



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2005

VIII Legislatura

Núm. 308

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DE LA EXCMA. SRA. D.^a MARGARITA URÍA ETXEBARRÍA

Sesión núm. 12

celebrada el miércoles, 1 de junio de 2005

Página

ORDEN DEL DÍA:

Comparecencia del señor secretario general de Sanidad (Lamata Cotanda) para informar sobre:

- | | |
|---|---|
| — Los resultados de la encuesta nacional de salud 2003 y del barómetro sanitario 2004. A petición del Gobierno. (Número de expediente 212/000624.) | 2 |
| — El balance de gestión de los planes integrales de salud y sobre las medidas puestas en ejecución para su desarrollo. A solicitud del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 213/000264.) | 2 |

Preguntas:

- De la señora Martel Gómez (Grupo Parlamentario Popular en el Congreso), sobre las repercusiones del reciente acuerdo firmado entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Ministerio del Interior en materia de drogas en la Comunidad Autónoma de Andalucía. (Número de expediente 181/000849.) 26
- Del señor Heredia Díaz (Grupo Parlamentario Socialista del Congreso), sobre el contenido del acuerdo de colaboración firmado entre el Ministerio de Sanidad y Consumo con el Comité español de representantes de personas con discapacidad (Cermi) sobre atención sociosanitaria, salud y consumo a las personas con discapacidad. (Número de expediente 181/000961.) 28
- Del señor Vadillo Arnáez (Grupo Parlamentario Popular en el Congreso), sobre actuaciones previstas por el Gobierno para el desarrollo e implantación de la denominada atención temprana o precoz. (Número de expediente 181/000653.) 29
- Del mismo señor diputado, sobre actuaciones o planes realizados por el Ministerio de Sanidad y Consumo, solo o en colaboración con algún otro Ministerio, comunidades autónomas o ayuntamientos, sobre las personas mayores o población de riesgo laboral, para prevenir daños o consecuencias para la salud derivadas de las sucesivas olas de frío durante el otoño-invierno de 2004-2005. (Número de expediente 181/000655.) 31
- De la señora Velasco Morillo (Grupo Parlamentario Popular en el Congreso), sobre actuaciones para la construcción del hospital de Benavente (Zamora). (Número de expediente 181/000703.) 34
- De la señora Fernández Davila (Grupo Parlamentario Mixto), sobre vías previstas para el aumento de los recursos destinados a la financiación de competencias sanitarias. (Número de expediente 181/000784.) 36
- De la misma señora diputada, sobre previsiones acerca de la articulación de mecanismos que permitan incorporar financiación estatal adicional al sistema vigente de financiación de las competencias sanitarias. (Número de expediente 181/000785.) 36
- Del señor Gutiérrez Molina (Grupo Parlamentario Popular en el Congreso), sobre proyecto previsto para la ampliación del hospital comarcal de Melilla. (Número de expediente 181/000944.) 39
- De la señora Juanes Barciela (Grupo Parlamentario Socialista del Congreso), sobre cantidad económica que recibirá la Comunidad Autónoma de Castilla y León para la financiación de programas de prevención y reducción del consumo con cargo al fondo de bienes decomisados. (Número de expediente 181/000959.) 42

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

COMPARECENCIA DEL SEÑOR SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD (LAMATA COTANDA) PARA INFORMAR SOBRE:

- **LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2003 Y DEL BARÓMETRO SANITARIO 2004. A PETICIÓN DEL GOBIERNO.** (Número de expediente 212/000624.)

— **EL BALANCE DE GESTIÓN DE LOS PLANES INTEGRALES DE SALUD Y SOBRE LAS MEDIDAS PUESTAS EN EJECUCIÓN PARA SU DESARROLLO. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO.** (Número de expediente 213/000264.)

La señora **PRESIDENTA:** Se abre la sesión. Damos la bienvenida al señor secretario general de Sanidad, así como al equipo que le acompaña. Saludamos también a los medios de comunicación que se encuentran en la sala. Pasamos a debatir los dos primeros puntos de esta sesión,

número 12 de las celebradas por esta Comisión, que por haberlo decidido esta Mesa junto con los portavoces se van a tramitar de manera conjunta. La primera comparecencia ha sido solicitada por el Gobierno y la segunda por el Grupo Parlamentario Popular. Procederemos de la siguiente manera: en primer lugar y como es lógico, intervendrá el secretario general del Ministerio de Sanidad y Consumo, a continuación el Grupo Popular, petionario de una de las comparecencias, y después, como suele ser habitual, los demás grupos, de menos a más, concluyendo el grupo que apoya al Gobierno. Por ello y conforme ha quedado establecido, para explicar el objeto de esta comparecencia, tiene en primer lugar la palabra el secretario general del Ministerio de Sanidad y Consumo.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Lamata Cotanda): Los temas que vamos a tratar y que son motivo de esta comparecencia son de interés para la planificación, dirección y orientación de las políticas sanitarias de España, pues, por una parte, en la primera comparecencia se trata de analizar dos instrumentos de estudio de la realidad sanitaria, el barómetro sanitario y la encuesta nacional de salud, y, en la segunda, se abordarán los planes, las estrategias y los programas que van dando respuesta a problemas que se identifican precisamente con estos y otros instrumentos de análisis de la situación.

Los dos estudios que vamos a comentar ya llevan una tradición en el sistema sanitario; en ambos casos se trata de encuestas personales que se realizan en el domicilio del entrevistado, pero tienen alguna característica metodológica distinta. La encuesta nacional de salud se realiza a lo largo de un año, entre abril de 2003 y abril de 2004 —la que presentamos hoy es la última encuesta—, y el barómetro se lleva a cabo en dos oleadas; en concreto el último barómetro, la última encuesta de satisfacción se realizó en los meses de mayo y noviembre de 2004. Los tamaños muestrales también son distintos: en el caso del estudio de satisfacción son 6.800 entrevistas, mientras que en la encuesta nacional de salud son 28.113; tiene una dimensión y por tanto una fuerza también de representatividad territorial mayor. El instituto que realiza cada uno de estos dos instrumentos es distinto en esta ocasión, puesto que la encuesta nacional de salud se le ha encargado al Instituto Nacional de Estadística —es la primera vez que se hacía este contrato— y el estudio de satisfacción, el llamado barómetro, ha continuado bajo la responsabilidad del Centro de Investigaciones Sociológicas, que como saben realiza distintos estudios de políticas públicas.

Entramos a valorar los datos del estudio de satisfacción. Hay que decir en primer lugar que, como todo estudio de satisfacción, lo que está midiéndonos es la percepción subjetiva de la persona entrevistada respecto a los servicios sanitarios que le vamos a plantear. Estamos por tanto contrastando expectativas, entre lo que yo creo o a mí me parece que estaría bien y lo que

yo he recibido cuando he sido atendido o con lo que me ha comentado el vecino o he visto que le ha pasado a un familiar cuando ha acudido a un servicio sanitario. Es una medida de satisfacción, por tanto de valoración subjetiva respecto a ese contraste que se produce entre lo que yo esperarí que me dieran y lo que yo estoy recibiendo. Debe tomarse en esa dimensión y por supuesto debe complementarse con otros estudios de investigación, de morbilidad, de mortalidad y con otros estudios objetivos para poder llegar a tener un cuadro o una pintura que nos permita tomar decisiones. Ya desde hace tiempo —puedo citar algunos estudios de la Dirección General del Insalud ya en el año 1983, siendo director general Jacint Raventós— se puso en marcha algún instrumento de evaluación de satisfacción. A partir de ahí, cuando se tenía el ámbito de cobertura del Insalud, que entonces era muy importante y muy amplio, fueron sucediéndose varios instrumentos en distintas comunidades autónomas y perfeccionándose hasta constituir esta serie tan importante de la que ya disponemos desde el Ministerio de Sanidad y Consumo.

En esta última encuesta de satisfacción del año 2004, la valoración media que hacen los ciudadanos de la sanidad tiene una media de 6,63 en una escala de 1 a 10. Es un valor, como ven, de notable, es un valor positivo que se viene manteniendo a lo largo de los años. Puedo decirles que en aquellos antecedentes del año 1984 que señalaba no se trataba del mismo tipo de estudio, de la misma metodología, pero sí medía satisfacción de población y de usuarios, y en aquellos momentos, hace veinte años, las cifras de satisfacción, valoración 1 sobre 10, estaban en 3, 4 ó 4,5 y fueron subiendo poquito a poco hasta aproximadamente el año 1990, donde alcanzaron ya unos valores importantes, de notable, y se van manteniendo de una manera razonablemente estable con algunos altibajos. Esta valoración positiva es de población general, estamos preguntando en domicilios, pero si el usuario reciente que está siendo encuestado ha sido visto en consulta, ha sido ingresado en el hospital o ha utilizado el servicio, la valoración sube, esto es sistemático y lo hemos ido comprobando en todas las encuestas que se han presentado. El que tiene una percepción más cercana e inmediata sube casi un punto. Lo mismo ocurre cuando comparamos con personas de distintas edades. Las personas más mayores van a valorar en promedio un punto más; luego si la media es 6,6, en población mayor de 65 años nos subirá a 7,6 o a 8, según la edad. ¿Cuál es la razón que lo puede justificar? Sabemos que los mayores son los que más utilizan los servicios, luego ahí se está acumulando el factor de uso reciente y de conocimiento más cercano y también los factores de expectativa y de percepción subjetiva. Cuando profundizamos en algunos otros estudios en cuanto a la valoración de las personas mayores son personas que han conocido a lo largo de toda su historia una serie de carencias, desde no tener cobertura sanitaria hasta acceder a la misma, hasta tener una mejor atención en los centros de salud; luego la percepción de las personas mayores de mejora

del valor de la sanidad pública es extraordinaria, en términos generales, es de 8 o de 9 sobre 10. Cuando preguntamos a un usuario, persona mayor que acaba de ser dada de alta, nos va a puntuar en 9 y por encima de esa nota en otras encuestas que son distintas a esta. Esto tiene que ver por lo tanto con esa valoración de un sistema sanitario público que se ha ido construyendo a lo largo de los años, del que ellos son protagonistas, del que ellos son usuarios y también, y esto es importante, del que ellos están recibiendo el servicio cuando ya no hacen aportación, al menos en la forma de cotizaciones, sí a través de los impuestos, pero es un momento en el cual ellos tienen menos esfuerzo de financiación, justo a diferencia de las personas jóvenes, donde veremos una actitud mucho más crítica, donde veremos unas puntuaciones que son las que bajan la media, porque son usuarios que utilizan mucho menos los servicios, tienen menos conocimiento y tienen un mayor esfuerzo de financiación normalmente cuando son personas activas. Hablamos de valoración subjetiva, de lo que yo me estoy gastando y de lo que yo estoy recibiendo, y se produce una valoración lógica de menor puntuación; una mayor exigencia tiene también correlación en muchos casos con la formación universitaria, etcétera.

En todo caso se trata de una buena valoración, que sería el primer dato que ponemos sobre la mesa, del sistema sanitario público. Esta buena valoración se explora en los distintos niveles de la atención, atención primaria, especializada, consultas externas, y se mantiene en buenos niveles. Tradicionalmente la atención primaria se valoraba mucho peor que la especializada; poco a poco en el proceso de reforma —se ha ido viendo a lo largo de los estudios— la valoración de la atención primaria sube y se valora en unos términos muy similares, por ejemplo, en la cercanía de los centros, ese esfuerzo de inversión y de distribución de centros de salud, en 7,8 sobre 10 y el trato recibido por los profesionales sanitarios, el 7,4 sobre 10. Hablamos de población general. Si fuera usuario inmediato, reciente o a la salida de consulta, sube todavía un punto; luego es una buena valoración. ¿Qué es lo que se valora peor? En todos los niveles vamos a ver que es el tiempo de acceso o el tiempo de atención, siempre va a ser la lista de espera, simplificando, aquí en primaria no hay lista de espera, pero sí es el tiempo de espera para entrar en consulta u otro tipo de sensación de que tiene que esperar. En algunas comunidades o en alguna ciudad, porque no es tampoco general, se ha empezado a producir alguna lista de espera, también, de citación para varios días, con lo cual este fenómeno puede empezar a afectar. En consultas externas la valoración también es del mismo tenor. Estamos hablando, por ejemplo, que la valoración del equipamiento de los centros de especialidades es un 7,2; de las consultas externas un 7,2; el trato recibido con profesionales, un 7,1; la confianza y seguridad que transmite el médico, un 6,9, por lo tanto una valoración positiva de lo que llamamos los elementos nucleares de la atención, el núcleo de la relación

médico-paciente, de la relación médico-enfermo, donde buscamos un diagnóstico, un tratamiento y un pronóstico o una expectativa con la recuperación y la rehabilitación. En los aspectos auxiliares, de envoltorio, complementarios, pero también importantes, de hostelería, de tiempo de llegada, de accesibilidad, de comodidad, de confort, ahí veremos cómo las puntuaciones nos van a bajar. También aquí vemos que el tiempo que tarda en darse cita está valorado con un 4,7, que es el punto, digamos, de suspenso en atención especializada. Lo mismo nos ocurrirá en personas que ingresan. La hospitalización se valora como buena o muy buena por la mayoría de los encuestados, en medios técnicos un 7,7 sobre 10; cuidados de enfermería, un 7,2; cuidados de la atención del profesional médico, un 7,1, etcétera —estamos en una buena valoración, por encima de 7—; tiempo de espera para entrar al hospital, la típica lista de espera para atención programada de hospitalización: 4,3; la nota más baja de todas las variables estudiadas está en esta lista de espera para ingresar con carácter programado en un hospital.

Se exploran además otros aspectos que ya se incorporaban en estudios anteriores, como es la equidad en el acceso, tema muy importante, puesto que estamos en un proceso que ya ha concluido, la descentralización, las comunidades están gestionando, y es interesante explorar qué sensación tiene la ciudadanía respecto a las diferencias que se producen. Vemos que la mayoría de la población valora el Sistema Nacional de Salud como un sistema equitativo: el 70,5 por ciento opina que acceso es igual para personas mayores o jóvenes; el 68,6 por ciento, una mayoría, también opina que es igual según condiciones socioeconómicas, y una mayoría también relativa, en este caso es un 50 por ciento, considera que existe igualdad en el acceso independientemente de la comunidad de residencia, mientras que no lo piensa así un 24 por ciento; es decir, hay el doble de personas que piensan que hay equidad que las que piensan que no, pero como vemos esa sensación es menor que la que se produce entre edades o entre clases sociales, que son los otros posibles elementos de desigualdad.

Hemos de decir que la impresión que ha producido a los equipos que vienen analizando estas baterías a lo largo del tiempo han producido, es de una situación, como decía, de estabilidad, de consolidación de los factores en positivo y negativo; hablo de una situación de bastante equilibrio entre primaria, especializada e ingreso hospitalario. Hablamos de una buena valoración de la actuación de los profesionales, del equipamiento, de la capacidad diagnóstica y terapéutica, y en ese sentido podemos decir que tenemos una buena situación.

¿Qué contrastes resultan en relación con encuestas de otros países que podamos conocer? Con carácter general, los distintos institutos de investigación europea van haciendo estudios, desde el ámbito también de países desarrollados. Hubo una antigua encuesta Blendon, que recordarán que se utilizó para el informe Abril, para el que se hizo el mismo cuestionario que se había utilizado

en varios países de la OCDE. Ahí salíamos bastante malparados, en una de las últimas posiciones de la tabla en aquel momento. Sin embargo, poco a poco y con los años esa posición se ha ido recuperando y hoy día, cuando hacemos en investigaciones europeas preguntas similares —no siempre son las mismas, pero preguntas similares— vemos que nos estamos colocando en una posición por encima de la media. El estudio de la red de investigación del grupo de Estocolmo es el último que se publicó, son 8.000 encuestas en toda Europa y nos daba que la ciudadanía que mejor valoraba su sistema sanitario era la francesa, 6,9 —por eso se resisten tanto a cambiarla— sobre 10, pero luego ya iban Holanda y España; en España su ciudadanía puntuaba un 6,7 sobre 10. Curiosamente coincide con nuestros estudios nacionales. Vemos que hay una cierta consistencia por lo tanto en los datos. Por detrás de esa valoración se encontraba, por ejemplo, Alemania, que tenía una valoración muy baja, del 5,1; Italia, con 5,8; Suecia, con 5,8; Reino Unido, con 5,9; o Austria también, que estaba por detrás de nosotros. La media estaba en 6,5 y nosotros, como digo, en 6,7, a la par que Holanda y por detrás solamente de Francia, en este estudio que no era de todos los países de la Unión, pero sí que son países con los que podemos compararnos en otros terrenos, económicos, sociales y culturales. En ese sentido, entendemos que se va consolidando esa información. Debo señalar porque creo que es interesante y consistente en relación con esta primera parte de mi intervención, que hay otro estudio de la Fundación de Ciencia y Tecnología, muy interesante, presentado hace un año, relativamente reciente también, donde se analizaban las profesiones siguientes: médicos, científicos, ingenieros, jueces, abogados, deportistas, artistas, periodistas, empresarios, profesores, religiosos y políticos. En esta serie la profesión médica se valoraba, de 1 a 5, en un 4,56, la más alta de las profesiones en una encuesta hecha por un instituto que no tiene nada que ver con el Ministerio de Sanidad, más ligado al Ministerio de Educación y Ciencia, donde en segundo lugar estaban los científicos, en tercero los ingenieros y, con desgracia para nuestro oficio, el mío incluido, a los políticos nos ponían con un 2,26, al final de la tabla, lo cual dice también que tenemos que hacer un esfuerzo de comunicación. Quería subrayarlo sobre todo por la valoración positiva de la profesión médica, que coincide con la valoración de este estudio, y lo planteo para que se vea que es un estudio que tiene ya consistencia en su serie consigo mismo, pero también con estudios de otras instituciones, internacionales o nacionales, pero no dependientes de nuestra casa.

La encuesta nacional de salud, como les decía, presenta otra perspectiva. Estamos buscando también en ella la opinión subjetiva del ciudadano, de la ciudadanía, pero ya no sobre el servicio sanitario que ha utilizado, sino sobre su estado de salud: cómo se encuentra, qué problemas de salud o qué dificultades tiene. Desde 1987 el Ministerio de Sanidad y Consumo viene realizando encuestas nacionales de salud, que se han repetido en 1

993, 1995, 1997, 2001 y esta de 2003 que, como decía, se hace a lo largo de un año e incluso tiene parte del trabajo de campo hecho a principios del año 2004. Esta encuesta explora, como les decía, el estado de salud, los estilos de vida que pueden condicionar algunos problemas relacionados con la salud y también explora de forma complementaria la utilización de los servicios sanitarios. En esta encuesta nacional de salud volvemos a constatar que la valoración que hace la población, la ciudadanía sobre su salud es positiva, y, así, por encima del 70 por ciento de la población considera que su salud es buena o muy buena, que se encuentra bien, que tiene una buena situación de salud. Es importante analizar la serie. A lo largo de la década 1993-2003 esta percepción se mantiene relativamente estable. Se ha conseguido, pues, no una situación digamos de éxito coyuntural o de buena situación coyuntural o un artefacto estadístico, sino que se va manteniendo con unas posiciones muy similares y también, como veremos, con las diferencias varón-mujer, que son constantes y permanentes en cuanto a esa percepción subjetiva, de 6,7 u 8 puntos de diferencia en la percepción de la salud de las mujeres respecto a la percepción de la salud de los varones.

Los problemas de salud, en cambio, han ido variando un poquito, y ahora lo iremos comentando, aunque la tabla nos suena como bastante conocida. El primer problema que la persona dice padecer, molestia, situación o circunstancia por la que está recibiendo tratamiento o está consultando son los problemas del aparato musculoesquelético: artrosis, enfermedades reumáticas, dolores, ciáticas, etcétera; el segundo, hipertensión arterial; el tercero, hipercolesterolemia; el cuarto, alergia, el quinto, diabetes; el sexto, enfermedades del corazón; el séptimo, asma, enfermedades respiratorias, bronquitis crónica o enfisema, y el octavo, depresión. Ya baja mucho la frecuencia relativa de las demás patologías o problemas que se presentan. Excepto el asma, bronquitis crónica o enfisema, es decir, ese problema respiratorio, en todos los demás problemas crónicos las mujeres dicen tener mayor percepción de problemas de salud que los varones.

La encuesta nacional de salud, como les digo, es un instrumento principal para identificar problemas a los que hemos de dar respuesta, que se complementarán con los estudios de mortalidad, de morbilidad, de frecuentación de servicios, de ingresos hospitalarios, de urgencias, es decir, de pérdida ya objetiva de salud, ya no solo subjetiva. Cuando sumamos esos dos flujos de información vamos constatando que los primeros problemas de salud, de pérdida de salud se van centrando, como ya conocen SS.SS., en torno a los problemas cardiovasculares: aquí aparece la hipercolesterolemia, la hipertensión, la diabetes, que van a configurar un conjunto de problemas relacionados con enfermedades cardíacas, también enfermedades respiratorias, que pueden producir discapacidad, pérdida de capacidad de desempeño, y van a tener que ver también con hábitos de vida.

La encuesta nacional de salud explora la accidentabilidad y también hay que subrayar que el 10 por ciento de la población ha sufrido algún accidente en los doce meses previos a la entrevista. La mayor parte de estos accidentes son en el ámbito doméstico, y hay una llamada de atención sobre accidentes infantiles y accidentes en personas mayores, por lo tanto sobre los sistemas de atención a personas en situación de dependencia, que también podremos comentar al hilo de alguna de las preguntas de esta mañana. En cuanto a la población infantil, es importante subrayar que los cambios de patrones de vida familiar pueden tener también que ver con esta mayor accidentabilidad.

El autovalimiento es otra variable que se explora, donde aparece que el 58,3 por ciento de la población de 65 y más años se encuentra en capacidad de valerse por sí misma, pero aquí también hay una diferencia, 67,3 por ciento en varones, 51,7 por ciento en mujeres. Es verdad que la serie de edades de las mujeres es mucho más larga y por lo tanto hay mujeres mucho más mayores, en este parámetro no hemos hecho estandarización por edades; las mujeres están cuidando normalmente a los niños y a los mayores, pero a ellas no las va a cuidar nadie y van a vivir más años y entonces el autovalimiento, como aquí aparece, va a ser menor; luego el problema al que hay que responder es precisamente la prestación de cuidados a las mujeres que no pueden autovalerse y que no van a tener familia alrededor o no están teniendo familia alrededor u otro tipo de sistemas que las cuiden. Eso es lo que ellas dicen en esa respuesta de su sensación de autovalimiento y de posibilidad de tener un apoyo externo.

Se exploran también, como decía, los estilos de vida, y aquí nos aparecen datos muy importantes. Quisiera subrayar hoy —ayer fue el Día Mundial sin Tabaco— el dato de la prevalencia del tabaquismo, porque en esta encuesta se sitúa en el 31 por ciento de las personas mayores de 16 años. Este es un dato importante porque la anterior era del 34,5, se ha producido una disminución interesante. Es verdad que viene disminuyendo ya desde la encuesta nacional de salud del año 1987, donde teníamos una prevalencia todavía un poco más alta. En el año 1993 estaba en el 36 por ciento, es decir, se estaba estabilizando relativamente, porque bajaba la prevalencia en varones y subía la prevalencia, es decir, el consumo, en mujeres; estaba relativamente estabilizada. En esta encuesta por primera vez parece, es un dato que tendremos que seguir con otras series, que el aumento de frecuencia en mujeres se habría parado, se habría estabilizado, y la disminución de frecuencia de consumo de tabaco por varones seguiría bajando, con lo cual baja, y, sobre todo, el dato más importante es esa prevalencia de consumo en mujeres, que se situaría en un 24,7, algo por debajo de la anterior, que estaba en 27, aunque todavía sin alcanzar las prevalencias de hace diez o doce años, donde era menor, pero resalto la quiebra en ese pico porque me parece que desde el punto de vista de la salud

pública de este país quizás es el dato más importante que nos presenta esta encuesta.

Atención también al consumo de alcohol: el 40,8 por ciento de los españoles de 16 y más años consumen alcohol de manera habitual. Sabemos que ese consumo no tiene por qué ser un problema. Algunos estudios hablan del consumo moderado, pero, cuidado, de una copa de vino al día, en jóvenes de 17 a 25 años y sanos. En esos estudios se dice que es bueno para la salud, aunque esas muestras son absolutamente angelicales. En general, el consumo moderado de alcohol no perjudica la salud. Yo no diría nunca que beneficia la salud, no comparto esos estudios que, como digo, están sesgados. Puede no perjudicar la salud, pero si se toma con moderación. Hay que estar atentos al consumo exagerado de alcohol, que es un importante problema de salud pública también como conocen SS.SS. en nuestro país.

Nos llama la atención la encuesta del sedentarismo; así había ocurrido en la anterior encuesta y aquí se vuelve a subrayar sobre todo el dato de que el 54,5 por ciento de la población, más de la mitad, manifiesta no realizar actividad física alguna en su tiempo libre. Desde luego esto va a tener consecuencias de todo tipo, una de ellas es la obesidad, que acarrea problemas cardiovasculares, respiratorios y osteoarticulares, es decir, que todo va cuadrando, pero en todo caso tiene también que tener un tratamiento, un enfoque y una respuesta desde las políticas públicas.

Los hábitos alimenticios, que se exploran también, dan un panorama que no es negativo, con un consumo razonable de frutas, legumbres y verduras, desde luego mayor que en muchos países de nuestro entorno, pero el 34 por ciento de la población toma dulces todos los días y el 45 por ciento de los niños también. Aquí puede haber un problema de costumbre, porque es una ingesta calórica muy sencilla, muy fácil de tomar para una merienda o para un desayuno, pero puede convertirse en un hábito que va a producir perjuicio en un medio plazo en esta juventud, que podrá tener luego consecuencia de sobrepeso o de obesidad. Así, vemos que el 13,6 por ciento de la población de 18 y más años presenta obesidad; en los menores de 16 años tenemos también un porcentaje importante: un 18,2 por ciento de la población infantil tiene sobrepeso y un 8,5 por ciento presenta obesidad.

La utilización de los servicios y actividades se explora también en la encuesta. No hay datos distintos a los anteriores, no les voy a cansar con la utilización, la frecuentación, el estudio está a disposición de todas SS.SS. Sí apuntaré que se mantiene en una buena frecuencia, que coincide además con nuestros registros, la vacunación antigripal, que es importante en población de 65 y más años, está por encima del 60 por ciento en todas las comunidades autónomas, con una media del 65 por ciento en esta encuesta, y en los registros que nos envían las comunidades autónomas en el 67-68 por ciento, lo cual es una cobertura realmente importante, por encima

de la recomendada por la OMS; el ideal es el cien por cien, pero está en una buena cobertura. Cuando se empieza a hacer la encuesta, en el año 1987, estaba en un 50 por ciento de cobertura y hemos ido subiendo, como se ve, de manera importante.

El mensaje, pues, que nos transmite esta encuesta nacional de salud a las administraciones sanitarias, a los políticos que tenemos alguna responsabilidad en este ámbito de gestión o de control de la acción del Gobierno es de una percepción del estado de salud razonablemente buena, pero llamando la atención sobre algunos problemas de salud crónicos que siguen estando o incluso aumentan en algunos casos: esa hipercolesterolemia, esa hipertensión arterial, esa diabetes. Las prevalencias están subiendo relacionándose en algunos casos con hábitos de vida, que también están ahí, en el alcohol, los hábitos nutricionales y en el hábito del tabaco, sobre el que por primera vez aparece el dato de que se frena el aumento de consumo de tabaco en mujeres como elemento más importante de la encuesta que les estamos comentando.

Continúo, con el permiso de su señoría, presidenta, la segunda parte, si le parece.

