectivas redes del centro de cáncer y de enfermedades cardiovasculares a las que con anterioridad he hecho referencia, porque los recursos, señorías, son de todos.

En la misma línea, se ha formalizado recientemente la creación de la Fundación Centro de Investigación en Enfermedades Neurológicas, la red CIEN, que está en estos momentos elaborando su plan estratégico y cuyo patronato se va a constituir el próximo mes. Respecto de la Fundación Genoma hay que señalar que el ministerio ha elevado su participación en el presupuesto, y ello ha permitido impulsar algunos de los proyectos que actualmente se llevan a cabo, especialmente la creación del Instituto virtual de Bioinformática, el Centro Nacional de Genotipado, la elaboración de la cartera tecnológica, que podrán ponerse a disposición del Sistema Nacional de Salud.

En el momento presente, y tras los objetivos hasta ahora cumplidos, tenemos, en el campo de la investigación sanitaria, que alcanzar nuevas metas y nuevos retos. Estas metas y estos retos vienen definidos en la reciente y aprobada Ley de Cohesión y Calidad, a la que ya he hecho referencia. En concreto, entre las acciones prioritarias que vamos a emprender en el futuro están el desarrollo de la iniciativa sectorial en salud, para su incorporación al Plan Nacional I+D+I 2004-2007, así como la creación de la Comisión Asesora de Investigación en Salud, a cuyo frente va a estar el doctor Jordi Camí en próximas fechas, que va a canalizar las iniciativas y demandas en investigación sanitaria y proyectarlas hacia los órganos gestores y ejecutores de la actividad investigadora.

En este contexto, y en el marco asimismo de la Ley de cohesión, vamos a impulsar la acreditación de los institutos de investigación sanitaria. En ellos se asociarán los hospitales universitarios del Sistema Nacional de Salud, las universidades, los organismos públicos de investigación y otros organismos públicos y privados para constituir institutos de investigación especializados, multidisciplinarios y multiinstitucionales. El real decreto que lo regula será publicado con carácter inminente, porque va a ser remitido esta semana al Consejo de Estado. Pretendemos, al impulsar la creación de estos institutos, que la investigación básica, clínica y epidemiológica se desarrolle de forma coordinada y se produzca una más rápida transferencia entre la adquisición de conocimientos en salud y su transferencia a la práctica clínica.

El objetivo 20 es movilizar los agentes para la salud. El objetivo 20 hace que debemos promover el intercambio de información y la complementariedad de actuaciones de todos los agentes en redes para la promoción de la salud, la cooperación internacional, la evaluación de tecnologías y la formación en salud pública y gestión sanitaria. Se ha constituido un grupo de trabajo en el Consejo interterritorial para la cooperación internacional y se han iniciado las actuaciones de la Agencia de Evaluación de Tecnologías y la Escuela Nacional de Salud para explorar, con organismos similares de las comunidades autónomas, un funcionamiento en red, en aquellos aspectos donde las experiencias compartidas o la distribución de las actuaciones aprovechen las sinergias de todo el sistema.

En segundo lugar, quiero referirme a la coordinación de las políticas de salud pública con las comunidades, a través del Plan de cooperación y armonización de acciones en el ámbito de la salud pública, que contempla la Ley de cohesión, desarrollando un plan de trabajo para lograr un funcionamiento coordinado, armónico y de sinergia de coordinación, que tanta importancia tienen de todas las actuaciones de salud pública, por ejemplo, para que el *screening* de cáncer de mama no sólo sea una realidad sino que tenga metodología y criterios compartidos.

De forma muy sistemática se está avanzando de forma consensuada con sociedades científicas, asociaciones profesionales y desde el marco de la Comisión de Salud Pública para disponer de un modelo que permita establecer las funciones básicas en materia de salud pública a desarrollar en todo el Estado, fundamentadas en el análisis de la situación de la salud y en las estrategias y compromisos internacionales, de acuerdo con la evidencia científica disponible, definir la cartera de servicios de salud pública, establecer los medios y sistemas de relación entre las administraciones, información recíproca; facilitar la promulgación de legislación sanitaria y la aplicación de las directivas comunitarias.

La filosofía, señorías, no es otra que inspirar nuestras acciones en intentar recoger todo lo positivo de la labor que ya se viene realizando en las diferentes comunidades autónomas, que asumieron desde el primer momento las competencias en salud pública, mientras mejoramos aquellos procedimientos necesarios para lograr un enfoque coherente, eficaz de las cuestiones relacionadas con la salud en el conjunto de los diferentes ámbitos que cubren las políticas de las administraciones públicas. Para asegurar que todo lo anteriormente expuesto se hace a partir del conocimiento y del máximo consenso, queremos organizar, a partir de la Comisión de Salud Pública, el foro de debate sobre la salud pública en España, que será el primer foro que desarrolle la Ley de cohesión, en el que se espera tener en cuenta la voz de los diferentes agentes sociales, sociedades científicas y asociaciones profesionales. Este primer foro está previsto para el mes de septiembre. Nuestra estrategia, señorías, es intentar la mayor coherencia con el Programa europeo de acción comunitario en el ámbito de la salud pública 2003-2008.

En tercer lugar, queremos alcanzar este objetivo, en el que tienen que colaborar todos, bajo el refuerzo de la solidaridad internacional, a favor del desarrollo sanitario a través de las estructuras europeas dedicadas a la cooperación y a las actuaciones intergubernamentales. En este sentido, hemos elaborado la primera estrategia de cooperación en salud de España, conjuntamente con la Agencia Española de Cooperación Internacional, que ha sido consensuada con todos los actores y que se ha presentado a todas las ONG de nuestro país. El ministerio, conjuntamente con la AECl, a través de la Red ESTHER, la Red de Solidaridad Terapéutica Hospitalaria contra el SIDA, participa con Luxemburgo, Francia e Italia garantizando que los fármacos anti-retrovirales que se proporcionan a estos países a través del fondo global se utilicen adecuadamente. A diferencia de otros países europeos, España no sólo ha incluido en el proyecto a países africanos como Angola, Mozambique o Guinea, sino también a países de Iberoamérica, como son República Dominicana, Ecuador y Guatemala.

También se han suscrito convenios en colaboración del ministerio con organismos internacionales como el Organismo Andino de Salud, con Argentina, Uruguay, Estados Unidos de América y Colombia, con la finalidad de llevar a cabo programas conjuntos de investigación científica, formación de recursos humanos y desarrollo y aplicación de proyectos técnicos y de intervención social. Además, participamos en la Cumbre Iberoamericana de ministros de Salud, en la que España aportó su experiencia de coordinación del Sistema Nacional de Salud.

En el ámbito internacional, el ministerio ha intensificado su presencia en reuniones y organismos internacionales. Actualmente, como saben, la propia ministra forma parte del Comité Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud. En la 52.<sup>a</sup> Asamblea Regional para Europa hemos abogado por la unión de los esfuerzos para reducir las desigualdades en salud de la región europea y hemos colaborado activamente para que el Convenio marco sobre el tabaco sea una realidad y se apruebe por todos los Estados. En este momento, como saben, estamos impulsando decididamente el reglamento sanitario internacional y tenemos que hacer especial énfasis en que los sistemas de vigilancia epidemiológica, y así lo hemos hecho en la Comisión ejecutiva, funcionen en todos los Estados del mundo.

El ministerio también tiene una activa participación en otros organismos internacionales: la OPS o la OCDE. En el ámbito de la Unión Europea, aparte del semestre de presidencia española del Consejo de la Unión, del que ya hemos hecho balance, cabe destacar el apoyo para la aprobación de la directiva en materia de publicidad y patrocinio de los productos del tabaco, la Conferencia sobre el estigma y reinserción de los enfermos mentales a la que me he referido, y el Grupo de reflexión de alto nivel sobre movilidad de pacientes. Para España este último punto es clave, no sólo por la cantidad de extranjeros que residen o visitan nuestro país, sino también por el impacto de la aplicación en la accesibilidad y calidad de la atención sanitaria en Europa. Por ello, se está trabajando en aspectos como el diseño de la tarjeta sanitaria europea y el establecimiento de centros de referencia.

El objetivo 21, señorías, son las políticas y estrategias de salud para todos a nivel nacional, regional y local. En el mes de septiembre me había comprometido a dinamizar el Consejo Interterritorial. Su actividad ha sido intensa, con reuniones bimensuales, constituyéndose en un foro de encuentro entre las comunidades autónomas y el Gobierno del Estado. En la Ley de Cohesión y Calidad lo hemos definido como el elemento vertebrador del Sistema Nacional de Salud. También se ha constituido la Comisión delegada de segundo nivel, con capacidad de resolución de muchos temas intermedios y encargada de la elaboración del orden del día del Consejo, con reuniones mensuales desde su constitución. Es decir, en un año hemos tenido más reu-

niones de las que nunca había tenido el Consejo Interterritorial, pero no sólo en lo cuantitativo, sino también en lo cualitativo. Hemos analizado y tratado hasta más de 13 puntos en cada orden del día, llegando a múltiples acuerdos y consensos.

Se ha empezado a elaborar un nuevo reglamento del Consejo, así como a racionalizar la composición y funciones de las comisiones y grupos de trabajo que dependen de él. Para alcanzar este objetivo tendremos que mejorar y modernizar las estructuras y mecanismos que faciliten la cooperación entre los principales agentes implicados. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud tiene hoy más competencias que nunca. El diálogo y el consenso deben plasmarse en actuaciones conjuntas y en el establecimiento de objetivos. Requiere una evaluación de la situación actual sobre una base científica, como la previsión de tendencias futuras como un elemento esencial. Los objetivos convierten las intenciones políticas en algo más específico, permitiendo el seguimiento de los progresos realizados y la participación activa de los diversos agentes en el desarrollo de la salud. Por eso, nos gustan poco los discursos y mucho las realidades. Necesitaremos que todas las comunidades cuenten con unos sistemas de recogida de información unificados y comparables a la hora de realizar un seguimiento de los progresos. Señorías, el observatorio tendrá la función de elaborar el informe anual del estado del Sistema Nacional de Salud, elaborar estudios comparativos, que se traerán a esta Cámara, sobre reformas sanitarias en países europeos y asumir el observatorio de la OMS para implantar la estrategia Salud XXI en un Estado descentralizado. Para alcanzar este objetivo, se tendrán que formular las políticas y estrategias a través de la total movilización de los agentes implicados que yo he señalado a lo largo de mi comparecencia.

Por último, el Comité consultivo, que tiene un nuevo impulso en la ley, con el fin de que pueda ejercer efectivamente la participación de todos los sectores del Sistema Nacional de Salud, se constituirá formalmente antes de finalizar el año. También se deberá reflexionar más sobre los mecanismos para informar, implicar y promover las valiosas redes de influencia y desarrollo en el seno de los profesionales y de la sociedad civil. Siguiendo esta filosofía, se realizará ese foro abierto, al que me he referido, de Salud Pública, modalidad de participación prevista en la ley, en el que pretendemos recoger las opiniones de los ciudadanos, de las sociedades científicas, de las asociaciones de enfermos, de los colegios profesionales, de los foros de pacientes y de todos los ciudadanos sobre la estrategia Salud XXI.

Para finalizar, las políticas de salud para todos, señorías, deben ser respaldadas por el órgano político más importante de cada nivel. Cada vez más, la interdependencia generada por nuestra pertenencia a la Unión implica una mayor convergencia con Europa de nuestras políticas nacionales, entre ellas la política sanita-

ria, así como materias propias del poder legislativo, del Congreso y del Senado, y, en sus respectivos ámbitos territoriales, las asambleas legislativas autonómicas tienen una amplia y prolongada incidencia sobre la vida de los ciudadanos. Las Cámaras son depositarias de la soberanía popular y, por ende, del interés y sentir de los ciudadanos en un aspecto tan sensible como la salud. Así fue como a lo largo de los años hemos ido configurando la base legislativa de nuestro sistema sanitario y nos encontramos hoy ante una nueva etapa en la configuración del Sistema Nacional de Salud, que debe articularse sobre la base de una ley que es referencia obligada: la Ley de Cohesión y Calidad, una ley que me satisface decir es fruto del constante diálogo mantenido a lo largo de su elaboración y del consenso alcanzado con todos los agentes del sistema y con las distintas fuerzas políticas representadas en el Parlamento, a los que hoy debo gratitud en esta Comisión.

Las soluciones que nuestra sociedad necesita merecen, indudablemente, el esfuerzo que todo consenso implica. Si ese consenso es una meta loable en todos y cada uno de los ámbitos en el que se desarrolla la vida social y política de nuestro país, en sanidad lo es aun más, habida cuenta de que, según el reparto constitucional de competencias que existe en esta materia, las decisiones que en sanidad le llegan finalmente al ciudadano siempre serán la suma de dos voluntades: la estatal y la autonómica. De ahí que todas y cada una de esas decisiones deban ser comprendidas y compartidas por todos, porque en sanidad, señorías, avanzar es compartir y sumar. Esta clara actitud de diálogo y búsqueda del consenso que hemos llevado a la práctica con la Ley de Cohesión y Calidad, es la que nos planteamos igualmente en otros dos grandes proyectos legislativos que se están tramitando en las Cámaras: el estatuto marco y la ley de ordenación de las profesiones. Con estas tres normas queda configurado y definido un nuevo marco integrado de actuaciones y relaciones entre las administraciones que conforman nuestro sistema sanitario.

El Sistema Nacional de Salud necesitaba una visión común, una visión que, como he expuesto, es tangible y está en pleno desarrollo, un funcionamiento integrado del sistema que responda a criterios de participación, responsabilidad y compromiso de los distintos agentes que en él intervienen.

Como ya dije a SS.SS en mi comparecencia de septiembre, el objetivo principal y permanente del sistema es conseguir que nuestros ciudadanos alcancen plenamente su potencial de salud para vivir con confianza y de manera activa, para poder llevar a cabo su proyecto vital, que es lo que queremos todos para nosotros, para nuestros padres y para nuestros hijos. Esta visión compartida es la única que puede asegurar la equidad, la calidad y la participación del Sistema Nacional de Salud para todos los ciudadanos.

Señoras y señores diputados, señor presidente, he intentado exponer aquí sólo trigo, que no paja, pero

creo que el trigo es abundante. He querido comparecer esta mañana para dar cuenta de lo que hemos avanzado a lo largo de estos últimos 12 meses, para agradecer el trabajo realizado por esta comisión y para dibujar una propuesta de futuro para el Sistema Nacional de Salud. Hoy, la ministra de Sanidad propone en esta Comisión que Salud en el siglo XXI para todos los ciudadanos sea una realidad en España. Hoy, aquellos objetivos que se marcaron hace un año son ya realidades, y podemos fijarnos nuevas metas. Yo estoy aquí hoy por eso: porque represento también a los ciudadanos. Mi exposición no pretende sólo indicar el rumbo hasta el final, ya próximo, de esta legislatura, sino avanzar las grandes líneas que sirvan para construir el futuro.

