



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2005

VIII Legislatura

Núm. 382

SANIDAD Y CONSUMO

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

Sesión núm. 18

celebrada el jueves, 6 de octubre de 2005

Página

ORDEN DEL DÍA:

Comparecencia de la señora ministra de Sanidad y Consumo (Salgado Méndez) para informar sobre los criterios aprobados por el Ministerio de Sanidad y Consumo al Gobierno, para garantizar la suficiencia financiera del Sistema Nacional de Salud. A solicitud del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 213/000259.)

2

Se abre la sesión a las cuatro y cinco minutos de la tarde.

La señora **PRESIDENTA**: Celebramos hoy una sesión de control al Gobierno en la que está prevista la comparecencia de la señora ministra de Sanidad y Consumo, que ya nos acompaña y a la que damos, en nombre de toda la Comisión, la bienvenida.

Antes de efectuar esta comparecencia quería poner en conocimiento de SS.SS. que, junto a la que aparece en el orden del día de la señora ministra de Sanidad y Consumo para informar sobre los criterios aportados por el Ministerio de Sanidad y Consumo al Gobierno para garantizar la suficiencia financiera del Sistema Nacional de Salud, a petición del Grupo Parlamentario Popular, ha sido admitida en la Cámara una petición del propio Gobierno, que solicita su comparecencia ante la Comisión para informar de las repercusiones para el Sistema Nacional de Salud de los recientes acuerdos en materia de financiación sanitaria. Creo que la casi identidad de los contenidos les llevará a SS.SS. a admitir que en la sesión del día de hoy demos por celebradas ambas comparecencias, la solicitada por el Grupo Parlamentario Popular y la solicitada por el propio Gobierno. Alguna reflexión sobre ello quería hacer el portavoz del Grupo Popular señor Mingo y para ello le doy la palabra.

El señor **MINGO ZAPATERO**: Señora presidenta, nos congratulamos de que el Gobierno haya pedido la comparecencia hace poco —lo desconocíamos hasta este momento— para hablar de financiación sanitaria.

La señora **PRESIDENTA**: Sin más, procedemos a celebrar la comparecencia y para exponer el contenido de su intervención tiene la palabra la señora ministra de Sanidad y Consumo.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Salgado Méndez): Señorías, quiero, en primer lugar, felicitar a esta Comisión por la aprobación ayer del proyecto de ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, suministro, consumo y publicidad de los productos del tabaco y, en particular, deseo felicitarles por el grado de consenso alcanzado. Sinceramente, creo que es un hito muy importante para la mejora de la salud de los ciudadanos, y que tanto a corto como a medio plazo vamos a ver resultados espectaculares, espero que particularmente entre las generaciones más jóvenes. Creo que con esta aprobación estamos todos de enhorabuena y confío que el consenso alcanzado se mantenga en el Senado y la ley sea pronto definitivamente aprobada.

He solicitado mi comparecencia ante esta Comisión para informar a la Cámara de las repercusiones para el Sistema Nacional de Salud de los acuerdos adoptados hace unas semanas en el seno del Consejo de Política Fiscal y Financiera derivados de la celebración de la

Conferencia de Presidentes sobre financiación sanitaria. Con esta comparecencia, como ha dicho la presidenta, también doy respuesta a la petición del Grupo Parlamentario Popular. Incluí también un punto sobre esta cuestión en el orden del día del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud que celebramos ayer en Santander, tanto para informar a los consejeros de las comunidades autónomas de este tema como para abordar conjuntamente el enfoque de los trabajos a desarrollar en el futuro como consecuencia de los acuerdos alcanzados en el Consejo de Política Fiscal y Financiera. Los acuerdos suponen una importantísima aportación financiera para el Sistema Nacional de Salud, pero también tienen otra vertiente, la de la mejora de la eficiencia y la calidad que nos compromete a todas las administraciones y en la que deberemos trabajar Gobierno central y comunidades autónomas.

En cualquier caso quisiera comenzar mi intervención señalando que el pasado 10 de septiembre fue un día importante para la sanidad de nuestro país y también para nuestros ciudadanos. La propuesta que el Gobierno puso sobre la mesa en el seno de la Conferencia de Presidentes es un ejemplo más del compromiso de este Gobierno con las políticas sociales y de cómo puede compatibilizarse un modelo de crecimiento económico inteligente y moderno con la adecuada atención al gasto social. Como saben, la gestión económica sigue produciendo unos buenos resultados y el Gobierno ha decidido aplicarlos a la sanidad pública, respondiendo así a una de sus principales prioridades. Con esta propuesta cumplimos un compromiso electoral, un compromiso del discurso de investidura del presidente y, además, con una decidida apuesta por la sanidad pública seguimos en la mejor tradición de los anteriores gobiernos socialistas. Y, lo que es más importante, respondemos a una de las demandas que más interesan a los ciudadanos, de acuerdo con todas las encuestas que se hacen; consolidar una sanidad pública de calidad con las mejores prestaciones comunes y accesible para todos los ciudadanos, sea cual sea su lugar de residencia o su renta.

Como saben, el actual sistema de financiación entró en vigor el uno de enero de 2002, fecha en la que se hicieron efectivas las últimas transferencias sanitarias a diez comunidades autónomas. Apenas dos años después y tras las elecciones del 14 de marzo, todas las comunidades autónomas manifestaron que el modelo no ofrecía los efectos previstos y que estaban generándose insuficiencias en materia de financiación de la sanidad. Debo decir que antes de ese momento esa manifestación, al menos públicamente, se había hecho únicamente por las comunidades autónomas gobernadas por el Partido Socialista, que estaba entonces en la oposición. Las comunidades del Partido Popular parecían aceptar públicamente lo que resultaba del sistema de financiación, pero bastó que el Partido Socialista ganara las elecciones del pasado 14 de marzo para que comenzaran a aflorar públicamente las, así llamadas, insuficiencias del modelo.

El Gobierno ha asumido desde el primer momento el compromiso de colaborar con las comunidades autónomas para abordar conjuntamente estos problemas. Ha sido un compromiso personal del propio presidente del Gobierno, Rodríguez Zapatero, que pocos meses después de tomar posesión de su cargo situó en el centro del debate político la financiación del gasto sanitario. El Gobierno apuesta así por la sanidad pública, conseguida y financiada por todos a lo largo de muchos años, que tanto a hecho por eliminar las desigualdades en nuestro país y que hace que todos —ciudadanos, grupos políticos, profesionales— consideremos esta sanidad pública un patrimonio común, como ocurre también con la educación y con las pensiones. Con estas medidas, nuestro Sistema Nacional de Salud no solo no está en riesgo, sino que vamos a conseguir que siga siendo uno de los mejores sistemas del mundo; es propiedad de todos los españoles, es equitativo, es igualitario, es universal y es solidario, y atiende a las personas según sus necesidades y no de acuerdo con sus recursos económicos.