La señora **PRESIDENTA**: Lo tiene.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Lamata Cotanda): El objetivo de esta segunda comparecencia, a petición del Grupo Popular, es dar cuenta del balance de gestión de los planes integrales de salud y de las medidas puestas a disposición de los profesionales y de las administraciones por el Ministerio de Sanidad para su desarrollo. En este punto quiero hacer una primera consideración jurídico-conceptual. Hablamos de planes integrales de salud con un término que aparece en la Ley de cohesión y calidad, en su artículo 64, pero me permitirán que enfoque la intervención con un concepto un poco más amplio, porque entiendo que el sentido de la pregunta puede tener la justificación, de conocer los planes y las estrategias de salud en una perspectiva un poquito más amplia. Lo intentaré justificar, como digo, desde un punto de vista legislativo y desde un punto de vista también político y de contenido de salud pública. La Ley General de Sanidad en su artículo 70 nos hablaba de planes de salud, del plan integrado de salud, de los planes conjuntos, de los planes autonómicos, utilizaba esta terminología. Nos hablaba también de programas de salud. La Ley de cohesión y calidad toma el término de plan integrado de salud y lo define con unos contenidos que tienen que incorporar la definición de unos estándares y de unos objetivos de adónde queremos llegar, qué tipo de estándar establecer para esta característica, para este determinado aspecto, de prevalencia de tal problema, por ejemplo de consumo de tabaco o de una determinada patología. Nos dice también que debe incorporar modelos de atención o modelos de organización, formas de hacer las cosas para llegar a ese objetivo, dónde nos debemos situar, y

nos dice también que debe incorporar sistemas de información o de evaluación. Son los tres elementos que van a aparecer ahí. Pero si vamos al artículo 70 de la Ley General de Sanidad, cuando hablamos de planes de salud también veremos que los contenidos que nos decía que tenían que incorporar, como es natural, desde el punto de vista de la planificación y de la salud pública, tienen siempre esos elementos objetivos, caminos para recorrer y llegar a esos objetivos, es decir, formas de organización, formas de actuación, pautas, sistemas de trabajo, recomendaciones, sistemas de medida, sistemas de evaluación, sistemas de indicadores que nos permitan decir si vamos avanzando, si estamos en una posición mejor o peor, que llamen la atención y hagan necesario reformular esas recomendaciones.

En el desarrollo práctico de todos estos instrumentos a lo largo de los años, a lo largo de todo el siglo XX, en España ha habido diversos ejercicios de planificación. Hay distintas decisiones donde aparece un elemento diferente, que es el que ha tenido alguna polémica política y por lo tanto alguna discrepancia en ese concepto, y es cuando además de objetivos o estándares, de los modelos organizativos de maneras de llegar allí y de los sistemas de información, decimos que hay que añadir recursos, presupuesto, calendario y responsable. Entonces añadimos elementos a esa herramienta de planificación un poco distintos; como vemos, ahí estamos comprometiendo algo más. En ese sentido, como digo, a lo largo del siglo XX, yo recuerdo el plan de inversiones del Instituto Nacional de Previsión de 1944, que es un magnífico plan de inversiones para todo el Estado español en aquel momento, es el primer gran plan de sanidad de este país, con un carácter comprensivo y con un carácter de plan que incorpora recursos, que incorpora desarrollo de inversiones, con ladrillo, digamos, con ejecución. Sin embargo, hay otra fórmula, más orientativa, más de definir estándares, caminos y sistemas de evaluación, que es un poco distinta, que es la que queda recogida en esa definición de plan integrado de salud que aparece en la Ley de cohesión y calidad en ese artículo 64. En todo caso, hemos tenido, quizá hoy también podamos tener en esta sesión y desde luego seguiremos teniendo una utilización de los diferentes términos para distintas actuaciones; por eso es importante acotar de qué estamos hablando, para ver luego lo que hemos hecho y lo que queremos hacer, y es importante que como definición de norma diga lo que queremos que diga y que luego recoja la experiencia de lo que se ha ido haciendo, que también es interesante. Acotados estos primeros elementos, jurídico-conceptuales, ¿qué es lo que se ha ido haciendo en los últimos años y qué es lo que hemos ido viendo? Desde que se aprueba la Ley General de Sanidad hasta hoy, aquel plan integrado de salud no se hizo, primera constatación; ese plan allí se definía como la suma de los planes de salud de las comunidades autónomas, de los planes estatales y de los planes conjuntos. No se hizo. Se hicieron, en cambio, algunos planes estatales o al menos se definían

con ese contenido. Se hizo una estructura de planificación en el Plan Nacional sobre Drogas, por ejemplo; se hizo una estructura similar con la Secretaría Nacional del Sida y los desarrollos de programas de sida, que luego se llamaron plan nacional en el año 1997, fue poco después; estructuras de planificación que se han ido haciendo desde la Administración General del Estado para hacer cosas que competen a la misma.

Las comunidades autónomas desde luego han tenido una planificación muy importante y todas las comunidades autónomas han hecho planes de salud y planes sectoriales para problemas prevalentes. Muchas han hecho plan de salud mental, plan de enfermedades cardiovasculares, plan de diabetes, cada una los ha ido enfocando según sus problemas más prevalentes, según las circunstancias epidemiológicas y también políticas y según las prioridades que cada Gobierno marcara. Se ha hecho un ejercicio importante de planificación, y atendiendo a sus competencias han incorporado en los planes la definición de objetivos, la definición de los estándares, por lo tanto, los pasos a dar, los presupuestos y los calendarios, y ahí se va enmarcando la estructura, al igual que hacía el Insalud previamente al traspaso de competencias, que también hacía sus planes, sus programas, sus guías y establecía sus instrumentos de planificación para cada ámbito territorial, de área sanitaria o de centro sanitario, distribuyendo por tanto también objetivos con sus recursos.

En el espacio temporal ya de los últimos años, el Ministerio de Sanidad ha ido transfiriendo las competencias de gestión, proceso que culmina con las últimas negociaciones del año 2001, y a partir del 1 de enero de 2002 ya está transferido el grueso de los servicios sanitarios; traducido a presupuestos, en términos de volumen de recursos, son cerca de 50.000 millones de euros por un lado y de 600 millones de euros por el otro; por tanto, por voluntad del Parlamento la capacidad de gestionar la sanidad se asigna a las comunidades autónomas, que son las que lo tienen que llevar a cabo.

¿Qué papel le cabe entonces al Ministerio de Sanidad cuando habla de planes de salud en términos de planificación para buscar precisamente lo que nos dice la norma y lo que también este Parlamento aprobó, de intentar conseguir una armonización, que en toda España haya unos estándares similares, unos niveles de calidad similares, que todos los ciudadanos tengan derecho a unos niveles de atención y de respuesta de sistemas similares, porque el Sistema Nacional de Salud es uno aunque haya 17 servicios de salud que tienen la competencia plena para su gestión, pero que tienen que dar cuenta de unos objetivos generales? En ese sentido, la planificación y la definición de planes o estrategias sigue siendo muy importante, sigue teniendo vigencia, aunque se haya hecho ese proceso de transferencias. Tiene un enfoque un poco distinto y tenemos que ser conscientes de ello, tiene una dimensión distinta y tiene que ser muy respetuosa con la capacidad de ejecución de las comunidades autónomas. Ya no puede ser un ejercicio que hagan unos

profesionales del Ministerio de Sanidad y Consumo o unos expertos encargados por éste, sino que tiene que ser un ejercicio de acuerdo entre todas las oficinas o unidades de planificación y autoridades políticas de las comunidades autónomas, tiene que ser la suma real de voluntades de todo el Sistema Nacional de Salud, que componen los servicios de salud de las comunidades autónomas y la Administración General del Estado. Ese ejercicio es más complejo que el que podíamos hacer desde una Administración más centralizada, con una capacidad de determinar, como ocurría con ese plan de 1944, lo que pasaba en cualquier rincón del país, y donde con una circular se podía decidir que se construyera un centro de salud en cualquier lugar de España. El esquema es distinto, es más complejo, como lo es el Estado de las autonomías, pero es perfectamente eficaz y capaz de resolver los problemas de los ciudadanos españoles y de seguir manteniendo y mejorando los niveles de calidad, porque también subrayo que el proceso de transferencias no ha sido realizado de golpe, sino que se ha ido haciendo desde el año 1981, primera transferencia del Insalud a Cataluña, a Andalucía, al País Vasco y a Navarra, y por lo tanto hay ya una trayectoria, y en esa trayectoria se han ido haciendo planes de salud, como les decía, en todas las comunidades autónomas, muy bien hechos y muy sólidos, que han avanzado en paralelo, pero con una perspectiva de conjunto que ha mantenido niveles de calidad de atención y de salud muy homogéneos en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Este análisis es muy interesante y es muy importante también para la perspectiva de futuro.

En el ámbito de responsabilidad del Ministerio de Sanidad y Consumo, señorías, se han abordado, pues, distintos planes o estrategias de salud con una metodología similar, en la que se van a definir estándares, modelos de atención y sistemas de información y evaluación. En los últimos años, los más importantes desde mi punto de vista —alguno he comentado ya— son en relación con las drogodependencias, la estrategia nacional sobre drogas vigente, 2004-2012, una estrategia importante, con una repercusión sobre este problema de salud que hemos debatido en alguna ocasión en esta Cámara y que será motivo seguramente de futuras comparecencias. En esta estrategia de salud el ministerio diseña, propone y acuerda con las comunidades autónomas un plan de acción. Vemos cómo estamos hablando de un mismo propósito pero la terminología es distinta, lo que no debe ser motivo de discrepancia, sino que debemos centrarnos en el contenido. Una estrategia marca plazos más largos; un plan de acción nos marca plazos y compromisos presupuestarios más concretos. En el plan de acción de drogas el ministerio compromete recursos para estos años de ejecución en lo que se refiere a las competencias del propio Ministerio de Sanidad. Por lo tanto, hay un compromiso; no ocurre así en cuanto a los otros compromisos, que serán de las comunidades autónomas, que con sus recursos tendrán que hacer frente a los objetivos que ahí se han definido y en los que

han estado de acuerdo. Así se está haciendo, está funcionando y se están produciendo distintas iniciativas, de programas de prevención, de campañas de difusión y sensibilización, de formación a profesionales, en cada una de las acciones, como podríamos ver con más detalle, aunque quizá hoy no sea el momento.

El plan del sida, otro gran problema de salud, sigue siendo un problema prevalente, seguimos teniendo, como conocen sus señorías, más de 100.000 personas afectadas de VIH, más de 70.000 personas en tratamiento con antirretrovirales en nuestro país, por lo tanto es un problema vigente. Es cierto que al tener una buena cobertura asistencial se mantiene la calidad de vida de la persona afectada y se retrasa esa muerte inevitable que había cuando no teníamos tratamiento, pero sigue siendo un importante problema de salud, para la persona que tiene la enfermedad, para su entorno, para su familia y para el conjunto de la sociedad. Este plan tiene una amplia participación de las comunidades autónomas, está dotado con un presupuesto desde el Ministerio de Sanidad para financiar algunas de las políticas, pero lógicamente no es ni mucho menos lo que se gastan las comunidades. El grueso del gasto sanitario en la atención al sida es en los antirretrovirales, con diferencia, o sea, es el gasto en medicamentos, que financian las comunidades autónomas una vez se les ha transferido esa importante cuantía, y el gasto del plan nacional desde la Administración general es para políticas de prevención, fundamentalmente campañas, iniciativas de prevención o reducción del daño en los distintos ámbitos y para los distintos problemas de drogas. En esos programas de prevención, por supuesto cada comunidad autónoma también aporta recursos porque se le transfieren en su momento recursos de salud pública —recordemos que la transferencia de salud pública también se transfirió y esos recursos estaban ahí— y porque tiene también recursos adicionales desde la transferencia del servicio asistencial.

El plan integral de cardiopatía isquémica fue aprobado en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el año 2003. Fue elaborado por un grupo de expertos, de profesionales de diversas especialidades de muy alta cualificación y es un excelente documento. Este plan tuvo una polémica en el consejo interterritorial respecto a quién lo iba a financiar. Si el plan dice que tenemos que hacer una serie de cosas, tendremos que acordar esa serie de cuestiones que se tienen que llevar a cabo para ver quién las va a financiar. Por eso ha tenido en su arranque, digamos, una dificultad de implantación en ese debate. Sin embargo, a lo largo de este año hemos tenido distintas reuniones con las comunidades autónomas para valorar la forma de implantación del plan y hemos ido viendo cómo diferentes comunidades autónomas han ido aceptando y han ido incorporando esos objetivos y esas estrategias del plan en su propia estructura de planificación. Así ha ido haciendo Galicia, Andalucía, Cataluña y otras comunidades autónomas.

Nuestra estrategia para implantar o impulsar este año el plan integral de cardiopatía isquémica ha sido precisamente la de buscar la implicación de las comunidades autónomas con el grupo de expertos presidido por el profesor Castro-Beiras para hacer viable y aplicable dicho plan venciendo las posibles resistencias o desconfianzas que pudiera haber en las comunidades autónomas. ¿Cómo lo hemos hecho? Construyendo un instrumento intermedio. El plan de cardiopatía es un plan muy ambicioso, muy completo, excelente, pero, como nos dice la experiencia, muchas veces hemos de ir poniendo escalones intermedios para que podamos llegar al buen fin. Hemos de darle tiempo para avanzar y llegar ahí. Entonces, hemos elaborado con el grupo de expertos del profesor Castro-Beiras, el mismo que hizo el documento inicial, un documento intermedio, una estrategia o plan de implantación, donde fijamos a dos años cuáles serían los objetivos que tendrían que estar cubiertos. Esa estrategia nos permite un diálogo con las comunidades autónomas y estamos casi convencidos —dentro de un año podremos presentar la evaluación— de que van a sumarse al compromiso de alcanzar esos objetivos en dos años. Se han elegido los prioritarios por los expertos, se han definido las formas organizativas que deben llevar ahí y se han definido los indicadores que tenemos que medir para ese primer paquete. Por supuesto, hay comunidades que pueden ir más rápido y que ya tendrán el paquete completo dentro de dos años o dentro de tres, pero nosotros queremos que todas estas estrategias tengan un horizonte un poquito más amplio. El plan de cardiopatía isquémica puede tener un horizonte perfectamente de seis, ocho o diez años para su cumplimiento completo, y eso debe ser definido por las comunidades autónomas. Ese es el eslabón que nos faltaba, y es el que estamos intentando cerrar en estos meses de trabajo, yo creo que con buena perspectiva hasta este momento.

En cuanto al plan integral del cáncer, también se ha abordado una estrategia similar con el grupo de expertos que estaba encargado de redactar este documento, dirigido por el profesor Díaz-Rubio. Aquí el documento no había llegado a ser publicado todavía, es un documento muy completo también, de excelente factura, pero donde faltaba ese eslabón de estrategia de implantación, faltaba que fuera discutido y asumido por todas las comunidades autónomas y que fuera graduado en un escenario, en un calendario asumible. Hemos desarrollado ese trabajo, se ha hecho, a mi manera de ver, un excelente trabajo por este grupo de expertos que nos permite ya iniciar las conversaciones con los directores de planificación de las comunidades autónomas para ir incorporando esa estrategia de forma progresiva.

Otra estrategia sobre la que estaba ya definido el grupo redactor por el anterior equipo de gobierno, que también se ha retomado, es la estrategia de nutrición, prevención de la obesidad y ejercicio físico, la que llamamos estrategia NAOS. En este caso el equipo anterior había definido al grupo redactor, que se mantuvo, se respetó también en este caso el mismo y continuaron

los trabajos que habían iniciado, se completó el documento y se publicó esa estrategia para la mejora de la nutrición, la actividad física y la prevención de la obesidad, estrategia que ha pivotado alrededor de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y ha contado también con la participación activa de todas las comunidades autónomas. Ese siempre es el punto más complejo, como les decía, por tener que sumar distintos ritmos, distintos momentos, distintas prioridades también regionales, pero finalmente se hace un documento que a nuestro juicio es excelente, que ha sido muy bien valorado también por la Organización Mundial de la Salud. De la misma manera que el documento de cardiopatía isquémica fue muy bien valorado por el Consejo de Ministros de la Unión Europea y por las sociedades científicas nacionales e internacionales, ha ocurrido en este caso con la estrategia NAOS y está ya en fase de implantación en ese diálogo con las comunidades autónomas.

Les había comenzado a hablar de la estrategia de prevención de la diabetes, otro problema de gran importancia. La prevalencia, como les decía, está subiendo, en la encuesta última de salud estamos ya en una prevalencia del 6 por ciento de personas que dicen que conocen que tienen diabetes. Como sabemos además que hay otras personas que no saben o no sabemos que tenemos diabetes, esa prevalencia del problema será mayor. Casi toda es diabetes tipo 2, condicionada en buena medida, aparte de por otros factores, genéticos, etcétera, por hábitos de vida, singularmente por los nutricionales; por lo tanto existe una buena capacidad de trabajar para disminuir esa prevalencia y ese riesgo de diabetes. En este caso se ha encargado la dirección de este equipo al doctor José Antonio Vázquez, que llevó a cabo la estrategia de prevención de diabetes en el País Vasco con éxito, con un buen desempeño, y es el que está coordinando el equipo de expertos para redactar el documento técnico que luego validaremos y acordaremos con las comunidades autónomas. Se ha hecho un primer estudio de situación de la diabetes en España que es un punto de partida y se está trabajando ya en los modelos de atención, modelos organizativos y los sistemas de indicadores.

El plan y la estrategia de atención a las enfermedades mentales, a la salud mental, también ha comenzado su andadura. Se ha designado ya al director del proyecto, que es el catedrático de Valencia profesor Manuel Gómez Beneyto, con un equipo del que forman parte también, como en los demás, las sociedades científicas y las asociaciones de pacientes. El esquema, la metodología de trabajo es la misma: elaborar un documento técnico que contenga esos tres elementos —estándares, reformas o modelos organizativos e indicadores— y negociar con las comunidades autónomas después el sistema de aplicación, el sistema de implantación, los calendarios, los tiempos, las posibilidades, porque depende de ellos en buena medida el grado de implicación y de desarrollo que se pueda tener.

En los otros planes que les he citado seguimos trabajando. El plan de tabaquismo estaba también en vigor, se había aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, pero no había iniciado todavía una implantación, un desarrollo significativo. Se había llevado a cabo una campaña de difusión, de sensibilización, pero no había tenido un mayor desarrollo. Le hemos dado un fuerte impulso, este año quizá haya sido uno de los temas más importantes de los que ha abordado este equipo dentro del ministerio. Para que se hagan una idea, desde las competencias que tiene el Ministerio de Sanidad, se ha hecho una aportación en los dos ejercicios presupuestarios, en el 2004 modificando otras partidas del ministerio, y en el 2005 ya con partidas desde el inicio del presupuesto, que ascienden a cerca de 30 millones de euros. Eso da una idea del esfuerzo presupuestario en la política de prevención de tabaquismo, aparte de todos los trabajos de preparación del proyecto de ley de prevención del tabaquismo, que está ya en esta Cámara para su discusión y su debate, y que conocen SS.SS., además de continuar con las campañas de sensibilización y de prevención. Debo decir también que en cada una de estas áreas la colaboración, tanto de los profesionales y sociedades científicas, como de asociaciones de pacientes, de usuarios, de familiares de pacientes y de las comunidades autónomas está siendo positiva, lo que nos permite afirmar que en aquellos planes o estrategias que ya estaban en marcha, como la de drogas o como la de sida, y que ya tenían una tradición, la colaboración, la sintonía en la fijación de esos objetivos y su revisión es completa; hay diferencias, por supuesto, y hay siempre debate, pero se mantiene un buen nivel de acuerdo en esos ámbitos, al igual que está siendo así en los debates que estamos teniendo en estas otras estrategias de cardiopatía isquémica o cardiovasculares, de cáncer, de nutrición y en las otras cuyo diseño estamos ya empezando, como es enfermedad mental y diabetes. Por lo tanto, la valoración es razonablemente positiva, desde luego esperamos poder presentar cada año un mejor balance, aunque es un trabajo muy lento en cuanto a su avance, precisamente porque necesita y es una premisa que vayamos de la mano y con el acuerdo de las comunidades autónomas dada la configuración del Estado de las autonomías. Sería muy fácil pretender avanzar más rápidamente, llegar a disposiciones o a normativas, incluso forzando un carácter básico de las mismas, pero si no tuvieran ese acuerdo, esa aceptación y esa sintonía en las comunidades autónomas, eso no nos valdría de nada, se quedaría en el papel, se quedaría en el cajón y no tendría traducción a lo que queremos y para lo que sirven todas estas herramientas, que es mejorar la salud de las personas, prevenir los problemas de salud prevalentes, disminuir esa prevalencia y mejorar la salud de las personas.

Con esta información concluyo, desde luego podríamos ampliar en cada plan o en cada estrategia mucho más, y si les parece en los turnos de réplica podremos hacerlo.

La señora **PRESIDENTA**: De esta manera nos ha informado de lo que era el contenido de las dos comparencias que estaban incluidas en el orden del día de esta mañana. La segunda de las mismas, referida a los planes integrales de salud y medidas referidas a la ejecución de su desarrollo, había sido solicitada por el Grupo Parlamentario Popular, por tanto, tal y como hemos acordado previamente a la celebración de esta Comisión, intervendrá en primer lugar la representante de este grupo, y para ello tiene la palabra la señora Pan Vázquez.

La señora **PAN VÁZQUEZ**: Señor secretario general del Ministerio de Sanidad y Consumo, señorías, intervengo en nombre de mi grupo para dar respuesta al señor secretario general de Sanidad en relación con los indicadores, los índices, los datos del barómetro sanitario, de la encuesta nacional de salud y también de la solicitud que mi grupo había hecho, en este caso a la ministra de Sanidad y Consumo, aunque efectivamente habíamos llegado a un acuerdo de que fuera el señor secretario general de Sanidad quien nos hablara del balance de los planes integrales de salud a día de hoy y después de un año y pico de Gobierno del Partido Socialista. Quiero agradecerle, señor Lamata, de nuevo que acuda a esta Comisión, el tono de su intervención y las explicaciones que nos ha ido dando a todos los grupos políticos. Hemos observado algunos cambios, cambios de nombre en los planes integrales, a los que me referiré siguiendo el mismo orden que ha llevado usted de nombre, pero poco más. La verdad es que al ciudadano lo que menos le importa es el nombre que le pongamos a las cosas, lo que le importa realmente y lo que le afecta más en su salud es la puesta en marcha, el desarrollo de estos planes, y esto a nosotros es lo que nos preocupa en estos momentos de forma muy importante.

Señor Lamata, quisiera decirle así, como preámbulo general, que no nos parece que sea muy cortés, nos parece una descortesía, la verdad, por no emplear otros calificativos, el hecho de que desde el ministerio se anuncien o se presenten en rueda de prensa los resultados y los datos que afectan a toda la población española, y por tanto a ciudadanos de nuestras comunidades autónomas, mientras que al menos los consejeros de nuestras comunidades autónomas, su autoridad sanitaria, no hayan recibido todavía la información. Se enteran normalmente por la prensa al día siguiente de la presentación o bastante después por ustedes, cuando lo cuelgan de la página web del ministerio; por cierto, no en estos casos del barómetro y de la encuesta nacional de salud, donde están todos los datos recogidos perfectamente, pero en otras ocasiones lo que cuelgan ustedes es su propio análisis. Me gustaría dejar señalado esto, porque no es una buena política de transparencia y claridad. Ya le digo que no estoy refiriéndome en este caso al barómetro y a la encuesta nacional de salud, que sí aparecen reflejados con todos sus datos, con su metodología y con todos los análisis perfectamente hechos. La sanidad y el

consumo afectan, lo sabemos todos, a los niños, a las mujeres, a los ancianos, a toda la población en general, y estas informaciones o noticias, que a veces generan o pueden generar falsas expectativas, no me parece que sea la mejor política a llevar a cabo, y además saben ustedes que muchas veces no se corresponden con la evidencia y con la realidad actual.

En cuanto a los resultados que ha comentado usted del barómetro sanitario, efectivamente, lo ha definido bien, el barómetro recoge el grado de satisfacción que nuestros ciudadanos perciben. Sabemos que esto es una labor y que este documento tiene una gran importancia, puesto que de los resultados que se obtienen del barómetro beben los propios responsables de las comunidades autónomas y los propios responsables del ministerio, los utilizan para trazar sus políticas sanitarias y sus estrategias, y que además en ellos se refleja el impacto de las políticas puestas en marcha y su percepción por los ciudadanos. No podemos olvidar que el ciudadano es el centro del Sistema Nacional de Salud y todas las políticas y todas las acciones que se ponen en marcha han de ir dirigidas a la mejora de su salud y a la mejora de su bienestar, por supuesto. Por lo tanto, el barómetro es una herramienta importante y fundamental en la toma de decisiones.

De forma global, usted lo ha expuesto, nuestro Sistema Nacional de Salud es percibido por los ciudadanos como un sistema que funciona bastante bien. Los profesionales sanitarios, los médicos, las enfermeras continúan siendo valorados muy positivamente, hay una buena relación entre los pacientes y el personal sanitario, y esto es algo que no solo debemos mantener, o no solo debemos aspirar a mantener, sino que hay que reforzar mucho a nuestros profesionales. Ellos son, como usted bien sabe, esto lo compartimos, el eje sobre el que se sustenta el sistema nacional, y deben de tener todo nuestro respaldo y nuestro apoyo, el apoyo de sus representantes y de sus autoridades sanitarias. Debemos trabajar, señor Lamata, para que su labor sea siempre reconocida.

Los tres niveles asistenciales, como usted ha comentado, han sacado buenas notas en este análisis del barómetro. En relación con la atención primaria, el 69 por ciento de la población ha pasado en el último año por este nivel asistencial que, como bien sabe, es la puerta de entrada a todos los servicios de salud y atiende lógicamente por esta razón a un volumen enorme de demanda asistencial. Esto lo convierte en un escalón fundamental a la hora de tomar decisiones en política sanitaria y nuestras comunidades autónomas, usted lo sabe bien, han hecho y realizan un evidente esfuerzo por acercar los recursos a los ciudadanos, y justamente este nivel, la atención primaria, es el que más próximo está del ciudadano. En Galicia, porque me gusta poner el ejemplo de mi comunidad autónoma, a pesar de la dispersión enorme que tenemos de población, en estos años, usted lo conoce, se ha hecho un enorme esfuerzo, llevando incluso la pediatría a este nivel asistencial, y no

solo la pediatría como consulta de demanda, sino también las urgencias pediátricas a este nivel. Esta realidad hay quien no quiere verla, pero sabemos todos que no hay peor ciego que el que no quiere ver. Nos sentimos por lo tanto muy satisfechos de que se valoren por parte de los ciudadanos estos esfuerzos y de que se valore, como no podía ser de otra forma, a nuestros profesionales en la medida del esfuerzo que están realizando.

Usted comentaba que efectivamente las esperas son las peor valoradas, la tónica dominante en los últimos tiempos, son los tiempos de espera. En atención especializada, en consultas, nos congratulamos de que en general, la asistencia recibida salga bien valorada, pero es cierto que hay que seguir haciendo esfuerzos en las demoras. No seré yo la que en este apartado haga mención ni quiera sacar aquí a colación ninguna crítica a ninguna comunidad autónoma; poder, podría, otros pueden, pero desde luego no seré yo quien lo haga, hay un compromiso que habíamos adquirido de no hacer más mención a los datos de medias y nosotros lo vamos a seguir manteniendo.

El equipamiento, efectivamente ha sido bien valorado, ya no es que solo se valore por los ciudadanos, sino que efectivamente el nivel de tecnología que nuestros profesionales tienen como herramientas para poder hacer su función es ciertamente elevado y muy bueno. Estos resultados están en contraposición con lo que por lo menos al inicio de la legislatura nos anunciaban ustedes. La ministra en su primera comparecencia nos pintó un Sistema Nacional de Salud que dejaba bastante que desear, y hoy vemos que el barómetro sanitario y los distintos estudios que se están llevando a cabo nos hablan de que la realidad es que el nivel conseguido se mantiene, el nivel conseguido por nuestra sanidad sigue siendo, afortunadamente, muy bueno. En cualquier caso, las demoras, estamos de acuerdo con usted, son un problema, así lo perciben los ciudadanos y hay que seguir trabajando para atajarlo. Me gustaría que usted, señor secretario general de Sanidad, nos comentara cuáles son los criterios o cuáles son las propuestas que desde el ministerio se hacen para poder solucionar este problema.

En hospitalización y urgencias sucede algo parecido a lo anterior, bien la asistencia, bien las técnicas, bien los cuidados, lo que peor valorado sale es la demora. Lo mismo le pregunto, señor secretario general, cuál es la postura del ministerio, cuáles son las propuestas que pone encima de la mesa para solucionar estos problemas, o si va a dejar que cada comunidad se arregle como pueda. Nosotros somos conscientes de que cuando el Partido Socialista elaboró su programa electoral, que no deja de ser un contrato con los ciudadanos, no contaba a lo mejor con la posibilidad de gobernar, pero lo cierto que ahí ustedes tienen escritos unos tiempos de espera para pruebas básicas, para consulta de especialista y para intervenciones programadas. Nosotros teníamos los nuestros, evidentemente, pero ustedes son los que están gobernando ahora. ¿Qué presupuesto han calculado que

tienen que aportar a las comunidades autónomas para dar cumplimiento a sus objetivos, señor Lamata? A estas alturas del año, con la conferencia de presidentes a la vuelta de la esquina, ya lo tendrán calculado, ya lo sabrán, y como son el Ministerio de Sanidad y Consumo, me imagino que lo habrán hecho ustedes, que no lo habrá calculado Presidencia del Gobierno. Ya le dije que nosotros teníamos nuestra propuesta, pero les toca a ustedes ahora responder, no preguntar sino responder y hacer balance de su labor. A nosotros de momento no nos han consultado ni parece que quieran contar con nosotros en este ni en algún otro asunto, pero espero que en su segunda intervención me conteste a alguna de estas preguntas que le voy formulando.