Señorías, hoy me siento muy satisfecha, porque nunca pensé que podría estar aquí, al frente del Ministerio de Sanidad, llevando a cabo la estrategia salud para todos los ciudadanos, que somos ciudadanos del mundo. El desarrollo de la Ley de cohesión y calidad, el esfuerzo que queremos realizar en las áreas de prevención de patologías, la puesta en marcha de los planes integrales o la aprobación del estatuto y la LOGS, son compromisos de futuro ya tangibles. La estrategia de Salud XXI de la OMS, cuya traslación a nuestro entorno les he presentado hoy, es un marco ideal para tejer encuentros y para seguir avanzando hacia un modelo más moderno y más solidario. Los ciudadanos nos exigen que demos respuesta a sus necesidades; necesidades que, por cierto, no permiten demora. Es momento de avanzar; espero y deseo hacerlo con la ayuda de todos ustedes.

El señor **PRESIDENTE**: Me propone el Grupo Parlamentario Popular un receso de cinco minutos, y creo que está bien. **(Pausa.)**

Señorías, antes de dar la palabra a los distintos portavoces, queremos dar la bienvenida a la Comisión de Sanidad y Consumo al señor Mardones, que sustituye a la señora Julios Reyes, como portavoz del Grupo Parlamentario de Coalición Canaria. También quiero dar la bienvenida, no a la Comisión, pero sí como portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, al señor Arola, que sustituye a la señora Valentín. Asimismo, quiero que conste en el «Diario de Sesiones» que deseamos, y creo que expreso el sentir de toda la Comisión, los mejores éxitos tanto a la señora Julios como a la señora Valentín en sus distintas comunidades autónomas.

Dicho esto, no estando el portavoz del Grupo Mixto, tiene la palabra, en primer lugar, el señor Mardones.

El señor **MARDONES SEVILLA**: Señor presidente, quiero agradecer la atención que ha tenido con este nuevo portavoz en la Comisión de Sanidad y las palabras a mi antecesora en la misma, la doctora María del Mar Julios. Quiero saludar la comparecencia de la señora ministra de Sanidad, doña Ana Pastor, y sobre todo agradecerle lo amplio y exhaustivo que ha sido su

informe ante esta Comisión. De la extensión del informe, que puede quedar para las próximas sesiones que tengamos en el siguiente período de sesiones después del verano, Coalición Canaria hará sus aportaciones sobre los aspectos en los que se sienta vinculada, como las que ha presentado en el registro con relación a estos dos proyectos de ley fundamentales que hay en previsión de debate en la Comisión, tanto el estatuto marco del personal como la ordenación de las profesiones sanitarias, que son piezas que, como ya decíamos el otro día en el debate de totalidad, vienen a cerrar el arco que se había iniciado con la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Me voy a ceñir ahora en este trámite a pedirle a la señora ministra algunas aclaraciones sobre su intervención. En primer lugar, la señora ministra ha dicho que va a integrar las entidades y organismos que se crean por la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud en la estructura orgánica del Ministerio de Sanidad y Consumo. ¿La entrada en dicha estructura va a tener alguna relación con estructuras similares que puedan tener las comunidades autónomas en el ámbito competencial de la sanidad o va a ser objeto también del nuevo Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud —la señora ministra ha empleado bien la expresión cuando se ha referido a él—, una vez se haya producido tras las elecciones autonómicas la renovación en aquellas comunidades autónomas a las que les vaya a afectar el cambio de titular al frente de las consejerías de sanidad?

La segunda cuestión que le planteo es si, dado que en el nuevo período de sesiones, después del verano, el Gobierno va a presentar el proyecto de Presupuestos Generales del Estado, la señora ministra tiene ya una previsión, dentro de los presupuestos de Sanidad, que pueda ir por la vía de los fondos de cohesión sanitaria y del Fondo de suficiencia. En el primer objetivo que ha señalado la señora ministra en su larga intervención estaba incluido este principio de solidaridad para la salud y la potenciación del sistema de cohesión y de garantía de la calidad. Compartimos esto plenamente, señora ministra. El soporte ahí está fundamentalmente en la necesidad de transferir los recursos necesarios a las comunidades autónomas que sean deficientes en medios para aplicar estos principios de cohesión y de garantía de la calidad, y mi pregunta va en ese sentido. ¿Hay una previsión de aumentar la dotación de los fondos de cohesión sanitarios, del Fondo de suficiencia o de otra dotación que sea transferible a este tema? Sabe usted que los déficit de financiación en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Canarias debidos a las prestaciones a la población turística —tema que afortunadamente fue reconducido posteriormente— fueron motivo de algunas de las observaciones que mi antecesora, doña Mar Julios, hizo al proyecto de ley de cohesión y calidad. Sabe usted que estas prestaciones distorsionan desde las listas de espera a cualquier otro

tema. Incluso se introdujo un factor nuevo: al transferirse por el Ministerio de Defensa el hospital militar Rey Juan Carlos, de las Palmas de Gran Canaria, todos los familiares de los militares que eran atendidos por la sanidad militar fueron transferidos a la sanidad pública canaria. Esto ha venido a engrosar las listas de espera y el número de usuarios, pero no las plantillas, pues los médicos militares han seguido como médicos militares en sus destinos correspondientes, pero no han pasado a médicos de los servicios públicos de salud, lo cual ha motivado un déficit económico. Por eso le hago esta pregunta.

Estamos totalmente de acuerdo con el segundo punto al que se ha referido, que es el sistema de equidad en la salud. Me voy a referir sólo a los puntos más importantes, porque en mi corta intervención no puedo hacer mención a todos los puntos que ha tocado. En este punto tendrá usted nuestro apoyo, ya que este principio de equidad de la salud va a ser uno de los puntos fundamentales para normalizar el principio universal de las prestaciones sanitarias en el ámbito español. Me ha parecido entender que se ha referido usted a un real decreto que va a establecer la autorización de centros. ¿Ese decreto lo ha conocido ya el actual Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud? ¿Nos podría detallar qué alcance va a tener este decreto de autorización de centros en todo el ámbito territorial? Si esto es compartido por todas las comunidades autónomas, nos gustaría que nos dijera qué efecto puede producir una autorización de centro y si esa autorización es del Ministerio de Sanidad o es de las comunidades autónomas.

Por lo demás, y con esto quiero terminar, tanto en el punto segundo como en el primero, en la solidaridad para la salud y en la equidad para la salud, nos parecen ideas tremendamente positivas la tarjeta europea, el observatorio y la cooperación institucional al respecto. Me limito a estas preguntas que le he realizado y le reitero el apoyo y la colaboración del Grupo Parlamentario de Coalición Canaria, pidiéndole como siempre que tenga en cuenta las peculiaridades de un territorio fragmentado en islas, que obliga a desplazarse incluso para las prestaciones, porque no se puede hacer en todas y cada una de las siete islas canarias un hospital general con todas las dotaciones y todos los servicios que ello implica. Le pedimos que tenga en cuenta estos hechos diferenciales, que tienen una traducción económica, pero en la línea conceptual y de gestión política, señora ministra, le mostramos nuestro apoyo y le ofrecemos nuestra colaboración, que esperamos ver reflejada, puesto que ya hemos presentado las enmiendas a estos dos proyectos de ley, tanto el del estatuto marco, como el de las profesiones sanitarias, que en este momento están en trámite en el Parlamento.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Mixto, tiene la palabra el señor Aymerich.

El señor **AYMERICH CANO**: Muchas gracias, señor presidente, por haber tenido en cuenta esta modificación del orden de intervención.

Como representante del Grupo Mixto, del Bloque Nacionalista Galego, tengo que decir que me produce una cierta perplejidad el sentido de esta comparecencia. Digo esto porque hace nueve meses, en septiembre del año pasado, tuvimos ya una comparecencia en la que fijó las líneas maestras de su labor como ministra en el Gobierno del señor Aznar y tampoco estamos a mitad de legislatura, porque la legislatura está virtualmente agotada. Está bien que usted nos presente planes ambiciosos, planes con visión estratégica incluso a largo plazo, pero desde luego van mucho más allá del horizonte de lo que queda de legislatura y, presumiblemente, del horizonte de su presencia como ministra en el actual Gobierno. Así las cosas —y le ruego que no me lo tome a mal—, parece que estamos ante una comparecencia propagandística. Eso no está mal, porque es uno de los trabajos que tenemos que hacer como políticos, en especial usted, como miembro del Gobierno, pero se avisa. Si usted iba a presentar un plan de 21 puntos, utilizando la sistemática de la estrategia aprobada por la OMS, podría haber enviado previamente ese documento a los portavoces para que lo hubiésemos podido estudiar y para que pudiésemos saber en concreto de lo que íbamos a tratar hoy. Esta es una actuación propagandística —que yo no juzgo—, bien de su persona, de cara a permanecer en su puesto —que no me duelen prendas en reconocer que está usted haciéndolo mucho mejor que su antecesora, aunque también es cierto que el listón no estaba muy alto— o de cara a ulteriores empresas, o bien del Gobierno del que usted forma parte. El problema es que se aprovecha la sistemática de la estrategia de la OMS no para decir lo que se va a hacer, sino para decir que prácticamente todo está hecho. A veces, forzando un poco los términos, se encaja en cada uno de esos apartados lo que usted ha realizado en escasos nueve meses, para decir que España es puntera, no ya a nivel europeo sino mundial, en la mayoría de estas cuestiones. Debemos darnos un baño de realidad, y un baño de realidad supone ver cuál es el gasto sanitario en el Estado español, que es el 7 por ciento del producto interior bruto. Yo sé que esto en sí no dice nada, porque hay países como Estados Unidos en los que el gasto sanitario es incluso mayor, ronda el 10 o el 11 por ciento del producto interior bruto, y la eficacia o la eficiencia de ese gasto seguramente es mucho menor que en el Estado español, pero a nivel europeo no somos un país puntero, sobre todo si tenemos en cuenta el gran porcentaje de gasto farmacéutico que está aquí incluido. Si vamos a índices como pueden ser camas por habitante, tampoco el Estado español es un país puntero, y esto en un contexto de gasto sanitario decreciente.

Usted no ha hablado en absoluto de qué medidas o qué vías se van a abrir para combatir las desigualdades que siguen existiendo y que seguramente aumentan.

Hay estudios, como por ejemplo el del profesor Vicens Navarro, que indican que desde el punto de vista social hay desigualdades sanitarias, hay esperanzas de vida diferentes según la clase social a la que se pertenezca y según se pertenezca o no a minorías étnicas, como el caso de inmigrantes. Para eso es necesario poner dinero encima de la mesa y poner financiación. Lo mismo ocurre con las desigualdades territoriales. Yo no me opongo ni creo que ningún portavoz pueda oponerse a que por parte de su ministerio se aprueben planes integrales. Por cierto, dijo que lo va a hacer el ministerio y creo que habíamos quedado en la tramitación de la Ley de calidad en que iba a tener un papel relevante el Consejo interterritorial, lo mismo que en esa cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud que se va a aprobar por real decreto, pero supongo que, de acuerdo a como está en la ley, a propuesta del propio Consejo interterritorial.

Usted sabe que desde el Bloque Nacionalista Galego apoyamos la Ley de calidad, pero mantenemos serias reticencias con relación al capítulo de la financiación, porque no acabamos de ver claro cómo, con el corsé del sistema de financiación autonómico, esas desigualdades se van a poder corregir o cómo, con el corsé de ese sistema de financiación autonómico, comunidades autónomas como Galicia van a poder hacer efectivos avances que realmente están en la ley, como el aumento de prestaciones o el incremento de derechos de los pacientes, pero veremos si el dinero llega. Hay unas transferencias mal negociadas en su momento hace catorce años, en el año 1989, y un déficit crónico de la sanidad gallega. Ya digo que usted no habló de cómo se van a resolver estas cuestiones y si no se habla de dinero, lo único que hay es ideología. No hago ningún juicio negativo, pero la realidad no se cambia a golpe de ley. Aunque la ley diga que vamos a incluir la atención bucodental, etcétera, veremos con qué medios y con qué recursos; aunque se diga que va a haber el derecho a una segunda opinión médica, habrá que ver cómo se articula en la práctica.

Lo que sucede, y de ahí la carga ideológica que tienen algunas de las leyes, en concreto la Ley de calidad, e intervenciones y comparecencias como esta, es que obedece al nuevo papel que cumple el ministerio de Sanidad y Consumo en un escenario en el que las competencias de gestión sanitaria están completamente transferidas, salvo los casos de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. Gestionan las comunidades autónomas, financian las comunidades autónomas y es el Ministerio el que aparece, lo cual es un papel muy amable y muy agradecido de cara a la opinión pública, como el garante de que los usuarios tengan derechos, de que los ciudadanos puedan acceder a más prestaciones, desentendiéndose después de cómo se financia eso, y hay precedentes, como la forma en que se realizó —no fue bajo su mandato sino bajo el de su antecesora— la última negociación con la patronal farmacéuti-

ca, con Farmaindustria: negocia el ministerio algo que después van a tener que pagar las comunidades autónomas como gestoras. Aquí está una de las diferencias de fondo. Nosotros seguimos apostando, no voy a decir por que exista o no el ministerio, pero sí por que el papel de líder y de dirección de este nuevo sistema estatal de salud lo ejerza no el ministerio, arrogándose nuevas funciones vía coordinación, vía cooperación, a través de planes sectoriales, etcétera, sino el propio Consejo interterritorial. Nosotros apostamos en la tramitación de la Ley de calidad y seguiremos haciéndolo por una mayor institucionalización del Consejo interterritorial, por dotarlo de personalidad jurídica y, como digo, por convertirlo realmente en el líder y en el organismo de dirección del sistema. Ustedes apuestan por lo contrario, que ya digo que es legítimo, son posiciones políticas diferentes, pero cada una tiene unas consecuencias y yo creo que también es necesario explicitarlas —estamos debatiendo políticamente— y ponerlas sobre la mesa.