Durante los últimos meses, para dar cumplimiento a ese compromiso del presidente se han hecho muchas reuniones y han sido muchos los esfuerzos que han hecho todas las administraciones; ha sido un ejemplo de colaboración leal entre todos, que quiero agradecer y que ha tenido como resultado que hoy conozcamos mejor nuestro sistema, cuáles son sus problemas y cuáles las posibles soluciones. En este sentido, quiero agradecer el esfuerzo de todas las comunidades, las gobernadas por el Partido Socialista y las gobernadas por el Partido Popular, pero también quiero reconocer el trabajo de otros departamentos de la Administración del Estado que han cooperado para arbitrar una solución a estos problemas, y me refiero fundamentalmente a los Ministerios de Economía y Hacienda y de Administraciones Públicas, pero también a mis propios funcionarios, que tantas horas han dedicado al análisis del gasto sanitario.

La propuesta del Gobierno, que se debatió en la conferencia del pasado día 10 y se articuló a través de los acuerdos aprobados en el Consejo de Política Fiscal y Financiera del día 13 de septiembre, supone que el Gobierno aporta más recursos a la sanidad; por una parte, recursos presupuestarios y, por otra parte, los recursos derivados del incremento de los impuestos del alcohol y el tabaco, y da también a las administraciones autonómicas la posibilidad de incrementar sus recursos por la vía normativa. El compromiso más importante, aunque no el único, es aportar más recursos financieros al sistema para que las comunidades autónomas puedan seguir prestando un servicio de calidad en condiciones de igualdad. El acuerdo, como saben, supone una importante aportación a la financiación de la sanidad: 3.042 millones para el año 2006 y 3.142 para el año 2007, además de la reducción de las aportaciones a realizar por las Comunidades del País Vasco y Navarra. Es verdad que una parte de esos recursos son incrementos de los anticipos a cuenta de los impuestos cedidos y del fondo

de suficiencia a partir del año 2005, pero esta es una cuantía que no debe subestimarse, y mucho menos por los responsables sanitarios. Como ustedes saben, las comunidades autónomas tienen que hacer sus presupuestos de acuerdo con sus disponibilidades y lo que hasta ahora contaba con un techo del 98 por ciento de los impuestos cedidos y del fondo de suficiencia podrá, a partir de ahora, incrementar su cuantía hasta el cien por cien.

El anticipo tiene, además, otro efecto, y es que, según calculaba el presidente de la Asociación de Tecnologías Sanitarias, el coste de los intereses por los retrasos en el pago por parte de las comunidades autónomas asciende ya a 225 millones de euros. Por tanto, las cifras que figuran en los presupuestos de las comunidades autónomas para sanidad en este año 2006 podrían tener ya un incremento de 1.365 millones de euros. La aportación neta del Estado a la financiación de la sanidad —sin contar esos anticipos— se sitúa en el año 2006 en 1.677 millones de euros, en los que se incluyen 500 millones, que se repartirán conforme a los criterios establecidos por la Ley 21/2001 con la población de 2004; 500 millones, para mantener la garantía sanitaria establecida en el modelo de financiación, que, como saben, había terminado ya; 227 millones, derivados del incremento de los impuestos sobre alcohol y tabaco; 55 millones, para compensar las circunstancias del hecho insular en Baleares y Canarias; 200 millones, para compensar la asistencia a residentes extranjeros; 100 millones, para compensar la atención por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, cubierto solo por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, y, por último, 50 millones, que gestionará el Ministerio de Sanidad y Consumo para la puesta en marcha del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. A estas cifras hay que añadir 45 millones, que se destinan a incrementar la dotación del fondo de cohesión sanitaria. Con estas aportaciones vamos aproximando el presupuesto sanitario a la media del presupuesto de la Unión Europea, que es, como saben, un compromiso electoral.

Quisiera darles alguna indicación de lo que representa esta aportación. Como saben, el peso del gasto sanitario público sobre el PIB aumentó de manera continuada hasta 1993, año en el que, debido a una crisis económica profunda, ese aumento se estancó hasta el año 1995. Posteriormente, en los años de gobierno del Partido Popular, y pese a ser unos años de crecimiento económico importante, el gasto sanitario con respecto al PIB no aumentó, incluso decreció en algunos ejercicios, y es solo al final del proceso de transferencias cuando el gasto sanitario comienza a recuperar una senda de crecimiento que ahora va a sufrir un incremento importante. Los acuerdos de la conferencia, por tanto, deberían permitir que las comunidades autónomas solucionen problemas concretos, que en su mayor parte no habían sido abordados hasta ese momento. El Gobierno ha sido sensible a las cuestiones planteadas por las comunidades autónomas, algunas de ellas muy específicas, como las del

hecho insular. El Gobierno es consciente de que la prestación de servicios sanitarios en condiciones equitativas en las comunidades autónomas insulares exige de más recursos y, por tanto, ha querido dotar un fondo específico para atender estas necesidades, fondo que afecta a la Comunidad de Canarias y a la Comunidad de Baleares porque recordarán que el peso de la circunstancia insular en el sistema de financiación era prácticamente nulo.

Estos 1.677 millones de aportación neta permitirían a las comunidades autónomas, por citar solo algunos ejemplos, construir y equipar 450 nuevos centros de salud, incorporar a nuestro sistema de salud 15.000 médicos o 22.000 enfermeras, adaptar 50.000 habitaciones en hospitales públicos o realizar 800.000 intervenciones quirúrgicas más el año. Cuando damos estos ejemplos, en modo alguno es para que esto sea lo que se haga, sino simplemente para dar a los ciudadanos una idea de en qué podría traducirse una cifra de 1.500 millones de euros. Estas son, por tanto, algunas comparaciones que nos permiten cuantificar la importancia de estos recursos adicionales. Este resultado es una parte de lo que ha sido el fruto de trabajo de todos durante estos meses. La toma de conciencia de que es necesario aportar mayores recursos a la sanidad pública en nuestro país y esa disposición del Gobierno a dedicar a la sanidad el resultado de una buena gestión económica que, no se les oculta, hubiera podido tener muchas otras aplicaciones, algunas de ellas correspondientes a competencias que ejerce el Estado en exclusiva.