Nos ha dicho que nuestro Sistema Nacional de Salud es un sistema equitativo en general y accesible, que se ha estabilizado y se ha consolidado. Esta es una gran noticia, es una buena noticia para todos los españoles, en esto hemos trabajado todos en los últimos años, en los anteriores también, pero en los últimos ocho años se ha trabajado por conseguir que nuestro sistema sea equitativo, accesible y que se establezca y consolide; es más, se ha trabajado también para que siga mejorando.

Las diferencias en alguno de los apartados que se indican no parecen ser demasiado significativas, usted también lo ha puesto de relieve. Nos ha llamado la atención la pregunta que se ha hecho de que ahora las comunidades autónomas son responsables de los servicios sanitarios, ¿piensa que deberían ponerse de acuerdo a la hora de ofrecer nuevos servicios a los ciudadanos? El 80 por ciento de los ciudadanos por supuesto contesta que sí y nos demanda a los políticos y a los responsables que nos pongamos de acuerdo sobre ello; pero no sé qué interpretación le da el ministerio a esta respuesta, no sé si es que la interpretación es que se arreglen entre ellos, que se arreglen ellos, que lo estudie la conferencia de presidentes o, como nosotros pensamos y creemos, que sea el Ministerio de Sanidad el que lidere las políticas de cohesión, equidad y accesibilidad a los servicios para que no haya ciudadanos de primera y de segunda en las distintas comunidades autónomas. ¿Qué es y cómo lo que van a proponer ustedes? No se olvide de que son ustedes los que tienen que hacer propuestas. Los ciudadanos ponderan cada vez más y mejor también los factores de riesgo, la importancia de sus hábitos de vida en relación con el cáncer y con su salud. Esto es un signo de madurez y de un grado cada vez mayor de conocimiento por parte de la población en general de los problemas de salud por sus hábitos de vida y la relación que esto tiene en la salud individual. Comentaba usted que comprenden también las instrucciones que reciben de sus profesionales, y esto habla muy bien a favor de nuestros profesionales, y un poco peor del seguimiento y la duración de los tratamientos. No sé qué propuestas traen ustedes hoy aquí, señor Lamata, en relación con aquellos indicios de deterioro que nos ha anunciado del sistema nacional que tanto usted como la actual titular del departamento veían y nos trasladaban. El tiempo va

pasando y nos gustaría que nos dieran alguna respuesta a aquellos indicios de deterioro que ustedes comentaban.

En cuanto a la encuesta nacional de salud no quisiera ser exhaustiva en la presentación porque los datos los ha dado usted, por razón de economía de tiempo, esto me lo agradecerán la señora presidenta y el resto de diputados, seguro, y porque además en esta ocasión, no como en la anterior, todos tenemos los datos desde el día 5 de mayo colgados en la web del ministerio, pero sí me gustaría subrayar alguna cosa que considero importante para continuar en la segunda parte, en la comparecencia que nosotros habíamos pedido, con la relación entre la encuesta nacional de salud y la conveniencia y la oportunidad de los planes integrales.

La población sigue percibiendo su salud como buena y muy buena, y eso desde luego en un Estado que se considere desarrollado es una estupenda noticia. Es cierto que con la edad descende esta percepción, lógicamente va apareciendo la patología a medida que vamos cumpliendo años y esto hace que esa percepción descienda. El efecto de edad es natural y desde el punto de vista biológico comprensible, pero continúa una menor percepción respecto al sexo femenino, y aquí ya sí que podemos hacer algo. Además se demuestra que no solo es una percepción, que pudiera ser subjetiva, sino que efectivamente las mujeres padecen más artrosis, más problemas reumáticos, más hipertensión, más colesterol, más diabetes, más depresión, más alergia. Por tanto, una primera consecuencia que podríamos sacar de esto es que la atención de la salud de la mujer es una prioridad, y por ello nosotros habíamos puesto ya en marcha el Observatorio de Salud de la Mujer. ¿Qué actividades ha realizado el observatorio, señor Lamata? ¿Qué balance trae usted del observatorio?

Las enfermedades crónicas, la hipertensión, colesterol, diabetes, mantienen cifras similares a las que se venían reflejando en la anterior encuesta, por tanto hemos de deducir que las causas de morbi-mortalidad vienen siendo prácticamente las mismas. Las enfermedades infantiles, las crónicas infantiles —alergia, asma y bronquitis— presentan también una diferencia por razón de sexo, pero en este caso en detrimento de la salud de los niños y no de las niñas. En cambio, los accidentes domésticos afectan más a las mujeres, y esta diferencia se incrementa con la edad. Aquí el Gobierno tendrá que hacer también políticas de conciliación y políticas que ayuden a la mujer, porque desde luego en lo que respecta a la salud estamos viendo que efectivamente la mujer tiene peor salud, más accidentes, y algo hay que hacer para que en los sucesivos años esto no siga ocurriendo.

En la población de mayores de 65 años hay diferencias, sobre todo en cuanto a la autonomía para las actividades de la vida diaria, o lo que aquí se refleja como autovalimiento, que no deja de ser lo mismo. Se refleja que las mujeres tienen peor estado de salud, pero usted lo decía antes y es una evidencia, nosotras vivimos más

años, algo tendríamos que tener de bueno, evidentemente, porque si no serían todo aspectos negativos.

Se refleja también que el tabaco sigue siendo un problema de salud importantísimo, nosotros lo consideramos así y creo que todos los países, al igual que la Organización Mundial de la Salud así lo recogen y así tratan de ponerle coto, aunque es evidente, y ya nos lo ha comentado usted, que ha disminuido el porcentaje de fumadores, fruto sin duda de las políticas de prevención que se han puesto en marcha en los últimos años. Nos preocupa y nos sigue preocupando esa menor disminución del consumo en las mujeres. Ahí también hay que hacer un esfuerzo, hay que ir hacia políticas de prevención y políticas de educación sanitaria en el sector femenino, en las chicas y en los niños, para que la prevalencia del tabaco disminuya.

El alcohol sigue reflejando cifras muy importantes. Este es un problema de salud que también hay que acometer y hay que hacer una apuesta decidida, porque no solo causa muertes por sí mismo, sino que como consecuencia de su consumo también se causan muchas muertes, y ahí está la relación del alcohol con los accidentes de tráfico, que es bastante escandalosa, y del alcohol con los accidentes laborales u otros. Por lo tanto, se debe de hacer una decidida política dirigida hacia los jóvenes, pero también desde luego hacia los adultos y hacia las mujeres.

El sedentarismo, el consumo de televisión, el abandono cada vez mayor de la dieta mediterránea, la incorporación de una alimentación más rica en grasas, el incremento de consumos al que usted hacía referencia, dan como resultado que los adultos tengan las cifras que tienen de sobrepeso y de obesidad, y que en los niños sean tan preocupantes estas cifras. Esta es otra prioridad de salud que desde luego hay que atender, hay que implementar, hay que implicarse muy seriamente, porque además no solo es que se pese más, sino que la relación de la obesidad y del sobrepeso con las diversas patologías y con el futuro de estos niños en patologías cardíacas, por ejemplo, la verdad es que es muy importante.

En otro orden de cosas, y aunque algo ya hemos comentado, la demanda asistencial y urgente se incrementa —se mantiene la hospitalización, pero la demanda de asistencia y la demanda urgente se incrementan—, y me gustaría conocer si el ministerio ha elaborado alguna propuesta, tiene algún criterio o va a llevar al consejo interterritorial alguna cuestión en este sentido.

El consumo de medicamentos se incrementa con la edad, esto es fruto lógicamente de las patologías y de la propia evolución de la biología. Además, la vacunación antigripal efectivamente este año se ha incrementado ligeramente. Hay que seguir haciendo un esfuerzo porque los anuncios en relación con la gripe, y con la gripe aviar sabe usted que son muy serios e importantes, y aquí hay que tener una decidida actuación coordinada con las comunidades autónomas. Sabe usted que esta es una preocupación de mi grupo, les hemos formulado

numerosas preguntas y espero que cuenten con nosotros y con nuestras comunidades autónomas a la hora de elaborar las actuaciones que corresponden sobre este problema serio de salud, y que puede serlo mucho más, como usted bien sabe.

A la vista de todo lo anterior, los planes integrales, señor Lamata, evidentemente ya son una necesidad, son algo que es indispensable a día de hoy en nuestro Estado, en nuestras comunidades autónomas. Es cierto que la Ley General de Sanidad ya hablaba de ellos, hablaba de planes de salud, pero también es cierto que nunca se había realizado ningún plan de salud por parte del ministerio hasta la etapa del Gobierno del Partido Popular, que ya los recogió llamándolos planes integrales de salud en la Ley de cohesión y calidad. Se constituyen como indiscutibles sistemas de abordaje de procedimientos de cohesión de la atención de aquellas patologías que tienen una mayor prevalencia y una mayor importancia. No voy a entrar en el debate de la terminología, nosotros utilizamos, y creemos que así debería de ser en una Europa comunitaria, el de plan integral porque es la OMS la que así lo recomienda, y seguimos y mantenemos los criterios que la OMS recoge. Además estos planes integrales mejoran la calidad de la asistencia, algo que es muy importante porque, claro, no es lo mismo a veces, si vamos por libre, la calidad con que se asiste a un diabético en una comunidad o en otra. Esto es importante y de ahí deriva el que se hayan elaborado.

Las características que han de tener los planes integrales o las estrategias, como ustedes prefieren llamarlos, en ocasiones por lo menos, están perfectamente definidas. Han de tener unos objetivos, por supuesto que han de tener un mecanismo, un camino que ha de seguirse, han de tener unos recursos y un calendario, han de tener unos responsables, y por supuesto han de tener una evaluación, si no, no servirían de nada, y después de la evaluación, si hace falta, han de tener una revisión de mejora para alguna siguiente implantación y para que sea de alguna manera homogéneo.

El papel del Ministerio de Sanidad aquí es esencial por ese papel que tiene o que debería tener de cohesión de todo el Sistema Nacional de Salud, y ha de ser el ministerio el que garantice esa cohesión, esa equidad en la asistencia, y entendemos nosotros que también ha de ser el ministerio el que haga propuestas en este sentido. A riesgo de que a usted le pueda parecer un poco pesada, señor secretario general de Sanidad, no voy a extenderme de una forma exhaustiva en todos y cada uno de los planes, pero sabe usted perfectamente que en el consejo interterritorial se presentaron a las comunidades autónomas y a las asociaciones científicas los iniciados en la anterior etapa. Ahí están las actas del consejo interterritorial, y usted sabe que el presupuesto del anterior Gobierno también los contemplaba. A mí me gustaría saber dónde está ahora esto, en qué situación están, porque de momento todavía no lo conozco. ¿Qué han hecho ustedes aparte de cambiarle el nombre a alguno? ¿Qué balance presenta del Observatorio de Salud de la

Mujer? ¿Qué dotación presupuestaria van a destinar? Porque con lo de este año ya sabemos lo que ha pasado. La Sociedad Española de Cardiología en la prensa especializada les reclamaba el otro día la necesidad de la implantación urgente ya del plan integral de cardiopatía isquémica. La situación en la que se encuentra el plan del cáncer y el de obesidad, nutrición física, recién bautizado como NAOS, el grado de implantación que tiene, el plan de la diabetes, acabamos de ver la prevalencia de estas enfermedades en los ciudadanos, de estas patologías, son razones suficientes para que se desarrollen y se vaya un poquito más ágil en la implantación, señor Lamata. No me vuelva a decir lo de la copla aquella de mucho ruido y pocas nueces, no me lo diga. Sabe usted perfectamente, y nos lo acaba de decir además, que lo que es la elaboración de un plan integral es lo más costoso, la implantación después es mucho más sencilla, solo hay que poner los recursos necesarios. Esta Comisión además conoce el trabajo realizado, pero desconocemos a qué se están dedicando, aparte de a grupos de expertos y al ingenio en algunas de las denominaciones.

¿Qué pasa con la salud mental, señor Lamata, usted es psiquiatra, y con el Alzheimer y otras demencias? Este es un problema que está afectando de forma muy importante a los ciudadanos y hay que abordarlo ya. ¿Qué impacto va a tener en el Sistema Nacional de Salud la ley de dependencia que están elaborando? Imagino que este cálculo también lo habrán hecho, porque la conferencia de presidentes, se lo dije antes, está a la vuelta de la esquina. ¿Por qué nos dice que el plan nacional del tabaquismo era, no sé, da la sensación de que ha dicho como que era algo que estaba ahí muy teórico, cuando usted sabe y conoce que tenía perfectamente objetivos, estrategias, grado de implantación e implementación anualmente? ¿Eso lo sabe usted, lo conoce, lo tenemos aquí, si quiere se lo puedo enseñar, pero yo sé que usted lo tiene. Sabe perfectamente que tenía tiempos, implantaciones y presupuesto, y lo hubiera tenido por supuesto en los años sucesivos, pero ahora les toca a ustedes realizar los presupuestos y hemos visto que lo han hecho este año.

En cuanto a los planes integrales no ha hecho balance, señor Lamata. Nos ha comentado, efectivamente, cuál es la metodología de grupos de trabajo, pero no ha hecho balance de implantación; evidentemente, ha mostrado buenas intenciones, pero grado de desarrollo e implementación, ninguno. El fondo de cohesión, que es donde podrían ustedes haber hecho la apuesta decidida por esta importante política sanitaria, es el que ha sido, 10 millones menos que el año anterior, y esto no me parece a mí que sea avanzar y apostar por planes integrales y por una mejor calidad de servicios, ya no le digo por nuevas carteras de servicios para los ciudadanos, ya no le digo esto, pero todos habíamos quedado de acuerdo en que debería de haberse apostado por esto y haber avanzado, y desde luego ahí no hemos visto ningún tipo de mejora.

Espero sus respuestas, que no nos ocurra como la vez anterior, que sigo esperando a que me las dé por escrito. Le comento que son ustedes Gobierno, no nosotros, por lo tanto han de ser ustedes los que hagan balance y nosotros los que formulemos las preguntas. Estamos dispuestos a colaborar en las líneas de mejora iniciadas o en marcha en algunas de las actuaciones que le he comentado, y nos van a tener siempre a su lado, señor Lamata, en lo que sea mejorar la salud, el bienestar y el Sistema Nacional de Salud de nuestros ciudadanos, si es que ustedes tienen a bien contar con nuestras opiniones.

La señora **PRESIDENTA**: A continuación, y en nombre del Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Grande Pesquero.

La señora **GRANDE PESQUERO**: Señor Lamata, bienvenido una vez más, creo que es la tercera, a esta Comisión. Me toca en nombre de mi grupo hacer una serie de consideraciones sobre los resultados que arrojan ambos estudios, por cierto, herramientas de gran importancia, pues nos indican la opinión de los ciudadanos como usuarios del Sistema Nacional de Salud, y cuyo análisis detallado nos ayudará a la mejora continua de la calidad del sistema sanitario. Ambas encuestas además han contando con organismos como el INE o el CIS, lo que nos avala aún más la rigurosidad de sus resultados.

El barómetro del último semestre del 2004, contado como usted ha dicho de mayo a noviembre, nos indica que la percepción de los ciudadanos sobre los tres servicios asistenciales principales ha mejorado con respecto a los datos del último año en un 2 por ciento, y con una mayor consideración, como ya ha explicado, entre los mayores de 65 años.

En cuanto a la atención primaria, se recoge alguna mejoría, sobre todo en cuanto a la cercanía del centro, el trato por los profesionales y la confianza en el médico. Parece que la gran olvidada en muchas ocasiones, la atención primaria, en esta nueva etapa empieza a caminar por la senda que los ciudadanos nos llevan tiempo reclamando. En atención especializada todos los aspectos valorados mejoran, y en cuanto a la hospitalización la valoración de los ciudadanos es buena o muy buena en un 88 por ciento de los pacientes que han utilizado este servicio.

En general, debemos de hacer incidencia sobre los aspectos a los que los usuarios todavía les dan una valoración menos buena. Son, por ejemplo, en atención primaria, que los pacientes reclaman que pasen menos días para ser atendidos desde que piden la cita, que se les reciba más rápido y que el médico les dedique más tiempo en la consulta. Todos estos aspectos son relativos a la gestión de los tiempos, a la diligencia del sistema en el primer nivel de la atención, a la accesibilidad administrativa y a su confortabilidad, por cierto, creo recordar que estos dos últimos términos eran parte del objetivo número 15 de los 21 que se marcaron en la anterior etapa

de gestión como resultado de los datos obtenidos en el barómetro sanitario del año 2002, y que se fijaron en esta misma Comisión en el mes de junio del año 2003; todavía los ciudadanos siguen diciendo que eso no está solucionado. Señor secretario general, la atención primaria, muchas veces la Cenicienta del sistema, se merece un esfuerzo para mejorar estos ratios, a nuestro grupo le gustaría conocer qué se está impulsando desde su secretaría general, conjuntamente con los servicios autonómicos de salud, para que estas valoraciones mejoren todavía más de lo que lo han hecho en este último periodo.

En cuanto a la atención especializada, los resultados en general nos indican una buena valoración de los usuarios, que además va mejorando, progresiva y lentamente pero va mejorando; incluso también en la gestión de los tiempos en este servicio, aunque sigue siendo lo menos valorado, se mantiene o se mejora bastante con respecto al anterior barómetro. En los servicios de hospitalización la valoración es muy alta, casi el 90 por cien de los usuarios la valoran como buena o muy buena y, lo que creemos que es más importante todavía, que en un momento complicado de la vida personal los ciudadanos se quedan sorprendidos gratamente de lo que el sistema puede hacer por ellos, algo desde luego para felicitarse todos, pero en ningún caso para morir de éxito.

Señor secretario general, estamos convencidos de que usted es de los que cree que el camino no ha hecho más que empezar, que todavía nos queda bastante por mejorar, por ejemplo, en los tiempos de espera para los ingresos no urgentes, también para facilitar los trámites administrativos y para hacerles a los ciudadanos más cómodo aún el tiempo de estancia hospitalaria, que es lo que en este apartado nos están reclamando. Estoy segura de que estará usted también trabajando conjuntamente con las comunidades autónomas, para conseguir las mejoras que los usuarios nos demandan en este estudio, como también, por ejemplo, mejorar la equidad en las diferentes comunidades autónomas o entre las zonas rurales y metropolitanas. Sería interesante avanzar en el estudio y análisis del equilibrio territorial, porque sería un punto interesante poder ver el porqué y en qué lugares estamos hablando de falta de equidad.

En cuanto al segundo documento, la encuesta nacional de salud, lo primero que resaltaré es que, como usted ha comentado, se hace por primera vez en colaboración con el Instituto Nacional de Estadística, por cierto, vieja reivindicación de los profesionales que posteriormente trabajan con este documento. Su objetivo es conocer el estado de salud de la población, la influencia sobre esta de las diferentes iniciativas en materia de política sanitaria y la utilización de los diferentes servicios sanitarios. Los datos que esta encuesta revela, y que usted ha ido desgranando, se podrían resumir fundamentalmente en que los españoles percibimos que nuestra salud es buena y que los problemas que se presentan están íntimamente relacionados con los hábitos de vida, a veces nada salu-

dables, como el consumo de alcohol, el tabaco, la vida sedentaria o la alimentación, y que todo este completo estudio nos sirve para seguir profundizando en las políticas de prevención y promoción de la salud que desde el ministerio al que usted pertenece se están desarrollando.

Me gustaría brevemente hacer alguna reflexión y quizá también alguna pregunta. En cuanto al estado de salud, seguimos viendo cómo hay diferencias notables según la edad y el género, y que esta última debe marcar la línea de trabajo del Observatorio de Salud de la Mujer, puesto por fin en marcha por el ministerio en el mes de noviembre pasado. Si incluimos en la próxima encuesta el enfoque de género en las variables a tener en cuenta, ello nos permitirá poner en marcha medidas de discriminación positiva que palien las desigualdades también en materia de salud para las mujeres.

En cuanto a los problemas crónicos de salud, se observa una incidencia mayor en patologías como la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia y la diabetes, lo cual desde luego no es una buena noticia, ya que los tres son factores de riesgo cardiovascular, que es la primera causa de muerte en nuestro país. Por eso me parece importante resaltar aquí el esfuerzo del ministerio con la aprobación de partidas presupuestarias para promover programas de prevención integral de la diabetes por un importe de 6 millones de euros y el comienzo de los trabajos para la redacción de la estrategia de la diabetes, así como la puesta en marcha de una estrategia coordinada para luchar con la cardiopatía isquémica, como ha comentado en la segunda parte de la comparecencia, porque trabajando también para disminuir la prevalencia de los principales factores de riesgo, alguno de los cuales están entre los antes mencionados, podremos desde luego siempre disminuir el riesgo de la que es hoy por hoy, como decíamos antes, la primera causa de muerte.

En cuanto a la autonomía personal, la buena noticia es que los españoles cada vez vivimos más, pero precisamente por eso en los últimos años el porcentaje de los que afirman valerse por sí mismos sin ayuda con más de 65 años ha disminuido, y más acusada esta disminución es una vez más entre las mujeres. Por eso también es muy valorable que el Ministerio de Sanidad haya colaborado de manera importante con el de Trabajo y Asuntos Sociales en la elaboración del Libro Blanco de la atención a las personas en situación de dependencia. Por cierto, aquí me gustaría saber si tenemos datos de cuál es el porcentaje de mujeres que mueren solas, porque usted bien ha dicho que las mujeres vivimos más, pero somos las que nos dedicamos a cuidar a los demás, a lo que nos ayudará la nueva ley de autonomía personal o de dependencia, o como finalmente se llame, pero también son las personas que mueren en mayor número solas y a veces abandonadas.

Con respecto a los estilos de vida, en la encuesta se recogen algunos datos y tendencias bastante interesantes. Por ejemplo, en cuanto al hábito tabáquico, efectivamente, el 31 por ciento de la población afirma que fuma

cuando hace 16 años lo hacía el 38,4; y hace 10, el 36,1, por lo que felizmente podemos afirmar que la población fumadora sigue disminuyendo en nuestro país, y por primera vez en este estudio, como usted ha resaltado, también esta disminución lo es entre las mujeres; ya era hora de que algo nos fuera casi bien, y digo casi porque todavía sigue fumando el 24,7 por ciento de las mujeres. En este punto no podemos dejar de mencionar el proyecto de ley de prevención del tabaquismo, en cuyo trabajo ya se encuentra inmersa en estos momentos esta Comisión. También recordaré que el Gobierno español ha ratificado el convenio marco de la OMS para el control del tabaco, que entró en vigor el 27 de febrero pasado. El ministerio ha impulsado también las políticas de prevención y deshabituación tabáquica, cofinanciando con las comunidades autónomas campañas de información y sensibilización, unidades de prevención y programas de deshabituación dirigidos a sanitarios, educadores y funcionarios, con un importe entre 2004 y 2005 de 24 millones de euros, y para predicar con el ejemplo el Ministerio de Sanidad y Consumo ha sido declarado en diciembre pasado zona libre de humo.

En cuanto al consumo de alcohol, todavía en nuestro país hay un alto porcentaje de bebedores habituales. Yo recuerdo que al hacer la historia clínica a un paciente cuando le preguntas si bebe, siempre te contestan que lo normal; a lo mejor habría que hacer una pregunta en el próximo barómetro, en la próxima encuesta para ver cuánto es lo normal. Como decía, este porcentaje alto de bebedores habituales va aumentando con la edad; mientras que los jóvenes suelen serlo de fin de semana, lo que unido a la conducción de vehículos nos da un cóctel explosivo, que desgraciadamente explota con demasiada frecuencia en nuestras carreteras. Aquí creo que no está de más recordar que el ministerio desarrolló una campaña para sensibilizar a los jóvenes acerca de los peligros de conducir bajo los efectos del alcohol el pasado mes de septiembre; por cierto que el Partido Popular se quejó de que fuera en este mes, debe ser porque los fines de semana de septiembre, octubre y noviembre los chicos no beben. Por el contrario, bienvenida sea cualquier campaña de concienciación y sensibilización que sirva como medida preventiva en cualquier ámbito de la salud; mejor gastados esos dineros que los de las campañas que cuestan más de lo que anuncian o las que contienen demasiado autobombo, en las que el ministro o ministra de turno está encantado de haberse conocido.

La mayoría de la población tenemos una asignatura pendiente con el ejercicio físico, ya que el 54,5 por ciento confiesa no hacer actividad física alguna en su tiempo libre, porcentaje que aumenta, como no podía ser de otra manera en este estudio, en el caso de las mujeres. En cuanto a la dieta, las cosas no están tan bien como antes, la mayoría hacemos mal el desayuno y es significativa la tendencia preocupante en los niños por el consumo de dulces diario, por lo que es fácil deducir que es lógico que el 13,6 por ciento de la población de más de 18 años tenga problemas de obesidad y, lo que es peor,

la tendencia es ascendente también en los niños. Por ello es fundamental la estrategia NAOS, a la que usted se ha referido, y todas las medidas adoptadas por el ministerio en este sentido, con un amplio acuerdo con la industria y con todos los sectores implicados. Además, y conjuntamente con las comunidades autónomas, ya se camina hacia la regulación de los comedores escolares. Tampoco olvidamos el acuerdo con la FEMP y la Agencia de Seguridad Alimentaria, que firmaron un convenio sobre buenos hábitos alimentarios de personas mayores. En el ámbito internacional se ha efectuado una contribución a la OMS de 100.000 dólares para la elaboración de indicadores de obesidad, en apoyo de la estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. En diciembre pasado se ha realizado una campaña informativa para prevenir la obesidad infantil y promover hábitos de vida saludable y alimentación. Señor secretario general, desde luego nadie podrá decir que no se han puesto manos a la obra en sedentarismo, hábitos alimenticios y obesidad.

Por último, solo comentaré en cuanto a la utilización de los servicios que la tendencia es ascendente y vimos en los resultados del observatorio que con una buena valoración por los ciudadanos. Asimismo, el consumo de medicamentos tiene la misma tendencia a elevarse, también la automedicación. Esperemos que este año estas tendencias se inviertan, no solo por las campañas para fomentar el uso racional de los medicamentos y evitar la automedicación, sino porque es deseable que los ciudadanos tomen exclusivamente la medicación que necesitan para mantener en lo posible su calidad de vida, y también que se conciencien de que las políticas preventivas asimismo persiguen este mismo objetivo; quizá por ello las vacunaciones antigripales, sobre todo en los mayores, o los controles ginecológicos en las mujeres, tienen una tendencia creciente.

Señor Lamata, después de todo este repaso a la salud de los españoles, le iba a preguntar cómo estaba la salud de los españoles y cómo estaba la valoración con respecto al resto de los países europeos, pero ya ha comentado que estamos los terceros. Sí me gustaría saber cuáles son los retos del ministerio para mejorar en un próximo futuro los indicadores menos satisfactorios de esta última encuesta de salud, y le pregunto si cree usted que sería más útil hacer esta encuesta cada tres años, a lo mejor incorporando algún nuevo índice al barómetro, que se hace con más asiduidad.

Con respecto a su comparecencia sobre el balance en la gestión de los planes integrales de salud, llegados a este punto el guión exigiría que hiciera una defensa a ultranza del trabajo desarrollado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, en concreto por su secretario general, que hoy comparece ante esta Comisión para informar sobre eso. Aquí intervengo en nombre del grupo que apoya al Gobierno, pero no lo voy a hacer por exigencias del guión, sino por algo para mí mucho más importante, que es por convicción. Señorías, estoy absolutamente convencida de la solvencia con la que los

responsables del ministerio están actuando para que los ciudadanos tengan más y mejor salud, independiente del género, la edad o el territorio en que vivan. Señor Lamata, en su extensa exposición ha repasado todos y cada uno de los planes que el ministerio ha continuado y algunos otros que ha puesto en marcha, dejando claro que su papel es el de impulsar y coordinar en un sistema transferido. Por eso hay que resaltar como novedoso que las comunidades autónomas participen desde el principio del proceso de la elaboración de las estrategias, para que como usted ha dicho sean oportunas, útiles y viables, porque de nada serviría desde luego un documento impuesto, teórico e irrealizable.