Yo creo que la visión que se da de ciertas cuestiones es demasiado idílica. Cuando se habla de personal todos estamos de acuerdo en que hay que motivarlo, que hay que incidir en su formación continuada, sobre todo porque eso no sólo va a proporcionarnos unos profesionales sanitarios más satisfechos y por tanto va a incidir directamente en la calidad asistencial, sino porque es un imperativo político de cualquier Gobierno. El problema es cómo se está haciendo eso, qué vías, qué medidas, qué soluciones concretas se proponen por parte de su ministerio, y me estoy refiriendo al estatuto marco. No es cierto que cuente con el apoyo de los sindicatos, por lo menos no cuenta con el del sindicato mayoritario en la sanidad en Galicia ni con el de sindicatos tan importantes como la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos, que parece que están en contra de las medidas que se proponen. Es dudoso —nosotros planteamos una enmienda de totalidad— que la trasposición concreta que de las directivas de 1993 y de 2000 se hace en este estatuto marco sea una trasposición leal, en el sentido de fiel al objetivo de la directiva, que es mejorar las condiciones de trabajo, en este caso de los profesionales sanitarios. Parece que se va al extremo, se retuerce a veces lo que es el propio texto, la propia literalidad de la directiva, y en la práctica lo que hace esta norma es permitir cosas como las que están pasando ahora. Ya lo debatimos y seguiremos hablando en las enmiendas, pero hay gente que hace cuarenta horas seguidas, enfermeros que trabajan cuarenta horas seguidas en la sanidad gallega. Ustedes dicen que las reticencias que a nosotros nos crean ciertos preceptos del proyecto son cautelas basadas en una interpretación extrema que en ningún caso la gerencia o la dirección de los centros va a hacer. El problema es que sí se hace y ante esto nosotros nos planteamos que o bien se permite que sean directamente las comunidades autónomas quienes desarrollen la directiva, porque en cierto

modo ésta viene a ocupar el papel de norma básica —por tanto, que sean las comunidades autónomas, que sería nuestra opción—, o bien, si la trasposición se va a hacer a través de una norma estatal, se establecen dos condiciones, que esa norma estatal sea respetuosa con la directiva que se quiere trasponer y que no empeore la situación actual, y no por ningún tipo de defensa exclusiva y corporativa de los profesionales sanitarios, que en sí sería una cuestión legítima, sino porque pensamos que estas opciones inciden negativamente en la propia calidad asistencial. Habría que hablar de cómo se motiva al profesional sanitario con otro sistema retributivo, cómo se le motiva no sobreexplotándolo, sino dotando nuevas plazas y no en el horizonte de diez años, como se plantea en ciertas disposiciones transitorias del proyecto de ley, etcétera.

Podríamos hablar de la sanidad penitenciaria, que sabe que es una preocupación de nuestro grupo. Cuando habló de la equidad —creo que era en el punto segundo— es necesario volver a incidir en la situación de la sanidad penitenciaria en el Estado español. Podríamos hablar también, y daría para rato —ya tuvimos una sesión específica—, sobre el trabajo de su ministerio en relación con la catástrofe del *Prestige*. No voy a referirme a lo que dijo sobre que todas las muestras de productos de mar resultaron negativas. No sé si eso me tranquiliza, porque el Instituto Español de Oceanografía, después de una campaña experimental, concluyó en informe de 24 de febrero que con artes de arrastre el 77 por ciento de los productos del mar capturados no era apto para el consumo. Entonces cabe pensar que los análisis se hacen mal, pero ya digo que es un tema en el que tampoco quiero incidir. Ya se trató y lo dejamos.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Aymerich, le ruego vaya concluyendo.

El señor **AYMERICH CANO**: Acabo en seguida, señor presidente.

Podríamos hablar también sobre gasto farmacéutico, de por qué se retiraron esas enmiendas que se habían introducido en el Senado en la Ley de calidad, una modificación de la Ley del medicamento en materia de infracciones y sanciones para quienes incentivasen la compra o la adquisición de determinados medicamentos por parte de los profesionales del sistema; más bien las sanciones eran para los profesionales, pero habría que sancionar igualmente no sólo al comercial sino también al laboratorio, que al final es el beneficiario último de esas prácticas. Ya discutimos cuestiones como la exclusividad, no por ningún prejuicio ideológico por nuestra parte sino por la constatación empírica de que para acabar con las listas de espera y para mejorar la calidad asistencial es necesario establecer una incompatibilidad clara y exigirla en la práctica entre el desarrollo de unas funciones en la sanidad pública y el desarrollo de esas mismas funciones en la sanidad pri-

vada. Ustedes piensan de distinta manera, es legítimo, pero ya digo que eso tiene consecuencias y la ciudadanía también debe conocerlo.

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

La señora **URÍA ETXEBARRÍA**: Muchas gracias, señora ministra por su presencia, pero debo manifestar ya desde ahora que me veo forzada a hacer una intervención cortísima y poco más que de mera cortesía, porque, no sé si lo habrá advertido la señora ministra, he estado ausente durante toda su comparecencia por encontrarme en la Comisión de Control de Radiotelevisión y luego dedicada al Código Penal. Vista además luego la densidad de su intervención, creo que ni aun estando presente hubiera podido tener la capacidad de respuesta adecuada repentizando todos y cada uno de los aspectos que su larga intervención contempla. Esta mañana cuando examinaba, de cara a la preparación de esta comparecencia, lo que había sido la suya inicial cuando tomó posesión como ministra, con la exposición ante esta Cámara de las líneas generales que iba a desarrollar su departamento, me ha hecho gracia comprobar que fue en septiembre de 2002 y estamos ahora en junio, es decir, lleva usted un curso escolar, curso escolar que a pesar de formar yo parte de la oposición, no me duelen prendas en decirle que usted y su equipo lo han superado con notable aprovechamiento. Les ha tocado estar en un momento en que, puestos ya con anterioridad los instrumentos, se ha conseguido sanear en gran medida lo que venía siendo una lacra en todo el sistema sanitario español, que era la provisión y selección de personal, saneando y dignificando, usted se ha referido a ello, las profesiones sanitarias en la medida en que han podido por fin celebrarse o se van a poder celebrar los procesos selectivos que permitan saber dónde está cada uno, y no esta situación de interinidad constante que se venía arrastrando desde hace tanto tiempo. Esa idea de prestigiar las profesiones a las que usted se refería el otro día, valorando como elemento fundamental del sistema el trabajo de los profesionales de la sanidad, me parece que se traslada y ha quedado también evidente con los proyectos que están ahora en marcha en esta Cámara y que con la tarea de todos esperamos que puedan llegar a ser instrumento válido para lo que se pretende normar.

Completado el proceso de transferencias a todas las comunidades autónomas, ¿y ahora qué?, podríamos decir respecto de lo que, como tarea de futuro, tenemos que asumir. A este respecto, en frase gráfica, le diré que para la formación política a la que yo represento, sería que cada uno se dedicara a lo que tiene que hacer y que intentáramos no estorbarnos. Me parece que llevarse bien y que cada uno sea responsable y competente en sus respectivos cometidos sin estorbarnos es el cometido que nos queda en un sistema de sanidad ya plasma-

do y establecido en normas elementales; algunas están todavía en tramitación, pero otras, como la Ley de calidad y cohesión, ya están en vigor, y sobre todo ya está efectuado el reparto a las comunidades autónomas. Nos interesan por eso especialmente a la formación política a la que represento las manifestaciones que ha hecho usted sobre la voluntad de estructura orgánica de su departamento y ver cómo definitivamente quedan plasmados en el decreto que a tal fin se apruebe. Evidentemente, lo que piensa establecer como órganos del departamento es síntoma evidente de a lo que se piensa dedicar en un futuro y por lo tanto será extraordinariamente gráfico y válido para quienes pensamos que es necesaria una articulación entre lo que al Estado le pueda quedar como competencia y las políticas propias que creemos poder hacer desde las comunidades con competencias ya asumidas.

Hay algunos aspectos, además de la estructura orgánica, respecto de los cuales —quizás los ha explicado usted y yo no lo he oído— quisiéramos saber hacia dónde se va. No son exactamente ya de estricto funcionamiento, de lo que es la gestión de personal o las políticas sanitarias, sino, por ejemplo, cuestiones tales como la bioética, con las previsiones exactas de adónde se piensa llegar o cuál es el alcance, adónde pretende llegar el actual Gobierno, puesto que no siempre las manifestaciones que proceden de Ciencia y Tecnología son coincidentes con las que a usted misma le he oído hacer en alguna ocasión. Nos parece algo importante vinculado al progreso y a la investigación y que desde el punto de vista incluso de la mera ética o el planteamiento de futuro o de progreso respecto de determinadas cuestiones, es interesante que todos los que tienen responsabilidad en la gestión sanitaria y también los profesionales de la política y los ciudadanos en general tengamos conocimiento de hacia dónde se va o si se tiene claro adónde se está dispuesto a llegar.

Ha mencionado el representante del Grupo Mixto, del Bloque Nacionalista Galego, el gasto farmacéutico y esta es desde nuestra perspectiva otra asignatura pendiente. Sabe usted que hemos sido siempre muy críticos con este sistema que se viene arrastrando desde los pactos con Farmaindustria, los llamados cheques farmacéuticos que tienen en cuenta una estructura para nosotros ya pasada. La relación que se tiene desde el Estado con la industria farmacéutica, con los colegios, que ya en gran medida tienen vinculación territorial con las administraciones de las comunidades autónomas o con las propias oficinas de farmacia, y las compensaciones entre ellas dentro del sistema no se cohonestan con la situación actual de reparto de competencias y con una industria que es cada vez es más transnacional. Ni siquiera el fomento de la industria nacional, como se decía en tiempos pretéritos, sirve como argumento en este caso. Además, ocurre que nosotros nos quejamos en carne propia desde el momento en que luego el supuesto reparto de este che-

que por gasto farmacéutico no revierte a las comunidades que tenemos pactos o convenios, como ocurre con el caso de la Comunidad Foral de Navarra o con los tres territorios históricos vascos. Supongo que usted arrastra una situación de una titular del departamento distinta y que en un futuro, cuando haya que tocar estas cuestiones, acreditará la sensatez que hasta ahora la ha avalado y quizá haya un sistema distinto o se pretenda romper con esas sinergias que nos parece un sistema absolutamente poco adecuado al momento presente.

Quería concluir, porque he dicho que iba a ser breve y lo voy a ser en efecto, refiriéndome a que de ese decreto de estructura orgánica también esperamos deducir algo en relación con lo que para nosotros es la asignatura más importante del funcionamiento futuro de la sanidad española y es cuál va a ser el funcionamiento del Consejo interterritorial. Del éxito de su funcionamiento, de que se consiga el consenso —y no le atribuyo sólo la responsabilidad al ministerio sino a todos— de que seamos todos capaces de conseguir consensos en este órgano, quizá sea donde vaya a pivotar en gran medida el éxito o el buen funcionamiento del propio sistema. Si se actúa sin prepotencia, como hasta ahora creo que ha sido el talante del propio ministerio, pero también sin estridencias por parte de quienes tienen las responsabilidades —no escurro las que mi propia formación política tiene en la gestión de la sanidad vasca—, quizá sea la forma de lograr un sistema estable y un marco estable para el buen funcionamiento de la sanidad. A lo mejor estamos en puertas de que ocurra la frase a la que tanto se refería en tiempos, cuando todavía estaba todo por hacer en lo normativo, el que fuera consejero de Sanidad vasco Iñaki Azkuna, hoy alcalde de Bilbao, que decía que estaba deseando que llegasen los tiempos de la rutina, del buen hacer, de la rutina en la calidad de la gestión, tiempo que mi formación política desearía que viniera.

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

La señora **RIERA I BEN:** Gracias, señora ministra, por su comparecencia en esta Comisión.

Usted ha finalizado diciendo que se había propuesto dar mucho trigo y poca paja y efectivamente creo que es fiel a su discurso. Usted en estos 21 objetivos de salud ha dado mucho trigo y no seré yo quien diga que ha puesto paja porque además creo que no es así. Lo que ocurre, señora ministra, se lo digo además con toda modestia, es que a mí me resulta difícil, teniendo en cuenta que ha hablado usted una hora y media dando trigo, hacer una valoración ponderada de los 21 puntos sin caer simplemente en negar la principal ni tampoco en la banalidad, que no sería deseable, de dar por buenos o coincidentes con estas valoraciones algunos de los aspectos que usted ha señalado. Pensamos con toda

sinceridad, quizás es una cuestión de método, que ante una comparecencia que usted había solicitado y que ha estimado oportuno y conveniente hacerla tan extensa, no hubiera estado de más que los grupos parlamentarios hubiéramos conocido previamente las líneas que quería exponer. Nos hubiera permitido aprovechar más su comparecencia para hacerle preguntas muy concretas o matizar dudas que podemos tener, lo que ahora es difícil si se quiere hacer de una manera justa y sin intentar llevar la contraria, ni en pro ni en contra, simplemente porque sí. De todas maneras, lo voy a intentar.

De los 21 puntos que ha manifestado como objetivos de salud me quedo con algunos aspectos que me parecen los más significativos. Unos están en concordancia con lo que usted misma ya ha expresado y que el jueves pasado, con motivo del debate a la totalidad del proyecto de ley del estatuto marco, tuvimos ocasión, esta diputada en nombre de su grupo, de explicárselo en el Pleno. Efectivamente, hace nueve meses, cuando asumí la responsabilidad como ministra de Sanidad, se comprometió a traer a esta Cámara tres proyectos de ley que tienen sentido en su conjunto. Por un lado, tenía que encajar en el nuevo contexto de la realidad de España el papel del ministerio con las comunidades autónomas, todas con competencias sanitarias; por otro, desarrollar de una vez por todas este estatuto marco para los profesionales del sistema y también la LOPS, la ley de ordenación de profesiones sanitarias. Ya le dijimos, señora ministra, que estando de acuerdo en que son tres grandes leyes —respecto a la primera, la Ley de cohesión que ya está aprobada, se lo hemos reconocido explícitamente, usted mostró una buena actitud para limar diferencias y aprobarla por acuerdo— las dos que están ahora en trámite intentaremos, por nuestra parte desde luego, llegar también a un acuerdo. No obstante, señora ministra, hoy ha vuelto a hacer referencia a cuestiones que nos preocupan.

Hablaba de solidaridad y de equidad en la salud. Es imposible estar en contra de este concepto o de esta idea. Desde luego mi grupo está a favor y lo está de manera explícita. Creemos que el sistema tiene que ser solidario y equitativo. El problema es cómo vamos a ser solidarios y equitativos. Me refiero también al estatuto marco y a la LOPS, se lo comentaba el otro día. ¿Cómo vamos a ser solidarios y equitativos si, por ejemplo, la Consellería de Sanidad de Cataluña considera que estas dos leyes tienen un amplio coste económico y la memoria económica que la ministra acompaña a este proyecto de ley nos dice que tiene un coste cero? ¿Cómo se compagina, para nosotros una contradicción que es flagrante, con la solidaridad y con la equidad? ¿Cómo se compagina también, señora ministra, el respeto a las competencias que cada comunidad autónoma tiene en materia de sanidad con —me ha parecido entender— un atisbo de sorpresa o incluso de desaprobación por su parte cuando hablando por ejem-

plo de iniciar la vida con buena salud usted ha dicho, creo textualmente: porque se da la paradoja de que hay vacunas distintas para los niños en distintas comunidades. ¿Esto es malo? Desde nuestro punto de vista, lo que debe haber es un mínimo común denominador de aquellas vacunas que deben darse en todas las comunidades, dicho de otra manera, cuáles son aquellas que cualquier niño del territorio debe tener forzosamente. Esto no tiene que ser contradictorio con que alguna comunidad decida que además da otras. Le pongo un ejemplo muy concreto porque creo que es ilustrativo de cómo podemos tener graves diferencias en este concepto de articulación de competencias entre ministerio y comunidades autónomas.