La consolidación y mejora de la sanidad pasa por la dotación de recursos suficientes, pero desde luego también pasa por una administración eficiente de esos recursos, y quiero decir que el grado de eficiencia de nuestro Sistema Nacional de Salud es ya alto. La demostración es muy sencilla. Con un porcentaje del PIB inferior a la media de los 15 países más desarrollados de la Unión Europea, la calidad y la amplitud de nuestras prestaciones sanitarias no tienen nada que envidiar a las del resto de los países, pero los ciudadanos nos exigen también mejorar la eficiencia y creemos que es posible hacerlo y, además, que se pueden utilizar para ello todos los datos, los resultados y el fruto de trabajo de ese conjunto de personas que han estado analizando el gasto sanitario. Por eso, hemos pensado que ese grupo de trabajo de análisis del gasto sanitario debe tener un carácter permanente y emitir informes periódicos al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y al Consejo de Política Fiscal y Financiera y poner de manifiesto cómo se están utilizando esos recursos adicionales, qué medidas de eficiencia se están poniendo en práctica y qué medidas sería necesario adoptar para mejorar esa eficiencia y garantía de las prestaciones.

Como les decía, los acuerdos que se adoptaron en el seno de ese Consejo de Política Fiscal y Financiera tienen una vertiente de aportación de recursos, pero tienen también otra vertiente de asunción de determinados compromisos por parte de todas las administraciones, y en particular de las comunidades autónomas,

referidas todas ellas a la adopción de medidas para la mejora de la eficiencia. Esta segunda vertiente es fundamental para reforzar la eficacia del acuerdo, que se vería seriamente limitada si únicamente se hiciera uso del dicho: coge el dinero y corre, que tan popular se hizo hace algunas semanas. Para reforzar la eficacia del acuerdo, en el texto se recoge expresamente que las comunidades autónomas —leo textualmente— se comprometen a adoptar, al menos, una serie de medidas de racionalización del gasto sanitario público, que enumero a continuación. En primer lugar, la mejora de los sistemas de compras, centralizando y homogeneizando en cada ámbito territorial las decisiones de compra de productos sanitarios de uso hospitalario e incentivando su extensión a la adquisición de equipamientos, de herramientas informáticas y de todo tipo de material sanitario, revisando permanentemente los resultados de dichos sistemas de compras.

En segundo lugar, el impulso de medidas para asegurar la calidad y el uso racional de los medicamentos, fomentando su consumo racional e informando a los ciudadanos sobre estos usos racionales. En este sentido se hace necesaria la extensión de guías farmacológicas, los programas de protocolización de la prescripción, una nueva regulación y control de la visita médica, el establecimiento de un sistema independiente y objetivo de información sobre medicamentos para los profesionales que aporte experiencias que ya tienen algunas comunidades autónomas, la potenciación de los programas de farmacovigilancia, la utilización de los medicamentos genéricos y el desarrollo de un programa de formación continuada en materia de actualización terapéutica. Con ello, sin ninguna duda, vamos a cubrir un vacío tradicional que en materia de formación continuada tenía el Sistema Nacional de Salud. Para el desarrollo de un programa de formación continuada en materia de actualización terapéutica vamos a utilizar recursos procedentes de las aportaciones de la industria farmacéutica en función del volumen de ventas, como se estableció, si recuerdan, en la Ley de Presupuestos para el año 2005.

En tercer lugar, las comunidades se comprometen (hay que entender que también el ministerio, las administraciones sanitarias) al establecimiento de mecanismos que estimulen la práctica de estilos de vida saludables y que contribuyan así a la prevención de los problemas de salud evitables. Es necesario desarrollar, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, estrategias de salud en relación con los problemas más prevalentes, que además del tabaquismo, la obesidad y los accidentes de tráfico incluyen el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, las enfermedades mentales, la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Es necesario también fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica (alerta y respuesta a las situaciones de emergencia), teniendo en cuenta los nuevos riesgos biológicos y ambientales.

En cuarto lugar, las comunidades y el ministerio se comprometen al refuerzo de las agencias de evaluación

de tecnología sanitaria, de manera que puedan evaluar de forma permanente y rigurosa la seguridad, eficiencia y efectividad de tecnologías y procedimientos. Deberán establecerse mecanismos operativos que evalúen las indicaciones, las tasas de utilización y los resultados de las tecnologías sanitarias y deberán articularse protocolos de actuación y buenas prácticas. También comunidades y ministerio se comprometen a la consolidación de los mecanismos de incentivos a los profesionales sanitarios, que están ya desarrollándose por comunidades autónomas como instrumento para incrementar la calidad asistencial y responsabilizarles de los distintos componentes del gasto. También las comunidades se comprometen al aumento de recursos y la capacidad de resolución de la atención primaria. Como complemento esencial a esta medida, resulta preciso desarrollar la atención domiciliaria, sobre todo para personas mayores o los pacientes terminales, y ahí deben incluirse sin ninguna duda los cuidados paliativos. Para ello debe aprovecharse la formación de los profesionales y, en particular, su capacidad y experiencia, así como las tecnologías de la información y las comunicaciones. Por último, y en relación con este tema, las comunidades se comprometen también al desarrollo de sistemas de información sanitaria, que deberán incorporar información sobre la población a través de la tarjeta sanitaria, sobre las necesidades y la demanda, sobre actividad y resultados y sobre utilización de recursos y sus costes.