Haré con su permiso, señora presidenta, un breve repaso, planteando algunas cuestiones al secretario general. Sobre el plan integral de cardiopatía isquémica, que ha sido revisado y priorizado, según sus palabras, me gustaría que nos comentara por qué se consideró su revisión y qué tiene de novedoso el documento que ahora van a presentar a las comunidades autónomas.

En la estrategia del cáncer creo que no existía en nuestro país ningún estudio homogéneo para valorar la eficacia de nuestro sistema en este campo, y que conjuntamente con el Instituto Carlos III han elaborado un estudio sobre la situación del cáncer en España. ¿Podría el secretario general decirnos en qué consistía entonces el plan integral del cáncer presentado en la anterior legislatura y por qué no se ha implantado automáticamente este año?

Como vimos en la encuesta de salud, la diabetes es una de las enfermedades que ha elevado su incidencia en la población española, por lo que ya el ministerio ha impulsado iniciativas, como la puesta en marcha de la estrategia NAOS, llegando a acuerdos con la industria y los sectores implicados, como comentábamos antes, y también recordaré las campañas de prevención integral, con un importante aporte económico. Usted nos ha explicado en qué se está trabajando para la estrategia en diabetes, ¿podría decirnos cuándo cree que se presentará para su aprobación en el consejo interterritorial y cómo se podrá asegurar que algo tan imprescindible se implante en las comunidades autónomas?

Señorías, si cualquier estrategia de salud es necesaria, la de la salud mental es vital. El desarrollo del artículo 20 de la Ley General de Sanidad es todavía hoy en muchos lugares una asignatura pendiente. Quizá, además sea el campo donde la falta de equidad sea más evidente y la necesidad de fijar objetivos mínimos comunes sea más perentoria. Por ello, señor Lamata, creemos de vital importancia la creación del comité institucional de estrategia en salud mental, para llevar al consejo interterritorial una propuesta factible que conduzca a la asunción de compromisos en este campo de la salud que, como todos conocemos, no solo afecta a los enfermos, sino también a su entorno en igual medida y con mayor crudeza, si cabe, que en otros padecimientos. Por ello quisiera conocer cuándo tiene previsto el Ministerio pre-

sentar esta estrategia en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Para ir terminando, en cuanto a la promoción de hábitos saludables que fomentan la salud y procuran el abandono de conductas de riesgo, como se han definido, podemos repasar la estrategia nacional sobre drogas 2003-2008, un extenso, ambicioso y valioso documento que contó con la opinión mayoritariamente favorable el día de su presentación en esta Cámara, y del que me gustaría destacar sobre todo la potenciación de las políticas de prevención, debido fundamentalmente, y entre otros motivos, al cambio de ministerio, al pasar del Ministerio del Interior al Ministerio de Sanidad. Recordaré también que desde el mes de febrero disponemos del foro La sociedad ante las drogas, en el que participan empresas y profesionales de la comunicación, varias ONG, asociación de padres, asociaciones juveniles y de consumidores, agentes sociales y otras entidades. De la lucha por el control del tabaquismo, sobre la que vamos a tener desde luego oportunidad de debatir intensamente durante la tramitación de la ley, solo me gustaría resaltar el esfuerzo económico que se está haciendo en este campo conjuntamente con las comunidades autónomas para las campañas de prevención que ya hemos mencionado. Señalaré asimismo los accidentes de tráfico y el consumo de alcohol, del que ya hemos hablado en la anterior comparecencia, así como la estrategia NAOS, abordada de manera multisectorial, con amplio consenso de todos los sectores que pueden estar relacionados con la prevención de la obesidad. Por último la lucha contra el sida, que en España afecta todavía a 150.000 personas y que aunque en el último año ha disminuido en un 10,7 por ciento con respecto al año anterior, todavía se han registrado 2.034 nuevos casos en el año 2004. Quiero señalar el apoyo económico desde el ministerio, que ha aumentado un 60 por ciento la cantidad para subvencionar a las ONG y también las cantidades aportadas a las comunidades autónomas para el desarrollo de programas contra el sida.

Presidenta, señorías, hemos hecho un repaso a las estrategias de salud que nos ha propuesto el Ministerio de Sanidad y Consumo a través de su secretario general, y lo que creo que ha quedado patente, como dije al principio de mi intervención, es el liderazgo del ministerio y sus responsables, pero siempre acompañados del consenso y abiertos a la participación de los sectores, de los profesionales y de las comunidades autónomas, y por supuesto acompañados también de recursos económicos que nos permitirán conseguir más salud y de mayor calidad para todos los ciudadanos españoles, como nos reconoce nuestra Constitución.

La señora **PRESIDENTA**: Para contestar a lo que ha sido el contenido de las intervenciones, tiene a continuación nuevamente la palabra el señor secretario general del Ministerio de Sanidad y Consumo.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Lamata Cotanda): En primer lugar, agradezco las intervenciones de los portavoces de los grupos Popular y Socialista, y a continuación trataré de puntualizar, aclarar o completar alguna de estas informaciones.

En primer lugar, respecto a la evolución de los datos del barómetro sanitario y la diferencia entre lo que manifesté en esta Comisión con motivo de la presentación del Observatorio del Sistema Nacional de Salud, del informe del observatorio, donde hacía aquel comentario de que se detectaba un deterioro relativo del sistema, creo que eran las palabras que utilizaba, uno de los datos que presentaba era el barómetro de 2003. En los barómetros de los años 2002 y 2003 se detectaba efectivamente una disminución relativa de valor respecto a los años anteriores y este año se recupera algo de ese retroceso. En todos los parámetros, en todas las variables de atención primaria, especializada y hospitalización, hay una pequeña, una ligera mejoría, puede ser coyuntural. El informe del 2004, como les decía, está hecho en dos cortes, primavera y final de año, por tanto el de primavera estaría recogiendo todavía información del anterior equipo, y el de verano sería de este equipo. Lo que sí consta, y estos son informes pero es así, es una ligera mejoría en todos los parámetros —ese es el aspecto que yo resaltaba— mirado ya con más perspectiva, porque lo que resaltaba también era la estabilidad. Como me preguntaba por qué decía usted una cosa entonces y ahora otra, decía aquello porque es verdad que en los barómetros de 2002 y 2003 hay un ligero retroceso, ahí está, no es una catástrofe, pero sí que estaba, y un ligero repunte en este barómetro de 2004.

En cuanto a la presentación a los consejeros de Sanidad, en efecto, hay una elaboración de materiales, de documentos, de informes y siempre se cuenta con la información de las comunidades autónomas. Cuando es un trabajo en el que han sido remitidos registros de las comunidades autónomas suele haber un acuerdo, que entiendo que lo había también en legislaturas anteriores, para que antes de que se remita a la prensa se remita a las comunidades, por ejemplo la información sobre sida u otros que son registros de las comunidades autónomas, y se suele hacer así, puede haber habido algún momento de fallo, pero siempre se respeta que lo tenga el consejero el día antes o un tiempo antes de que se presente a medios de comunicación.

Es lógica esa inmediatez. Los consejeros, ese mismo día —el día mundial suele ser de alguna de estas cuestiones— tienen sus datos y hacen sus anuncios en cuanto a la gestión de la información política correspondiente. Quiero subrayar que intentamos ser muy respetuosos con el manejo de la información procedente de comunidades autónomas, evitando normalmente las comparaciones en nuestras presentaciones públicas. Desde luego, cuando el pacto ha sido, como en lo relativo a las listas de espera, que no se utilice la información desagregada —y lo hemos discutido con alguno de ustedes— lo estamos respetando. Entendemos que es discutible y que podría

ser útil esa comparación, pero el pacto para que nos envíen los datos tiene ese acuerdo, y si no lo cambian los consejeros mantendremos un respeto muy cuidadoso porque en la construcción del Sistema Nacional de Salud, como decía en mi primera intervención, una clave es el respeto institucional que usted señalaba para avanzar juntos. Más allá de la lógica crítica política, parlamentaria o entre consejeros y ministra, más allá de esa dialéctica, que es, no solo justificada sino también necesaria y saludable, si en la relación institucional se quiebra la confianza y el respeto en el manejo de datos, etcétera, se podría complicar el avance en lo que estamos intentando construir. Por lo tanto, normalmente ese es nuestro criterio; si en alguna ocasión se ha utilizado alguna información en una crítica o en un debate por alguna otra institución, hemos replicado, pero procuramos mantener siempre esa actitud como una pauta de trabajo. Desde el punto de vista de coordinación del proceso de construir los planes de salud, esto es básico para el liderazgo que han comentado las dos portavoces, en sentido de carencia o de existencia. Yo creo que ese liderazgo se demuestra andando, haciendo cosas y desarrollando los programas, y se traduce luego en soluciones a problemas de los ciudadanos, en cosas concretas, y respecto a esto me parece que se ve una nueva forma de hacer distinta en cuanto al planteamiento de las estrategias o planes integrales de salud, y en cuanto al enfoque de trabajar, hacer una apuesta también presupuestaria y conseguir unos resultados. Esto lo podemos comprobar repasando los distintos planes que hemos ido desarrollando y que se han cuestionado en las intervenciones.

Había algunos planes, como decía, que ya estaban funcionando y que se han mantenido más o menos estables; es el caso del plan del sida, en el que dentro de la estabilidad el anterior equipo también mantuvo una cierta continuidad. En el tema de las drogas también se mantuvo una cierta continuidad con la estrategia del plan nacional; si acaso lo que hemos hecho ha sido revisar indicadores que veíamos que tenían una tendencia preocupante con aumento de los ingresos por psicosis producidas por drogas y algún otro dato que hemos comentado, y se ha hecho un plan de refuerzo de algunas de las actuaciones que ya estaban en la estrategia y ponemos también un presupuesto complementario para esas acciones que en este año son 10 millones de euros más que vienen de alguna partida de las que tenía el ministerio y de una mayor dedicación de los fondos obtenidos de los bienes decomisados. Por lo tanto, se hace un esfuerzo en relación con una política que hemos visto que daba algunos síntomas de problemas, sobre todo en consumo de nuevas sustancias y de alcohol, que estaban incidiendo de manera preocupante en los estratos más jóvenes de la sociedad. Por tanto, mantenemos políticas con una cierta continuidad, pero cuando ha habido un problema se ha puesto dinero y se ha lanzado un mensaje: se ha constituido el foro de la sociedad ante las drogas, en el que se está produciendo una importante participación, de la que ya les daremos cuenta, y

movilización social para frenar ese fenómeno de aparente banalización del consumo de drogas y de sus efectos sobre la salud. Esa es la respuesta concreta.

Respecto al plan integral de cardiovasculares, he comentado que es complicado. He dicho que son excelentes documentos — y si no lo he expresado bien lo digo ahora —, pero que es más complicado ponerlos en marcha que hacerlos, es decir, es difícil hacerlos y es complicado, porque no es trabajo de expertos, es un trabajo de gabinete que han presidido, catedráticos que se apoyan en presidentes de sociedades científicas. Son personas con enorme experiencia; se utilizan documentos internacionales y se expone lo que hay que hacer, que no digo que sea fácil. Ya he dicho que son todos excelentes trabajos, como el de cardiopatía. El profesor Castro-Beiras es un maestro al que yo admiro y el plan es excelente. Pero me parece que es más difícil aplicar los planes. De hecho, cuando nos incorporamos a las tareas de gobierno vimos que había una falta de aplicación y nos preguntamos por qué pasa esto. En las comunidades autónomas se aprobó, pero se condicionó a que hubiera recursos. Se decía que los recursos ya estaban transferidos y que había que ponerse de acuerdo porque lo que se decía en el documento estaba bien pero no había un acuerdo sobre cómo se tenía que hacer y quién lo tenía que pagar, y se produjo un parón que es el que pone sobre la mesa la Sociedad Científica de Cardiología, como usted citaba. Ese parón en la aplicación explícita tiene sin embargo, como también decía antes, un desarrollo. Hemos contactado con las comunidades autónomas para ver cómo se estaban haciendo las cosas, y vemos que hay comunidades que ya lo están desarrollando, que lo han asumido en sus propios planes al cien por cien, y otras que no lo han aplicado pero que estarían dispuestas a hacerlo. Al menos en la metodología que nosotros nos encontramos faltaba traducirlo, acercarlo, no solo llevarlo al pleno del consejo sino hacer también el trabajo de digestión del plan con los técnicos de las consejerías, con los directores de planificación, con los directores de asistencia sanitaria, para ver cómo lo pueden hacer, en qué condiciones están, si lo tienen ya en sus propios planes y si incorporan, por lo tanto, los objetivos. Ese trabajo de debate es el que faltaba, es el que se está haciendo y yo creo que se ha avanzado con bastante rapidez.

Además estamos apoyando con iniciativas concretas cada una de estas áreas. Uno de los aspectos en los que hemos visto que necesitábamos mejorar más, tanto en el documento para el plan del cáncer como en el de cardiopatía isquémica, era el de los sistemas de información, y por eso este año ponemos 6 millones de euros para que las comunidades autónomas refuercen sus sistemas de información, priorizando sobre todo los indicadores que vienen en el plan PICA, de cáncer, y en el de PICI, de cardiopatía isquémica. Por tanto, hay una transferencia de recursos del ministerio, que es la parte que a nosotros nos toca, en sistemas de información, sistemas de evaluación e información; en eso podemos ayudar y se ha

transferido esa cantidad de dinero para los sistemas de información de estos dos planes. Además, no cabe duda de que la estrategia del tabaquismo a la que hemos dado un enorme impulso, tiene mucho que ver con estas dos grandes patologías, enfermedad cardiovascular y cáncer. De hecho, en los dos documentos de estas dos grandes patologías los primeros objetivos se fijan en la disminución del consumo de tabaco y en la prevalencia del tabaquismo como principal causa conocida de enfermedad cardiovascular, infarto de miocardio y de varios tipos de cánceres, singularmente el de pulmón, vejiga, etcétera, que tienen que tener como primera respuesta la disminución de la prevalencia del consumo de tabaco. En esa estrategia del tabaquismo nos encontramos, efectivamente, con un documento bien hecho y completo que asumimos. Por eso digo que lo que está bien hecho no lo hemos cambiado. ¿Qué es lo que hacemos? Es una vez más la estrategia de implantación. Esto hay que llevarlo a cabo y para ello hay que empezar a hablar con todas las comunidades y con todos los sectores implicados para ver cómo dinamizamos, en lo que corresponda a las comunidades autónomas en función de sus recursos, que son la mayor parte puesto que están transferidos, y en lo que podemos hacer desde el ministerio. Desde la puesta en marcha de la aprobación del plan se había hecho una campaña de publicidad con un coste aproximado de 1,5 millones de euros, y en los últimos doce meses hemos destinado 29,5 millones de euros; es decir, se ha pasado de 1,5 millones a casi 30. Esa es la diferencia en un periodo similar, de doce meses, de tiempo de dedicación. Es un esfuerzo muy importante para los presupuestos del ministerio, que conocen sus SS.SS. que son 600 millones, y si quitamos Carlos III, que son 300, y el sueldo de los funcionarios, se ve que la capacidad de maniobra es la que es. De esa capacidad de maniobra la ministra de Sanidad prioriza el tabaquismo como objetivo número 1, y por lo tanto destinamos buena parte del fondo de cohesión que ampliamos con políticas de salud, y con 28 millones de euros, a la estrategia del tabaquismo, que irá, si las previsiones funcionan como parece que están funcionando, disminuyendo la prevalencia de consumo de tabaco, lo que influirá en la disminución de la prevalencia de cánceres. Esperamos que también frene el cáncer de pulmón en mujeres, que está subiendo y que seguirá subiendo porque el consumo de tabaco ya se ha producido, pero lo que intentamos es que no siga generando futuras enfermas de cáncer.

En cáncer también trabajamos y seguimos reforzando las iniciativas de las comunidades autónomas en los distintos programas de cribado, y de acuerdo con lo que recomiendan los profesionales que han redactado el documento del plan de cáncer, vamos a discutir con las comunidades autónomas el próximo día 20 la aplicación de algunas de esas recomendaciones, como por ejemplo el pilotaje del cribado de cáncer de colon, que recordará S.S. que fue objeto de polémica en la anterior legislatura, porque antes de presentar el plan de cáncer al Consejo

interterritorial se anunció que se iba a desarrollar el cribado de cáncer de colon con carácter general, y ese fue uno de los motivos de discusión y de freno a la puesta en marcha o al avance —ni siquiera estaba aprobado— de ese documento. La metodología que intentamos llevar es siempre la de hacer una propuesta técnica de acuerdo, pero luego discutirla con las comunidades autónomas, porque ellos son los que la van a tener que aplicar, y una vez que están de acuerdo se decidirán las medidas, decretos, normas o lo que sea. Algo similar podíamos decir respecto a la diabetes, sobre la que se estaba trabajando con distintas iniciativas y programas y sobre la que el Gobierno ha convocado al grupo redactor del documento técnico, entre tanto ha puesto 6 millones de euros este año, y 3 millones de euros el año pasado, es decir, ya van 9 millones de euros para políticas de prevención de diabetes a través de las comunidades autónomas, cuando en la anterior legislatura lo que se hizo fue sacar una norma en la que se decía que se tenían que poner las bombas de insulina a costa de las comunidades autónomas. Aunque esto está bien desde el punto de vista de que es una mejora para la población, no cabe duda, está mal desde el punto de vista de que al hacerlo sin contar con las comunidades autónomas se genera desconfianza y falta de fiabilidad para plantearles luego una estrategia o un plan, ya que pueden pensar que tienen las competencias pero que quieren ir a su marcha y que también saben priorizar y realizar sus planes. De hecho, todas las comunidades tienen los suyos. Luego los planes integrales, las estrategias integrales o como queramos llamarlas tienen que sumar voluntades, fijar objetivos comunes, pero sin dejar a nadie fuera de juego porque en ese sentido se genera desconfianza y los planes se quedan en el cajón, como las bases para el Plan Nacional de Cuidados Paliativos, que están en el cajón y del que tendremos que sacarlas y ponerlas otra vez en debate cuando se calme un poco la polémica sobre el caso de Leganés. En todo caso, claro que hay que hacerlo de acuerdo desde el principio con las comunidades autónomas. Ese es el cambio que yo quisiera subrayar en cuanto a las estrategias que estamos haciendo.

La estrategia NAOS ya se ha comentado, y no hemos comentado en la intervención anterior, porque no estaba dentro de las previas pero sí es una estrategia que me suscitaba S.S. al preguntarme por las mejoras de calidad en atención primaria o en atención especializada, una línea estratégica que se ha abierto y que hemos denominado de seguridad en la atención a los pacientes. Es una línea estratégica que probablemente se transforme en estrategia nacional si las comunidades autónomas están de acuerdo. Hemos puesto ya una financiación, 6 millones de euros este año y 3 millones de euros el año pasado, para poder analizar la calidad en la atención en los centros de salud, la seguridad en la administración de los procedimientos, de las técnicas, y generar o recuperar —generar sería presuntuoso porque ya existe— y potenciar cultura de calidad en la atención en todos los niveles asistenciales. Es otra línea que está de momento

como línea de trabajo pero que responde un poco a lo que S.S. me planteaba. Es una línea que ya se va concretando: ha habido una conferencia nacional, está habiendo seminarios de trabajo con las comunidades autónomas, y esos grupos de trabajo permitirán alumbrar resultados, como unidades de gestión de riesgos, de mejora de la calidad, de calidad total, estrategias que van a ir desarrollándose.

Las listas de espera, que también se han mencionado, son una de las preocupaciones de la ministra de Sanidad y del equipo del ministerio. Aprobamos en el consejo interterritorial de Santiago una iniciativa estratégica en lista de espera. Todavía no se llamaba estrategia puesto que teníamos que trabajarla más, pero sí había una voluntad de avanzar en ella con tres elementos. El primero es intentar consolidar el sistema de información, que sigue siendo débil en lista de espera; hemos conseguido por primera vez que haya un conjunto total del Sistema Nacional de Salud, que se ha publicado de forma agregada, pero queremos seguir perfeccionándolo porque, como a veces hemos comentado, la forma de recoger los datos en cada comunidad autónoma, como S.S. bien sabe, no es exactamente la misma. Aunque en la norma sea igual, en algunas comunidades se anota a los pacientes desde que se les ha indicado por el especialista una intervención y en otras se anota a los pacientes cuando están anotados ya después del preoperatorio, con lo cual puede haber quince, veinte o treinta días de diferencia. Como nosotros recibimos el dato de las comunidades autónomas, y es el oficial, es el que sumamos, pero sabemos que hay diferencias. Hasta que eso esté depurado, y tiene que depurarse de acuerdo con las comunidades autónomas, no imponiendo sino discutiendo, pasará un tiempo. Por eso hay que tener cautela, pero ese sistema de información es un paso importante. Además de eso, un grupo está trabajando en el intercambio de buenas prácticas. Ya hemos tenido tres reuniones positivas, se están analizando las maneras de abordar la gestión de la lista de espera en cada comunidad autónoma, y una tercera línea de trabajo es intentar homogeneizar los sistemas de garantías que las comunidades están poniendo en marcha. La Ley de Cohesión y Calidad decía que teníamos que establecer un sistema de información en lista de espera, pero también decía que teníamos que establecer sistemas de garantías de tiempos de acceso, y sobre esto hay distintos trabajos en marcha. Podíamos probablemente forzar la máquina y hacer una norma estatal de carácter obligatorio pidiendo su respaldo en la Cámara, pero entendemos que es mejor avanzar con un trabajo un poco más lento, como les decía, pero más sólido y convencer a las distintas autoridades sanitarias que en su ámbito de responsabilidad ya están teniendo estas iniciativas, como conocen SS.SS. por sus respectivas comunidades autónomas, están haciendo leyes o decretos de garantía, y la dinámica que el ministerio está impulsando y favoreciendo es poner en común lo que está haciendo cada comunidad, ver los aspectos ventajosos que tiene cada regulación e impulsar

que se vaya configurando un sistema de garantías para que podamos establecer finalmente un sistema de garantías de carácter nacional. Es un proceso un poco más lento pero sin duda más sólido.

Comparto con SS.SS. la importancia de abordar la cuestión de la salud de las mujeres, puesto que aparecen diferencias en la encuesta nacional de salud y también en otras fuentes de información. Lo primero que debemos hacer es incorporar el enfoque de género a todas las políticas de salud desde la formación, y por lo tanto estamos trabajando con todas las estructuras de formación de pre y de postgrado para que se incorpore la visión de género y para que se incorpore también desde la encuesta nacional de salud, como se decía, a todo tipo de estudios. Hemos destinado —y lo subrayo— este año 1,5 millones de euros para que desde el Instituto de Salud Carlos III se fomenten investigaciones sobre el problema de la salud de las mujeres. Lo que se pretende con este sobreesfuerzo de investigación, además de la investigación competitiva que obtienen los investigadores con sus proyectos, es garantizar respuestas a algunas de las preguntas, como por ejemplo, por qué se produce diferencia en la percepción de la salud de las mujeres. Hay hipótesis y hay quien dice que se produce porque tienen peor salud objetiva. Hay otra hipótesis que dice que, como estamos hablando de percepción relativa, puede haber una mayor sensibilidad a la sensación de disfunción. No, puede haber una mayor sobrecarga porque es la cuidadora. También se habla de las cuestiones biológicas, desde los cambios hormonales y los ciclos vitales de la mujer, la menopausia, la osteoporosis, todos los fenómenos condicionados por aspectos objetivos. Pero estos aspectos no están en la literatura de una manera contrastada: hay estudios parciales y hay estudios que dicen que la mujer accede menos al sistema sanitario, que va con más frecuencia pero accede peor en el sentido de que como los textos están basados en estudios sobre varones, la clínica que aparece a veces no se detecta a tiempo. Por ejemplo, respecto al infarto de miocardio hay estudios que dicen que se diagnostica más tarde en las mujeres aunque hayan ido al hospital porque se relaciona con otro tipo de dolores o de molestias, por lo que habría peor atención objetiva de salud. Este campo, que está todavía en un desarrollo muy incipiente desde el punto de vista de investigación, lo vamos a reforzar con 1,5 millones de euros para investigaciones específicas que den respuesta a estas preguntas a fin de poder enfocar adecuadamente nuestros programas. Queremos hacer además este año un estudio sobre el embarazo no deseado, en jóvenes fundamentalmente. Es un problema que está aumentando: está aumentando el número de abortos en jóvenes de una manera importante y queremos trabajar sobre ese problema. Estamos también abordando un programa específico para generar materiales y metodología de sensibilización y formación de los profesionales sanitarios, a fin de complementar o corregir ese posible sesgo en su habilidad clínica y en su habilidad diagnóstica. Es un trabajo que el Observatorio

de Salud de la Mujer va a ir desarrollando. Se complementa con la comisión de violencia de género que se ha constituido en el seno del consejo interterritorial y que va a promover estudios específicos, sobre todo a través de atención primaria, de la presencia de la violencia de género en las mujeres en el ámbito de la atención primaria.

En cada uno de los planes y de las áreas mencionadas, señorías, hemos intentado aprovechar los documentos que estaban ya hechos, respetar los equipos que estaban funcionando y plantear las estrategias de implantación, siempre con las comunidades autónomas, apoyando con los recursos que en función del presupuesto tiene este ministerio, que es el que se aprueba anualmente por las Cortes, financiando aquellos elementos que son competencia del ministerio y que dinamizan todos estos procesos, insisto, sistemas de información, sistemas de evaluación, sistemas de formación y sistemas de investigación. Esos elementos, que son claves, permiten catalizar, dinamizar y apoyar a las comunidades autónomas en el desarrollo de su gestión sanitaria, que está ya transferida y que por lo tanto puede y debe desarrollarse en ese ámbito. Se han tomado, pues, decisiones importantes en un año que se traducen, desde nuestro punto de vista, en resultados y acciones que ya se están realizando, acciones importantes cuyos resultados en salud o en satisfacción veremos dentro de uno, dos o tres años. No lo podemos medir ahora, pero sí podemos ver un cambio de enfoque y de metodología en la medida en que los documentos técnicos de los expertos no los transformamos ya en estrategia aprobada y que por lo tanto tiene que aplicarse sino que los discutimos con las comunidades autónomas para que los asuman como estrategia propia o plan propio, y los apoyamos con alguna financiación que es complementaria, que es el catalizador, la enzima: es un elemento dinamizador solamente, pero interesante para que se movilice esa estrategia en cada uno de estos ámbitos, y los sistemas de información y evaluación tienen que darnos luego respuesta sobre cómo estamos avanzando. De una manera respetuosa, prudente, pero constante y firme, vamos a seguir desarrollando todas estas estrategias de salud.

La señora **PRESIDENTA**: Cree esta presidenta haber deducido que por parte del Grupo Popular se ha solicitado una nueva intervención, y lo concedo con las siguientes admoniciones: es para puntualizar; el Reglamento dice replicar o rectificar y prevé una duración de cinco minutos. Con tales características, tiene de nuevo la palabra la señora Pan.

La señora **PAN VÁZQUEZ**: Señor secretario general de Sanidad, yo le comentaba en mi primera intervención que había que tener prudencia y cuidado con el manejo de la información, con el mensaje subliminal que a veces conlleva esa información y que muchas veces hace que se llegue a confundir o a culpabilizar a determinados

gobiernos o a determinadas legislaturas de una situación. Lo digo en relación con la interpretación que se hace de aquel ligero deterioro que ahora parece que ya ha tenido una recuperación. El barómetro, como usted bien ha dicho, se hace cada seis meses, por lo que alguna fluctuación tendrá, pero no se puede dejar en el mensaje la sensación de que en los últimos años se había deteriorado el sistema nacional o tenía ya signos preocupantes. A esto me refería al decir que hay que tener mucho ojo cuando se comunica respecto a lo que se informa, sobre todo cuando se está en un nivel tan alto como es el Ministerio de Sanidad y Consumo, evidentemente. En cuanto a liderar la coordinación de los planes integrales de salud, yo creo que ese liderazgo es algo a lo que no debe renunciar y el ministerio debe proponer y debe tratar de agilizar y no solo poner la sala para que debatan las comunidades autónomas, porque, si no, no tendrían ni que venir aquí a nada, sino que debe liderar y tratar de aportar algo más, y ese algo más, por supuesto, que ha de ser presupuesto además de liderazgo.