Hablaba de salud de los jóvenes incidiendo en que los grandes dramas en la juventud eran los accidentes de tráfico y el sida. Hablaba de campañas y de estrategias de prevención. Nos parece muy bien, tan bien que el Gobierno de Cataluña hace tiempo que lo está practicando. Además, sabe la ministra que estamos encantados de compartir la experiencia y de aportar, con toda la modestia pero también con toda la ilusión, aquellos aspectos en los que quizá llevamos más años de experiencia y por lo tanto pueden ser más evaluables.

Hablaba de envejecer en buena salud, de prestaciones sociosanitarias. Este tema, señora ministra, nos parece una asignatura pendiente para el conjunto del Sistema Nacional de Salud tan grave que hasta me asusta un poco que, en la exposición que usted ha hecho, de 21 puntos sea el número 5. Le repito, no se trata de estar en contra de nada de lo que ha dicho, pero cuando usted compareció por primera vez en esta Comisión el 18 de septiembre de 2002 dijo que tenía 13 prioridades. Yo entonces le comenté: ministra, le sobran prioridades o le falta tiempo. Usted y el equipo de su ministerio han demostrado ser muy trabajadores, pero, ministra, se lo digo con toda sinceridad y también con todo el cariño, el tema de la prestación sociosanitaria no lo ha solucionado. Para que esté solucionado, más allá del decreto de buenas intenciones, donde fácilmente podemos compartir lo que es necesario hacer, para que sea creíble, al menos desde nuestro punto de vista, sería necesario evaluar, y esto sí debe hacerse de forma centralizada desde el ministerio en el conjunto del Estado, por descontado con ayuda de las comunidades, cuáles son los recursos que necesitamos, cuáles son las necesidades que está reclamando la población en este aspecto, de qué recursos disponemos y cuántos nos hacen falta y además a esto se le tiene que poner precio. A esta diputada, durante muchos años —hace ya dos legislaturas que soy la portavoz de Sanidad de mi grupo— se le ha achacado de forma reiterada y también de manera cariñosa por parte de algún miembro de la Comisión que era la diputada Gior, en referencia a un famoso anuncio que decía que con un poco de pasta basta. Hablaban de mí con cariño, pero decían que para cualquier tema siempre pedía dinero, y es así, pero algo

de razón debía tener la diputada Gior cuando ahora que todas las comunidades tienen competencias en materia sanitaria, es habitual que en cualquier comparecencia ante un alto cargo del ministerio, todos los grupos parlamentarios pidan también dinero. Incluso el grupo mayoritario de la oposición hace suyo este tema, al que no era tan sensible cuando eran Gobierno, pero bien está que ahora lo reconozcan. En política sanitaria está muy bien tener buenas intenciones, pero las buenas intenciones se concretan en materia presupuestaria. Leía, me parece que era ayer, no quisiera equivocarme, en un diario que habla de profesiones sanitarias y de política sanitaria, me estoy refiriendo al *Diario Médico*, que el ministro Montoro va a poner en orden el presupuesto sanitario, que quiere controlarlo muchísimo, que quiere saber cómo se asignan los recursos y qué eficacia tienen. Me parece normal que algo como el presupuesto de Sanidad, que tiene una incidencia tan importante, tenga que ser controlado a en su ratio coste/eficacia, pero lo que me parecería más normal es que en un proceso formalizado de transferencia de todas las competencias de sanidad a las comunidades, con unos pactos de financiación donde va incluido el presupuesto que ellas destinan a sanidad, estuviese muy claro y se acordase en el Consejo interterritorial de Salud, de acuerdo con este catálogo de prestaciones que todos decidimos que debemos aprobar de una vez por todas, hilando fino, que se van a dar estas prestaciones y se consensuase entre todos el coste de las mismas. Por tanto, cuando comparece la ministra de Sanidad en sede parlamentaria, además de que nos dé el catálogo de buenas intenciones, que compartimos, sería deseable que nos dijese, por ejemplo, punto 5.º: Envejecer con buena salud, prestación sociosanitaria —es el título que ha dicho la ministra—; considero que hacen falta tantos recursos para cumplir este objetivo, vamos a poner estos medios y los vamos a repartir de esta manera entre las comunidades autónomas. De acuerdo al tipo de población que tengan, es evidente que para dar cumplimiento a este capítulo tienen que tener más recursos aquellas comunidades que tengan una pirámide de edad más envejecida. Esto es puro sentido común, porque si no, no sería ni solidario ni equitativo.

Si en aspectos que son tan importantes se entrase en esta concreción, podríamos avanzar y nos sentiríamos muy tranquilos porque no sólo compartimos objetivos sino que estamos visualizando políticas concretas que los van a hacer posibles.

Otro tema importantísimo, al que usted ha hecho referencia en el punto 6.º, que es la atención a la salud mental. En el conjunto del Estado español tenemos aún graves deficiencias, aunque se han hecho importantes esfuerzos, y habría que adquirir un compromiso presupuestario muy fuerte.

Hablaba de aspectos tan importantes —agradezco especialmente que haya sido sensible y lo haya men-

cionado en el punto 9.º— como reducir las lesiones por actos violentos y accidentes, salud laboral, que me parece gravísimo. Ha hablado de otro aspecto —esta es una Comisión en la que las mujeres tenemos un papel protagonista, a pesar de que hayamos perdido dos compañeras que han sido sustituidas por hombres—, que es el de la lucha contra la violencia doméstica. Se ha avanzado, y el Gobierno que usted representa ha demostrado tener interés en este tema, algo que nosotros no negamos. Estos días incluso se han hecho pactos con el Ministerio de Justicia y con el Ministerio de Trabajo que nosotros valoramos muy favorablemente, pero también es importante que usted, como ministra de Sanidad, asuma también un compromiso en el sentido de que los protocolos que pueden detectar de manera temprana posibles lesiones a mujeres estén implementados en todo el conjunto del sistema de salud.

Ha hablado usted de garantizar entornos físicos sanos y seguros. Celebro que mi compañero Ignasi Guardans también haya cogido la bandera de la lucha antitabaco —lo digo porque la inicié hace bastante tiempo, pero no hace daño lo que abunda— en esta casa, pero aún no ha prosperado. Todos somos sensibles a los problemas del tabaco pero el Congreso de los Diputados aún no es un espacio sin humo, y digo aún porque confío, y le pido ayuda, para que desde sus competencias nos ayude a convencer a quien proceda de que debería ser un espacio sin humo. Esta diputada hoy mismo ha intervenido en la Comisión de Control Parlamentario de Radiotelevisión Española para hacerle evidente al director general que en Televisión Española —no digo que se se emitan películas donde sale la gente fumando, sólo faltaría, no soy talibán en este tema— que es impresentable que presentadores de programas, que dirigen programas y que, por tanto, son un modelo a imitar, estén fumando. Le pido que más allá del papel de liderazgo que desde España ha tenido para aprobar directivas europeas sobre la lucha antitabaco, situación que valoramos favorablemente y que compartimos, ejerza también su presión, su fuerza, como ministra de Sanidad, en temas tan concretos y que tenemos en exceso.

Para concluir, ministra, porque el presidente me está señalando que el tiempo se termina, citaré un tema que es: Vida sana, todos los grupos de población, reducir daños, drogas, alcohol, etcétera. De todas maneras, señor presidente, le ruego que tenga presente que la ministra ha hablado una hora y media y que, por respeto y por cortesía, todos los portavoces queremos ser sensibles a lo que la ministra ha expuesto.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Riera, la ministra no tiene tiempo limitado según el Reglamento. Señora diputada, usted sí lo tiene, y esta presidencia ya le ha dado el 50 por ciento más del tiempo que fija el Reglamento.

La señora **RIERA I BEN**: Gracias, señor presidente, voy a concluir.

En resumen, señora ministra, primero, sería de agradecer que en lo sucesivo, ante tal ingente información, como nos ha trasladado, tuviésemos oportunidad de analizarla previamente. Segundo, le pediría que en su turno de respuesta de estos aspectos que hacen referencia a la equidad y a la solidaridad y que se traducen en asignación presupuestaria, si está en situación de darnos algo más concreto nos lo facilitase. Tercero, para terminar, como no podría ser de otra manera, en nombre de mi grupo parlamentario le reitero que, a pesar de todos los peros que le pongo, siempre encontrará en esta diputada y en mi grupo una actitud para encontrar el consenso, para colaborar desde nuestra responsabilidad en todo lo que sea desarrollar el Sistema Nacional de Salud de forma justa, equitativa y progresiva.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra el señor Arola.

El señor **AROLA BLANQUET**: Mis primeras palabras como portavoz para darle las gracias a usted, sobre todo por la mención que ha hecho de doña Matilde Valentín.

Señora ministra, empezaré con palabras de la señora Valentín, que en aquel momento, en su primera comparecencia —no cito de memoria pero creo que no me equivoco— le vino a decir aquello de: ha estado usted hablando, pongamos una hora y media, sin gastarse un euro. Hoy usted ha vuelto a hablar una hora y media sin gastarse un euro, al menos sin decir cuántos euros se va a gastar. Yo, que no estaba muy lejos de la invención aquella de la diputada Gior, debe ser que, como ella misma decía, me he ido contagiando. Como introducción a su final, ha dicho usted que ha hablado de trigo, pero usted de lo que no hablado es del precio, de dinero, de presupuestos. Y esto se está convirtiendo en este grupo parlamentario en un *leit motiv* de las intervenciones que hace con respecto a las suyas. Fíjese que no he dicho en contra, he dicho con respecto a las suyas. Le reitero que la teoría del coste cero este grupo ni la comparte ni la cree. No voy a repetir el discurso que hice el otro día en el Pleno, lo doy por reproducido, porque el tiempo va a ser necesariamente bueno.

Hay que constatar un hecho, y es que, en términos aragoneses, aquí hemos pasado de la gran secada a la gran remojada o, lo que es lo mismo, yo no puedo evitar tener la tentación, y caer en ella, de decirle: ¿y qué pasó en los años anteriores a que usted fuera ministra? ¿Cómo es posible, por ejemplo, cuando usted nos habla del plan de Salud XXI, que uno tenga que recordar que fue aprobado en mayo de 1998, como esta hoja indica? Por tanto, uno tiene que pensar qué ha pasado en los años anteriores para que hoy podamos asistir a lo que podríamos llamar no sólo un catálogo de buenas intenciones sin dinero y sin *power point* en esta ocasión,

pero podríamos decir que hemos asistido a una especie de conferencia que se podría titular: De la integración de la directiva de la Organización Mundial de la Salud en la Ley de cohesión aprobada por el Congreso de los Diputados. Curiosamente usted ha ido haciendo referencia, en los 21 objetivos que se fijan, a la Ley de cohesión y, si no ha sido en todos habrá sido en 19, no discutiremos por esto. Sin embargo, en cuanto a recursos, de las notas que he ido tomando, tengo apuntado: ir a la página 3 del discurso de la señora ministra. Usted, en su punto 17, cuando habla de financiar y asignar recursos, primero y lo único que ha dicho ha sido: contención del gasto. No ha dicho otra cosa.

Por lo tanto, señora ministra, por una cuestión de cortesía, nos deberíamos ceñir a su discurso, y yo lo voy a hacer, pero enunciando también ante esta Cámara las deficiencias que, a lo largo de este tiempo, han encontrado este diputado y este grupo parlamentario, puesto que usted ha venido a dar un repaso de lo que ha sido su gestión al frente del ministerio y a establecer lo que pueda ser su gestión en los meses que le quedan.

Nosotros creemos que no ha habido un buen desarrollo de la oferta pública de empleo, es decir, que ha habido problemas. A nosotros se nos anunció la prórroga del plazo, y uno de los sindicatos que negocia con ustedes nos dijo que iba a aumentarse en 18 meses. Además, se habló de una enmienda en el Senado. Ha habido problemas con los MESTOS. Ha habido que volver a corregir exámenes y alguna de esas correcciones no parece demasiado transparente. Sabe usted que han dimitido tribunales y que, en estos momentos, hay un problema con las guías de interpretación y que hay distintos agentes sociales que les están diciendo que hay que reformular esas guías, ya que si no, puede haber impugnaciones.

Usted ha citado los casos de legionela, donde nosotros consideramos que ha habido fallos importantes que hemos tenido ocasión de discutir en otros momentos. También creemos que hay un problema grave de publicidad sanitaria en este país y no nos estamos refiriendo sólo a Internet. Además, creemos que en esa publicidad hay un problema que tampoco ha acometido su ministerio, como es la regulación de las llamadas medicinas naturales o alternativas. Respecto a la referencia que usted ha hecho sobre la crisis del *Prestige*, creemos que, en determinados momentos, no ha funcionado bien la Agencia de Seguridad Alimentaria, y me remito a lo dicho en su comparecencia por la directora de la Agencia de Seguridad Alimentaria, dicho también por usted. Además, me sumo a las críticas de falta de coordinación que se hicieron en aquellos momentos sobre la actuación en el caso del *Prestige*. En el caso de la Agencia de Seguridad Alimentaria, tenemos que decir que la no constitución del comité científico y que el sistema por el que se pretende constituir esta especie de carta abierta, a la que se apunte el que quiera, no nos parece el mejor. Respecto al síndrome respiratorio

agudo severo, y es una cuestión de matiz, creemos que habría que haber reunido antes la ponencia de vigilancia epidemiológica porque, según mis datos, sólo se reunió el 5 de junio. No digo que no se hayan hecho otras cosas, pero yo estoy haciendo referencia a éstas.

De los presupuestos que ha ido presentando el Ministerio de Sanidad y Consumo, desde que el que le habla es diputado en esta Cámara y en esta Comisión, he llegado a la conclusión de que puede que haya que leerse las cifras, pero, desde luego, no la literatura, porque luego no se cumplen los objetivos o se cumplen tarde. Le voy a poner uno de los ejemplos que usted ha citado: el observatorio. Éste lleva apareciendo en los presupuestos desde el año 2000. Es cierto que ha vuelto a aparecer en la Ley de cohesión, pero estaba anteriormente, y lo mismo ocurre con el Plan de calidad. Ahora, cohoneste usted esta cuestión con el fondo de cohesión, del que intentaré hablar si tengo tiempo. Hace dos años, en los presupuestos se decía, señor presidente, señora ministra, que el Insalud iba a proceder a la realización de un estudio de las desigualdades territoriales que existían en España, y nunca más se supo. Sin embargo, ahora cada vez que nos referimos al fondo de colusión, tenemos que volver a ello.