Quisiera referirme también a la cartera de servicios, una referencia breve, puesto que recordarán que el día 21 de junio comparecí ante esta Comisión para abordar específica y largamente esta cuestión, al igual que había hecho unos días antes en la Comisión general de comunidades autónomas del Senado. No solo en sede parlamentaria, sino también en muchos foros se ha hablado últimamente de la cartera de servicios; una cartera de servicios que en realidad debe describirse, puesto que existe y es a la que se ajustan las prestaciones que se ofrecen. Como saben, nuestra cartera básica y común de servicios (los servicios a los que tienen derecho los ciudadanos) es una de las más amplias del mundo. Sin embargo, nosotros entendemos que es necesario redefinirla, reescribir esta cartera de servicios que en su formalización data del año 1995. Desde entonces han cambiado muchas cosas; unas tecnologías han sido sustituidas por otras, han variado procedimientos y creemos que es el momento de que con todas las comunidades autónomas y en el seno del Consejo Interterritorial se definan de manera específica las prestaciones, los servicios, las tecnologías, los procesos que deben asociarse a cada una de las prestaciones. Por ello, les recuerdo que en el primer pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de esta legislatura, concretamente el 16 de junio del año 2004, se encargó la redacción de la cartera de servicios a la Comisión de aseguramiento, financiación y prestaciones, comisión que es parte del Consejo Interterritorial. El nuevo documento plasmará sin duda cuanto en la práctica se está

llevando a cabo, identificando y formalizando todos aquellos servicios que hoy reciben los ciudadanos de forma adaptada a la nueva terminología clínica y se establecerá también el proceso de actualización de la cartera, teniendo en cuenta que cualquier nueva prestación que se pretenda incluir en la misma deberá contar, como así se ha pactado con las comunidades autónomas, con el acuerdo del Consejo Interterritorial. Si bien los servicios que se detallarán en ese nuevo real decreto son los ya existentes, es preciso destacar que la calidad con la que se prestan es creciente en el tiempo y con esta exigencia seguiremos trabajando de manera continuada.

Como recordarán, ya en la comparecencia del 21 de junio les detallé los trabajos que se habían desarrollado hasta la fecha, con detalle de las 24 reuniones que entonces ya se habían celebrado por parte de distintos comités y grupos de trabajo y que permitieron la elaboración de un primer documento que se remitió a las comunidades autónomas. Ahora, y como consecuencia de los acuerdos a que hago referencia, hay un compromiso por parte del Gobierno de presentar un proyecto de real decreto que regule la cartera de servicios, básica y común de todas las comunidades autónomas, en un plazo no superior a seis meses. Creemos que el estado de los trabajos y la colaboración de las comunidades autónomas, que ayer mismo tuvimos ocasión de constatar, va a permitir presentar ese proyecto en el próximo Consejo Interterritorial que se celebrará en el mes de diciembre y, por tanto, estaremos dentro del plazo acordado.

Señorías, como saben, las comunidades autónomas tienen asumidas en su totalidad las competencias de prestación de la asistencia sanitaria, pero el Ministerio de Sanidad y Consumo sigue siendo el referente ante los ciudadanos de la sanidad pública y desde luego el referente y responsable a nivel internacional. Somos la voz de la sanidad en los foros internacionales, lo somos en la Organización Mundial de la Salud y en la Unión Europea. Por eso entendemos que corresponde al ministerio un papel de liderazgo en el logro del máximo grado de cohesión de nuestro sistema y nos corresponde también el liderazgo en el desarrollo de políticas que garanticen la máxima calidad y eficiencia de la atención sanitaria. El presupuesto del Ministerio de Sanidad y Consumo para el año 2006, con un incremento previsto del 20,86 por ciento así lo indica. Por ello, permítanme que de las medidas adoptadas en la Conferencia de Presidentes y en el Consejo de Política Fiscal y Financiera me centre ahora en las que tienen más relevancia práctica para el ministerio, puesto que corresponden a actuaciones que deben impulsarse desde el departamento. Quisiera referirme al fondo de cohesión sanitaria y al Plan de calidad del Sistema Nacional de Salud.

El Gobierno, como les decía, ha decidido incrementar la dotación del fondo de cohesión sanitaria con un total de 45 millones de euros adicionales, lo que supone prácticamente duplicar la cuantía recogida en los Presu-

puestos Generales del Estado para el año 2005, que es de 54 millones. Esos 45 millones de euros adicionales para 2006 se van a destinar, en primer lugar, tal y como figura en el documento repartido en el Consejo de Política Fiscal y Financiera, a mejorar las compensaciones que actualmente se transfieren a las comunidades autónomas por la asistencia sanitaria que prestan a ciudadanos de otras regiones. Nos estamos refiriendo a desplazamientos programados, es decir, aquellos incluidos en la regulación del fondo de cohesión y que vienen motivados por la inexistencia de determinados recursos en la comunidad autónoma de origen, lo que exige que esas personas deban desplazarse a otras comunidades.

En segundo lugar, esta aportación del Gobierno va a servir para definir servicios de referencia a nivel nacional, diseñados para prestar atención sanitaria de alta complejidad o para atender procesos o enfermedades poco frecuentes. Sería poco eficiente un despilfarro de recursos y, además, no ofrecería garantías de calidad que existieran 17 centros para el tratamiento de procesos que tienen muy poca frecuencia. Hay incluso intervenciones quirúrgicas que requieren una maestría por parte de los profesionales que no puede alcanzarse si realizan muy pocas intervenciones al año. Por tanto, la creación de estos servicios de referencia no solo va a contribuir a la eficiencia económica, sino que va a garantizar a los ciudadanos una mayor seguridad.

Además, y en relación con el sistema de información y gestión para el cobro derivado de la asistencia a pacientes extranjeros en estancia temporal, el ministerio va a diseñar programas que permitan que las comunidades autónomas mejoren sus sistemas de facturación. Creemos que los ingresos que actualmente se perciben por la asistencia a turistas extranjeros, que son de 32 millones de euros, puedan fácilmente crecer hasta una cifra del doble. Por todo ello, próximamente el ministerio va a presentar en el Consejo Interterritorial un proyecto de real decreto que regulará el nuevo fondo de cohesión sanitaria y los servicios de referencia.

Quisiera ahora referirme al Plan de calidad que, de acuerdo con el documento entregado en el Consejo de Política Fiscal y Financiera, será gestionado por el ministerio. Por este acuerdo se asigna una dotación presupuestaria de 50 millones de euros anuales en los presupuestos del Ministerio de Sanidad y Consumo para la puesta en marcha de este plan. El objetivo del ministerio es diseñar una serie de instrumentos que vamos a poner a disposición de las comunidades autónomas y que el propio Ingresa aplicará en las ciudades de Ceuta y Melilla, que corresponden todavía al ámbito de gestión del ministerio. Con este fondo queremos impulsar, en primer lugar, el diseño de estrategias de salud para todo el Sistema Nacional de Salud. Como autoridad sanitaria no debíamos consentir que cada año miles de personas mueran en nuestro país por enfermedades que serían fácilmente evitables, si modificáramos nuestros hábitos de vida. Por eso la preven-

ción debe configurarse como una alta prioridad en las políticas de las administraciones sanitarias.