Hablaba usted de varios planes, del sida, de drogas etcétera. En concreto, respecto al esfuerzo tan enorme que están haciendo en drogas, he de decirle que en mi comunidad autónoma, Galicia, no están nada contentos con la distribución del presupuesto que han hecho ustedes este año. Galicia ha sido perjudicada y aquí quiero dejar constancia de ello: es más, creo que le han pedido que se revisen los criterios de distribución del presupuesto. Por lo tanto, no hagan tantos cánticos cuando saben ustedes bien que hay todavía carencias, que hay mucho que hacer y desde luego hay que escuchar y atender a las comunidades autónomas. Tampoco estoy de acuerdo respecto a que la puesta en marcha de los planes integrales sea tan dificultosa. Probablemente, lo dificultoso sea que consigan ustedes de sus ministros de Economía que les financien y que aporten dinero para el fondo de cohesión. Porque si el fondo de cohesión en lugar de ir incrementándose va disminuyendo, entonces sí que lo tienen ustedes muy complicado, entonces sí que la puesta en marcha es dificultosa. Pero si se hace el esfuerzo que se debe hacer desde el Gobierno, la puesta en marcha es mucho más ágil de lo que está siendo al menos en este primer año de gobierno. Un ejemplo bien claro es el plan integral de cardiopatía isquémica al que usted hacía referencia y que tiene sus bondades, por supuesto. Cuando se pone como director de un plan integral a una persona de la talla del doctor Castro-Beiras o de cualquier otro, como del plan integral del cáncer, que era el doctor Díaz-Rubio, u otros, se trata evidentemente de elegir a los mejores profesionales, a los que más puedan aportar, porque al final los beneficiarios serán todos los ciudadanos españoles. Aquí se han puesto muchas trabas a temas como el de los desfibriladores, que usted sabe que es una de las cosas que en el plan integral de cardiopatía isquémica se recoge que se han de acercar a los lugares de más afluencia; es decir, cuando nosotros traemos iniciativas todo son trabas peros, se dice que no se puede instar a nada y que el

ministerio no regule, etcétera. Hagan un poquito de autoevaluación y de autocrítica, porque si ustedes repasan las comparecencias, las proposiciones no de ley y las iniciativas que se han presentado, verán que no siempre son ustedes tan abiertos como parece el señor secretario en sus intervenciones a que las cosas vayan marchando por el camino que tienen que marchar y con la debida agilidad.

Respecto al tabaquismo, nadie duda de que es un factor fundamental que tiene una relación tremendamente directa en las principales causas de muerte, como son los cánceres y las cardiopatías. Y claro que el plan nacional de tabaquismo tiene unas estrategias, unos objetivos bien definidos y unos porcentajes de cumplimiento a lo largo de los años, señor Lamata, usted los conoce perfectamente, y no todas las medidas del plan nacional de tabaquismo tienen coste económico o lo conllevan, porque creo que ir cumpliendo con espacios libres de humo de una forma gradual y proporcional para que se vaya adaptando la población no tendrá tanto coste económico. Coste económico tendrá el tratamiento de deshabituación tabáquica, que habrá que abordar cuando corresponda, pero no es este el momento, evidentemente.

Me comentaba en relación con el cáncer que se va a hacer el pilotaje del cribado de cáncer de colon, sobre el que se suscitó un debate. Después que la ministra ha presidido la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud y ha firmado y ratificado el convenio que habíamos realizado también para el tabaquismo, espero que ustedes o España no sólo sigan esas recomendaciones con el tabaco, puesto que usted sabe que el cribado del cáncer de colon es una recomendación que ya nadie discute en ningún país de la Unión Europea y que la OMS dice que hay que iniciar y hay que hacer. Yo entiendo que no se podrá hacer al cien por cien, pero no nos escondamos detrás de ciertas medidas porque sabe usted perfectamente que es una realidad que hay que acometer ya.

Ha dicho que ha destinado dinero a la diabetes y que se está trabajando en el sistema de garantías de la Ley de cohesión y calidad en lo relativo a las demoras. Ya le dije que el ministerio no debe solo prestar a las comunidades autónomas un ámbito de debate, que también, sino que además ha de aportar propuestas si quiere de verdad liderar los planes integrales y las nuevas prestaciones, que ha de proponer, si tiene pensado hacerlo, en el seno del consejo interterritorial. Hablan también de lo mucho que han puesto para la investigación de los problemas de salud de la mujer —lo cierto es que la investigación no ha incrementado su presupuesto en general— y ha dicho que este año van a poner en marcha otro estudio o plan para estudiar el embarazo no deseado en las jóvenes, que es un problema que a nosotros también nos preocupa, por lo que no estamos en desacuerdo con esa iniciativa. Para las mamografías también habrá que incrementar el rango de edad. Ustedes han votado que no, pero la evidencia científica es la que hay, señor Lamata. Yo ya sé que es un poquito más caro ampliar el

rango de edad, pero ustedes han votado que no a pesar de la evidencia científica. También habrá que tomar alguna medida respecto a tipos de cáncer que afectan de una forma muy importante a nuestra población. Ahí está el cáncer de próstata, y yo creo que los españoles a partir de 50 años algo deberían empezar a hacer.

Yo les digo respecto a aquellos anuncios que ustedes hicieron sobre modernidad del Sistema Nacional de Salud, sobre destinar recursos a la dependencia y sobre que hay que atajar de alguna manera las demoras que eso no se hace solo con buenas intenciones sino que precisa dinero. De aquellas nuevas prestaciones, de momento no hemos visto ninguna. Todo aquello que ustedes plantearon a la Conferencia de Presidentes tiene que estar presupuestado porque creo que van a reunirse dentro de poco. Yo ya se lo he preguntado antes, y usted no me ha dado ni cifras ni criterios. No sé qué es lo que van a llevar ustedes, porque la cartera de servicios cuesta dinero también, y usted lo sabe. En fin, me gustaría que me contestara, señor Lamata, si no es ahora por cuestiones de tiempo, por escrito, pero que esta vez desea de verdad, porque de la vez anterior todavía no han llegado las respuestas. A nosotros desde luego no nos salen las cuentas, no nos salen las cuentas de esas magníficas apuestas que hacen ustedes y de esos incrementos tan notables en determinadas áreas, pero lo cierto es que el presupuesto del Ministerio de Sanidad y Consumo no ha crecido así, y por ello no nos salen las cuentas. Nos gustaría que nos aclarara cómo las hacen ustedes para que sí les salgan, porque ya le digo que las cifras son las que son, lo aprobado es lo que se ha aprobado aquí en la Ley de Presupuestos Generales y lo que es cierto es que el ministerio, en relación con todas las áreas del Gobierno actual del Partido Socialista, ha bajado puestos. Me gustaría que nos despejara las incógnitas sobre todos estos puntos.

La señora **PRESIDENTA**: A continuación, y con idénticas características, tiene la palabra nuevamente la señora Grande Pesquero.

La señora **GRANDE PESQUERO**: Agradezco al señor Lamata sus respuestas y solamente voy a hacer un par de reflexiones. Podría empezar a hablar del producto interior bruto, del lugar que España ocupaba respecto al resto de los países europeos, etcétera, pero no lo voy a hacer. No lo voy a hacer, pero si el barómetro dice que ha habido en un momento determinado una evaluación de los ciudadanos que no era la mejor, habrá que decirlo, por qué lo vamos a ocultar, y si ahora ha sido algo mejor, también habrá que decirlo porque tampoco hace falta ocultarlo. Decía yo antes que no íbamos a morir de éxito, pero las cosas que van bien hay que decir las y las cosas que van mal también. Yo creo que el ministerio y los responsables actuales no solamente están siendo muy prudentes sino exquisitos en no entrar a criticar cosas muy criticables de la legislatura pasada, y me refiero a la gestión de los dos últimos años, porque la de los dos

primeros la podríamos calificar como una intervención mediocre del Club de la Comedia en cuanto a la gestión de la ministra en los dos primeros años. Yo tengo aquí algunas cosas que decía su anterior jefa, como, por ejemplo, que en sanidad avanzar es compartir y sumar y que les gustan a ustedes poco los discursos y mucho las realidades —parece que lo han olvidado y que al estar en la oposición le han dado la vuelta a la tortilla—, y también decía que ella no hablaba de dinero porque era una chica muy educada. Ustedes desde luego lo del dinero lo tienen claro. Hablando de dinero, el fondo de cohesión no es mayor ni menor, es una partida que está abierta y que por supuesto es ampliable. Los planes de salud, cuando son planes impuestos, teóricos, son irrealizables, como hemos podido ver por la gestión anterior. Para terminar, señora Pau, el presidente del Gobierno les dijo en el debate sobre el estado de la Nación que sus profecías se equivocaban, y usted sigue haciendo profecías (**La señora Pan Vázquez: Hago preguntas, no profecías.**). Deje trabajar al Ministerio de Sanidad, al de Economía y deje que se celebre la Conferencia de Presidentes, y después ya la valoraremos, no haga profecías, que saben que el PP se equivoca siempre.

La señora **PRESIDENTA:** Para concluir el debate, tiene de nuevo la palabra el señor secretario general.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Lamata Cotanda): Señorías, volviendo al asunto que se suscitaba al comentar que había habido una modificación en el barómetro y que esa modificación no hubiera justificado el deterioro, como yo lo calificaba, y con mucha rotundidad, de un proceso de descapitalización relativa y de deterioro relativo del sistema, debo decir que se fundamentaba en el dato de la percepción de los ciudadanos, pero también en alguno que apuntaba ahora S.S. y en alguno más. Es decir, el análisis un poco más completo, sin ser exhaustivo, es que había una congelación del gasto sanitario público, con una reducción de la proporción del gasto sanitario público sobre el total y un desvío a un aumento del gasto sanitario privado sobre el total. Esa menor disponibilidad de gasto sanitario público hizo que, por ejemplo, durante la época de gestión de 1996 a 2001 se congelaran los salarios de los profesionales del Sistema Nacional de Salud, gestionado por el Insalud todavía, con un aumento del gasto farmacéutico que fue una media de 3 puntos por encima de PIB, lo que hacía que se consumieran recursos que no podían destinarse a la infraestructura. Por tanto, el cuadro completo es el que para mí merecía la valoración de deterioro relativo del sistema, lo aclaro y lo completo. Podemos discutir más sobre ese asunto, pero yo creo que son cifras muy contundentes que aunque admiten discusión, como todo en la vida, marcan un panorama muy concreto.

Desde el punto de vista de la política de las estrategias de salud, quizá por la forma de hablar que cada uno tiene, no soy a veces suficientemente claro a veces en las manifestaciones, pero yo creo que ha habido una dife-

rencia muy importante. En la situación anterior había documentos buenos técnicamente pero que no se aplicaban y que quedaban en el cajón, y eso ocurre con el plan de cardiopatía isquémica, con las bases para el plan de cuidados paliativos o con el plan del tabaquismo. Por lo tanto, son buenos documentos técnicos, hechos por expertos de la OMS, por expertos catedráticos, por gente muy buena, pero luego no había un impulso político para llevarlos a cabo, y eso es lo que ahora estamos ahora procurando. La diferencia es que ahora si el plan es bueno lo aceptamos, y si no, lo corregimos, lo completamos, lo perfeccionamos, como la estrategia NAOS, o ponemos en marcha las nuevas estrategias y las vamos haciendo. Obras son amores y no buenas razones, y detrás de las razones hay un esfuerzo en la medida de lo que corresponde a las competencias de la Administración General del Estado. En esa medida, insisto, frente a unos años en los que se ha destinado a tabaquismo una media anual de menos de 1 millón de euros anuales, en dos años de gobierno, en el primer año se han destinado 13,5 millones y en el segundo, 16,5 millones; de 1 millón a 13 o de 1 millón a 16 es la diferencia de esfuerzo en el principal problema de salud pública, con arreglo a las competencias que tiene el ministerio. Desde luego, el ministerio lidera la puesta en marcha de los grupos de trabajo, se pone a trabajar con cada una de las comunidades autónomas que están aprovechando esos recursos para poner unidades de prevención de tabaquismo, programas de deshabituación y distintas iniciativas, y eso dará su juego: sistema de evaluación de esos indicadores y aprobación, por ejemplo, y ratificación por este Parlamento del convenio de la OMS, que no estaba ratificado y que llevaba un año sin ratificar. Eso muestra diferentes formas de actuar o de interesarse por los problemas de la gente. Insisto una vez más en que el fondo de cohesión no se ha bajado; si no, no podríamos hacer todo esto que estamos diciendo, no podríamos dar 6 millones para el plan de diabetes, 16 millones para el de tabaco, etcétera. Ustedes siempre hablan del fondo de cohesión, que es ese fondo que ustedes definieron, por cierto, y nosotros seguimos definiendo, como ampliable, porque lo es, para cubrir el decreto que ustedes hicieron, y nosotros mantenemos, sobre pacientes desplazados. Ese decreto no se ha tocado y financia algunos procesos, anexos I y II, que usted conoce muy bien, señoría, y financia las cantidades que se fijan en ese decreto. Y como cada vez se desplazan menos, señoría, porque gracias a ese proceso transferencial las comunidades autónomas han ido desarrollando infraestructuras, Madrid, que recibía antes más pacientes, ahora recibe menos. Por lo tanto, el flujo de pacientes a financiar desde el fondo de cohesión baja, por lo que ese fondo, como está concebido, tal como ustedes lo concibieron, para la función que ustedes lo concibieron, no necesita ampliarse, no es que se baje el presupuesto sino que no necesita ampliación.

Respecto a fondos, que sí se pueden presupuestar y destinar a políticas públicas, que ustedes financiaban con 3 millones de euros, nosotros ponemos 28, es decir,

25 más, esa es la diferencia, señorita, 25 más, para poder hacer esto que les estoy contando. Ustedes destinaban a diabetes cero euros, y nosotros, 6 millones de euros. Ustedes hablaban sobre salud mental con las asociaciones para ver si hacían algo, y nosotros vamos a lanzar una campaña reclamada desde hace tiempo por las asociaciones, prometida, según me han dicho, en anteriores ocasiones y no llevada a cabo. Va a salir en los próximos días una campaña de sensibilización sobre el estigma de la enfermedad mental, tan importante, y otra serie de trabajos. Es decir, había una gestión que podía calificarse como muy rica en propuestas, en documentos y en resoluciones, incluso a veces normativas, pero había poco trabajo para desarrollarla poniéndose de acuerdo con quien había que ponerse de acuerdo, en primer lugar con las comunidades autónomas porque son las que luego tienen que llevar a cabo esas políticas y hacer frente a los gastos y a los recursos necesarios. Respecto a lo que destina el ministerio a cada una de las políticas, en drogas la partida que se destina a comunidades autónomas desde fondos de bienes decomisados se ha duplicado este año respecto a la de años anteriores, el cien por cien más. Será poco dinero, pero da la casualidad de que ustedes han gobernado antes que nosotros y no hace tanto tiempo, y si en ocho años al tabaquismo le han dedicado un máximo de 1 millón de euros anuales, y nosotros en los primeros dos años dedicamos 16 veces más, está claro que hay una diferencia. Y si a diabetes no han destinado nada, han dicho a las comunidades que hagan cosas y no han puesto un duro, y nosotros ponemos 6 millones de euros, ya les podemos decir que hagan algo, que hagan programas de prevención, que estimulen y que si pueden paguen alguna de las bombas de insulina que ustedes decían que había que poner con los desfibriladores para lo mismo: están en el plan de cardiopatía isquémica. La cuestión es que desde la Administración Central del Estado no debemos —podemos hacerlo pero no debemos—, hacer normas que obliguen a otro sin dotar de los recursos necesarios o sin haberse puesto de acuerdo sobre si lo queremos hacer. Ustedes no lo hacían y por eso se frenaron los planes en los cajones, y lo que nosotros hemos hecho ha sido aprovechar lo que estaba bien hecho, el documento técnico, y poner la voluntad política y el respaldo presupuestario necesario para que se pueda desarrollar.

Respecto a la Conferencia de Presidentes, me perdonará que no le conteste lo que va a decidir y cuanto dinero se va a discutir porque es un asunto que una vez más compete a los presidentes de comunidades autónomas y a la Administración Central del Estado. Es un tema que está encargado, como usted sabe, a dos grupos de trabajo que están participando en las comunidades autónomas y que tendrán en breves fechas sus conclusiones que tendrán que elevar al órgano interterritorial al que han decidido los presidentes autonómicos que vaya para su discusión en el Consejo de Política Fiscal y Financiera, para luego llevar su informe a la Conferencia de Presidentes. Desde luego el Ministerio ha

hecho sus números, ha presentado sus propuestas, está colaborando de manera muy intensa con las demandas que desde la Conferencia de Presidentes se han planteado a través de los grupos de trabajo, y esperamos que el resultado sea el que todos deseamos y el que todos los presidentes, el de la nación y el de las comunidades autónomas, deseen. Por lo tanto, no me comprometo a responderle sino a esperar a la respuesta de la Conferencia de Presidentes. **(La señora Pan Vázquez pide la palabra.)**

La señora **PRESIDENTA**: Señora Pan, no creo que proceda la concesión de un nuevo turno porque reabre usted el debate y tendría que volver a conceder la palabra a la representante del Grupo Socialista e igualmente al compareciente.

La señora **PAN VÁZQUEZ**: No voy a dirigirme al compareciente, solamente quiero aclarar...

La señora **PRESIDENTA**: Señora Pan, la contradicción se ha producido en los términos normales de cualquier debate y dentro del tenor de este no creo yo que ha ya habido nada que justifique la concesión de un turno porque no ha habido terceras personas. Usted es la que ha controvertido con ella, no es una persona extraña al debate, le ha contestado a manifestaciones hechas por usted. En todo caso, y sin que sirva de precedente, puesto que es habitual en esta Comisión que el grupo representante de la mayoría salga descontento, por una vez, puesto que no vamos mal de tiempo, señora Pan, le concede ese turno, pero no se extienda, y me tendrá que permitir entonces que también la señora Grande pueda replicarle a usted si se considera aludida.

La señora **PAN VÁZQUEZ**: No pretendo reabrir el turno ni dirigirme al secretario general de Sanidad, simplemente el motivo de mi intervención es aclararle a la señora diputada del Grupo Socialista que yo no hice previsiones ni profecías, simplemente hice, y cumplí con mi labor, preguntas al Gobierno porque el Gobierno no ha venido a hacer el balance que yo o mi grupo parlamentario solicitábamos. En ningún momento ha sido intención de esta diputada hacer ninguna profecía, porque no me caracterizo por tener poderes de adivinación ni de otro tipo.

La señora **PRESIDENTA**: Hubiera tenido usted problemas para lograr encajar en algún precepto del Reglamento esta intervención que ha hecho usted, pero en todo caso la ha tenido usted concedida. ¿La señora Grande quiere intervenir? **(Pausa.)**

Concluida, pues, esta parte del orden del día de hoy, nos correspondería entrar en la segunda parte. **(La señora Pozuelo Meño pide la palabra.)** Señora Pozuelo, ¿a qué efectos me pide la palabra.

La señora **POZUELO MEÑO**: Presidenta, para pedir un cambio en el orden de las preguntas.

La señora **PRESIDENTA**: Perfecto. Pensaba plantearles que antes de pasar a la segunda parte, de control al Gobierno a través del sistema de preguntas orales, parecía oportuno suspender la sesión durante cinco minutos. Vamos a reordenar las preguntas. No creo que exista inconveniente en lo que se pide. **(Pausa.)**

PREGUNTAS:

— **DE LA SEÑORA MARTEL GÓMEZ (GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO), SOBRE LAS REPERCUSIONES DEL RECIENTE ACUERDO FIRMADO ENTRE EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO Y EL MINISTERIO DEL INTERIOR EN MATERIA DE DROGAS EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA. (Número de expediente 181/000849.)**

La señora **PRESIDENTA**: Antes de proceder a la formulación de preguntas, pongo en conocimiento de SS.SS. que ha habido una alteración en el orden en que van a ser formuladas. En primer lugar, se formulará la pregunta número 8; a continuación, la número 11 y después seguirá el orden con que figuran en el orden del día. Se hace así por haberlo solicitado justificadamente diputados que tienen que atender otras obligaciones en la Cámara.

Hecha esta aclaración, abordamos la que como pregunta número 8 figura en el orden del día, relativa al acuerdo firmado entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Ministerio del Interior en materia de drogas en lo que hace referencia a la Comunidad Autónoma de Andalucía. Tiene la palabra la diputada Martel Gómez.

La señora **MARTEL GÓMEZ**: La necesidad de reorientar las políticas de actuación en materia de drogas ha sido manifestada por la ministra de Sanidad ante la realidad preocupante de los datos sobre abuso de drogas en España. El problema de la drogodependencia y su efecto de salud sigue siendo un problema importante y, sin embargo, la percepción social de este problema en nuestro país ha cambiado y no se percibe ya como un problema tan grave por el conjunto de la sociedad, quizá debido a la disminución del consumo de heroína. Aunque la disminución del consumo de heroína podría ser buena, nos encontramos con que los consumos de las demás sustancias que crean adicción se encuentran estabilizados y en algunos casos, como el de la cocaína y el cannabis, en fuerte aumento. Nos encontramos con una imagen estereotipada de las distintas sustancias, que las acercan en mayor o menor medida a lo malo o a lo bueno. Así, tenemos el caso de que la heroína se considera marginal; la cocaína, atractiva y peligrosa; las

pastillas, juveniles y artificiales; el cannabis, natural e inocuo; y el alcohol, omnipresente en nuestra sociedad. Estamos ante un cambio de los hábitos de consumo, en el que no existe conciencia del riesgo y en el que las edades de inicio han descendido a jóvenes a partir de los 13 años. La falta de percepción de riesgo hace que los consumos se incrementen, y también la percepción de la accesibilidad. Estos cambios son consecuencia unas veces de procesos socioculturales y otras, de estrategias de organizaciones delictivas bien orquestadas. Pero al realidad es que tenemos unos consumos de sustancias adictivas por encima de la media de los países europeos.

La estrategia del Plan Nacional de Drogas 2000-2008, establecida por el Gobierno del Partido Popular, preveía una evaluación intermedia de su desarrollo, y esta evaluación que se ha llevado a cabo aporta datos que no resultan todo lo satisfactorios que debieran. Se ha comprobado que no solo no se ha disminuido el consumo, sino que se ha banalizado el riesgo de consumo de algunas sustancias, como el cannabis y el alcohol. Es plausible la reorientación de las políticas de actuaciones en materia de drogas que el Gobierno socialista está estableciendo. Sabemos que es un compromiso de este Gobierno prevenir y tratar el consumo desde edades muy tempranas, así como dar una información clara y precisa y una formación en valores que permita a las personas no solo cuidar de su salud, sino disfrutar de la vida y vivir con libertad. Considerar el tema de la drogadicción como un problema fundamental sociosanitario, para enfocarlo desde el punto de vista de la salud en el más amplio sentido, nos parece la estrategia más adecuada.

El pasado día 14 de septiembre, ante la Comisión Mixta Congreso-Senado para el estudio del problema de la droga, la señora ministra de Sanidad nos informó de las líneas generales de actuación del Plan Nacional sobre Drogas y de la necesidad de un giro dentro del espíritu de colaboración, cooperación y entendimiento que había existido para la estrategia nacional sobre drogas. A partir de ahí sabemos que la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas ha elaborado un borrador de plan de acción que está en clara sintonía con la estrategia europea sobre drogas, que ha sido discutido en la comisión interautonómica. En este plan de acción, como nos fue expuesto, se contempla de forma especial el problema de la droga en las instituciones penitenciarias. Reducir el consumo de droga en las instituciones penitenciarias, disminuir las enfermedades transmisibles por vía parenteral y conseguir que los reclusos abandonen el hábito y puedan reinsertarse en la sociedad, rompiendo el estrecho vínculo que existe entre drogas y delito, es un objetivo marcado dentro de este plan.

Los datos que manejamos del Observatorio Español sobre Droga con relación a la población penitenciaria, nos indican que un 77,2 por ciento de los reclusos admiten haber consumido drogas, incluyendo alcohol; de ellos, el 46,2 por ciento consumen heroína o cocaína; y hasta un 21 por ciento consumen droga por vía intra-

venosa. Los datos del año 1998 aportaban que el 50 por ciento de la población que ingresaba en prisión lo hacía con problemas de consumo de sustancias psicoactivas. Señorías, no podemos considerar estos datos alentadores. La mejor calidad asistencial de la población penitenciaria debe ser una prioridad, y para ello el Ministerio de Sanidad se ha propuesto consolidar un plan global de intervención sobre la problemática de los drogodependientes con problemas jurídico-penales, en el que se articulará un consenso institucional y político con responsabilidad compartida con las distintas administraciones y organismos sociales. Será prioritario, por tanto, que los tratamientos iniciados en las prisiones por estos reclusos continúen cuando éstos adquieran el tercer grado o la libertad. El esquema actual que tenemos es que se está en tratamiento mientras se está interno en un centro penitenciario, pero no se continua este tratamiento al alcanzar la libertad o la semilibertad; a veces se delinque nuevamente para conseguir la droga y vuelve a iniciarse el ciclo de estancia penitenciaria. Fomentar el desarrollo de procesos de normalización de las intervenciones y los recursos en la prevención y en la asistencia, tiene que ser un objetivo. La existencia de programas específicos para la atención a los drogodependientes reclusos debe ser un criterio prioritario para conseguir la atención integral de la población penitenciaria drogodependiente y su reinserción sociolaboral; garantizar la atención integral de los drogodependientes en prisión, fomentando la participación de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado en las acciones preventivas y reforzando el papel de la atención primaria en la intervención precoz y atención sociosanitaria, sabemos que forma parte del plan de acción del Gobierno. Entendemos, señor Lamata, que se deberán incorporar nuevos instrumentos y programas de rehabilitación y reinserción social y laboral que se orienten a la continuación de los programas y tratamientos una vez obtenido, como digo, el grado de libertad o semilibertad, que colaboren en la rehabilitación social y en la salida del círculo que tan frecuentemente conduce a la reincidencia en la comisión de los delitos. La prevención, el tratamiento y la reinserción laboral de las personas internas en las instituciones penitenciarias producirán una ganancia neta en seguridad ciudadana. Dado que gran parte de la población reclusa delinque por su problema de drogadicción, es una prioridad la formación en materia de droga de los funcionarios de prisiones.

La firma del protocolo de colaboración el pasado día 14 de febrero de este año por la ministra de Sanidad y el ministro del Interior, José Antonio Alonso, que regula la colaboración entre la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas y la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, va dirigido, como hemos tenido todos conocimiento, a potenciar las actuaciones de lucha contra la drogadicción. Permitirá la atención integral de la población reclusa drogodependiente y su reinserción sociolaboral. Señor Lamata, nos gustaría que nos explicara, dado que este convenio se firma en cola-

boración con las comunidades autónomas, de qué forma repercutirá el mencionado acuerdo firmado con la Comunidad Autónoma de Andalucía.

La señora **PRESIDENTA**: Tiene la palabra, para dar respuesta, el señor secretario general.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Lamata Cotanda): Señoría, el análisis que ha realizado en la formulación de su pregunta es coincidente con el del Gobierno y el del plan nacional en cuanto a la tendencia del consumo de sustancias en España, a esos cambios de patrones de consumo y a esas nuevas sustancias que son consumidas cada vez más en las edades más jóvenes, pero también en las edades adultas; nos referimos a la cocaína, al cannabis y a otras sustancias. Pero no es menos cierto que el consumo de heroína sigue siendo importante y que hay personas más veteranas en el consumo de esa sustancia que tienen un ciclo vital trágico: ese consumo conduce a la cárcel, la cárcel conduce a más consumo, el consumo vuelve a llevar a la delincuencia, en un círculo terrible del que es difícil muchas veces salir. Esa realidad que permanece, que es verdad que no está aumentando pero que, como usted señalaba, tiene una prevalencia en personas que dicen haber consumido, lo mismo que en aquellas que están ingresadas en prisión por delinquir en relación con el consumo de drogas, hace que sea importante reforzar los programas que intentan prevenir y disminuir este problema en la medida de lo posible.