Tenemos problemas en sanidad exterior y en la anunciada reestructuración del ministerio. Existen problemas como, por ejemplo, cuando el ministerio ordenó la retirada del aceite de oliva de orujo. Se dictaron sentencias que condenaban a pagar indemnizaciones que el ministerio, que fue el que ordenó la retirada, no estaba dispuesto a responder desde el punto de vista económico, siendo las comunidades autónomas las que deben pagarlo que, por supuesto, están en desacuerdo.

Existen retrasos en otros elementos, como puede ser, por ejemplo, el programa de formación de las especialidades MIR. También hay alguna pregunta que no puedo dejar de hacer: ¿por qué ustedes, que dicen que hay demasiadas especialidades sanitarias, han añadido la cirugía estética al programa MIR de cirugía plástica, etcétera, que no es una prestación reconocida en estos momentos por el Sistema Nacional de Salud? Nos parece una contradicción, y, hablando de contradicciones, tengo que mencionar lo ocurrido con el Plan de tabaquismo, cuya inclusión como prestación se ha aprobado recientemente por la Comunidad foral de Navarra, en la que gobierna UPN, marca electoral del Partido Popular, lo que parece una contradicción a la vista de lo hablado.

Todo esto sería, casi a vuelapluma, una serie de hechos importantes, pero hay otros que todavía lo son más, señor presidente, y que intentaré ir mencionando rápidamente. Las transferencias de la sanidad a las diez comunidades autónomas dejan en estos momentos un balance negativo para las mismas y no es la primera vez que este grupo parlamentario lo dice; facturas de farmacia, certificados de obra sin pagar por el Insalud, productividad de los trabajadores transferidos y deudas

en cuotas patronales. Tampoco se ha efectuado, que se sepa, la liquidación adecuada de los servicios transferidos. El modelo del fondo de cohesión, que trata de equilibrar las diferencias, tiene un problema, y voy a insistir en esto varias veces y le haré una pregunta al respecto. En una comparecencia como la suya, señora ministra, uno no sabe si se trata del debate del estado sanitario de la nación, en el que tendría que presentar las propuestas de resolución inmediatamente para que luego fueran debatidas. Por cierto, si así lo decide el presidente, estamos en disposición de hacerlo.

Nosotros creemos que el crecimiento del gasto farmacéutico es uno de los riesgos de la sostenibilidad del sistema, y me sumo a todas y cada una de las críticas que se hayan podido hacer al Pacto de Farmaindustria. Le reitero, señora ministra, que este grupo parlamentario, en el momento en que se tramitó la Ley de cohesión, habló de él, presentó enmiendas y su plan quinquenal, que no se tuvo en consideración, por decirlo de la forma más rápida. Creemos también, como se ha dicho a la hora de hablar de la atención sociosanitaria, que lleva un retraso excesivo. Creemos que el último contacto con las comunidades autónomas fue exactamente en el mes de mayo de 2002, habiéndose presentado ante el Consejo Interterritorial en junio de 2001. Hay un retraso en la trasposición de directivas. Creo que usted sabe que, con plazo vencido, hay ocho directivas pendientes de trasladar y 17 sin plazo todavía vencido, pero es que hay 11 nuevas normas directivas notificadas. Se han equivocado en la política farmacéutica. Yo estaba leyendo antes —y por ir rápidamente no voy a buscar el documento— que se proponía un ahorro de más de 430.000 millones de pesetas, según el debate que se produjo en el Consejo Interterritorial de Salud, y creemos que no se ha procedido.

Le llamamos nuevamente a la revisión del Pacto con Farmaindustria, a la necesidad de un plan estratégico de carácter quinquenal, en el que las comunidades, la industria, la distribución, los farmacéuticos, los prescriptores y los usuarios encuentren verdadera respuesta a los desafíos que tiene la política farmacéutica. Si no, tendremos que hablar de mala gestión, por no hablar de fracaso. De un continuo, porque usted tendrá la responsabilidad en el tiempo que tiene, y no tendrá más, pero sí se proyecta en el tiempo la responsabilidad del Gobierno.

Yo quiero decirle, señoría, que hay que redefinir de una vez y aclarar qué es el fondo de cohesión. Por eso, yo quiero preguntarle ¿con cuántos recursos económicos va a dotar este año el Gobierno el fondo de cohesión para la disminución de las desigualdades territoriales, a través de los mecanismos de la ley que aprobamos, como todos hemos recordado, con consenso en la Ley de cohesión?

Finalmente, señoría, quiero llamarle la atención sobre el impulso de la investigación en materia de células madres embrionarias, porque, a nuestro modo de

ver, no tiene justificación que no nos podamos sumar a los elementos de investigación más punteros que se están realizando en estos momentos en el mundo. Estas serían algunas consideraciones y habría que hacer otras a su comparecencia de hoy. Usted sabe, y toda la Comisión debe saber, que ejercer la crítica es obligado y es nuestra función, porque, entre otras cosas, intenta cambiar el rumbo de aquellos elementos que, desde nuestra consideración, nos parecen equivocados. Le he citado unos cuantos y he intentado ceñirme en lo posible a lo que ha sido su discurso. Obviamente, el mío lo tengo que cerrar diciendo que ahora todavía tenemos tiempo para abordar elementos importantes que configuran el sistema. Le reitero lo importante que es la capacidad, la voluntad de llegar a acuerdos, sobre la base de que el elemento fundamental de esos acuerdos es la disponibilidad económica, financiera, presupuestaria al servicio de todos y cada uno de los 21 elementos que usted ha citado, pero también de la Ley de cohesión, que tendrá su desarrollo presupuestario, y de esas dos leyes, donde ve usted las enmiendas y el trabajo de los grupos parlamentarios.

Le repito lo que dije en el Pleno: reitero las críticas, reitero la voluntad de acuerdo y le marco cuál puede ser el terreno fundamental del acuerdo.

Gracias, señor presidente, por su benevolencia con el tiempo.

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

El señor **MINGO ZAPATERO**: Bienvenida, una vez más, señora ministra, a esta Comisión de Sanidad. Es su tercera comparecencia en esta Comisión, y lo hace a petición propia —según el propio texto— para explicar las líneas principales de actuación desarrolladas en el ámbito sanitario y de consumo, así como los objetivos a desarrollar en la presente legislatura.

En su primera intervención, en septiembre del año 2002, usted marcó 13 líneas estratégicas a desarrollar en la presente legislatura. Hoy me ha sorprendido muy agradablemente cuando ha marcado el cumplimiento de esas 13 líneas estratégicas en lo que la Organización Mundial de la Salud ha determinado para todo el mundo, y fundamentalmente para Europa, en la última reunión, como aquellas 21 líneas en que debían trabajar los distintos países para lograr que mejore la salud de todos los ciudadanos.

Hoy, en una intervención exhaustiva, muy oportuna, idónea para que todas las fuerzas políticas y todos los grupos parlamentarios tengan información adecuada, ha hablado sobre lo que ha hecho desde el mes de septiembre, sobre lo que todavía no ha podido hacer y sobre los objetivos para los próximos meses. Su intervención ha sido exhaustiva porque usted tenía muchas cosas que contar, porque la labor de todos estos meses ha sido fructífera y densa, y además actuando sobre las

21 líneas estratégicas de la Organización Mundial de la Salud.

No puedo ser exhaustivo en mi exposición, ni mucho menos, pero me gustaría resaltar algunos aspectos de lo que va a venir en los próximos meses y que usted nos ha contado. No voy a insistir en el grado de cumplimiento, que lo dice su propia intervención, pero sí quiero resaltar algunos aspectos que me parecen de extraordinaria incidencia. En concreto, en el tema de la salud pública, en que el gran reto de ese foro de debate que es el proyecto europeo para 2003-2008 tiene, a mi juicio, una extraordinaria importancia y en ello su equipo y usted deben poner todo el énfasis, ya que viene a desarrollar lo que el propio ministerio ha realizado en dos aspectos muy concretos: el tema del *Prestige*, en que ha tenido el reconocimiento de todas las comunidades autónomas de uno y otro signo y de todas las organizaciones europeas, y el síndrome respiratorio agudo severo, otro aspecto de gran incidencia en la salud pública mundial, donde, una vez más, la política de salud pública de la ministra de Sanidad española ha aportado cuantas iniciativas eran necesarias para el control adecuado, para la prevención y el bien hacer en relación con el tratamiento en todo el territorio europeo.

No tengo más remedio que resaltar los próximos avances en salud laboral en relación con el Libro blanco de la vigilancia de salud laboral y en la prevención de riesgos laborales, normativa que verá la luz, según ha informado la ministra, en los próximos meses.

Otro aspecto en esta visión muy rápida, señorías, es el enfoque que se da al tratamiento y a la prevención de la violencia doméstica en el ámbito de la atención primaria. La ley de cohesión ya recoge que no sólo es la puerta de entrada sino el tratamiento de la salud en todo su conjunto a lo largo de toda la vida del individuo. Ese acuerdo con la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria me parece de extraordinaria importancia.

A mi grupo le gustaría conocer el calendario de la puesta en marcha de la Agencia de Calidad, del Instituto de Información y del Observatorio, que son los órganos que la Ley de cohesión contempla para el desarrollo de la calidad.

Dos últimas puntualizaciones muy breves, señor presidente, por la hora que es y porque aún quedan dos puntos del orden del día relacionados con el proyecto de ley del estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud y el proyecto de ley de ordenación de las profesiones sanitarias. Hace aproximadamente año y medio todos los grupos políticos decidieron que había que poner más dinero de los Presupuestos Generales del Estado para la salud y para la sanidad pública e hicieron una ley que aprobaron todos y que supuso una enorme inyección de dinero de toda la sociedad española para la sanidad y para la educación. Además, con buen criterio a mi juicio —ahí hubo un buen acuer-

do entre todos los grupos políticos—, había que dar un fondo de suficiencia y un fondo de garantía; eso lo hemos estado discutiendo en la Ley de Cohesión y Calidad y probablemente, señores portavoces, lo volveremos a discutir en las leyes que nos van a ocupar en los próximos meses.

Un último aspecto. El pacto que la ministra anterior realizó con todos los sectores del mundo del medicamento aportó para la investigación ingentes recursos que no habían aportado previamente. Las posibilidades de renovar o retocar ese pacto están encima de la mesa y habrá que hacerlo con todos los agentes que intervinieron en ese pacto.

La intervención de la ministra ha sido adecuada en el tiempo y en la forma. Nos ha informado a todos los grupos políticos y a los medios de comunicación de cuáles son los resultados de estos nueve meses y cuáles son los proyectos de futuro, y por todo ello cuenta con el apoyo de este grupo parlamentario.

El señor **PRESIDENTE**: Para contestar a las distintas intervenciones tiene la palabra la señora ministra.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Pastor Julián): Voy a dar respuesta a todos los asuntos que aquí se han planteado y contestar, si puedo, a todas aquellas preguntas que SS.SS. han realizado. Empezaré, si me lo permite, señor presidente, por contestar a algunas de las cuestiones que ha planteado el señor Mardones.

En primer lugar, quiero agradecer al señor Mardones su intervención, a pesar de que no esté presente, y el apoyo y colaboración que está prestando a las políticas en materia sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo. Quiero decirle también que las entidades a las que me he referido, la Agencia de Calidad, el Observatorio y el Instituto de Información son tres órganos que se crean para ponerlos a disposición de las comunidades autónomas; el ministerio, por su naturaleza y sus funciones, lo que tiene que hacer es servir para coordinar y cohesionar el Sistema Nacional de Salud. Para eso se crearon, para eso van a hacer su plan estratégico y para eso también van a hacer todos los esfuerzos por cumplir sus funciones.

Con respecto al presupuesto y a lo que me ha dicho del Ministerio de Defensa, he de decirle que el fondo de cohesión y el fondo de suficiencia que regulan la Ley 7/2001 y la Ley 21/2001 son dos fondos aprobados por todos los grupos políticos. Son los fondos que prevén —lo he dicho en mi intervención— que, cuando el modelo financiero de una comunidad autónoma, el equilibrio entre los ingresos y los gastos de una comunidad autónoma no cubran la suficiencia de su propio sistema, será el propio Consejo de Política Fiscal y Financiera el que analizará esa suficiencia y el que, a día de hoy, señor Mardones —estaba dando cumplida respuesta a sus preguntas—, está revisando precisa-

mente la ejecución del modelo, como todos ustedes conocen.

Con respecto a lo que usted me decía del Ministerio de Defensa, he de decirle que en las transferencias sanitarias a todas las comunidades autónomas, incluidas incluso las últimas del 2001, el modelo de referencia para el cálculo se hace siempre sobre la base de la población protegida excluyendo Isfas, Muface y Mugejo. En el caso de que los funcionarios de Isfas, Muface y Mugejo elijan sistema sanitario, lo que se llamaba antes régimen general de Seguridad Social, esos pacientes se *netean* y se dan de baja en un sistema y de alta en el otro. Por tanto, yo personalmente me preocuparé de saber cómo está funcionando el *neteo*, que se viene haciendo regular y periódicamente.

Con respecto a lo que usted ha dicho de la autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, está prevista la aprobación de un decreto de normativa básica que pretende regular incluso la tipología de centros que hay. Esto se ha visto en los grupos de trabajo en los que participan todas las comunidades autónomas, pero, por supuesto, respetando el ámbito competencial. Ha sido informado en trámite de audiencia por todas las comunidades autónomas, y es un decreto que viene a incorporar lo básico de esa normativa que, por cierto, teníamos todas las comunidades autónomas. Lo teníamos ya transferido desde la década de los ochenta y lo que hace el decreto es sentar las bases de lo que antes eran las normas básicas y comunes para la autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Señor Mardones, agradezco su apoyo, su colaboración y esté seguro de que de ese apoyo y de esa colaboración se están beneficiando los ciudadanos canarios.