Queremos que desde este Plan de calidad el ministerio ponga un grano de arena para incentivar y dar coherencia a estas políticas de prevención y de promoción de la salud. Por otro lado, y con los recursos destinados a este Plan de calidad, el ministerio va a fortalecer la Agencia de Evaluación de Tecnologías y la red de organismos de evaluación del Sistema Nacional de Salud. La falta de evaluación previa y posterior de las tecnologías nuevas puede implicar efectos adversos para los pacientes, así como un gasto a menudo innecesario que merma la capacidad del sistema para garantizar otras prestaciones. Por ello, en colaboración con las sociedades científicas, vamos a mejorar los procedimientos de autorización, de financiación y de utilización de las tecnologías y va a ser desde este Plan de calidad desde donde financemos experiencias piloto para comprobar la eficiencia y la utilidad de una tecnología antes de su extensión al conjunto del Sistema Nacional de Salud. Por supuesto, una parte de este dinero se va a destinar a la formación de expertos en la evaluación de tecnologías sanitarias; expertos que no solo van a estar en el ministerio, sino también en los órganos correspondientes de las comunidades autónomas.

Con el desarrollo de este Plan de calidad vamos a elaborar unas guías de buenas prácticas para los procesos más frecuentes; guías que van a recoger recomendaciones concretas para que los profesionales sanitarios aborden los distintos problemas de salud de la forma más segura, eficaz y eficiente, porque la calidad de la atención está directamente relacionada con los conocimientos y la actualización de esos conocimientos con que cuentan los profesionales. Por eso, queremos dedicar una parte de los recursos a la formación continuada.

El calendario de la Presidencia europea va a estar dirigido a mejorar la seguridad de los pacientes, a evitar que los pacientes puedan contraer una infección de las denominadas hospitalarias y también a disminuir los errores médicos. La calidad de la práctica médica se encuentra íntimamente vinculada con el respeto a la autonomía del paciente y con la calidad de la atención que se presta. En esa línea, vamos a poner un énfasis especial en implantar el consentimiento informado y los documentos y registros de últimas voluntades. Igualmente, queremos incentivar la atención domiciliaria y una parte importante de ella será la extensión de cuidados paliativos para que puedan prestarse a domicilio, porque creemos, y tenemos datos a partir de las encuestas, que eso es lo que los ciudadanos demandan.

Por otro lado, y gracias a los recursos aportados por el Gobierno, se va a fortalecer el sistema de información del Sistema Nacional de Salud, porque solo en este año, y a través del grupo de análisis del gasto sanitario, hemos tenido una radiografía de lo que es en este momento nuestro Sistema Nacional de Salud, puesto que mucha información dejó de recopilarse cuando finalizó el proceso de transferencias. Con las transferencias se ganó en

proximidad en atención, se ganó en calidad humana, se perdió, sin embargo, una información muy precisa para poder gobernar el sistema. Por eso creemos que los trabajos de este grupo deben continuar y hemos de tener siempre vivo y actualizado un sistema de información permanente sobre necesidades, demandas, actividad, resultados, utilización de los recursos y, en definitiva, los costes y la eficiencia de cada proceso.

Vamos a implantar la receta electrónica y la historia clínica electrónica, un instrumento fundamental de acceso de todos los ciudadanos a los servicios sanitarios y también instrumentos de garantía, de calidad y seguridad cuando un ciudadano demanda asistencia sanitaria en un lugar distinto de donde reside su médico de atención primaria. Precisamente, en la sesión de ayer del Consejo Interterritorial tuvo oportunidad de presentar el convenio marco de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo, el Ministerio de Industria, Turismo y Comercio y la entidad pública empresarial Red.es para el desarrollo de la denominada sanidad en línea en el Sistema Nacional de Salud. Este convenio, firmado el martes pasado, supone una aportación de más de 140 millones de euros a las comunidades autónomas que quieran sumarse al proyecto y va a suponer, sin ninguna duda, un impulso importante a esas políticas. En línea con estas actuaciones, el Ministerio de Sanidad y Consumo seguirá desarrollando los trabajos en las comisiones constituidas al efecto y presentará al Consejo Interterritorial las propuestas normativas sobre el sistema de información y sobre la historia clínica electrónica.

Por último, el Plan de calidad va a permitir continuar realizando estudios de la atención sanitaria, de las necesidades y demandas, atendiendo a criterios distintos de los que hasta ahora se han establecido, como sucede, por ejemplo, con la consideración de un enfoque de género, que creemos que falta en nuestro examen del Sistema Nacional de Salud y también en otros países, y es otra de las prioridades de la Presidencia británica.

El ministerio va a tener que afrontar con las comunidades autónomas grandes retos en los últimos meses, que se van a traducir en normas, en dotaciones, pero que van a tener que venir acompañados de mejora de la eficiencia. Quisiera señalarles lo que desde el ministerio queremos hacer: el establecimiento de una cartera básica y común de servicios con una definición precisa de servicios, de tecnologías, de procesos, en definitiva, de prestaciones; la promoción de estilos de vida saludables; la generalización de la implantación de las nuevas tecnologías en todos los niveles asistenciales para reducir la carga burocrática de los profesionales sanitarios; la evaluación de tecnologías y procedimientos para hacer una relación de eficiencia, seguridad y coste y para evaluar la conveniencia de introducir nuevas tecnologías en el sistema. Con las comunidades autónomas definiremos los servicios de referencia, también ayudaremos a que se puedan centralizar en cada ámbito territorial las compras de productos sanitarios de uso hospitalario.

En cuanto a los profesionales sanitarios, reforzaremos los programas de formación y estableceremos —ya lo tenemos— los estudios avanzados, un sistema de baremación de los daños médicos para agilizar los procesos de indemnización a los pacientes. Mejoraremos, sin ninguna duda, la eficiencia en la prestación farmacéutica para que, contando los pacientes con todos los medicamentos que necesiten, el porcentaje de gasto sanitario que dediquemos a farmacia sea menor de lo que es actualmente. Vamos a mejorar los procesos de información a los pacientes, homogeneizar los protocolos de consentimiento informado, garantizando su seguridad en la calidad de la atención, desarrollando todo un sistema de información sanitaria que nos permita conocer en tiempo real a qué se están dedicando los recursos existentes y cuáles son las necesidades adicionales del sistema.