Usted señalaba que el Ministerio de Sanidad y Consumo firmó con el Ministerio del Interior ese protocolo de colaboración el pasado 14 de febrero, pero, teniendo en cuenta la organización de nuestro sistema de salud y de atención a drogodependientes, a veces pivotado sobre los servicios sociales, tenemos que hacerlo en colaboración con los planes autonómicos de prevención de drogodependencias. En el caso concreto de Andalucía existe una muy estrecha colaboración con el comisionado para el plan autonómico de Andalucía. Fruto de los debates que hemos mantenido con su equipo, algunas de las sugerencias y propuestas se van incorporando a este componente del plan nacional y a otros programas. En concreto, el efecto que esperamos que tenga en Andalucía, lo mismo que con programas de otras comunidades autónomas, es que mejore la formación de los funcionarios en relación con este problema. Está claro que muchos funcionarios tienen gran experiencia, pero otros muchos que son de más reciente incorporación no conocen la forma de identificar esos consumos, ven comportarse de manera extraña al interno, pero no saben —porque no conocen— reaccionar, intentar prevenir un daño mayor y recomendar algún tipo de acción. Formación para la identificación de la clínica, de los síntomas que puedan llevar a pedir la consulta de un profesional sanitario y a una atención inmediata en algún caso concreto. Colaboración en el estudio de los patrones de consumo de la población que ingresa en prisión. Estamos

hablando de este círculo trágico que comentaba, para ver si podemos intervenir en esas pautas que están siendo influidas por los cambios sociales, con el fin de interrumpir ese círculo vicioso. En tercer lugar, vamos a poner nuevos programas de educación para la salud de los internos y vamos a intentar generalizar en todas las instituciones penitenciarias de Andalucía los programas de reducción de daño, haciendo más adecuados los sistemas de evaluación de los éxitos que se van obteniendo. Pero, sin duda alguna, lo más importante lo subrayaba S.S. en la formulación de su pregunta es mantener y consolidar la fase de rehabilitación de aquellos internos que durante su estancia en la cárcel hayan iniciado un proceso de acercamiento, de reducción de daño, programa de metadona, programa de intercambio de jeringuillas, programa de atención psicológica, algún programa de recuperación con terapia laboral, que permita reincorporarlo a los distintos grados de excarcelación y en su caso bajo la tutela judicial. Asimismo vamos a hacer programas de inclusión social que tengan un componente laboral de acogida, de alojamiento, de vinculación a un tejido social nuevo que le permita iniciar y consolidar ese proceso de recuperación. Debo decir que la Comunidad Autónoma de Andalucía es especialmente activa en estos programas y por eso queremos centrar y monitorizar este componente en esta comunidad autónoma.

— **DEL SEÑOR HEREDIA DÍAZ (GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA DEL CONGRESO), SOBRE EL CONTENIDO DEL ACUERDO DE COLABORACIÓN FIRMADO ENTRE EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO CON EL COMITÉ ESPAÑOL DE REPRESENTANTES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD (CERMI) SOBRE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA, SALUD Y CONSUMO A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. (Número de expediente 181/000961.)**

La señora **PRESIDENTA**: Tal y como he indicado en el comienzo de este turno de preguntas, el señor Heredia había solicitado la formulación de su pregunta para atender otras obligaciones parlamentarias. El señor Heredia tiene la palabra para formular su pregunta referida al acuerdo de colaboración firmado entre el Ministerio de Sanidad y Consumo con el Comité Español de Representantes de Personas Discapacidad (Cermi), en relación con la atención sociosanitaria.

El señor **HEREDIA DÍAZ**: Señor secretario general, las personas con discapacidad son una parte muy importante de la población y constituyen una parte también relevante de los usuarios del sistema de salud. Según la encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud de 1999, en España había más de 3,5 millones de personas con alguna discapacidad, lo que expresado en

términos relativos constituye un 9 por ciento de la población española. La salud entendida en sentido amplio es un elemento de suma importancia para las personas con discapacidad y también para sus familias, pues la ausencia de ésta en las distintas patologías y deficiencias, interactuando con el factor social, está en el origen de la discapacidad, en esa situación de objetiva desventaja de la que parten esas personas para participar en el curso ordinario de la vida social. Aunque las personas con discapacidad generalmente no son ni se sienten enfermos, lo cierto es que muchas de ellas necesitan por lo general una atención de salud más frecuente e intensa que el resto de la población, tienen unas necesidades específicas, y en algunos casos presentan un mayor riesgo de cursar ciertas patologías. Ciertamente es también que hay discapacidades que por tener una base fundamental, una enfermedad, bien sea rara bien sea mental, poseen una dimensión de salud mucho más acusada y precisan de respuestas más intensas. Nadie puede discutir el importante papel que juegan los avances médicos en la prevención, en el tratamiento de las deficiencias y en la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad. Gracias a algunos de estos avances se ha conseguido que enfermedades que fueron generadoras de discapacidad en el pasado hoy ya no lo sean, y que personas que hasta hace pocos años estaban abocadas a un deterioro físico o mental progresivo, precedido de un grave problema de discapacidad que finalizaba provocándoles la muerte, en estos momentos puedan llevar una vida social y profesional normalizada. La medicina procura ayuda instrumental, ortopédica, protésica, farmacológica y/o terapéutica, que permite a determinadas personas con discapacidad superar o compensar muchas limitaciones impuestas tanto por la deficiencia como por el medio social y poder llevar así una vida lo más autónoma y participativa posible. La práctica médica actual permite detectar precozmente en la mayoría de los casos las alteraciones de salud que pueden aparecer en cada etapa de la vida de estas personas. La aplicación de programas de medicina preventiva que respeten escrupulosamente las normas éticas básicas mediante controles y exploraciones médicas y sistemáticas, es especialmente importante, pues con ello se pueden evitar, aliviar o corregir los problemas o desórdenes de salud tan pronto como vayan apareciendo. La aplicación de programas de salud, atención temprana y educación adecuados han mejorado radicalmente las perspectivas de calidad de vida para las personas con discapacidad.

En este contexto, mi grupo parlamentario valora muy positivamente el reciente acuerdo alcanzado el pasado 13 de abril, entre el Ministerio de Sanidad y el Cermi —el Comité Español de Representantes de personas con discapacidad— en materia de atención sociosanitaria, salud y consumo para las personas con discapacidad. Cabe recordar que el anterior Gobierno del Partido Popular hace cuatro años, en 2001, firmó también un convenio, pero en este caso el único objetivo era tener una buena foto al día siguiente en los medios de comu-

nicación, que es como el Partido Popular hacía estas cosas, pues la realidad es que este convenio que se firmó, como digo, en 2001 no pudo desarrollarse debidamente, al establecer un mecanismo de trabajo y de relación entre ambas entidades demasiado rígido y poco operativo.

El presidente del Gobierno, José Luis Rodríguez Zapatero, en su discurso de investidura afirmó que la adopción de medidas para mejorar la situación de salud de estas personas y su calidad de vida iba a constituir una prioridad del actual Gobierno. En este contexto le pregunto cuál es el contenido del acuerdo de colaboración firmado entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Cermi de cara a dar cauce a las necesidades y demandas de las personas con discapacidad en la esfera sanitaria y de protección al consumidor.

La señora **PRESIDENTA**: Señor secretario general.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Lamata Cotanda): Este convenio-marco, firmado el 12 de abril de 2005 entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Cermi, tiene para el ministerio una enorme importancia teniendo en cuenta el colectivo al que nos estamos refiriendo y que S.S. ya ha tenido ocasión de resaltar. Trata de asuntos que son ámbito competencial del Ministerio de Sanidad y Consumo, con distintas iniciativas, proyectos y acciones que intentan mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad, teniendo en cuenta las distintas características de los tipos de capacidad y las situaciones físicas, psíquicas y sensoriales, como su proceso evolutivo, su vida, su condición laboral, personal, familiar, etcétera. Se va a extender este convenio a todas las personas que el Cermi agrupa en su confederación desde el punto de vista de las competencias que corresponden al ministerio. Trabaja en una línea muy importante de proyectos de investigación científico-médica para prevenir la discapacidad, adoptar programas de prevención y de detección precoz y de atención temprana; promoverá la elaboración de un estudio para evaluar la calidad de la asistencia que se está llevando a cabo y las prestaciones sanitarias públicas; trabajará para evaluar esos programas de detección precoz y atención temprana; promoverá y recomendará propuestas a las distintas instituciones, singularmente a las comunidades autónomas que gestionan los servicios sanitarios, para mejorar la cobertura y la accesibilidad de estos programas de atención temprana y de diagnóstico precoz; trabajará también en el área del consumo, diseñando propuestas específicas para la protección de los discapacitados en su papel de consumidores, desde el punto de vista del consumo. Otro aspecto en el que el ministerio va a solicitar asesoramiento al Cermi o a las asociaciones y organizaciones miembros de esta organización será la elaboración de las normas que tengan que ver con la competencia de nuestro ministerio, es decir, someter a consulta de este organismo el desarrollo normativo propio del Ministerio de Sanidad, y también facilitar la participación y presencia activa de

las organizaciones que están coordinadas en el Cermi en los programas del Sistema Nacional de Salud. A petición del Cermi hay un grupo de personas que participan en él que se han incorporado al Observatorio de Salud de las Mujeres que antes hemos comentado, que están haciendo una labor muy interesante. Atendiendo a la propuesta del diputado Vañó, en una pregunta de la sesión anterior, se ha incorporado ese grupo.

Este convenio con el Cermi va a generalizar y sistematizar esa colaboración en las actividades o grupos que pongamos en marcha. Desde el punto de vista de su desarrollo, es muy inicial, se acaba de firmar y tendremos mucho gusto en dar cuenta de los avances que se vayan produciendo en próximas sesiones.

— **DEL SEÑOR VADILLO ARNÁEZ (GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO), SOBRE ACTUACIONES PREVISTAS POR EL GOBIERNO PARA EL DESARROLLO E IMPLANTACIÓN DE LA DENOMINADA ATENCIÓN TEMPRANA O PRECOZ. (NÚMERO DE EXPEDIENTE 181/000653.)**

La señora **PRESIDENTA**: Pasamos, si no hay réplica a la pregunta, al que figura en el orden del día. La siguiente pregunta es la que como número 3 consta, que será formulada por el diputado señor Vadillo Arnáez, referida a qué planes tiene previstos el Gobierno para la implantación de la denominada atención temprana o precoz.

Señor Vadillo.

El señor **VADILLO ARNÁEZ**: Señor secretario general, doy por formulada la pregunta tal como consta en el orden del día.

La señora **PRESIDENTA**: Señor secretario general, tiene la palabra para contestar.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Lamata Cotanda): Como conoce bien S.S., los cuidados y actividades relacionadas con la atención temprana es un ámbito amplio que se desarrolla en distintas instancias de la Administración central, autonómica, local, y se ha impulsado desde distintas iniciativas legislativas como la Ley de Integración Social de los Minusválidos del año 1982, cuyo articulado introducía este concepto de prevención de las denominadas entonces minusvalías y lo que ahora denominamos atención temprana. Cada una de las normas de desarrollo de aquella ley, y otras posteriores, han seguido manteniendo ese enfoque tan importante de la prevención y del diagnóstico precoz.

En el Sistema Nacional de Salud, a lo largo de los años y en las distintas instituciones competentes, se han ido desarrollando programas de salud materno-infantil más o menos comprensivos, tanto en el ámbito especializado, quizá más dispersos como conoce S.S., como en la atención primaria, con los programas del niño sano, y la

atención materno-infantil. Con la labor de los profesionales hemos podido mejorar la capacidad de diagnóstico precoz de muchos problemas de salud, muchos problemas que eran evitables y que han empezado a ser atendidos precozmente. Sin embargo, en el ámbito especializado, por la propia organización hospitalaria segmentada en especialidades, no siempre estas atenciones, que deben ser integrales en un enfoque que tenga en cuenta los posibles déficit sensoriales, neurológicos, psicológicos, motores, se habían integrado. En ese sentido ya desde hace años el propio Insalud, como organismo de más envergadura y, desde luego, las comunidades autónomas han ido desarrollando iniciativas importantes.

El Real Decreto 63/1995, que regulaba las prestaciones del Sistema Nacional de Salud, dentro de los retos y de las competencias de la atención primaria contemplaba los exámenes de la salud, las actividades o medidas para la prevención de enfermedades y promoción de la salud y rehabilitación, y en el caso de la infancia prevé las revisiones del niño sano según los programas establecidos en cada una de las edades y los momentos evolutivos, con un amplio paquete de herramientas de diagnóstico, de exploración y de derivación en su caso, a las instancias especializadas correspondientes, desde el punto de vista de percepción y de agudeza visual, auditiva, capacidad y desarrollo psicomotor, desarrollo psicológico, etcétera.

En el ámbito de la atención sanitaria, la tarea del Ministerio de Sanidad está en este momento centrada en la actualización de la cartera de servicios en atención primaria, con el objetivo de consolidar las prestaciones actuales, por lo tanto reforzar aquellos aspectos que tienen que ver con diagnóstico precoz e intervención precoz, e incorporar y generalizar esas distintas actividades en aquellos aspectos en los que la atención especializada no esté tan sistematizada, incorporar esos programas propuestos por distintas iniciativas, una en la legislatura anterior en relación con la hipoacusia, por ejemplo.

El paso siguiente —lo anticipaba en la respuesta a la pregunta anterior— es el establecer mecanismos de evaluación de esos sistemas de diagnóstico precoz o de atención temprana, me refiero siempre al ámbito de atención sanitaria (sabe que hay otro gran componente de la atención social con una serie de mecanismos que hemos de coordinar), dentro de este ámbito, Sanidad hará en colaboración con el Cermi todo un programa de evaluación de todos estos sistemas de detección precoz y atención temprana. Va a ser uno de los objetivos importantes de este convenio que acabamos de citar y que esperamos que nos permita conocer la situación para corregir aquellos aspectos en los que no se esté consiguiendo una cobertura o eficacia adecuada en los programas de detección precoz de estos temas. Asimismo, y en relación con la identificación de esos problemas, habrá que promover los programas de formación específica, que también conoce S.S., o el establecimiento de

guías, recomendaciones, autismos, otro tipo de problemas que son de más difícil manejo para los profesionales sanitarios que no están entrenados en una patología, en una deficiencia, en una discapacidad concreta, que les permita establecer una adecuada relación.

Un tercer componente que tendrá desarrollo posterior —no es del corto plazo—, una vez consolidada la cartera, será la definición de unidades y servicios de referencia, que también prevé la Ley de Cohesión y Calidad, que en algún caso podrán tener como destino algunas de estas patologías, de estos problemas, para una discriminación más especializada y también para un proceso rehabilitador, en su caso, más especializado. Por último, queremos fortalecer también la relación con las otras estructuras de servicios sociales tanto en el ámbito de la Administración General del Estado, como en los ámbitos autonómicos y locales, en su caso, para lo que iremos desarrollando iniciativas de cooperación y de colaboración. Sin duda alguna, esa gran área que se está perfilando en la que se ha denominado ley de autonomía de las personas, promoverá también programas de prevención de la dependencia. Una de las líneas en las que se va a pedir la participación de Sanidad dentro de esa gran área de atención a las personas en dependencia es precisamente desarrollar programas para prevenirla; por lo tanto prevenir discapacidad que pueda conducir a dependencia en algunos casos, también será un objetivo de ese gran paquete.

Resumo, los distintos elementos. Primero fortalecer los programas actuales, cartera de servicios, tanto en ámbito de primaria como completando en especializada; revisar un sistema de evaluación —uno de los elementos que están en el convenio con el Cermi—, para ver la calidad, la eficiencia, la cobertura de esos programas y, en función de eso, reforzar la capacidad de los profesionales con programas de información y formación y en algún caso también de circuitos organizativos, recomendaciones en el tema de las unidades o servicios o programas de referencia, cuando así sea preciso; finalmente, fortalecer la colaboración con los programas de los servicios sociales.

La señora **PRESIDENTA:** Señor Vadillo, tiene usted la palabra.

El señor **VADILLO ARNÁEZ:** El señor secretario general nos ha hecho una pequeña tesis muy adecuada sobre la atención precoz, la atención temprana, pero chocamos contra una realidad que necesita algo más que conceptos y buena voluntad. Este es un problema que se ha ido abordando año por año, todos los gobiernos han abordado pequeñas partes de este problema. Desde el ámbito sanitario generalmente solo se ha abordado el diagnóstico precoz, muy poco más, salvo las buenas intenciones de los servicios de pediatría o de atención primaria, muchas veces de manera aislada y no conectada o coordinada, como bien sabe el señor Lamata.

Si entendemos por atención precoz las actuaciones para prevenir, limitar, superar y rehabilitar los efectos de las deficiencias o condiciones de riesgo en los niños pequeños desde su gestación, nacimiento y durante sus primeros seis años de vida, en España nos queda todavía un largo camino por recorrer. No es solo un problema que haya que abordar a través de la ley de dependencia o solo como discapacidad, con el concepto actual de discapacidad, lo sabe bien el señor Lamata. Nos encontramos con un problema actual que yo creo que es muy preocupante y no bien explicado, aunque hay muchas teorías, que es la prematuridad cada vez mayor en los nacimientos de los niños y su bajo peso. El bajo peso empieza a ser ya una realidad porcentualmente muy significativa en el ámbito sanitario español y en otros países también, los conceptos de riesgo están cambiando en todos los países. En España, hay grupos de estudio en mi comunidad —en La Rioja, hay uno en la universidad muy importante— que están estableciendo ya el peso de riesgo cercano ya a los 2 kilos, 2 kilos y pico en el niño. Nos encontramos con un amplio panorama, ya no de discapacidad, real y visible, que era el problema hasta ahora cuando valorábamos el bajo peso como riesgo en 1,500 o un 1 kilo de peso. Los 2 kilos de peso ocasionan muchas veces problemas de fracaso escolar, de hiperactividad, problemas emocionales, problemas intelectuales, problemas de marginación social, que no aparecen como discapacidad, pero que son un problema real que margina a personas y sobre los que hoy ninguno de los gobiernos ha actuado. Yo creo que en el debate de la ley de dependencia se debe abordar esta problemática por el propio Ministerio de Sanidad. Puedo decir al portavoz socialista anterior que si quieren hacerse una foto, aquí tienen una espléndida foto. Hace falta dinero porque hay descoordinación; hay voluntarismo, pero lo que hace falta es que alguien coordine. El papel que debe jugar el Ministerio de Sanidad en este campo es el de coordinar tanto a las diferentes administraciones, la local, la autonómica y la nacional como a las propias interadministraciones, la sanitaria, la social y la educativa —no nos olvidemos de la educativa, que tiene un amplio papel aquí tanto para la detección como para la corrección y rehabilitación de estas discapacidades— y también la del Ministerio de Trabajo. Este es un problema que hay que abordar; como es consecuencia de enfermedad, debe ser el Ministerio de Sanidad el que debe abordar esta problemática. Le pueden llamar plan, le pueden llamar estrategia, pero yo creo que es un problema que, como creador de futuras discapacidades, de futuros marginados, de futuros fracasados, hay que abordar de manera rápida, ya, porque este problema va a ir a más precisamente por esto que le he comentado antes, entre otras cuestiones, de la prematuridad cada vez más avanzada que tenemos en España y en todos los países de Occidente.

Quisiera alentar al señor secretario general a que, con la colaboración de todos o de ustedes solos, como prefieran, se pongan en marcha para abordar esta problemática para que no nos supere en un futuro, y lo que hoy

es un problema mañana sea un grandísimo problema muy difícil de abordar y nos pille a todos llorando en vez de haber puesto las soluciones.

La señora **PRESIDENTA**: Cierra usted la intervención, señor secretario general. Tiene la palabra.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Lamata Cotanda): Muy brevemente. Coincido con las valoraciones que hace S.S. y también con esa referencia que hacía al aumento de la tasa de prematuridad, que efectivamente puede ir relacionada, y es un tema que debe preocuparnos y ocuparnos, con un aumento de posibles problemas de desarrollo psicomotor, psicoafectivo, etcétera. Coincido en dar la importancia que tiene al problema y en que desde el ministerio hagamos todos los esfuerzos para coordinar las actuaciones en el ámbito de la sanidad, del Sistema Nacional de Salud, que mejoren esa atención temprana.

— **DEL SEÑOR VADILLO ARNÁEZ (GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO) SOBRE ACTUACIONES O PLANES REALIZADOS POR EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, SOLO O EN COLABORACIÓN CON ALGÚN OTRO MINISTERIO, COMUNIDADES AUTÓNOMAS O AYUNTAMIENTOS, SOBRE LAS PERSONAS MAYORES O POBLACIÓN DE RIESGO SOCIAL, PARA PREVENIR DAÑOS O CONSECUENCIAS PARA LA SALUD DERIVADAS DE LAS SUCESIVAS OLAS DE FRÍO DURANTE EL OTOÑO-INVIERNO DE 2004-2005. (NÚMERO DE EXPEDIENTE 181/000655.)**

La señora **PRESIDENTA**: La pregunta que figura como número 4 en el orden del día es también formulada por el diputado señor Vadillo Arnáez. Hace referencia a qué se hizo desde el Ministerio de Sanidad y Consumo para prevenir daños o consecuencias para la salud derivadas de las olas de frío del otoño-invierno, ya pasado, 2004-2005. Señor Vadillo, tiene usted la palabra.

El señor **VADILLO ARNÁEZ**: Señora presidenta, lo ha explicado usted muy bien, así que la doy por formulada.

La señora **PRESIDENTA**: Señor secretario general.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Lamata Cotanda): En el ámbito de nuestras competencias, el Ministerio de Sanidad y Consumo, como viene haciéndose todos los años, ha mantenido activos los sistemas de vigilancia y control de las enfermedades propias de cada estación. En este sentido, el Ministerio de Sanidad y Consumo puso en marcha los mecanismos de vigilancia epidemiológica de la gripe con el sistema

de médicos centinela, de unidades centinela de vigilancia epidemiológica, y el seguimiento de los distintos parámetros que venimos controlando, tanto de actividad asistencial, demanda sanitaria, como de efectos sobre los ingresos o sobre la mortalidad. Hay que resaltar, como comentábamos en el anterior debate, el incremento progresivo a lo largo de los últimos años de la cobertura vacunal, de ese programa de prevención de la gripe, que pasó del 53 por ciento en el año 1993 al 68 por ciento en el momento actual; ligada a ese incremento de cobertura sin duda viene una protección mejor de la salud y de la información que se transmite a las personas que son reclamadas para esta campaña.

El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, por su parte, en colaboración con el Ministerio de Sanidad, ha establecido acuerdos con varias organizaciones para detección y atención a personas mayores o población de riesgo social, con el fin de prevenir las consecuencias sobre la salud de las temperaturas extremas.

La señora **PRESIDENTA**: Tiene de nuevo la palabra el señor Vadillo.

El señor **VADILLO ARNÁEZ**: Con este problema de las temperaturas estamos ante uno de los típicos ejemplos de la política del Partido Socialista en los últimos años: cuando gobierna el Partido Popular creamos los problemas, si no existen los inventamos, los cogemos de otros países o les damos la vuelta con tal de crear una oposición muchas veces desleal y que crea alarma social. Este ejemplo lo vimos durante el año 2003 con la ola de calor, un problema que impactó seriamente en Francia, quizá por una integración social distinta, una preparación distinta para abordar el calor, pero se trasladó inmediatamente ese problema a España como si fuéramos iguales. La prueba de que Francia y España no son iguales la acabamos de tener este domingo, a pesar de los buenos esfuerzos y carisma del señor Zapatero en Francia.

Por lo visto, el Partido Popular sí que tenía capacidad para detectar morbilidad y mortalidad en un mes, mes y medio o menos de dos meses, con el problema de la ola de calor, y pusimos en marcha todos los mecanismos. En una pregunta que me acaban de contestar ahora, en mayo, formulada en febrero, sobre mortalidad por la ola de frío, además coincidiendo con la presentación del plan del ministerio para la ola de calor —me contestan al frío con el calor—, me dicen que hasta dentro de por lo menos dos años no van a poder tener procesados datos del Instituto Nacional de Estadística, comunidades autónomas, etcétera. Distinta eficacia, se ve, que la del Partido Popular cuando gobierna, que en dos meses mueve Roma con Santiago ante un posible problema, detecta los problemas, los comunica y los pone remedio. Si esta es la capacidad del Gobierno del Partido Socialista para detectar problemas sanitarios, Dios nos bendiga, porque no sé qué capacidad de reacción ante problemas de salud pública vamos a tener si hasta dentro de dos años no

conocemos la morbi-mortalidad de una problemática como es la ola de frío.

A mí me parece bien que me conteste el señor secretario general hablando de la gripe cuando le pregunto por el frío pues es algo inherente a los picos de frío en España y en otros países, pero es como si, cuando se produjo la ola de calor, el Partido Popular solo hubiera contestado que se habían producido tantos eritemas solares. Esto hubiese sido políticamente muy poco responsable. En este sentido, la política del Gobierno socialista ha sido muy distinta en los abordajes, sigue pareciendo que no gobiernan, sigue pareciendo que están haciendo oposición, siguen manejando la ola de calor como un problema y otros verdaderos problemas, como es el caso de la ola de frío, no los abordan. Porque, que yo sepa, ha habido casos de muerte por tufo, ha habido accidentes, ha habido caídas, ha habido connotaciones con la epidemia de gripe, que este año ha sido mayor que otros años, y no se ha abordado este problema desde el ministerio.

Aquí tengo, en respuesta a otra pregunta que había hecho al Ministerio de Sanidad, los órdenes del día de las comisiones de salud pública desde que ustedes gobiernan, y yo solo veo lo siguiente. El 13 de mayo, ola de calor; 8 de julio, plan de ola de calor —aquí, por lo visto, sí existen planes y no estrategias—; 29 de septiembre, plan de temperaturas extremas —ola de calor—, y en esta fecha se acabó el problema, el 29 de septiembre. Hemos sufrido las tres mayores olas de frío de casi un siglo, concentradas en un mismo año, y el Ministerio de Sanidad no ha hecho ningún abordaje de este problema. Yo no le voy a decir que lo hagan o no lo hagan, aunque sí creo que debieran haberlo hecho porque era un problema, pero me sorprende que sigan manejando como un problema político la ola de calor cuando ustedes tienen datos para decir que no es mayor problema que la ola de frío. Si los dos problemas son iguales, abórcenlos igual; las estrategias deben ser comunes para problemas comunes, no deben ser distintas en función del partido que gobierne en cada momento. Esto ya no es hacerse fotos, las fotos se las hace quien está en la oposición y quiere hacerse fotos por problemas que a veces no son reales, que no existen o que se viven en otros países. Está muy bien esa foto cuando uno no gobierna, pero ahora ustedes gobiernan, y yo les pediría que aborden para el próximo invierno un problema como es el de las olas de frío que pueden volver a venir, igual que puede venir una ola de calor, con la misma seriedad y con la misma intensidad que han abordado el problema de la ola de calor, llámenle plan, llámenle estrategia, llámenle como quieran, pero no me distinguan problemas simplemente porque un partido gobernaba en un momento y otro partido no gobierna en otro. No me conviertan problemas candentes en problemas calientes. Yo creo que el frío es un problema para todos, y en este sentido deben reconocer que la estrategia de oposición a veces hay que convertirla también en estrategia de Gobierno.

La señora **PRESIDENTA**: Tiene de nuevo la palabra para la dúplica el señor secretario general.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Lamata Cotanda): Puede tener importancia diferenciar la forma de presentar las distintas actividades del ministerio y la forma de dirigirse a la sociedad. Usted, como buen conocedor de la salud pública que ha tenido responsabilidades importantes en este ámbito, sabe que una de las labores también importantes del responsable de salud pública es la comunicación a la sociedad y cómo transmite en cada momento las cuestiones que son de su responsabilidad y que pueden afectar a la salud. Cuando se produce esa situación de aumento de temperaturas en el año 2003, hay un aumento muy importante en toda Europa de temperaturas y hay un efecto catastrófico en Francia, donde realmente se observa ese efecto tremendo, catastrófico, que tuvo una conjunción de malos hados. Había una situación de conflicto en las urgencias hospitalarias, por ejemplo, con una falta de dotación, había una huelga, declarada o no declarada, por lo tanto menor atención en las urgencias hospitalarias; había una situación crónica o puntual, pero desde luego llamaba la atención, de un número importante de personas mayores que viven solas. A ese aumento de temperaturas, a las vacaciones de verano, sumamos factores y van produciéndose aquellas fotos y aquellos espectáculos de que no había féretros; se acordarán SS.SS., que estaban amontonadas las gentes. En España esto causó una cierta alarma, lo mismo que en Italia, en los países vecinos.