Al señor representante del Bloque Nacionalista Galego, del Grupo Mixto, le quiero agradecer algunas palabras que ha tenido de consideración hacia mi persona y mi trabajo. Señor Aymerich, no debe causarle perplejidad mi comparecencia. Al final, lo que estoy haciendo es un ejercicio de respeto con los ciudadanos y de cumplir, en la medida que puedo, sé y mis colaboradores me apoyan, con los objetivos que creo que tiene que cumplir un país como España, un país que está integrado en la Unión Europea y que está formando parte de los países del mundo. Lógicamente no hay una estrategia de salud que se sustente en este momento, si no es dentro de esta estrategia que nos hemos fijado y que hemos aprobado entre todos los países de la Organización Mundial de la Salud. Esta es una estrategia que se ha de llevar a cabo y que hay que ir implantando, no es una directiva comunitaria, como aquí se ha dicho, que haya que implantar de forma obligatoria. Es una estrategia en materia de salud, como fue la de Alma Ata, que tan buenos resultados nos ha dado a todos como excelente modelo de atención primaria. Como algo me conoce usted, igual que yo a usted, sabe que yo nunca vendría aquí a hacer una comparecencia pro-

pagandística, porque yo ni quiero morir de éxito ni voy a morir de éxito, porque ni puedo, ni quiero, ni creo que tengo las condiciones para morir de éxito, porque soy una persona bastante normal. Yo vengo aquí a decir lo que estoy haciendo y a recibir sus críticas. Hay que tener valor para venir aquí y someterse a las críticas, pero para eso están ustedes y para eso estoy yo, para darles cuenta de lo que está haciendo el Gobierno y que ustedes lo critiquen, lo mejoren y, si es posible, llevemos adelante los planes con sus mejoras.

Con respecto a que se debería enviar el documento a los portavoces, creo que esa es práctica en esta Comisión. Lógicamente hay una comparecencia, y desde luego tendremos muchas oportunidades de trabajar en común durante los próximos meses, enriqueciéndolo con aportaciones de su grupo. Me consta que dentro de él hay personas que conocen muy bien el sistema sanitario; estoy segura de que también su grupo va a intentar enriquecer la estrategia de la OMS que, como ha visto, es compleja y en la que tenemos que colaborar todas las instituciones y todos los sectores sociales. También usted ha dicho que hay un baño de realidad. Se ha referido al gasto sanitario en España. Yo he estado hace 15 días en Harvard acompañando a uno de mis directores generales. He explicado el modelo sanitario español y el porcentaje de PIB que se destina en España. Usted sabe que el modelo sanitario español, teniendo en cuenta a todos los países del mundo que tienen más de cinco millones de habitantes, es el segundo en eficiencia. Yo he leído bien el estudio de Vicent Navarro sobre desigualdades. Soy partidaria de que a los pilares básicos del Estado del bienestar hay que dedicarles los recursos necesarios. Como sabe, desde hace mucho tiempo llevo diciendo que la sanidad es lo que más redistribuye la riqueza en un país y lo contribuye a que no haya desigualdades. Soy de las que piensa que todos los recursos que se destinen a la sanidad no sólo serán bienvenidos, sino que repercutirán directamente en la generación de riqueza y en la calidad de vida de un país, por tanto, de la calidad de vida de los ciudadanos. Por eso a mí siempre me encontrará para seguir mejorando esa financiación. Le voy a decir más. Yo, que estoy analizando ahora cómo se han comportado las comunidades autónomas en cuanto a gasto, a cuánto se han gastado, le puedo decir que hay comunidades que han crecido más del 11 por ciento y otras, en cambio, el 5,8. El modelo de financiación que nos hemos dado dice que la sanidad, cuando menos, tiene que crecer como el PIB nominal, es decir, como crece la riqueza de un país; son términos bastante razonables. Desde luego, señor Aymerich, todo lo que se destine a gasto sanitario será bienvenido. La realidad es esa. No es que sea un baño de realidad, sino que destinamos a sanidad más de 5,4 billones de pesetas. Tenemos una cobertura sanitaria pública y universal y una cartera de servicios que, como sabe, es la más completa de Europa. Tenemos unas listas de espera que son las más bajas de la

Unión Europea. Queremos llevar adelante, señor Aymerich, con la ayuda de todos, los planes integrales de salud y la cartera de servicios. ¿Por qué? Porque no hay nada mejor en sanidad que los ciudadanos sepan a qué tienen derecho. Usted y yo, que también somos pacientes de vez en cuando, lo que queremos es que se nos explique, se nos diga a qué tenemos derecho. Si yo, que soy de Pontevedra, como usted bien sabe, estoy en Madrid, lo que quiero saber es qué servicios me corresponden y a qué tengo derecho en esta comunidad autónoma.

El sistema de financiación en nuestro país ha avanzado. Hoy contamos con un modelo de financiación para todos los servicios públicos; es un modelo mucho más solidario que el de antes. Además, con que usted se repase los «Diarios de Sesiones» de esta Cámara y las intervenciones de los grupos parlamentarios en Pleno, en Comisión, incluso las del Consejo de Política Fiscal y Financiera, se dará cuenta de que cuando se aprobó el modelo de financiación se dijo que se producía un gran avance. Por eso, los grupos parlamentarios apoyaron este modelo. Yo hablo de dinero y de ideología, de las dos cosas, aunque me gusta más hablar de dinero, sobre todo cuando lo hago de los 5,4 billones de pesetas, que tienen que seguir aumentando. Tengo la obligación de ver qué recursos están destinando las comunidades autónomas a la sanidad, y a eso es a lo que me estoy dedicando ahora. Le puedo decir que la tarea no es fácil porque según lo que destine cada cual hace que se vea que el interés por las políticas sanitarias no es el mismo en todas las comunidades autónomas. Todas las comunidades autónomas tendrán que destinar lo que fija ese modelo de financiación solidario que entre todos hemos construido.

Las realidades sí se cambian por la ley. Además de las leyes hay más cosas, pero la ley ha hecho que en este país las mujeres puedan ir a los bancos a sacar dinero de las cuentas, que antes no podían; las leyes en nuestro país han permitido que la mujer vote. Este país no se parece en nada a lo que era. ¡Claro que ha cambiado! Para las mujeres es para quien más ha cambiado. Yo, como sabe, soy una privilegiada, pero todavía tendrán que cambiar mucho más las leyes, para todo. Por lo tanto, no coincido con usted, perdóneme, en que la realidad no se cambia por las leyes; en materia sanitaria por supuesto, porque a los ciudadanos lo primero que hay que darles es derechos y luego, tras dárselos, los tienen que llevar a la práctica, y a eso nos estamos dedicando. El papel del ministerio, señoría, no es amable; el papel del ministerio es muy complejo. También es cierto que a nadie se le obliga a estar ahí; el papel del ministerio es muy complejo porque a uno no sólo le toca liderar, que también, sino que hay que liderar con conocimiento de lo que uno hace, porque si no le irá bastante mal. Hay que intentar entre todos construir, y es complicado. Uno tiene que entenderse con todos y entender las distintas sensibilidades, se lo digo con

humildad. Me está costando muchas canas y muchas arrugas, pero estoy segura de que las voy a llevar con dignidad. Le voy a decir una cosa en la que no estoy del todo de acuerdo con usted. Usted me ha dicho que cómo se puede decir que existe acuerdo en el estatuto marco y en la trasposición leal y fiel de las dos directivas (una del año 1993), y algo sobre la pérdida de algunos derechos. La ministra, personalmente, se lleva reuniendo con organizaciones políticas, sindicales y profesionales: el 10 de abril me reuní con cinco asociaciones; el 30 de abril; el 9 de mayo; el 12 de mayo; el 13 de mayo; el 3 de junio; el 4 de junio; el 5 de junio, mañana, tarde y noche; el 16 de junio. La ministra últimamente no ha hecho más que estar reunida. Mi equipo se ha reunido el 3 de marzo con la comisión de recursos humanos; el 9 con los decanos; el 17 con Comisiones Obreras; el 18 con la UGT; el 20 con CSI y SATSE; el 24 con el colegio de odontólogos; el 27 con SIMAP; el 3 con el Consejo Nacional de Especialidad; el 9 con el resto de los sindicatos; el 10 con los colegios profesionales; el 21 con Comisiones Obreras y UGT de nuevo; el 25 con FETES; el 28 con la comisión de recursos humanos y así le puedo leer hasta tres hojas. Esto es lo que llevamos haciendo hace tiempo: dialogar y acercar posturas. La normativa comunitaria se ha enviado al Consejo de Estado como usted sabe y él dice que se ha traspuesto perfectamente en sus propios términos. Por primera vez en este país una ley va a decir —espero que con el apoyo de todos— que la jornada son 48 horas y que más allá de la jornada sólo podrá haber 150 horas más, y esas han de ser, como usted bien conoce, pactadas porque son voluntarias. Eso para mí es un avance, aunque posiblemente podamos avanzar más. Eso es un avance y así me lo dicen los profesionales sanitarios con los que acostumbro a estar con mucha frecuencia.

Usted ha dicho una cosa, en la que tiene mucha razón, respecto a la sanidad penitenciaria. El sistema de sanidad penitenciaria tiene que estar integrado —por cierto, su grupo hizo una propuesta que se introdujo en la Ley de cohesión, como bien sabe, y que ya está aprobada— en el sistema sanitario público. Yo estoy con su grupo y con todos los que apoyaron la ley, por que efectivamente se lleve a cabo esa integración real, ya que la atención sanitaria es para todos los ciudadanos.

También disiento con usted en lo referente al seguimiento del *Prestige*. Usted ha hecho referencia a unos estudios del Instituto de Oceanografía. Hemos hecho todos los análisis en todos los productos procedentes del mar destinados para consumo, no han sido análisis a 100 millas de la costa. El análisis que hemos hecho es el que nos corresponde: el análisis de mercados y de todos los puntos de la cadena. En todos los análisis que se han realizado —todos los que nos remiten los laboratorios porque como sabe el centro de Majadahonda es de referencia— los resultados han sido negativos;

los hemos hecho, como usted sabe, previo a la apertura de zona y en zonas abiertas, y lo seguiremos haciendo.

Hemos trabajado también, señora, bastante sobre lo que se puede hacer para la contención del gasto farmacéutico, para que crezca de una manera sostenida con el resto o como crece el sistema sanitario. Lo hemos hecho desde la responsabilidad; lo hemos hecho intentado además que intervenga todas las personas que forman parte de la cadena. Queda mucho por hacer todavía y tendremos que seguir avanzando entre todos.

Se ha referido a la exclusividad y ha dicho que es uno de los elementos más importantes para que el sistema avance; así ha terminado usted su intervención. Nosotros hemos creado, hemos puesto en marcha un modelo en el estatuto marco y en la LOGSS que hace compatible las competencias del Estado con las de las comunidades autónomas. El sistema retributivo es flexible, abierto y va a motivar cada vez más a los profesionales sanitarios, que son los que de verdad dan calidad al sistema. Muchas gracias por las palabras positivas que usted ha tenido en su intervención.

Paso ahora, señor presidente, a contestar a la intervención de la representante del Partido Nacionalista Vasco. Muchas gracias, señora Uría, por su intervención. No sólo le agradezco sinceramente sus palabras, sino que le agradezco profundamente la colaboración de su grupo a lo largo de este curso escolar que ya va terminando. Con el respeto que le tengo, he de decirle que usted ha contribuido y está contribuyendo a que esas normas tan importantes, lo que llamo yo los tres pilares del sistema, se hayan enriquecido de verdad con las sensibilidades de todos los grupos políticos. Usted ha dicho: ¿Y ahora qué? Ha repetido una frase que dijo un médico, un colega que ahora está también en responsabilidades políticas: Cada uno que se dedique a lo que tiene que hacer y sin hacerse más o menos daño. A esto nos dedicamos precisamente, señoría; procuramos hacer cada uno lo que tenemos que hacer; por eso la estructura del Departamento y esos órganos que ha creado la ley —la Agencia, el Instituto de Información y el Observatorio— van a estar a disposición del sistema, a disposición de los servicios de salud, porque no son órganos que sirvan para autoalimentarse; están al servicio de todos, y todas sus actuaciones serán las que se marquen desde el propio Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, como no podía ser de otra manera.

Usted me ha hablado, señora Uría, también del progreso en la investigación y en la bioética. Estamos trabajando en este momento con las sociedades científicas, con todos los profesionales, con el informe que elaboró el comité de bioética del Ministerio de Ciencia y Tecnología, para avanzar entre todos en todo aquello que sea positivo para que nuestros ciudadanos puedan tener acceso a investigaciones que repercutan sobre su salud. También ha dicho algo sobre el gasto farmacéutico sobre lo que me gustaría, con todo respeto, hacer

tal vez un comentario que creo que es importante. El cheque de la industria —no me gusta mucho el término cheque, pero utilizaré el mismo que usted— sí revierte en las comunidades autónomas; no sólo eso, en este momento, por ejemplo, en la Comunidad Autónoma del País Vasco hay redes temáticas de investigación cooperativa que están siendo financiadas con ese fondo. Además hay 52.000 millones de pesetas de las de antes, traducidas a euros, que están territorializadas por la industria farmacéutica y que están financiando ensayos clínicos en todos los centros de nuestro país. Yo lo quiero incorporar, con el apoyo —espero lograrlo— de todas las comunidades autónomas, al pacto de la industria, porque el cheque no es de nadie. El dinero, que lógicamente tiene que revertir en la mejora de la investigación del sistema, es de todos; en él están participando, como yo he dicho en mi intervención, muchos profesionales y muchos científicos de nuestro país. Usted también me ha dicho, terminando su intervención, que el Consejo Interterritorial tiene que funcionar sin prepotencias y sin estridencias, entre todos y con la rutina del buen hacer. Yo creo que usted tiene toda la razón. Cuando ya no hablemos de cuáles son las normas de funcionamiento (por cierto tenemos que hacer un reglamento de funcionamiento entre todos, digo entre todos), cuando ya no hablemos de cómo tiene que funcionar, es que estaremos a velocidad de crucero, porque todos estaremos trabajando y avanzando. Muchas gracias, señora Uría, ya le digo, no sólo por lo que usted ha dicho aquí —también por las críticas, que, como sabe, procuro encajar bien y tomar buena nota—, sino sobre todo por cómo usted y su grupo están apoyando las políticas en materia de sanidad, las políticas legislativas.

Mucho trigo y poca paja, señora portavoz de CiU. Gracias por sus palabras. Los grupos, usted sobre todo, tienen la oportunidad de aprovechar la comparecencia, cómo no, para enriquecer la política sanitaria de nuestro país, que es la política de todos. Usted ha dicho que nosotros hemos traído aquí 21 objetivos y que usted entiende que muchas cosas de las que aquí se ha hablado hay que analizarlas en mayor profundidad. Coincidiendo con usted y estoy segura de que usted y su grupo, en otras intervenciones, podrán enriquecerlas.