Con estas medidas de eficiencia y con estas aportaciones adicionales, estoy segura de que podemos garantizar la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario y vamos a permitir que el incremento de casi 4 millones de personas a las que se atiende desde el momento en que se hicieron las transferencias no derive en detrimento de la calidad del sistema.

El Gobierno ha situado la Sanidad en el centro del debate y lo ha hecho formulando propuestas, aportando recursos y colaborando con las comunidades autónomas para articular una solución que permita garantizar servicios de calidad, accesibles y en condiciones de igualdad para todos los españoles. Espero que ahora todos sepamos estar a la altura del reto que se nos presenta. Para ello, espero contar con su colaboración.

La señora **PRESIDENTA**: A continuación tiene la palabra el portavoz del Grupo Parlamentario Popular, que es quien ha solicitado la comparecencia.

Tiene la palabra don Mario Mingo.

El señor **MINGO ZAPATERO**: Bienvenida una vez más a la Comisión, señora ministra.

Señoras y señores diputados, quiero empezar mi intervención siguiendo el guión que ha ofrecido la señora ministra en relación con la aprobación ayer por esta Comisión de Sanidad con competencia legislativa plena, de la ley del tabaco. Hemos llegado a un acuerdo, aunque no es total. Hemos hecho un gran esfuerzo todos los grupos políticos para encontrar y aprobar la mejor ley, pero quedan flecos importantes, señora ministra. Es poco frecuente encontrar la aprobación de una ley con un voto en contra del propio Gobierno a una parte de su articulado y es prácticamente imposible decir a los medios de comunicación que hay un acuerdo completo cuando al principal partido de la oposición no se le recoge (con independencia de los acuerdos alcanzados en otros ámbitos que han mejorado extraordinariamente la ley desde el punto de vista sanitario) lo que desde nuestro punto de vista, político y profesional, es de extraordinaria transcendencia para alcanzar los objetivos de dis-

minuir el consumo de tabaco en España, que es el consejo médico, el asesoramiento, la protección y la cobertura, dentro de la cartera de servicios, de la financiación de deshabituación tabáquica. Mi grupo espera y desea que la ministra rectifique y que, en el trámite del Senado, podamos llegar a un acuerdo definitivo. Eso sería enormemente ventajoso para todos los ciudadanos españoles.

A continuación, señora presidenta, intervengo para fijar nuestra posición y argumentar la petición de comparecencia de la ministra en relación con la financiación. Señora ministra, usted en su primera comparecencia —cuando fue nombrada ministra y vino aquí a esta Comisión— manifestó que la financiación del Sistema Nacional de Salud era una de las prioridades y dijo que vendría a esta Comisión y que contaría con el Sistema Nacional de Salud y con el consejo interterritorial, como órgano representativo del sistema, a la hora de tomar decisiones. Hemos esperado 18 meses, señora ministra, a que usted venga a esta Comisión para hablar de financiación, el consejo interterritorial ha esperado 18 meses. En cada consejo interterritorial se le ha pedido a usted la celebración de un consejo interterritorial extraordinario y además se le ha planteado un recurso. Todo porque usted hasta hoy no quería hablar de financiación. Sinceramente, señora ministra, no lo entiendo. Se lo he dicho en varias ocasiones, yo no entiendo que la ministra de Sanidad del Gobierno de España no quiera hablar de financiación sanitaria en un ámbito extraordinariamente positivo para ella y para todos nosotros como es la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados y el consejo interterritorial, porque es un ambiente propicio para demandar más dinero al Gobierno, a los gobiernos de las comunidades autónomas y al Gobierno del Estado. Esta no es la primera vez que se lo digo, incluso le ponía algún adjetivo, en el mejor tono, señora ministra, diciendo que a usted esto le interesaba poco y le dije en un momento determinado que usted lo conocía poco, pero ya ha transcurrido un año y medio y en mi subconsciente personal, después de analizar su etapa, yo pensé: la ministra de Sanidad nos tiene reservada una gran bomba. Está esperando 4 meses para encontrar el momento oportuno y, puesto que tenemos un gran desarrollo económico —como dice el Gobierno de la nación— y hay 7.000 millones de euros sobrantes, la ministra de Sanidad va a dar, con el Gobierno de la nación, una gran alegría a la sanidad española y al Sistema Nacional de Salud.

La caja de Pandora, señora ministra, se abrió los primeros días de septiembre y la caja de Pandora del vicepresidente económico, acompañado del ministro de Administraciones Públicas y de usted misma, fue la siguiente: la ridícula cantidad de 500 millones de euros y más incremento de impuestos para acabar con el déficit sanitario. Esa era la apuesta personal de la ministra de Sanidad y Consumo de este país para solucionar la financiación de la sanidad española. Cuando la veía en televisión, señora ministra, de verdad no me lo creía,

pensé: esto es una broma macabra ¿Cómo es posible que la ministra de Sanidad y Consumo de este país haga una apuesta que sea incorporar 500 millones de euros cuando ella sabe perfectamente cuáles son las necesidades de este país? La reacción, como no es de extrañar, fue inmediata: una íntima decepción entre muchos de los suyos, una evidente frustración entre los gerentes, gestores y profesionales del sistema y, señora ministra, una gran indignación de todos. Que nuestra ministra ofreciera 500 millones de euros para aportar al Sistema Nacional de Salud, después de 18 meses de silencio, era una broma macabra. Tan macabra era que la propuesta duró 24 horas y la vicepresidenta primera del Gobierno rectificó, cogió la propuesta se la metió en el bolsillo y dijo: Si no hay acuerdo, lo retiro.

Mi grupo político y mi partido, señora ministra, al día siguiente de esta propuesta presentó la propuesta de la que llevamos hablando 18 meses. No es novedosa. Decíamos: Es necesario regular la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud —que lo marca la ley y usted todavía no lo ha hecho—, es necesario regular el fondo de cohesión y ponerle más dinero. Para los presupuestos del año 2005 solicitamos en una enmienda presentada en su momento incrementar en 240 millones de euros esa partida, precisamente para evitar las desigualdades y para garantizar la solidaridad; nuestra enmienda fue rechazada y el fondo de cohesión para este año ha sido menor que el del año pasado. Decíamos, como usted muy bien ha indicado en su intervención, señora ministra, que hay 4 millones más de ciudadanos españoles y que se necesitaba un mínimo de 1.800 millones de euros para atender la asistencia sanitaria.