La situación no era la misma y entiendo que desde el punto de vista de la oposición entonces, y desde luego de las comunidades autónomas, que son corresponsables en la atención a esos problemas, en aquel momento no se hizo manifestación de que hubiera habido una falta de atención al problema. En una reunión del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, todos los responsables sanitarios, ante los datos que presenta el ministerio, entienden que no ha habido un fenómeno que no se haya atendido adecuadamente, por ejemplo presiones en las urgencias que no fueran atendidas como dato que hubiera en esa dirección. En los estudios posteriores que se hacen en el Centro Nacional de Epidemiología por algún grupo, se observa sobremortalidad en esas fechas, pero la sobremortalidad para que pueda ser realmente comparable, hay que valorarla fecha con fecha, edad con edad, es decir, que requiere estudios más completos, por eso hay que tomarlos con mucha prudencia, con procesos, como usted conoce, de estandarización más finos. Por lo tanto, ahí había un fenómeno de aumento de temperaturas, sin duda, ese aumento provocaría un aumento de mortalidad porque las personas más frágiles en los extremos de temperaturas, de calor y frío, van a tener una mayor vulnerabilidad. Esto es así, lo ha sido toda la vida del Señor y lo seguirá siendo, lo que debemos hacer es evitar y prevenir lo que sea prevenible. No cabe duda de que el fenómeno de esa catástrofe de atención sanitaria de atención social en

Francia, generó preocupación social, y ahí es donde a mi juicio se manejó mal por el equipo ministerial de entonces, esa gestión de comunicación. Recordará S.S. que había una tardanza, que seguramente motivó y generó más alarma social en aquel momento; es una valoración que yo le hago, no estoy haciendo una crítica al hecho de la atención que se produjera o de las medidas de salud pública que se tomaran, sino al manejo de la crisis desde el punto de vista de la comunicación social. Es una opinión que pongo sobre la mesa como otra que pueda ser más valiosa.

Cuando el nuevo equipo asume el Gobierno, y estamos hablando de abril, cuando está incorporándose a las posiciones de responsabilidad, con el antecedente del año 2003, que ha sido motivo de catástrofe en Francia y de preocupación importante, digamos, mediática y social, de qué puede pasar, de qué está pasando, se considera adecuado preparar ese plan de atención a la posible ola de calor, que luego no vino pues en el año 2004 no hubo un aumento excesivo de temperaturas (**La señora Roldós Caballero: En Canarias, trece muertos.**) Sí, en Canarias hubo un fenómeno meteorológico específico, y además prolongado. Tiene razón S.S. y admito la puntualización, porque es justo en Canarias donde hay un fenómeno térmico que se mantiene como ola de calor, y además durante varios días, con temperaturas extremas, y que tiene su traducción, como ya ha señalado S.S. también, en el pico mayor de mortalidad de toda España, donde es, si no el 50, el 40 por ciento de todos los diagnósticos que se hacen de fallecimientos están ligados a ola de calor, y también sabemos que puede haber más fallecimientos que no están identificados con ese diagnóstico. Sin embargo en el conjunto de la península, en el conjunto de España, el verano pasado fue mucho más benigno, por lo tanto las medidas que se adoptan son de precaución; esas medidas, tanto del ámbito social como del ámbito sanitario están publicitadas y transmitidas a la sociedad para generar esa tranquilidad, que entiendo que también es función de la Administración pública, de los políticos y de la Administración sanitaria en particular; y se han tomado estas medidas, lo cual refuerza también de alguna manera la coordinación. Quizá lo más positivo de ese esfuerzo sea que se ponen en marcha o se refuerzan los sistemas de vigilancia epidemiológica, que siempre es un flanco débil de nuestro sistema sanitario. Esos sistemas valen también para la temporada invernal y están vigentes. Por eso le decía en mi primera respuesta que mantenemos los sistemas de emergencia, mantenemos las actividades de atención, de precaución, etcétera.

Su pregunta es por qué no etiquetamos a eso como plan de frío si han hecho un plan de calor, por qué no hacer un plan de frío. Pues mi explicación, señoría, va justo en esta línea que le estaba comentando, de la ponderación de la actuación de los servicios públicos, siempre la prudencia, siempre manejar la decisión en el punto que consideremos más adecuado. Quizá nos equivoquemos, pero a mi juicio, y como responsable de la

secretaría de sanidad, las actividades y se han puesto en marcha, tanto por las comunidades autónomas como por la Administración, en las temporadas de invierno, por una tradición social más común pues no es temporada vacacional tanto tiempo, no se ausentan de casa las familias tanto tiempo, no hay tantas personas solas, hay más protección, los sistemas sanitarios siguen funcionando igual, en todo caso más, porque en invierno se refuerzan pues sabemos que va a venir la gripe con más o menos fuerza. Por lo tanto hay una preparación en el sistema sanitario en la asistencia, hay una preparación específica con la campaña de vacunación, donde siempre se suman consejos de salud; los consejos de salud para prevenir las temperaturas extremas se hacen tradicionalmente en invierno siempre ligados a la campaña de vacunación de gripe —cuidado con no resbalarse cuando nieve, etcétera—, o sea, los contenidos están ahí, pero lo que no hacemos es vestirlo como plan de frío. Con eso, no se quiere, se lo aseguro, valorar o juzgar mejor o peor lo que se hiciera en la anterior legislatura. La justificación en este caso es que entendemos que no es necesario dar tranquilidad a la sociedad, puesto que es una normalidad en el funcionamiento de los sistemas de protección, tanto sanitarios como sociales. Llevamos muchos años ya con consejos de protección contra el frío desde Protección Civil y desde los ayuntamientos, utilizando distintos mecanismos de protección social. También las organizaciones sociales, como Cáritas, llevan muchos años trabajando con el Ayuntamiento de Madrid, por ejemplo, en estos temas. Quiero decir que no parece razonable, aunque metodológicamente, como usted señalaba, es lo mismo, no parece justificado desde el punto de vista de comunicación social hacer esa manifestación. Esto, como todo en la vida, es discutible.

Lo más importante desde mi punto de vista, señoría, es asegurarle que las medidas de vigilancia epidemiológica de coordinación y alerta de los servicios sanitarios, de puesta a disposición de los dispositivos sociales de Protección Civil, etcétera, se han tomado y se seguirán tomando como se venían tomando, en este caso, con la mejor coordinación de la que el Ministerio de Sanidad es capaz. Quizá lo más positivo, insisto, y de lo que personalmente creo que podemos sentirnos más satisfechos, es del refuerzo de los sistemas de vigilancia epidemiológica para temperaturas, para cambios climáticos, que es un fenómeno que viene nuevo, como antes comentábamos, y donde hemos de ser mucho más precisos en nuestros sistemas de control.

La señora **PRESIDENTA**: Una aclaración. Aunque el criterio de esta Presidencia viene siendo el de facilitar la mayor amplitud en las posibilidades de control al Gobierno, no llegará, y para que no se me invoque luego como precedente, al extremo de pretender desvirtuar la naturaleza de las preguntas orales en Comisión. Estas se producen, como señala el reglamento, solo entre el diputado que pregunta y la autoridad que haya comparecido a contestarlas. Lo digo para que repriman sus ímpetus

SS.SS., aunque en este caso se ha producido, con gran amabilidad por parte del compareciente, la respuesta a lo que se suscitaba por persona distinta del preguntante. Les ruego por lo tanto que nos ciñamos a lo que es la naturaleza de este trámite.

— **DE LA SEÑORA VELASCO MORILLO (GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO), SOBRE ACTUACIONES PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL HOSPITAL DE BENAVENTE (ZAMORA). (Número de expediente 181/000703.)**

La señora **PRESIDENTA**: La siguiente pregunta, según figura en el orden del día, la figura la diputada señora Velasco Morillo, y hace referencia a qué pasa o en qué trámites está prevista la construcción de un hospital en Benavente. Para formularla, tiene la palabra la señora Velasco.

La señora **VELASCO MORILLO**: Señor secretario general de Sanidad, en primer lugar vaya por delante mi agradecimiento por poder obtener del Gobierno información sobre las actuaciones que está llevando a cabo el Ministerio de Sanidad y Consumo respecto al hospital de Benavente. Quiero dejar constancia que me hubiese gustado más recibir dicha información de la ministra de Sanidad, simplemente por haber sido ella la que ha tenido encuentros tanto con el alcalde de Benavente como con el consejero de Sanidad de la Junta de Castilla y León. Aun siendo así, le doy las gracias por ser usted quien me facilite dicha información, ya que a preguntas formuladas por escrito, hace más de cinco meses, esta diputada no ha recibido todavía contestación del Gobierno.

Señor Lamata, el Partido Socialista, su partido, se presentó a las elecciones con un plan especial para el oeste de Castilla y León, provincias de León, Zamora y Salamanca, siendo dicho plan el que nos recordaba el propio presidente del Gobierno recientemente en esta Cámara en el debate del estado de la nación, y así consta en el «Diario de Sesiones». En dicho plan —se lo puedo facilitar, si no lo tiene en este momento— se decía, textualmente: Construiremos el hospital comarcal de Benavente con carácter prioritario. Pues bien, después de más de un año de Gobierno, los benaventanos no conocen nada concreto, solo conocen fotografías de encuentros en distintos medios de comunicación —no concretamente en la revista *Vogue*— y 2.000.000 de euros, a través del Ministerio de Administraciones Públicas, en los Presupuestos Generales del Estado para este año, de los cuales no sé si tiene conocimiento el Ministerio de Sanidad y Consumo. El día 19 de julio de 2004 confirma la ministra de Sanidad y Consumo al alcalde su respaldo para la construcción del hospital del Benavente; no concreta el formato de financiación porque trasciende su ministerio y afecta a otros, pero asegura que la renegociación de la financiación del sis-

tema sanitario puede ser una opción. Yo no sé si en el debate que está teniendo lugar ahora sobre financiación sanitaria lo han tenido en cuenta. Ayer, en el Senado, la señora ministra no dijo nada, no sé si es que se ha olvidado, si huye de los temas de financiación, si es que se va a llevar a la Conferencia de presidentes o si han decidido no cumplir con sus propios compromisos electorales.

La señora ministra recibió unas clases del ministro Sevilla, no sé en cuántas tardes, para hacer posible este compromiso electoral del Partido Socialista, que figuraba como una actuación prioritaria en el plan del oeste. Apuntaba, además de la vía de refinanciación del sistema sanitario, otras dos, que eran la aportación de los fondos comunitarios, de los cuales en las nuevas perspectivas financieras comunitarias existen ciertas dudas, o aportaciones de fondos propios. En los presupuestos generales de 2005 del Ministerio de Sanidad y Consumo no vimos nada, y sí vía enmienda por parte de otros ministerios, como el de Administraciones Públicas, cosa que no nos sorprende, porque la señora ministra no quiere saber nada de financiación.

Señor Lamata, ¿qué va a hacer el Gobierno con la construcción del hospital de Benavente? Díganos la verdad y no sigamos manteniendo a los benaventanos en la incertidumbre, porque hay quien sí está apostando por la sanidad de Benavente, como es la Junta de Castilla y León. No generemos en estas buenas gentes falsas expectativas, porque lo único que quieren es recibir una buena atención del servicio sanitario. Dejemos actuar a los que tienen la responsabilidad de la planificación sanitaria según la ley y colaboremos con ellos. Pensamos en los que van a beneficiarse del sistema, que son los ciudadanos.

La señora **PRESIDENTA**: Tiene la palabra para responder el señor secretario general.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Lamata Cotanda): Hilvanando con las últimas palabras de S.S., debo recordar en esta sede parlamentaria que efectivamente las competencias en materia de asistencia sanitaria están transferidas a la Comunidad Autónoma de Castilla y León desde finales de 2001, por lo que la financiación de todas las obras de infraestructuras sanitarias que se deban desarrollar es competencia de la Junta de Castilla y León. En el decreto de traspaso y en la firma de las competencias en la comisión mixta del Estado y la comunidad autónoma se asume esta responsabilidad y se acepta la financiación acordada para llevar a cabo esta competencia, que incluye, lógicamente, tanto el mantenimiento y el gasto corriente como el desarrollo de las inversiones correspondientes. El nuevo sistema de financiación sanitaria del año 2002 introduce además una importante modificación al incorporar la financiación sanitaria dentro de la financiación general. Es mayor, si cabe, la autonomía de la Junta de Castilla y León para priorizar políticas y para destinar a cada una

de ellas las distintas inversiones o las distintas acciones que considere adecuadas. Tengamos en cuenta que, para el cálculo de ese coste efectivo de la transferencia o, si se eligió, el gasto por persona —en el caso de Castilla y León eran muy similares—, en cualquiera de los casos, se mejoraba la situación de partida anterior, que tenía en cuenta, insisto, tanto los gastos corrientes como los gastos de inversiones que se estaban llevando a cabo en las distintas anualidades. La mejora y la renovación de las infraestructuras sanitarias son competencia de la Comunidad Autónoma de Castilla y León, que deberá disponer de la financiación suficiente y de la dotación presupuestaria que considere adecuada para esta finalidad. El Gobierno considera que una opción muy positiva podría ser esa construcción de un hospital comarcal, pero insistimos en que la competencia es de la comunidad, de la consejería o del Gobierno de Castilla y León.

La señora **PRESIDENTA**: Señora Velasco.

La señora **VELASCO MORILLO**: La verdad es que no me ha contestado a nada de lo que era mi pregunta. Yo sé de quién es la responsabilidad, el decreto de transferencias está ahí y es conocido desde el 2002. Si las competencias son de la comunidad autónoma, ella será la que planifique la reestructuración sanitaria y las infraestructuras que necesite, y lo que estoy viendo es que ustedes hacen los anuncios, pero para que los hagan otros. Yo les recuerdo que hay una serie de cartas, de las que les puedo facilitar copias, del consejero de Sanidad y de la ministra de Sanidad y Consumo; también las ha habido entre el vicepresidente segundo del Gobierno y ministro de Economía y Hacienda, el señor Solbes, y el ministro de Administraciones Públicas, para conocer la disposición total del consejero de Sanidad y Consumo de Castilla y León ante una actuación que ustedes prometían en la campaña electoral, en su programa, con 115 medidas, entre las cuales estaba la construcción del hospital de Benavente. Si quiere, le proporciono toda la documentación, aunque estoy convencida de que la tiene, pero yo pienso que el Ministerio de Sanidad y Consumo tiene responsabilidad en este tema; si no, lo que estamos conociendo y lo que nos están demostrando es que no sabemos para qué sirve el Ministerio de Sanidad y Consumo. Si ahora puede el Ministerio de Administraciones Públicas financiar o presupuestar un hospital —que ahora es en Benavente, mañana será en otro sitio— estoy totalmente de acuerdo, pero alguien tendrá que coordinar eso. Piden al consejero de Sanidad que firme un convenio. ¿De qué convenio estamos hablando? Ustedes tendrán que decir algo. Dejen de dar largas, hablen de cuestiones concretas y sobre todo cumplan con sus compromisos, que están hechos por escrito. La población de Benavente al final no sabe si la responsabilidad es de la comunidad autónoma, que es la que está apostando por la sanidad de Benavente, con un centro de especialidades y con una reforma del hospital. No les engañen dicién-

doles que ustedes van a hacer un hospital mientras que el Ministerio de Sanidad no conoce nada de eso.

La señora **PRESIDENTA**: Señor secretario general.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Lamata Cotanda): Yo entiendo que el Gobierno no engaña, que el Gobierno está respondiendo a través de mi persona en este momento, y ha dicho lo que ha dicho, no otra cosa. Insisto en que usted me pregunta por un hospital, como si otro diputado me preguntara por algo de cualquiera de las comunidades autónomas, por si se hace un hospital en Andalucía o en el País Vasco. Por la Constitución que nos hemos dado, con la Ley de Presupuestos de 2002, donde hemos diseñado y aprobado una nueva forma de financiar las autonomías, se reparten las competencias y cada uno tiene que aguantar su vela, cada palo tiene que aguantar su vela. Señoría, con todo respeto y con todo cariño, hay una administración responsable de llevar a cabo las inversiones sanitarias, que es la que tiene competencias. Eso es así. Hay una competencia a ejercer y hay luego opiniones de cada grupo político; ustedes las tienen en unos asuntos y opinan y dicen: yo creo que aquí habría que hacer esto y habría que hacer lo otro. Y hay programas electorales. Los que somos miembros de partidos políticos o participamos en campañas llevamos programas para que se puedan cumplir, y el camino para hacerlos cumplir será la ley, no puede ser otro, será la ley siempre. Con esa ley habrá que negociar, habrá que discutir y habrá que trabajar para llevar adelante aquellas ideas o aquellas propuestas que cada uno haya hecho en los distintos ámbitos de responsabilidad. Pero de lo que no cabe duda es de que no puede sustituirse una responsabilidad por otra. La responsabilidad en este caso, según la ley y según los acuerdos firmados por su Gobierno de Castilla y León con el Gobierno de España, es del Gobierno de Castilla y León y la responsabilidad de hacer ese hospital, si se decide que se haga, será del Gobierno de Castilla y León. De acuerdo. La financiación que obtenga el Gobierno de Castilla y León tendrá que ser el Gobierno el que la busque, el que la pida, el que la negocie, el que la consiga. Usted citaba una partida en los Presupuestos Generales aprobados por esta Cámara este año en la que figura ese concepto. Ese es un tema que el Gobierno de Castilla y León tendrá que negociar o tendrá que discutir, teniendo en cuenta las distintas fuentes de financiación que todos los gobiernos autonómicos van buscando, discutiendo y gestionando para mejorar sus infraestructuras: fondos europeos, nacionales, de todo tipo. Eso es lo que tiene que tener en la cabeza, entiendo yo, la Administración responsable par poder llevar a cabo ese proyecto.

— **DE LA SEÑORA FERNÁNDEZ DAVILA (GRUPO PARLAMENTARIO MIXTO), SOBRE VÍAS PREVISTAS PARA EL AUMENTO DE LOS RECURSOS DESTINADOS A LA FINAN-**

CIACIÓN DE COMPETENCIAS SANITARIAS. (Número de expediente 181/000784.)

— **DE LA SEÑORA FERNÁNDEZ DAVILA (GRUPO PARLAMENTARIO MIXTO), SOBRE PREVISIONES ACERCA DE LA ARTICULACIÓN DE MECANISMOS QUE PERMITAN INCORPORAR FINANCIACIÓN ESTATAL ADICIONAL AL SISTEMA VIGENTE DE FINANCIACIÓN DE LAS COMPETENCIAS SANITARIAS. (Número de expediente 181/000785.)**

La señora **PRESIDENTA**: Las preguntas números 6 y 7 serán formuladas de forma conjunta. Hacen referencia a la financiación de las competencias en materia sanitaria, y para efectuar la pregunta tiene la palabra la señora Fernández Davila.

La señora **FERNÁNDEZ DAVILA**: Señor secretario general, señorías, hacemos estas preguntas porque, como todos sabemos, la evolución del gasto sanitario está siendo peor que la evolución de los ingresos cedidos en materia tributaria para su financiación, lo que pone de manifiesto la insuficiencia del actual sistema de financiación autonómica, particularmente en su componente sanitario, y está derivando en un progresivo deterioro de las cuentas de las comunidades autónomas. En algunas comunidades autónomas, como Galicia, esta insuficiencia se hizo patente desde el mismo momento de la entrada en vigor del actual sistema de financiación, con el establecimiento de un recargo autonómico sobre el impuesto especial de hidrocarburos para financiar el gasto sanitario.

Durante el reciente debate sobre política general, el debate del estado de la nación, el presidente del Gobierno afirmó en su intervención ante el Pleno del Congreso que es necesaria una reforma del actual sistema de financiación autonómica para asegurar su suficiencia, anunciando que en la próxima Conferencia de presidentes se abordaría en primer término la mejora de la financiación sanitaria. El señor Zapatero afirmó igualmente que es objetivo del Gobierno que la reforma que afecta a la sanidad se incorpore a los Presupuestos Generales del Estado para el año 2006. Por otra parte, declaraciones de otros miembros del Gobierno, por ejemplo del ministro señor Sevilla el 18 de mayo pasado, parecen apuntar a que la única modificación prevista en materia de financiación sanitaria es la actualización de las cifras de población. Nos gustaría que nos aclarase si el Gobierno ya tiene perfilada la reforma de la financiación sanitaria que pretende incluir en los próximos Presupuestos Generales del año 2006, si la reforma se limitará a modificaciones parciales del sistema vigente, que como todos sabemos es parte integrante del sistema de financiación autonómica y si estas modificaciones se limitarán a la revisión de las cifras de población o, por el contrario, se pretende proponer un sistema totalmente nuevo.

Para nosotros es muy importante conocer cuál será el alcance de las reformas, porque, a pesar de que hoy la insuficiencia del sistema se reconoce de manera generalizada, las causas de dicha insuficiencia no son las mismas en todas las comunidades autónomas. Mientras que para algunas comunidades la insuficiencia se deriva principalmente de la evolución de las cifras de población, con crecimientos demográficos muy superiores al crecimiento de los recursos disponibles como consecuencia del fenómeno migratorio, para otras comunidades, como es el caso de Galicia, la insuficiencia es estructural y se deriva principalmente de la infraponderación de ciertas variables muy determinantes de la evolución del gasto sanitario, como el peso relativo de la población mayor de 65 años, o simplemente de la no inclusión en el cálculo de la restricción inicial de variables responsables de mayores costos en la provisión de servicios, como puede ser la dispersión poblacional. Si las causas son distintas, las soluciones también habrán de ser diferentes, y no será suficiente con reconocer que en algunas comunidades se han producido incrementos significativos de población, que es el argumento mayor que estamos oyendo. Por eso nos gustaría que nos contestara a estas preguntas.

La señora **PRESIDENTA**: Señor secretario general, tiene usted la palabra.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Lamata Cotanda): En efecto, el modelo de financiación vigente, que se aprobó, en primera instancia y por unanimidad, en el Consejo de Política Fiscal y Financiera de julio de 2001, y luego en sede parlamentaria, cuando ya se transforma en Ley General de Presupuestos, que contiene esos cambios, la 21/2001, tenía una ambición y se definía en el propio texto normativo como dotado de suficiencia estática y suficiencia dinámica, es decir, que tenía bastantes recursos previstos para atender las necesidades actuales y para poder ir atendiendo las necesidades futuras conforme fueran evolucionando los distintos parámetros de demanda o de necesidad en cada una de las áreas de las políticas públicas, incluida la sanidad. Esto no ha sido así por distintos factores que se podrían analizar, pero en todo caso coinciden en ello aquellos gobiernos que firmaron aquel otro acuerdo. Es también una situación en este momento de unanimidad la de los gobiernos autonómicos con, en este caso, el nuevo Gobierno de España, reconocer que el sistema de financiación hay que revisarlo. Específicamente, y eso sí que es una novedad, se ha planteado la financiación sanitaria de forma diferenciada para su estudio, que no condiciona la solución que se dé, para cuantificar esas necesidades de financiación, para analizar el problema; que se diferencie y que se haga un estudio previo al que se está haciendo en paralelo de la financiación general del sistema. El resultado final no se ha alcanzado todavía y por lo tanto no le puedo contestar a plena satisfacción, en la medida en que ese resultado será el acuerdo al que

en su día lleguen los presidentes autonómicos con el presidente de España. Sí le puedo comentar algún aspecto de los trabajos que se están haciendo en esa dirección, precisamente por encargo de la Conferencia de presidentes.

Hay un grupo de trabajo, el grupo del gasto, que está desarrollando trabajos muy interesantes y novedosos en la estimación del gasto real de las distintas comunidades autónomas. En el modelo vigente y en otros anteriores, y lo conoce bien S.S., siempre se actuaba sobre liquidación del ejercicio correspondiente. La liquidación era el punto de partida de la restricción financiera del modelo siguiente y luego se corregía de una o de otra forma. En este momento se está haciendo un esfuerzo, que requiere no solo el conocimiento de la situación, sino la fiabilidad de unos con otros; es este modelo del que antes hablábamos, que requiere que nos creamos unos a otros en las cifras que nos estamos dando. Por ejemplo, en Galicia, donde se conoce, y el Tribunal de Cuentas lo ha señalado algunas veces, había un decalaje entre el gasto liquidado y el gasto real y había un déficit objetivado, que acreditaba el Tribunal de Cuentas. En otras comunidades autónomas no es así, había un déficit pero que no estaba acreditado por otra entidad responsable. Ha habido que hacer un esfuerzo, y se está haciendo todavía, de validación de las cifras que cada uno está poniendo sobre la mesa, para objetivar el gasto real, el gasto efectivo del ejercicio correspondiente. Al mismo tiempo se están buscando y construyendo algunas herramientas, en forma de indicadores, que permitan dar respuesta a lo que S.S. apuntaba, intentando hacer un análisis más fino de lo que pueden ser los gastos atribuibles por edades, por ejemplo, que es un elemento importante. También otras comunidades autónomas han planteado la dispersión como un elemento importante que determine un sobrecoste u otros elementos que pueden estar afectando, desde el punto de vista de cada comunidad autónoma, en mayor medida a su esfuerzo presupuestario, y la deficiencia o el déficit que se esté produciendo en su comunidad, achacable al gasto sanitario. El esfuerzo de armonización de toda esta información está siendo muy laborioso, pero también debo decir que muy positivo y muy constructivo, entre las comunidades autónomas y la Administración General del Estado. Se está haciendo un esfuerzo real de construcción de una información que va a ser la base para poder dar respuestas a estas preguntas que usted me está formulando.

El grupo de población, que es el otro grupo que está trabajando, analiza ese fenómeno demográfico, tan novedoso también, que ha ocurrido en España en los últimos seis o siete años: un incremento de población que nadie preveía, como nadie preveía la caída del muro de Berlín. Aquí nadie preveía que se fuera a pasar de 600.000 a 4.000.000 de inmigrantes en un periodo tan corto de tiempo. Esto es un fenómeno impresionante. Además hay otras variables demográficas que se están analizando y que cambian de una manera muy importante el panorama de la demografía y de la morbilidad.

lidad esperable en la población española y en distintas áreas de la población española. Ese estudio también está bastante avanzado, se están haciendo escenarios de recálculo con el modelo actual. Usted me preguntaba: qué se va a utilizar. No está cerrado, digamos, si se mantiene el modelo actual corrigiéndolo en alguna variable o si se modifica de una manera más importante, pero sí se están haciendo los escenarios con los distintos modelos, recalculando, con el modelo actual y la nueva población, con distintas de esas variables que usted me comentaba, para poder ofrecer a la Conferencia sectorial del Consejo de Política Fiscal y Financiera esa información. Es ahí, en ese consejo, donde se debe llegar al nuevo acuerdo económico, como se llegó para el modelo de 2001, y es ahí donde todos estamos aportando, también desde el Ministerio de Sanidad, gran parte de la información que está manejando, tanto la económica y la asistencial como la poblacional de tarjetas sanitarias; es decir, gran parte de la información está siendo suministrada por los equipos de las distintas unidades del Ministerio de Sanidad y Consumo, pero también de otros ministerios, del Instituto de Estudios Fiscales, etcétera, y de todas las unidades de las comunidades autónomas.

El ritmo de trabajo es bueno, es bastante ágil, y, según la información que yo tengo, se va a poder poner a disposición del Consejo de Política Fiscal y Financiera en breves fechas. Dice también el acuerdo de presidentes que tendrá que informarse al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y en la Conferencia de presidentes, que, como se ha anunciado, tendrá que ser después de las elecciones gallegas. A partir de ahí, final de junio, primera semana de julio, que es cuando está previsto que se reúna esa conferencia, es donde se podrá dar respuesta a estas inquietudes, a estas preguntas, que con todo sentido hace su señoría. Lamento no poder darle más información, pero sí puedo corroborar o confirmar que todas esas cuestiones se están analizando en los grupos de trabajo, a los que sí tengo acceso a través de los colaboradores del ministerio.

La señora **PRESIDENTA**: Señora Fernández Davila.

La señora **FERNÁNDEZ DAVILA**: Gracias, señor secretario general, señor Lamata, por su información. Deseo que lo que yo acabo de interpretar de sus palabras sea posible en el futuro de esas negociaciones que usted acaba de explicarnos que se están dando entre la Administración central y las comunidades autónomas, o por lo menos en el consejo. He entendido, aunque a lo mejor entendí mal o con mucho optimismo, que lo que se está haciendo es un estudio, partiendo incluso de las previsiones sobre gasto sanitario, que permita valorar la diversidad de las necesidades que cada comunidad autónoma pueda tener para, a partir de ese conocimiento y de esa realidad, poder aplicarlo al modelo de financiación. No sé si es eso lo que usted me ha dicho o es que

yo lo he entendido así porque quería entenderlo positivamente. Digo esto porque para nosotros, los gallegos y las gallegas, es importantísimo que desde el Estado se haga una variación importante en la financiación de la sanidad. Por una razón, porque la transferencia de la sanidad pública en el año 1992 ya fue deficitaria en su financiación. Lo repetimos por activa y por pasiva todos los años posteriores, pero en ningún momento se nos hizo caso, por gestión inadecuada del propio Gobierno autonómico. En un momento determinado, creo que fue en el año 1997, hubo algún fondo adicional en la negociación de la financiación sanitaria, pero un fondo que en absoluto significaba lo que era la deuda que nosotros definimos como histórica. Sabemos que esta y otras deudas que se definen como históricas, como es el caso de Andalucía, no tienen nada que ver. Esto fue una negociación de transferencia desde nuestro punto de vista mal hecha y que además cuantificamos en muchísimas ocasiones.