Me ha dicho que lo del coste cero cada vez que se habla de algo no le parece muy oportuno. Aquí no se habla de coste cero. Aquí se habla siempre de que hay una revisión del modelo. Aquí de lo que se habla es de que hay un Consejo de Política Fiscal y Financiera, que hay un Fondo de suficiencia, que la comunidad autónoma catalana, por ejemplo, todos los años tiene que hacer un neteo de sus ingresos y de sus gastos. En este momento las comunidades autónomas han pasado a gestionar, como usted sabe, una parte muy importante del IRPF y, por supuesto, del IVA, de los impuestos especiales y de todos los impuestos cedidos ya históricamente, sobre todo a Cataluña. De ese neteo de lo que

ingresan y de lo que gastan se dan los servicios, de ahí se prestan los servicios a los ciudadanos, y las cámaras autonómicas son soberanas para destinar cuánto a qué. Por cierto, a propuesta de su grupo, de CIU, se introdujo en la Ley de cohesión y calidad una enmienda muy importante que remarca más, que, cuando se introduzca una prestación nueva al sistema, se evaluará en el Consejo Interterritorial y se elevará a la Comisión de política financiera del Gobierno, lógicamente, de la que forma parte en pie de igualdad el consejero de Hacienda de Cataluña. Me gustaría que repasara el «Diario de Sesiones» y viera la intervención de CiU cuando se debatieron las leyes de financiación, porque CiU fue uno de los grupos que dijo que había un avance importante en este país con esta ley de financiación, que es una ley solidaria y que tiene los mecanismos para que cuando el sistema sanitario, el educativo o cualquier otro tengan algún problema, se puedan beneficiar de lo que ya recoge la ley. Por eso yo nunca hablaré de coste cero. Lo que yo tendré que hacer es proponer a todos los consejeros qué mejoras hay que hacer en la asistencia. Tendremos que evaluar el impacto positivo o negativo que tengan en cada momento, como tendremos que evaluar, por ejemplo, el impacto positivo o negativo que tiene la morbilidad en el coste sanitario, lo tendremos que hacer año a año y tendremos que ver también esas diferencias que hay en algunos indicadores de salud. Por ejemplo, tendremos que ver por qué hay unas diferencias tan importantes, que las hay en este momento, en algo a lo que usted se ha referido y en lo que yo, perdóneme, no estoy de acuerdo.

Las vacunas —permítame, y lo digo con humildad— no son forzosas. No seré yo quien siendo ministra de este Gobierno, cuando los informes científicos y técnicos indiquen que una vacuna es beneficiosa para prevenir enfermedad o muerte, no ponga todos los medios para que esa vacuna se incorpore con el consenso general a todos los niños de nuestro país. Señoría, para los niños de Pontevedra quiero lo mismo que para los niños de Zaragoza, se lo digo sinceramente. Con algún conocimiento que tengo, que lo tendré que reciclar, aclaro que las vacunas no son forzosas o voluntarias. Las vacunas sirven para prevenir patologías, y cuando hay una vacuna que vale, entonces se ha de implantar. Ese es mi criterio.

Efectivamente Cataluña está llevando a cabo campañas a favor de las políticas para que los jóvenes tengan más y mejor salud. Yo la felicito también. Precisamente su experiencia, junto con la de otras comunidades autónomas, es la que se va a tener en cuenta para ver cómo se implanta este objetivo concreto de Salud XXI.

Usted ha hablado de algo que tiene mucha importancia, que son las prestaciones sociosanitarias. Usted ha dicho que tengo una asignatura pendiente. La asignatura pendiente del sociosanitario tiene que ver con que ha cambiado la morbilidad en nuestro país, como en el resto de los países europeos, y tenemos que prestar

más y mejores servicios, pero no siempre creando servicios nuevos, sino haciendo que los que tenemos, que son muchos, se orienten a las necesidades de las personas mayores. Por ejemplo, se pretende que centros sanitarios y sociales tengan la historia clínica compartida, que cuesta cero pesetas, quiero que lo sepa; o que las personas que están en una residencia asistida en muchas comunidades autónomas —no señalaré en cuáles— no tengan que ir en ambulancia a 300 metros a un centro de especialidades porque los médicos especialistas no van a ese centro, a lo que se llama instituciones abiertas, como se decía en la antigua normativa de la Seguridad Social. Hay muchos motivos para que se ponga en marcha el plan sociosanitario; algunas cosas van a costar dinero y otras costarán cero pesetas. Pues bien, ese plan que se ha elaborado con técnicos de todas las comunidades autónomas, tendremos que aprobarlo y ponerlo en marcha entre todos; tendremos que ver qué cosas hay que poner a mayores que no tengamos en el sistema, pero le puedo asegurar que, por lo que yo he estudiado el plan, hay muchas cosas que no cuestan, porque simplemente son de mejor y mayor coordinación. Para el plan sociosanitario claro que habrá que evaluar los recursos que necesitamos, habrá que ver cuántos nuevos ponemos más, y habrá que analizar cómo está influyendo que cada vez tengamos más personas que viven más de 90 años (por ejemplo, en Cataluña, concretamente en Barcelona, el número de prótesis cardíacas que ponen ustedes ahora son cinco veces más), o cómo repercute la estancia media de hospitalización, que ustedes la han pasado de más de 10 días a seis. Todo eso hay que analizarlo, ¡cómo no!. Lo que netea para arriba y lo que netea para abajo.

Señoría, usted se merece más que nadie que le digan que es la diputada Gior; el que lo dijo es bastante ingenioso. No me gusta nada lo de diputada Gior porque es una asociación con la limpieza. Tampoco me agrada ese chiste que han hecho sobre los grados de libertad de las mujeres que dice: Para darle más grados de libertad a la mujer hay que ampliarle la cocina; por cierto un chiste muy machista y no me gusta nada, repito. Lo de Gior quiero alejarlo de la palabra de las señoras diputadas, y aunque sea que se acerque un poco más a los señores diputados, perdonen ustedes. **(Risas.)**

También ha dicho usted que el anteproyecto de la ley general presupuestaria va a velar por el coste de todas y cada una de las prestaciones. El anteproyecto de ley hace modificaciones en parte del articulado de la ley general presupuestaria, intentando que la gestión, por ejemplo, de los organismos autónomos sea cada vez más ágil. También ha dicho, con muy buen criterio, que la pirámide de envejecimiento va a generar cada vez mayor gasto. Comparto con usted que hay que evaluar si esto genera un mayor gasto sanitario, como le acabo de decir antes. Hay que analizarlo, como y también la morbimortalidad por grupos de edad y cómo

está repercutiendo en el coste sanitario, tarea que es bastante compleja.

Coincido con usted en la importancia de la salud mental. Creo que hemos mejorado mucho el sistema de salud mental. Tal vez ustedes en Cataluña son un ejemplo de que la red de centros públicos en materia de salud mental ha externalizado, si se me permite, o ha hecho que parte de la patología mental, que la estancia de salud mental sea muy baja en este momento. Ustedes han puesto en marcha muchos dispositivos de atención de día, por los cuales le felicito.

Usted ha pedido a la ministra un papel de liderazgo con respecto a que el Congreso de los Diputados sea un espacio sin humo. Yo acabo de recibir una carta del diputado señor Guardans refiriéndose a este tema. Señoría, no sólo lo solicita el señor Guardans, que es diputado de su grupo, sino que en la Comisión de Salud Pública y en el Consejo Interterritorial, donde están gobiernos de todos los partidos políticos, hemos aprobado un objetivo: que al final de este año todas las instituciones públicas se aproximen casi a espacios libres de humo. Por tanto, espero que cuando nos reunamos para evaluar esta estrategia este será también un espacio sin humos. Ahí siempre me tendrán porque la mayor contribución que puede hacer la ministra de Sanidad, sobre todo la más eficaz y la más eficiente, es que los ciudadanos no fumen, sobre todo que, respetando esa libertad que tiene cada cual, unos dejen de fumar o los que van a empezar no lo hagan, porque como sabe es la primera causa prevenible de muerte y de enfermedad en el mundo. También coincido con usted en la importancia de reducir los daños por alcohol y por drogas, y el deseo de consenso y la colaboración de todos. Gracias por lo que usted ha dicho que tiene que ser el Sistema Nacional de Salud; un sistema (ha dicho usted, repito sus palabras) justo, equitativo y progresivo. Señoría, sepa que me encontrará siempre, le agradezco a su grupo el esfuerzo que está haciendo por llegar a acuerdos y a consensos. Estoy segura que en lo que queda de legislatura estaremos siempre dispuestos a recoger sus aportaciones, agradeciéndoles el enriquecimiento que han aportado ya a la Ley de cohesión, estoy segura que lo están haciendo también a estas dos leyes que tenemos en marcha, sobre todo al plan de Salud XXI, y espero que con la ayuda de su grupo podamos entre todos llevar adelante.

Paso a contestar al representante del Grupo Parlamentario Socialista, señor Arola. Ha dicho S.S. que la ministra habla sin gastarse un euro y que hay que hablar del precio del trigo. Cuando hablo, lo hago de forma gratuita porque dicen en Galicia que el hablar no tiene cancelas; pero además de eso, el hablar no tiene precio, aunque hay que hacerlo siempre con bastante sensatez, porque si no tiene uno enfrente a todos los que te están recordando que dices alguna tontería. Le puedo decir que sí hay precio del trigo. Fíjese si hay precio del trigo que en este momento, dependiendo de

la comunidad autónoma, el gasto per capita es diferente. ¡Claro que tiene precio el trigo! ¿Sabe lo que quiero? Que el trigo, ese trigo de todas y cada una de las comunidades autónomas sea muy parecido en precio, sobre todo que los recursos que destinen a todos los ciudadanos sean cuando menos suficientes y equiparables, que se utilicen bien, que se utilicen de forma eficaz y eficiente. Ahora nadie lo ha dicho aquí, lo voy a decir yo, y creo es lo más importante de todo lo que he hablado. ¿Sabe por qué es muy importante la estrategia Salud XXI? Porque por primera vez estamos hablando de salud en términos de indicadores de resultados. Lo que diferencia al plan Salud XXI es que por primera vez no habla de recursos, habla de personas. ¿Sabe de que habla? habla por ejemplo de qué morbilidad hay por cardiopatía isquémica en una comunidad autónoma y por qué hay una morbilidad en cardiopatía isquémica en otra. Eso es lo que hace que el plan Salud XXI sea no sólo un plan estratégico, que sería muy bonito y estaría muy bien, sino que determina, dice y concreta que para ser serios en el siglo XXI de lo que hay que hablar a los ciudadanos es de qué prevalencia hay de cáncer de colon en un área de España y qué prevalencia hay en otra, qué prevalencia de cáncer de mama hay en un tramo de edad entre los 55 y los 65 años en una comunidad, y por qué hay una prevalencia de cáncer de mama diferente en otra comunidad autónoma. Por tanto, claro que hablo del precio del trigo, todo el tiempo estoy hablando del precio; lo que pasa es que como soy muy educada no hablo del dinero, pero del precio sí, del precio claro que hablo.

Ha utilizado S.S. una frase muy aragonesa, que por cierto es muy bonita. Ha dicho exactamente de la gran secada a la gran remojada. En la vida hay que pasar de eso, de la secada a la remojada, a mojarse. Procuero mojarme hasta arriba, meterme en las cosas, pero hay que ir secándose, sobre todo cuando estamos en materia de salud, no sea que nos resfriemos. Puedo decir a SS.SS. que vendrán años, seguro que yo no estaré aquí para oírlo, y que en esta Comisión se seguirá hablando durante casi 20 años de lo que hoy estamos diciendo hoy. Dentro de años se estará diciendo en esta comisión que lo importante es poner blanco sobre negro cuáles son las obligaciones que tienen los gobiernos para que los ciudadanos tengan más y mejor salud. Ha dicho que es una trasposición casi literal de la directiva a la Ley de cohesión y a los objetivos Salud XXI. Claro, es que las bases de la ley de cohesión son estas, que haya servicios públicos, que sean cada vez mejores, que uno tenga en cuenta las peculiaridades, que uno tenga en cuenta las minorías étnicas, que tenga en cuenta a las mujeres, que tenga en cuenta a las personas que han perdido la libertad, que la sanidad penitenciaria mejore. La ley de cohesión precisamente es eso. Pero es una ley; las leyes valen mucho, pero además de las leyes hay que poner en marcha muchos planes y muchas actuaciones.

Me ha dicho que en el objetivo 17 sólo he hablado de contener el gasto. No es cierto, señoría. En el objetivo 17 he hablado de que para que el sistema sea sostenible desde el punto de vista económico, hay que hacer compatible todos los componentes del gasto sanitario, y por eso hay que analizar de vez en cuando por qué los productos sanitarios en algunas comunidades crecen al 20 por ciento y los salarios de los profesionales al 2,3 por ciento. Algo tendremos que pensar. Yo he hablado de eso. Además he dicho algo mucho más importante. He dicho que primero miremos al coste— efectividad y a la eficiencia. Los últimos para recortar son los ciudadanos, porque hay muchas cosas que hacer en el sistema, porque nuestros ciudadanos lo que deben tener es cada vez más y mejores prestaciones, no menos. Por eso, cada vez que oigo decir que habría que recortar no sé qué o que los ciudadanos tienen que tener copago, le puedo decir que estoy absolutamente en desacuerdo.

Señoría, ha listado una serie de cosas que usted dice que son deficientes en el ministerio. Ha empezado por decir que no hay un buen desarrollo o que podría haber sido mejor la oferta pública, que se ha prorrogado el plazo... **(El señor Arola Blanquet: No, no.)** Ha dicho también que ha habido que volver a corregir exámenes de Mestros, que ha dimitido uno de los tribunales. Ha dicho que hay guías de interpretación. Todo es cierto, señoría, pero es que los tribunales son independientes. Nosotros tenemos que velar por el buen funcionamiento de los tribunales. Fíjese, una persona, por cierto de su comunidad autónoma, forma parte de un tribunal que es de los que ha presentado la dimisión, y lo han hecho en rigor, porque entienden que ha habido algunos problemas y quieren que haya otro equipo de personas que lleve a cabo el resto del proceso de la selección. Le puedo decir que nosotros haremos todo el esfuerzo posible para que este proceso termine pronto y termine bien, pero le puedo asegurar, señoría, que estamos haciendo todo lo que humanamente es posible por el buen funcionamiento de los tribunales y con los informes jurídicos correspondientes. Se han hecho guías. Se ha hecho una guía en la comisión central. Se han hecho guías en las comunidades autónomas. Por cierto, la guía de la Comisión central a petición de la Comisión central, y forman parte de la misma las comunidades autónomas. El servicio jurídico ha elaborado un informe diciendo que esa serie de consideraciones se ajustan a derecho, pero entre todos tendremos que ser capaces de llevar adelante este proceso selectivo, y si es posible que esté concluido antes del 31 de diciembre.

También ha hablado de fallos en el control de la legionella, de la publicidad, de que no ha funcionado bien AESA, el SRAS, de los presupuestos, del observatorio, del estudio de desigualdades, de la sanidad exterior, del aceite de orujo, del MIR. Ha hablado usted también de los profesionales de la cirugía estética y

hasta de Navarra. Le voy a contestar a todas y cada una de estas cosas.