Al día siguiente de la propuesta del Gobierno socialista —y suya, señora ministra— empezamos a dar una segunda oportunidad al Gobierno socialista, ese Gobierno socialista que incrementa las partidas presupuestarias, como usted ha dicho en su intervención. Por fin, unos días más tarde, se produce la Conferencia de Presidentes, seguida del Consejo de Política Fiscal y Financiera, y ahí aportan —es verdad— más dinero, bastante más dinero, no los más de 3.000 euros que dice usted que ponen al sistema, porque eso son anticipos a cuenta que no sirven para la descapitalización —es evidente— y se queda usted en 1.667 millones. Nosotros habíamos pedido un modelo de distribución y una cuantía bien fija, bien determinada, con un modelo claro, diáfano y también equitativo y nos encontramos con un modelo oscurantista, que no se aprueba por unanimidad, no solamente no se aprueba, sino que requiere una nueva reunión del Consejo de Política Fiscal y Financiera para llegar a acuerdos en el reparto de ese dinero porque el dinero que se reparte asciende a 1.667 millones. La propuesta que usted ha mencionado en su intervención, señora ministra, es de 500 millones de euros para repartir como exige el modelo de financiación vigente: 55 millones de euros para insularidad y 45 millones de euros para el fondo de cohesión. Eso es todo

lo que hoy conocemos como cantidad exacta que se va a incorporar al Sistema Nacional de Salud.

Señora ministra, eso es como si el Sistema Nacional de Salud fuera una habitación con cuatro paredes y usted fuera a pintar las paredes, y resulta que usted entra en la habitación con un bote de pintura con el que puede pintar tres paredes de la habitación y la cuarta ya no se puede pintar porque es una cantidad insuficiente. De las tres paredes que quedan por pintar, usted ha pintado una con los 500 millones de euros, con los 55 y con los 45 restantes que le acabo de mencionar; ahora hay que pintar las otras dos paredes, y resulta que la pintura está en el bote, no en la pared. ¿Por qué no está en la pared? Porque los 50 millones incorporados al plan de calidad no van a las comunidades autónomas, usted misma ha dicho cómo los reparten; porque los 100 millones de euros derivados de la asistencia de los accidentes de trabajo, como no sabemos exactamente cuál es la siniestralidad laboral y no sabemos cómo se reparten —inicialmente los tenemos en el cubo de la pintura, todavía no están en la pared—; y porque los 200 millones de aseguración de extranjeros dependen de la patología que tengan los extranjeros, y usted ha dado ahora mismo la cifra de 32 millones: sigue la pintura en el bote, no en las paredes. Los 500 millones que aduce de fondo específico de ayuda a las comunidades autónomas dependen del crecimiento económico de todas las comunidades autónomas, del PIB y de lo que dediquen las comunidades autónomas; por tanto, siguen en el cubo, las dos paredes siguen sin estar pintadas. En último término, señora ministra, en cuanto a los 227 millones derivados del incremento del impuesto del tabaco y del alcohol déjeme que le explique. Si el consumo del tabaco sigue siendo como el que es, tendremos 227 millones para las comunidades autónomas y 300 para el Estado, pero si se fuma menos, como queremos todos nosotros, que somos sanitarios, el incremento será cero y, por tanto, el cubo se ha derramado y 227 millones ya no están en ese cubo y tampoco están en las paredes. Por tanto, de los 1.667 millones, señora ministra, tenemos 600 perfectamente colocados en una pared, los otros 1.117 siguen en el cubo y no sabemos si van a estar en un momento determinado en la pared, si el rodillo con el que pintamos va a tener muchos grumos o pocos y si la pared en un momento determinado va a estar limpia con criterios de reparto equitativos y justos, porque a fin de cuentas este modelo que usted ha elegido es poco transparente, y a ustedes se les llena la boca al hablar transparencia; a mí me parece muy bien, se la exijo, pero no hace falta tener que ir otra vez a un Consejo de Política Fiscal y Financiera, en el primero se llega a un acuerdo.

Siguiendo su criterio, señora ministra, ¿no sería razonable que, de los 1.667 millones, que es la cifra máxima que el Gobierno socialista ha puesto encima de la mesa, cifra final —si quieres lentejas, las comes y, si no, las dejas, sin acuerdo; además ese es un criterio que ha sido defendido y expuesto en distintos medios de comunicación, parece que ha habido unanimidad a la hora de

valorar ese criterio—, todo lo que ustedes dedican a la atención de los extranjeros, de las mutuas o de la calidad se incorporara al fondo de cohesión sanitaria con un fin perfectamente definido, que es el que viene marcado en la ley, para evitar desigualdades, para garantizar la solidaridad interterritorial? El resto, los 1.217 millones, hagan ustedes una aportación directa a las comunidades autónomas, pero con la garantía de que se dedica a la sanidad. Esta sería una propuesta coherente en su planteamiento, en el nuestro es insuficiente, pero en el suyo sería una propuesta coherente. Si no, se plantean dudas de si esa cantidad de dinero en su totalidad va a llegar al Sistema Nacional de Salud —es decir, se queda en el cubo y no en las paredes— y si el reparto va a ser equitativo y solidario.

Voy a terminar, señora presidenta, porque nos ha aconsejado en la reunión de Mesa y Portavoces que fuéramos breves. Señora ministra, la he escuchado con mucha atención, y lo hice también el otro día, a la hora de vender usted a los ciudadanos este acuerdo, sin contar con las comunidades autónomas del Partido Popular ni con las ciudades de Ceuta y Melilla, decía, y usted hoy mismo lo ha dicho aquí; que se pueden hacer muchas cosas, se puede contratar médicos, se puede mejorar la atención primaria, se pueden crear infraestructuras, se pueden acortar las listas de espera. Sinceramente, señora ministra, si eso es verdad y usted lo cree le ruego que traiga a esta Cámara un plan que especifique exactamente todo ello con la financiación adecuada, que lo lleve usted al consejo interterritorial y que se lo ofrezca a las comunidades autónomas que tienen las competencias en esta materia. Si no es así y usted lo ha puesto como un ejemplo didáctico que se ha transformado en una demagogia, le ruego que, como algunos de sus consejeros dicen, diga a la sociedad que esto es un parche para financiar en parte los déficit de la asistencia sanitaria, del Sistema Nacional de Salud.