En el año 2001, cuando se hace la nueva modificación de la financiación autonómica, y los parámetros que significaba para la financiación sanitaria, volvemos otra vez a hacer una mala negociación, no solamente en el modelo, respecto al cual ya tenemos nuestras reticencias, sino también en lo que corresponde a la financiación. Y, en el baremo de los criterios que se barajan, Galicia vuelve a ser la comunidad autónoma que en peores condiciones queda. A mí me molesta mucho decir esto, porque parece que los gallegos estamos siempre reclamando del Gobierno central unas diferencias que parece que nos inventamos; yo no sé por qué siempre tenemos que ser los que en peores condiciones quedamos, sobre todo cuando se habla de financiación. Pero lo cierto es que, cuando vamos a hacer los números, nos encontramos esas diferencias. Por ejemplo, en el fondo del programa de ahorro e incapacidad temporal hay una media de un 40 por ciento que corresponde a Galicia y un 42 por ciento que es la media que corresponde al Estado. Haciendo números, hay 1.000.000 de euros menos para Galicia. Si vamos a la financiación en general, y según el estudio que nosotros hacemos, y partimos de los propios datos de los presupuestos de la Xunta de Galicia, hay más de 100 millones de euros, de diferencia, si se tuviera en cuenta el criterio de dispersión poblacional que tenemos en el país, que no se consideró ya en el 2002, y si se tuviera en cuenta ponderadamente el incremento, respecto del resto del Estado, de la población envejecida, mayor de 65 años, sobre todo mayor de 80 años. Para nosotros es vital que, en la nueva financiación, se tengan en cuenta todos los aspectos que no se tuvieron en cuenta anteriormente; además, es vital que se tenga en cuenta que antes no se tuvieron en cuenta, y valga la redundancia de todo lo que digo, pero quiero decir que, en la financiación nueva, no solamente hay que valorar a partir de ese momento, sino también la insuficiencia que generaron los criterios anteriores y sobre todo las baremaciones que se hicieron.

A nosotros nos gustaría, con lo que usted nos acaba decir, que lo hemos entendido de una manera positiva, en tanto que aún no se ha resuelto nada y que se está en la fase de estudio, y parece que hay predisposición a estudiar a fondo la cuestión, que, después del 19 de junio, que es cuando se va a reunir el consejo interterritorial de presidentes autonómicos, nos encontremos por lo menos en un momento distinto para Galicia y que podamos negociar de una manera diferente, como no se hizo con el Gobierno en el año 1992, que era Partido Popular en Galicia, PSOE en Madrid. Tampoco se hizo en el 2001, con gobiernos amigos como había en aquel momento. Esperamos que en ese consejo interterritorial de presidentes autonómicos Galicia tenga un peso que se haga valer, pero también una predisposición del Estado a ser sensible a una realidad insuficiente en la financiación, acumulativa desde el año de la transferencia.

La señora **PRESIDENTA**: Señor secretario general.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Lamata Cotanda): Por no dar demasiado campo a su optimismo, y por llevarlo al término que exige la prudencia, quiero afirmarle que se están haciendo los trabajos con rigor, que está participando todo el equipo de la Administración central del Estado, de los ministerios implicados y de las comunidades autónomas, y que se están analizando todas las variables razonables y de las que tenemos información. No podemos avanzar ahora si eso se va a tener en cuenta en el dibujo final, es decir, que al final el acuerdo se centre solo en población, solo en dispersión, como usted planteaba, o en otra variable. No podemos hacerlo porque no está en esa fase todavía, está en la fase de análisis de los modelos, de si se hace esta u otra aplicación, la fase de análisis de información. Lo más importante, a mi juicio, ha sido que se haga ese esfuerzo de poner todas las cuentas sobre la mesa.

En efecto, en otros procesos tranferenciales que usted ha citado, en 1992 y en la corrección de 1997, se partía, como señalábamos, de liquidaciones, se hacen unos cálculos determinados. Galicia tuvo seguramente ahí una transferencia con dificultades, que se mejora en 1997. El periodo de acercarse a la media que se había pactado era de diez años, pero se acortó, con lo cual se mejoró en parte esa situación. Del acuerdo del 2001 lo que hay que decir es que por primera vez recoge la unanimidad de todos los gobiernos —eso era insólito— y recoge también una mejora relativa para el conjunto de las comunidades autónomas, porque parte de la mejora venía del cálculo de la financiación sanitaria, pero parte también iba en el resto del modelo que se cierra. En el cálculo de la financiación sanitaria, los que estaban por encima del gasto medio por persona se colocaban donde ya estaban y los que estaban por debajo iban a la media; es verdad que sigue habiendo diferencias en el cálculo de la financiación sanitaria, pero se mejoraba relativamente. En ese sentido, yo creo que fue un buen paso, un

paso importante, que no ha sido suficiente, como ahora se ve, y que es lo que tenemos que replantear. Se puede ser optimista en la medida en que hay disposición de todos los gobiernos, el Gobierno de España y los gobiernos de las comunidades autónomas, en llegar a ese acuerdo, en la medida en que se ha puesto ese tema sobre la mesa y en ese sentido, pero no me atrevería a vaticinar si se va a modificar el acuerdo o corregirlo parcialmente, o si se incorporará una variable u otra. Piense S.S. que el equilibrio al que se llegó de financiación per cápita corregido por edad, con medio puntito para la insularidad, es un equilibrio muy sencillo y muy operativo; cualquier otra variable que se incluya, como dispersión, enseguida reclama otras variables de comunidades donde la dispersión no es un factor y sí lo es, por ejemplo las grandes concentraciones urbanas con un mayor coste del suelo, o lo que fuera. Es decir, que hay variables que cada uno pone sobre la mesa, hay modelos más complejos de otros países que no han demostrado mayor operatividad. En todo caso, por sintetizar, le puedo confirmar que esas variables que usted ha puesto sobre la mesa están siendo analizadas, que hay comunidades, no solo Galicia, sino otras también, que las han planteado en este sentido —recuerdo Castilla y León, Castilla-La Mancha, alguna otra comunidad— y que también hay otras comunidades que plantean otras variables desde otras configuraciones geográficas y demográficas, otras variables de mayor peso allí. Por lo tanto, el dibujo final tendrá que ser el acuerdo de suma de voluntades y buscar aquel escenario en el que todos puedan mejorar, puedan avanzar razonablemente.

— **DEL SEÑOR GUTIÉRREZ MOLINA (GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO), SOBRE PROYECTO PREVISTO PARA LA AMPLIACIÓN DEL HOSPITAL COMARCAL DE MELILLA. (Número de expediente 181/000944.)**

La señora **PRESIDENTA**: Procedemos a la formulación de la siguiente pregunta, la que aparece como número 9 del orden del día, que hace referencia a la ampliación del hospital comarcal de Melilla. Para plantearla, tiene la palabra el diputado señor Gutiérrez Molina.

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA**: En primer lugar, agradecer a los servicios de la Cámara y a la señora presidenta la rapidez con que se corrigió la petición de corrección, valga la redundancia, de una expresión mía en anterior sesión; conste en acta mi agradecimiento. Gracias, señor secretario general, por su comparecencia.

El motivo de la pregunta es que desde el principio nosotros, el Grupo Parlamentario Popular y el Partido Popular, hemos sido partidarios de la ampliación del Hospital Comarcal de Melilla, era una propuesta que

llevábamos en nuestro programa electoral y el Gobierno de la ciudad autónoma está dispuesto a colaborar para que se hagan las modificaciones urbanísticas necesarias para que las actuales zonas que están afectadas por esa posible ampliación, zonas de aparcamiento, hablando más domésticamente, pudieran ser modificadas en poco tiempo, con el fin de que esta ampliación, que es necesaria, imprescindible —es una cuestión de ciudad, valga el tópico— se pudiera hacer.

Aprovecho la ocasión para decir que nosotros nos sentimos muy orgullosos de la actuación del Gobierno autónomo de la ciudad, y más ahora, cuando hemos tenido la oportunidad de leer que determinados portavoces de otros grupos políticos que no es el suyo, señor Lamata, señor secretario general, con afán aparentemente peyorativo decían que no querían compararse con Ceuta ni con Melilla. Pues no saben ellos lo que se pierden. Nosotros nos sentimos muy orgullosos de nuestro Gobierno, y allá otros con sus comparanzas. Insisto en que no es su partido político precisamente el que ha hecho esta muy desafortunada apreciación, y aprovecho este foro para hacerla constar.

El hospital comarcal está saturado, señora presidenta, desde hace mucho tiempo, porque no solamente se presta atención a una población de hecho, sino que se atiende también a una población periférica fronteriza que conlleva elementos ciertamente positivos, como dar servicios solidarios a los vecinos fronterizos que vienen a trabajar a Melilla, pero que tiene también, como todo en la vida, una nota negativa, que desborda necesariamente la capacidad actual del hospital comarcal y por lo tanto determinados servicios. Tendrá noticias el señor secretario general de la saturación de determinados servicios del hospital, en concreto de los de diálisis, a los que acuden multitud de pacientes, regularizados o no (esa es otra cuestión, otro debate que yo no voy a introducir ni siquiera tangencialmente, pero que es necesario poner encima de la mesa) y que provoca, no cabe la menor duda, inquietud, entre comillas, entre los melillenses, y desde luego una lista de espera mayor de lo deseable. De ahí el que yo estuviera interesado en conocer, negro sobre blanco, en lo posible, señor secretario general —después, en la réplica o en otro turno ya le haré algunas matizaciones al respecto—, los proyectos que tiene previstos el gobierno para la ampliación del hospital comarcal de Melilla, en cuanto a fechas, en cuanto a proyectos, etcétera. Ya he tenido ocasión de anunciarle la voluntad del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Melilla a este respecto, y lo que espero ahora en sede parlamentaria, señora presidenta, es que el señor secretario general conceptúe de una forma más específica los planes, el estado actual de los mismos, los servicios a los que afectan y cuantos otros aspectos el señor secretario general tuviera a bien concretar.

La señora **PRESIDENTA:** Para responder tiene la palabra el señor secretario general.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Lamata Cotanda): En efecto, el hospital comarcal de Melilla, como decía S.S., funciona razonablemente bien, pero por aumento de la demanda asistencial en los últimos años presenta un grado de saturación que hace necesaria una ampliación y, por lo tanto, en ese sentido coincidimos. El hospital actual empezó a funcionar en el año 1990, han pasado quince años; desde entonces ha habido un aumento de población, un aumento de flujo de personas a través de la frontera que demandan servicios, también un aumento de las patologías y de la complejidad de las técnicas disponibles. Analizadas esas variables, la conclusión es la necesidad de completar y ampliar la dotación. En los análisis que los equipos del Ingesa han realizado de las distintas opciones, se optó por la construcción de un nuevo edificio contiguo al actual sobre una superficie de 1.764 metros, que daría la posibilidad de construir hasta cuatro plantas sobre rasante más los sótanos para aparcamientos; habría una posibilidad de edificabilidad utilizable de hasta 6.000 metros cuadrados en plantas de atención hospitalaria. Esta posibilidad es la que se ha analizado también con el Gobierno de la ciudad autónoma, se han discutido las posibilidades, las distintas necesidades y, conjuntamente con los equipos de dirección de Ingesa, las áreas que priorizarían para ampliar servicios serían las de obstetricia, neonatología, urgencias, consultas externas y cirugía ambulatoria. Al mismo tiempo se trataría de mejorar la habitabilidad y el confort del conjunto de las instalaciones, incrementando las habitaciones de uso individual para poder dar respuesta a necesidades específicas; mejorar las áreas comunes, como lavandería, cocina, es otro de los objetivos de esta ampliación. Le confirmo la voluntad del Gobierno de seguir adelante con este proyecto.

En cuanto a las previsiones, en la reciente visita del señor subsecretario a Melilla y en su contacto con las autoridades de la ciudad de Ceuta, él ya tuvo ocasión de discutir el cambio de calificación que era preciso y también hacer los estudios geotécnicos de la zona para ver realmente la capacidad constructiva. Ese estudio geotécnico y para la recalificación se ha contratado el 22 de febrero, por lo que tiene ya un camino recorrido. En función de estas informaciones que usted también me confirmaba, se podrá seguir avanzando ya con el encargo del proyecto de arquitectura, para el cual disponemos de presupuesto en este año 2005. Nuestro objetivo sería tener finalizado el proyecto de arquitectura a lo largo del año que viene y poder iniciar las obras de construcción después de la aprobación y de sacarlas a concurso, a principios de 2007. Esa es la información, como le digo, después de ese análisis y ese estudio de los equipos técnicos, y también de las conversaciones que hasta este momento hemos mantenido con las autoridades de la ciudad de Ceuta.

La señora **PRESIDENTA:** Señor Gutiérrez Molina.

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA:** Muchísimas gracias, señor secretario general, por los datos. La verdad es que esta pregunta no se la habría formulado yo a usted en este momento si en esta mención que usted ha hecho de la visita del señor subsecretario, acompañado de autoridades y de gestores del Ingesa a Melilla, para dar cuenta de estas realizaciones y de otros proyectos de realizaciones del Ministerio, hubiera tenido la cortesía, bien es verdad que parlamentaria, de haber citado al único diputado que hay por la ciudad, junto con las autoridades. Yo ya sé que los diputados no somos autoridades, y mucho menos yo, que tengo menos peso específico que el helio, pero me habría gustado que la cortesía parlamentaria que habitualmente se tiene en esta Cámara se hubiera tenido con el diputado, que además es miembro desde hace tres legislaturas de la Comisión de Sanidad y que ha sido también —perdón, porque como no tengo abuela algo tengo que decir—, subdirector provincial de Asistencia Sanitaria durante mucho tiempo allí, en Melilla. Yo sé que tengo poco que decir, pero algo podría haber enriquecido las múltiples reuniones que el señor subsecretario tuvo en la ciudad —con foto— con el presidente de la ciudad, con el delegado del Gobierno —con foto—, con las centrales sindicales —con foto—, con la Junta de Personal del hospital comarcal —con foto—, y me parece —aunque como no hubo foto no lo puedo aquí poner encima de la mesa— que con el equipo de fútbol de la Ciudad de Melilla, seguramente para convencerle de los efectos salutíferos de la práctica deportiva, menos con el diputado de la ciudad, cosa que me parece cuanto menos un poco extemporánea.

En cualquier caso, yo le agradezco mucho las respuestas, señor secretario general, nos habríamos ahorrado mucho tiempo si allí en vivo yo hubiera constatado estos datos, que son los mismos que el señor subsecretario dio. No era cuestión de ponerle a usted en ningún brete ni pillarle en ningún renuncio, sino sencillamente que por lo menos se dijera aquí, en sede parlamentaria. En cualquier caso, como el señor subsecretario tendrá que venir por aquí y tiene pendiente alguna que otra cuestión mía —alguna preguntilla, me parece que son quince o veinte— desde hace ya bastante tiempo, seguramente cuando venga ya las habrá respondido con la concreción que le caracteriza en todas y en cada una de sus intervenciones, por lo que tendré una idea mucho más global no solamente de estos datos que usted tan acertadamente ha dicho aquí, sino de otros datos que han quedado, no de esta comparecencia suya, sino de otros extremos sobre los que yo le quería preguntar al señor subsecretario.

Me quedan dos aspectos del tema que nos ocupa, señora presidenta. Yo coincido con usted, porque es muy difícil no estar de acuerdo, en la necesidad de una ampliación del hospital comarcal, si bien el anuncio tiene más de profético que de otra cosa porque se anuncia para el primer semestre del 2007. Dios le oiga, que lo veamos todos y que la capacidad de la inversión, que me parece

que era de 30 millones de euros que se van a dedicar a este proyecto, a la realización del hospital comarcal que tanta falta hace, sea una pronta realidad. No vamos a hacer de la cuestión bandera política, señora presidenta, va a ser una cuestión de ciudad, por lo tanto el Grupo Parlamentario Popular y el Partido Popular en Melilla no va a encontrar en su Gobierno más que ayuda. Esperemos que en el año 2007 no seamos nosotros, los del Partido Popular, los que pidamos ayuda a ustedes porque serán elecciones generales y seguramente estarán en otro sitio, estarán en la oposición.

Le voy a decir dos cositas. Primero, y anótelos, señor secretario general, con toda cordialidad, para decírselo al señor subsecretario. Para estas ampliaciones hacen falta también recursos humanos, y uno de los temas candentes que tenemos ahí es la plantilla, que, utilizando una palabra que a mí no me gusta porque es un tópico, ha quedado ya obsoleta, como se dice; en cualquier caso ha quedado desfasada para las necesidades reales del hospital. Para poder llevar a cabo esta ampliación con ciertos visos de racionalidad, tiene que haber un incremento de los recursos humanos. He sabido por la prensa que en la excursión última que hizo el señor subsecretario a Melilla, en la reunión que tuvo con los sindicatos, se acordó aprobar antes del 30 de junio un plan de ordenación de recursos humanos. Yo creo que eso es importante y que no debe quedar en una mera retórica o en una mera presunción. La presión asistencial es grande, como usted ha coincidido conmigo, y la presión asistencial acaba impulsando los recursos humanos, impulsando la promoción y la formación del conjunto de los profesionales. Cuantas más medidas se tomen y usted ha analizado alguna de ellas parcialmente, teniendo en cuenta las prioridades del ministerio pues ciertamente cabe una conclusión, cabe un silogismo en A, no en *barbara*: a medida que se pongan en marcha más actividades, tendrán que buscarse más efectivos. Esto es una realidad incontrovertible que no admite demostración. Por tanto, en este proyecto y en este tipo de actuaciones no deberían caer en saco roto los recursos humanos; cuantos más recursos humanos haya, cuanto mayor sea la ampliación de plantilla, no ampliación sino adecuación de la plantilla (me he expresado mal, es adecuación de la plantilla, porque ya sabemos lo que cuesta ampliar una plantilla y lo que cuesta mover el capítulo 1) será mejor, hay que adecuarla a las realizaciones y a la presión asistencial cada vez más evidente por el —usted lo ha dicho bien, señor secretario general— flujo migratorio, el aumento de la población, el encarecimiento de las técnicas, la prolijidad de las mismas; en una palabra, cuantos más gatos, más ratones. Los recursos humanos son fundamentales, porque si no caeremos en un círculo cerrado, del que no saldremos por mucha ampliación que se haga y por muy buena voluntad que pongan las administraciones.

Quiero enfatizarle la necesidad de los recursos humanos, pues hay saturación en estos momentos de servicios vitales para el hospital comarcal, como es el

de diálisis; todos los enfermos que van allí lo necesitan, sean o no personas con derecho a asistencia sanitaria. Esta saturación ciertamente crea un problema de insatisfacción entre la población melillense en cuanto a la evaluación que hacen de la sanidad. Nosotros hemos leído unas declaraciones que decían que los ciudadanos melillenses estábamos enormemente satisfechos de la sanidad; hombre, decir que estamos enormemente satisfechos me parece morir de éxito, yo creo que mejor es decir satisfecho, un aprobadoito, y después sacaremos nota en otro examen. De momento estamos satisfechos, porque el melillense sí valora la labor de los profesionales, pero para dar esa calificación que el mismo ministerio se da, es necesario enfatizar estas áreas que le he dicho y que el proyecto siga para adelante, a ser posible que se acorten fechas. Yo sé que es difícil, señora presidenta, no vamos a pedir imposibles, pero cuenten con el apoyo del Gobierno de la ciudad autónoma. Como Melilla y Ceuta, aunque son ciudades distintas y distantes, a más de 500 kilómetros cada una, dependen del Instituto de Gestión Sanitaria y hay una dirección general específica para Ceuta y para Melilla en cuanto a la gestión de los recursos hospitalarios, y no tenemos ni vamos a tener transferida la gestión de la sanidad, pues la responsabilidad es exclusivamente del Gobierno.

La señora **PRESIDENTA**: Señor secretario general.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Lamata Cotanda): Desde luego, sí, hay aspectos que no solo deben centrarse en la inversión en ladrillo, en equipamientos, sino también en recursos humanos. En ese sentido, ese plan global de ordenación que anunció el señor subsecretario es un complemento necesario para completar ese proceso de mejora continua de los servicios de salud y también ese esfuerzo de coordinación que el subsecretario subrayó en su visita.

Yo entiendo que en esa visita institucional el subsecretario cumplió con una serie de tareas importantes para la mejora de la atención sanitaria de Melilla, que es lo que nos debe preocupar a todos. En ese sentido le puedo garantizar que impulsará decididamente esa inversión y ese plan de ordenación de recursos humanos como a él le caracteriza, pues lo que dice lo cumple y las tareas que asume en cualquiera de las funciones públicas que ha llevado a cabo, las desempeña sin tacha y con una eficiencia comprobada a lo largo de los años. De eso se derivará el cumplimiento de esas aseveraciones y de esos compromisos; la eficacia en los resultados será lo que determine finalmente lo que los ciudadanos quieran en esos tres años que quedan para el final de esta legislatura y, como los ciudadanos son sabios, ellos determinarán dónde nos sentamos cada uno.

— **DE LA SEÑORA JUANES BARCIELA (GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA DEL CONGRESO), SOBRE CANTIDAD ECONÓMICA QUE RECIBIRÁ LA COMU-**

NIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA Y LEÓN PARA LA FINANCIACIÓN DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL CONSUMO CON CARGO AL FONDO DE BIENES DECOMISADOS. (Número de expediente 181/000959.)

La señora **PRESIDENTA**: Procedemos ya a abordar la última de las preguntas que figuran en el orden del día, que hace referencia a la materia drogas nuevamente, en relación con los fondos que le tocará recibir a la Comunidad Autónoma de Castilla y León para programas de prevención y reducción del consumo con cargo al fondo de bienes decomisados. Para formular esta pregunta, tiene la palabra la diputada señora Juanes Barciela.

La señora **JUANES BARCIELA**: Bienvenido, señor secretario general del Ministerio de Sanidad y Consumo. Señor Lamata no se sorprenda con algunas de las cosas que ha escuchado aquí esta mañana, pero es una práctica habitual en el Gobierno autónomo de Castilla y León delegar competencias que tenían que asumir y, por el contrario, arrogarse otras que no le corresponden.

Voy a mi pregunta. Los problemas relacionados con el consumo de drogas afectan de una manera u otra al conjunto de la sociedad. Todos sabemos que el problema de drogas es muy complejo, multifactorial, con implicaciones sociales, económicas, culturales y personales muy profundas. Con buen criterio, el Plan Nacional sobre Drogas volvió al Ministerio de Sanidad y Consumo. Como dijo la ministra, la señora Salgado, en la comparecencia del 31 de mayo del 2004, la adscripción de este plan a este departamento de sanidad supone potenciar los aspectos sanitarios de la problemática de la drogadicción, poniendo énfasis en la cuestiones relacionadas con la coordinación de actividades de prevención, asistencia, reinserción de los drogodependientes, separando claramente esta problemática de los asuntos relacionados con la producción y distribución de drogas.

El acuerdo adoptado por la Mesa de coordinación de adjudicaciones del fondo de bienes decomisados, integrada por representantes de los Ministerios de Sanidad y Consumo, Interior, Justicia y Hacienda, bajo la presidencia de la delegada del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, aprobaron los criterios de distribución para el año 2005 del fondo procedente de los bienes decomisados. Este fondo, regulado por la Ley 17/2003, de 29 de mayo, está integrado por los bienes decomisados por delito de contrabando, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas, así como por el decomiso de otros bienes procedentes de delitos de blanqueo y de narcotráfico. El producto de estos bienes está destinado a intensificar las actuaciones de prevención, investigación, persecución y represión de estos delitos. La Mesa de coordinación de adjudicaciones del fondo acordó destinar un total de 7.150.000 euros para la prevención y reducción del consumo. Como en años anteriores, de

todas las partidas que se distribuyen a los beneficiarios del fondo —corporaciones locales, organizaciones no gubernamentales sin ánimo de lucro y Federación Española de Municipios y Provincias—, la mayor cuantía se destinará a las políticas de prevención, asistencia, rehabilitación y reinserción de los toxicómanos que llevan a cabo las comunidades autónomas. También se acordó en esa Mesa de coordinación de adjudicaciones financiar prioritariamente los programas autonómicos que incluyeran acciones encaminadas, entre otras cosas, a fomentar la prevención, a facilitar la integración social y laboral de los consumidores de drogas en el proceso de rehabilitación, a la mejora de la atención integral de las personas drogodependientes, especialmente la población joven que se inicia en el consumo de drogas, y a potenciar el desarrollo de sistemas de información, de acuerdo con las prioridades del plan de acción 2005-2008.

Según los datos que hizo público su ministerio, las comunidades autónomas recibirán un total de casi 5 millones de euros, para ser exactos 4.840.000 euros, frente a los 2.420.000 euros del año anterior. Este dato representa un incremento del cien por cien respecto a la financiación de los planes autonómicos de droga en 2004 con cargo a los fondos de bienes decomisados. Por ello, señor Lamata, le formulo la pregunta que figura en el orden del día: ¿qué cantidad económica recibirá la Comunidad Autónoma de Castilla y León para la financiación de programas de prevención y de reducción de consumo con cargo al fondo de bienes decomisados?

La señora **PRESIDENTA**: Para responder, tiene la palabra el secretario general.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Lamata Cotanda): En efecto, volvemos a tratar esta mañana un tema de enorme interés, como es el de la prevención y control de las drogas, y el tratamiento y rehabilitación de las personas dependientes. En ese sentido, quiero resaltar, como S.S. hacía al formular esta pregunta, que el nuevo enmarque de nuestro Plan Nacional sobre Drogas en el Ministerio de Sanidad nos está permitiendo por una parte coordinar mejor aspectos de prevención que pueden tener que ver con los programas de promoción y protección de la salud, que estaban y están incardinados en la Dirección General de Salud Pública, en aspectos que tienen que ver con los consumidores, en aspectos que tienen que ver con otras políticas de investigación desde el Instituto de Salud Carlos III. Es, pues, una medida que entendemos irá produciendo esos resultados positivos que todos estamos buscando. Por otro lado, la coordinación con

el Ministerio del Interior se mantiene y se fortalece también desde el punto de vista de las acciones de prevención de la oferta que estamos llevando a cabo a través de sus gabinetes especializados, y el acuerdo de la gestión del fondo de bienes decomisados nos permite y nos ha permitido también una gestión un poco más ágil de algunos de estos expedientes, que se traducen al final en un recurso importante para financiar los planes de prevención.

Derivado de este conjunto de elementos, como señalaba S.S., la dotación que hemos aprobado para este año con cargo al fondo de bienes decomisados para la transferencia a las comunidades autónomas es aproximadamente el doble, el cien por cien de incremento, y en ese sentido permitirá financiar, dotar los distintos programas que las comunidades autónomas nos presenten. La forma de distribución de este fondo es con cargo a proyectos que las comunidades autónomas van diseñando y proponen al plan nacional, y por lo tanto no podemos anticipar la cantidad precisa que Castilla y León vaya a recibir por este concepto. Podemos tener la referencia de que el año pasado Castilla y León recibió 217.800 euros por este concepto; tenemos el dato de que este año disponemos de una mayor dotación del fondo de bienes decomisados en la partida aprobada para comunidades autónomas, y también conocemos ya que la Comunidad Autónoma de Castilla y León ha presentado tres proyectos a financiar. De manera que en este momento se está haciendo ese análisis, esa valoración del conjunto de proyectos que presentan las comunidades autónomas; espero que esa financiación mejore sustancialmente respecto al año 2004 y que permita avanzar también en las posibles acciones que Castilla y León nos proponga y que estén respondiendo a la estrategia nacional y al plan de acción que propuso el Gobierno de España y que aprobó también en la conferencia sectorial la Consejería de Castilla y León.

La señora **PRESIDENTA**: La señora diputada tiene la palabra si lo desea.

La señora **JUANES BARCIELA**: Me doy por contestada.

La señora **PRESIDENTA**: Concluido por tanto el orden del día, damos por finalizada esta sesión.

Ruego a los señores portavoces que se acerquen para poder celebrar una reunión de Mesa y portavoces, tal y como teníamos acordado.

Se levanta la sesión.

Eran las dos y cinco minutos de la tarde.

Edita: **Congreso de los Diputados**

Calle Floridablanca, s/n. 28071 Madrid

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

Imprime y distribuye: **Imprenta Nacional BOE**

Avenida de Manoteras, 54. 28050 Madrid

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



Depósito legal: **M. 12.580 - 1961**