En materia de legionella se ha elaborado y se ha puesto en marcha un decreto que regula cómo han de ser en nuestro país las instalaciones sanitarias para el control y la prevención de la legionella. Le quiero recordar que en España sólo hace pocos años se ha puesto en marcha el test de diagnóstico en orina de la legionella. Por eso, cuando se habla de los datos de la legionella hay que tener perfectamente en cuenta (por cierto, que en el año 2002 sólo hubo dos casos más de legionella que en el año anterior) que se ha puesto en marcha una normativa, de acuerdo con las comunidades autónomas, que está en vigor hoy, y esa normativa se ha revisado a la luz de la experiencia de su funcionamiento, está en el Consejo de Estado y espero antes de que termine este mes se apruebe con sus mejoras, porque en materia de legionella tenemos que trabajar todos juntos. Cuando yo me incorporé al ministerio en julio del año pasado, lo primero que dijo algún representante de un grupo político fue: la ministra está de vacaciones. Salí yo rápidamente y dije: no estoy de vacaciones. Estoy trabajando en el ministerio. Pero quiero recordarle que además de la ministra, en la lucha contra la legionella tienen competencias las comunidades autónomas, los ayuntamientos, las industrias y todos los que generan o puedan generar vapor de agua contaminado por la legionella. La legionella es un agente que se caracteriza por que crece —vaya por Dios— a unas temperaturas determinadas, y lo que hay que hacer para luchar contra ella es que no haya las condiciones adecuadas de humedad y de temperatura para que crezca. Si usted o su grupo tienen algo que decir respecto a la legislación que hay en este país, que por cierto, es la más estricta de toda Europa; España es un país un poco caluroso y con un cierto grado de humedad, qué le vamos a hacer, y también eso lo tenemos que tener en cuenta, pero si usted tiene alguna aportación que hacer a este decreto que está en el Consejo de Estado —yo se lo voy a mandar gustosa—, por favor, me gustaría que me las haga llegar, porque le puedo asegurar que me he rodeado de los técnicos y los expertos que creo saben más en materia de legionella.

Usted ha hablado de las medicinas naturales y alternativas. Hay un documento que está en evaluación en la Agencia de evaluación de nuevas tecnologías respecto a las medicinas naturales y alternativas y se ha hecho una encuesta en todos los países europeos que se está evaluando respecto a qué papel tienen que hacer estas medicinas en el contexto de los países europeos; países que por cierto están basados en la medicina más científica. Con los resultados de ese estudio yo me comprometo, señoría, como tiene que ser, a pasarle el informe y la valoración. Creo que la AESA está funcionando bien. Tal vez la AESA sea el organismo que actúa con mayor discreción. Actúa con tal discreción que a veces la ministra se entera después de que una alerta se haya

producido. Actúa con absoluta discreción. Para mí, siendo un órgano independiente en cuyo consejo de dirección están representadas las comunidades autónomas, le puedo decir que lo que hay en las actas de los comités de dirección son felicitaciones por la eficacia con que está actuando la AESA. En relación con el *Prestige*, la AESA —aquí se ha dicho—, todavía no tenía formado el comité Científico, pero convocó a expertos franceses, canadienses y de la Organización Mundial de la Salud —gracias, quizás, a que tenemos una presidenta que es funcionaria de la Organización Mundial de la Salud—; teníamos a los mejores expertos del mundo, los que más experiencia tenían en temas de contaminación. Ese grupo de científicos y expertos se reunió a los dos días, señoría, para asesorar a la agencia. A día de hoy ya hay un Comité científico. Los currículos del Comité científico los ha evaluado una agencia externa que es la ANEP. Esta agencia ha valorado los currículos. Por cierto no conozco qué personas forman parte de la misma porque es una tarea científica y absolutamente independiente. Lo que siento, señoría, es que no estemos transmitiendo bien algunas de las tareas que realizamos, pero la AESA ha puesto en marcha protocolos y grupos de trabajo para prácticamente todas las áreas de la seguridad alimentaria. Está presente en todos los foros científicos europeos y del mundo y además está realizando un trabajo todos los días del año en su laboratorio; un trabajo silencioso y callado. Si algo se le puede decir a la AESA es que hace un trabajo silencioso. Pero, señoría, yo estoy a su disposición para decirle todas las propuestas de mejoras que se puedan poner en marcha a través del consejo y del comité de dirección de la AESA.

Ha dicho S.S. que en los objetivos de los presupuestos lo cualitativo se ha de adaptar a lo cuantitativo. Estoy absolutamente de acuerdo con usted. En la memoria de objetivos, lógicamente del Ministerio de Sanidad y de cualquier otro y por cierto también los presupuestos de las comunidades autónomas se tienen que adaptar la letra a los números. El observatorio que usted ve en los presupuestos de varios años anteriores es el observatorio europeo. Usted sabe que en este momento hay un convenio con el observatorio europeo para llevar a cabo políticas que tienen que ver con la evaluación de los sistemas sanitarios. Ese concepto presupuestario del que usted habla es el observatorio europeo y el convenio con ese observatorio, que no el observatorio que se ha creado en la ley.

También me ha dicho que hay que mejorar la política de sanidad exterior. Lo estamos llevando a cabo. Asimismo me ha mencionado que en materia de MIR habrá que ver esas medidas que vamos a poner en marcha. Cuando en la LOPS se ha elaborado el anteproyecto de ley de ordenación de las profesiones, todos los consejos de especialidades han estado de acuerdo en que hay que mejorar el sistema MIR porque con los años ha devenido en unas especialidades —que no es

que sean muchas, como usted ha dicho; no son demasiadas las profesiones sanitarias—, que han de ser adaptadas a los nuevos requerimientos de los conocimientos científicos-técnicos. Por ejemplo, hay que hacer áreas de superespecialización, porque usted, que ha tenido responsabilidades como consejero de sanidad y que conoce bien el sistema, seguro que coincide conmigo en que no existen alergólogos pediatras en nuestro país, porque no existe esa especialidad, pero es bueno que haya un área de capacitación específica para un pediatra en materia de alergia o que los que ahora lo están ejerciendo puedan tener el derecho a la opción de esa superespecialización.

También se ha referido a la cirugía estética. La modificación del decreto de especialidades introdujo en la especialidad de cirugía plástica reparadora el concepto de cirugía estética. ¿Por qué? Porque hay una petición unánime de la Comisión nacional de especialidades y de la propia comisión de la especialidad, entendiéndose que la mejor información y el mensaje positivo que podemos dar a los ciudadanos de nuestro país con nuestra normativa es explicándoles que un señor que es especialista, que tiene una formación MIR muy importante y exhaustiva, tiene como especialidad, además de la cirugía reparadora, la cirugía estética. Es decir, es un tema conceptual, pero también podremos analizar en el Consejo Interterritorial si estamos dispuestos a que la cirugía estética sea una prestación del sistema sanitario público. Yo creo, señoría, que lo tendremos que pensar muy a fondo, porque el sistema tiene necesidades muy importantes, previas a la cirugía estética. Por tanto, se trata de una cuestión conceptual.

Su señoría se ha referido también al tema de la liquidación de los servicios transferidos. A día de hoy, con la información que me da INGESA, y los subdirectores de INGESA que están llevando a cabo la liquidación del sistema, tal y como he transmitido por carta a algunos consejeros que me lo han pedido, existe un litigio—si se me permite la expresión— entre las facturas que se presentan y la interpretación que da a la intervención de la Seguridad Social y la intervención de la comunidad autónoma respecto a la imputación de facturas, por ejemplo, del mes de diciembre. Usted sabe que hay un concepto presupuestario que es gastos devengados, y la interpretación jurídica es diferente. Por tanto, no es que estemos pendientes de liquidar, lo que hay es un problema de informes jurídicos y una cuestión conceptual de imputación de facturas a ejercicios presupuestarios. Usted sabe que el fondo que sirve para liquidar el sistema, es ampliable, y todo aquello que los servicios de intervención de la Seguridad Social digan que hay que imputar se está haciendo y estoy segura que S.S. lo conoce bien.

Usted ha dicho que este debate podría ser un debate del estado de la salud de la nación. Yo no tengo tantas pretensiones. Lo único que quiero es que en esta Comisión, que es lugar adecuado, se discutan temas como

los de hoy, donde se trata de ver qué es lo que está poniendo en marcha el Gobierno, y que los partidos políticos legitimados para ello aquí presentes expongan qué cosas hace peor el Gobierno, qué cosas hace mal, qué cosas se pueden mejorar, o simplemente hagan sus propuestas. A mí me gustaría, sobre todo, que se hicieran propuestas positivas para construir el sistema entre todos.

Perdone, señor presidente, voy a ir terminando, pero quiero dar respuesta a todas las cuestiones que aquí se han planteado. Respecto al pacto de Farmaindustria y a la trasposición de directivas, tengo que decirle que no es cierto lo que usted me dice de éstas. Con plazo vencido a día de hoy hay una directiva; la de buenas prácticas en ensayos clínicos, y sin plazo vencido, aunque vencen el 30 de junio, hay 14. Estamos procurando dar cumplimiento a nuestra obligación, que es trasponer las directivas comunitarias. Desde septiembre a día de hoy hemos aprobado 33 Reales Decretos y órdenes ministeriales que trasponen directivas comunitarias. Además, usted me ha hablado de un acta del Consejo Interterritorial, donde se hacía una evaluación del ahorro que iban a significar los genéricos y los precios de referencia. Como es seguro que usted tiene una copia del acta, seguro que también está transcrito en el acta qué consejeros (que por cierto pertenecen al mismo partido político que usted), estaban absolutamente de acuerdo en que había que cambiar el sistema de precios de referencia y había que cambiar y ampliar los grupos de referencia. Así lo han manifestado y así se recoge.

La política farmacéutica, usted lo ha dicho señoría, es una política compleja, es una política en la que tenemos que trabajar todos y es una política—lo he dicho esta mañana en mi intervención— en la que permanentemente estamos introduciendo medicamentos nuevos al sistema. He dicho que se han introducido medicamentos para el Alzheimer, para la leucemia linfática crónica, etcétera. Son medicamentos costosos y entre todos tendremos que hacer el sistema sostenible. También tenemos que ser flexibles para llegar a acuerdos con todos los sectores, porque uno puede apuntar a un sector, pero nunca puede disparar. Lo que hay que hacer es apuntar donde tienes el problema, pero nunca disparar, porque lo que necesitas es colaboración de todos. Por tanto, a mí me van a encontrar apuntando a donde están los problemas y procurando resolverlos, pero nunca disparando, porque no me gusta disparar y, sobre todo, porque disparando no se obtiene ningún beneficio. Quiero recordar que más de 50.000 millones de pesetas, que no están en el pacto, están llegando en este momento a todos los servicios de salud de las comunidades autónomas para que los médicos de nuestro país, todos los profesionales sanitarios, investiguen día a día y pongan en marcha ensayos clínicos.

Fondo de cohesión. Recursos económicos que vamos a destinar. Los recursos económicos que vamos a destinar para ese Fondo de cohesión para que dismi-

nuyan las desigualdades territoriales, son los recursos que se han de prever en el anteproyecto de presupuestos, que tienen que ver con las políticas que ya recogía el Fondo de cohesión, que son esas políticas que con presupuestos a mayores —que a veces se nos olvida—, están pagando ahora los desplazamientos entre comunidades, algo insólito hasta este momento. Hasta ahora había desplazamientos entre comunidades a servicios de referencia y no lo pagaba nadie. Ahora, con la nueva redacción de la Ley de cohesión y calidad, en la que han contribuido muchos de ustedes, tendremos que ver qué políticas ponemos en marcha para mejorar la cohesión y las desigualdades; por ejemplo el proyecto de historia clínica electrónica, que mejorará la atención de forma sustancial o los planes integrales.

Me ha preguntado S.S. qué vamos a hacer en materia de células madre embrionarias. He contestado a uno de los portavoces diciéndole que vamos a sumarnos siempre a todos aquellos informes científicos que tengan que ver con aquellas mejoras que signifiquen y que sean eficientes para avanzar en la investigación de las patologías, sobre todo cuando son patologías prioritarias.

Ha dicho S.S. que ejercer la crítica es bueno y yo estoy absolutamente de acuerdo con usted. Me ha dicho que para cambiar el rumbo, el rumbo del camino equivocado. Si se me permite, señoría —y se lo digo con absoluta humildad—, creo que el camino no está equivocado. Aquí se han dicho muchas cosas que pueden ser oídas y escuchadas por distintos grupos políticos, con distintas sensibilidades, con un modo de entender la sociedad, como un modo de entender los distintos colectivos. Lo que yo he dicho hoy aquí estoy segura que satisface a profesionales sanitarios, a colectivos profesionales y también a la sensibilidad de las comunidades autónomas, lo que ocurre es que el rumbo siempre hay que irlo corrigiendo, y, como sabe yo estoy absolutamente abierta a ir corrigiendo el rumbo con la ayuda de todos ustedes. Usted ha dicho, y agradezco muy sinceramente, a su

grupo, señor Arola, la voluntad de llegar a acuerdos. Es la primera vez que usted como portavoz interviene en esta Comisión. Le agradezco su contenido, le agradezco su tono, señor Arola, y le agradezco todo lo que está aportando para enriquecer el sistema sanitario, porque usted es un político antiguo, conoce el sistema sanitario y estoy segura que con sus críticas construiremos también el sistema y hay terreno de acuerdo, señoría; esté seguro que hay terreno para el acuerdo.

Termino ya agradeciendo al portavoz del Grupo Parlamentario Popular su valoración positiva de las propuestas que está llevando a cabo el Gobierno. Le agradezco el contenido de su valoración, sobre todo porque se ha referido a varios aspectos importantes. Se ha referido al Instituto de información y a la Agencia de calidad, que como he dicho antes a uno de los portavoces que han intervenido son dos herramientas muy importantes para llevar adelante lo que nos hemos propuesto entre todos: las políticas de cohesión y de calidad del sistema sanitario. Estoy segura de que entre todos, con el apoyo del Grupo Parlamentario Popular, también seremos capaces de llevar adelante estos 21 objetivos que he presentado hoy aquí. Son 21 objetivos que uno solo no puede llevar adelante; solamente seremos capaces de cumplirlos con la ayuda y la participación de todos ustedes, de todos los grupos políticos.

Gracias a todos y gracias, señor presidente, por su amabilidad y su paciencia.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora ministra, por sus dos exhaustivas exposiciones.

Finalizado este punto del orden del día, emplazo a los portavoces a que permanezcan unos minutos más en la sala para la constitución de las ponencias relativas a la Ley del estatuto marco y la Ley de ordenación de profesiones sanitarias.

Se levanta la sesión.

**Eran las tres de la tarde.**

Edita: **Congreso de los Diputados**

Calle Floridablanca, s/n. 28071 Madrid

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

Imprime y distribuye: **Imprenta Nacional BOE**

Avenida de Manoteras, 54. 28050 Madrid

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

Depósito legal: **M. 12.580 - 1961**