Señora ministra, no compartimos el modelo, reconocemos que hay más dinero, es verdad, pero esto no es un regalo del Estado a las comunidades autónomas, es una partida presupuestaria importante, pero es insuficiente. No sabemos exactamente cuál es la cifra total, no sabemos el reparto, y lo que usted nos está vendiendo como un gran éxito es, a mi juicio y con el máximo respeto, una oportunidad perdida para profundizar en el adecuado modelo de equidad y de solidaridad del Sistema Nacional de Salud.

La señora **PRESIDENTA**: A continuación entiendo que las formaciones políticas que están presentes quieren hacer uso de la palabra. En primer lugar, tiene la palabra, en nombre del Grupo Mixto, la señora Fernández Davila.

La señora **FERNÁNDEZ DAVILA**: Aprovechamos la ocasión para agradecer a la señora ministra esta comparecencia, solicitada por ella misma y también por el Grupo Popular, pero que echábamos en falta en cuanto

a la financiación sanitaria, dado que hasta ahora el debate se suscitaba en términos exclusivamente economicistas. De hecho es un tema tratado por nosotros en una interpelación y posteriormente en una moción —interpelación fue directamente tratada con el vicepresidente y ministro de Economía—, y después en el debate del decreto en el Pleno de esta Cámara. Por tanto, agradecemos la comparecencia de la ministra para explicarnos algunas de las cosas que tendrán efecto directo en la sanidad por este incremento de financiación para los años 2006 y 2007.

Como usted sabe, desde el inicio de esta legislatura, y concretamente desde la primera vez que usted compareció en esta Comisión, nosotros manifestamos preocupación e interés por la financiación sanitaria y siempre quisimos saber cuál iba a ser la posición del nuevo Gobierno al respecto y si la misma iba a tener algún incremento, dado que no fue posible hacerlo en 2005, para 2006. En todo momento nosotros planteamos que el modelo de financiación sanitaria aprobado en el año 2002 debía someterse a un debate profundo, pues fue llevado a rajatabla con las políticas de equilibrio presupuestario y la reducción del gasto público en el que estaba empeñado el anterior Gobierno, generó un déficit, en todos los sistemas sanitarios de las distintas autonomías, y que en el caso concreto de Galicia obligó incluso al anterior Gobierno autonómico a crear un fondo adicional para poder afrontar el gasto corriente del sistema de la sanidad sin que esto significara ningún incremento de cartera de servicio, ni nada parecido, sino simplemente para afrontar la sanidad pública en las condiciones en que estaba.

Nosotros entendemos que hay problemas muy importantes que resolver de la sanidad pública, como las listas de espera en atención primaria, en atención quirúrgica y las pruebas diagnósticas, pero existen deficiencias en determinadas especialidades que necesitarían un incremento de plazas de profesionales. Usted nos acaba de explicar ese incremento que nosotros definimos, en el debate economicista que se dio hasta ahora, de totalmente insuficiente, porque en el caso gallego se sigue sin reconocer —y parece que es la justificación en la que se sustenta el Gobierno— algo que es característico de nuestro país y que encarece la sanidad pública, como es la dispersión poblacional. Hay otras características en otras comunidades autónomas que no tenemos nosotros que encarecen la sanidad y sí se recogen, como el incremento de las personas que vienen del exterior y que tienen derecho a la sanidad pública como cualquier ciudadano español, un problema que nosotros tenemos pero no al nivel que lo pueden tener otras comunidades autónomas. Independientemente de esa deficiencia que nosotros consideramos, y que sólo sería posible resolver, desde nuestro punto de vista, por una convicción política por parte del Gobierno por un cambio profundo en el sistema, cuando usted habla del incremento de 15.000 médicos no sabemos si esos médicos que usted considera que se van a incrementar con esta subida de la financiación tienen alguna planificación territorial en el conjunto

del Estado o es una cifra aleatoria que será posible o no dependiendo de cómo gestionen los fondos las comunidades autónomas. Lo mismo pasa con las 8.000 —no sé si he entendido bien— intervenciones quirúrgicas más y los 450 nuevos centros de salud.

Nosotros creemos que todo esto es necesario hacerlo, por lo menos por la experiencia y el conocimiento que tenemos de nuestra sanidad en Galicia es algo que nos parece fundamental, sobre todo porque no está aplicado al cien por cien, aún el nuevo sistema de atención primaria y nos parece que es fundamental. Sin embargo, aun aplicado al cien por cien, nos encontraríamos con la falta de tiempo para atender al paciente, pues no ni siquiera hay diez minutos de atención al paciente, y eso significa que es necesario el incremento de médicos y de centros de salud. Usted lo expresó así y a nosotros nos gustaría saber si estas cifras salen de alguna planificación, de una previsión más o menos rigurosa o es simplemente aleatorio.

Usted hablaba de una serie de cuestiones que redundarían en la financiación provisional, de lo que significa este incremento del año 2006 contemplando el año 2007 con otras medidas que serían para ajustar el gasto, como la racionalización de las compras, o el impulso de medidas del uso de medicamentos. Nosotros creemos —y esto no solamente lo decimos por lo que puede ser la opinión de los propios profesionales de la sanidad sino por lo que podemos observar como pacientes y usuarios de la sanidad pública— que sería necesario, hacer una campaña o impulsar información no solamente para los usuarios de la sanidad pública (los pacientes que, en definitiva, son los que tienen que usar los medicamentos), sino que es muy necesario este tipo de información para los profesionales, que son los que tienen que recetar; la racionalización debería llevar a cabo el propio médico o médica, así sería posible racionalizar el gasto farmacéutico. No voy a poner ejemplos concretos vividos personal o cerca, porque uno se dedica a observar estas cuestiones, que encarecen enormemente el aspecto farmacéutico. Hay que reconocer que es una responsabilidad general, seguramente por falta de información o formación de los profesionales en estas cuestiones, pero evidentemente es un problema que nace de raíz en la propia consulta médica.

Tampoco pretendemos que usted nos garantice hasta qué punto estas medidas van a significar una reducción del gasto sanitario y, por tanto, que van a optimizar mejor los recursos para los años 2006 ó 2007, pero nos gustaría saber si tienen calculada alguna cuantía concreta de la reducción del gasto en el sistema.

No quiero extenderme mucho en esta cuestión, porque la debatimos, no suficientemente porque nunca se debate lo suficiente un tema tan importante como éste, pero sí muy recientemente y quedando a la espera de un compromiso, expresado en su momento por el vicepresidente segundo y ministro de Economía, pues esta financiación sanitaria acordada para el año 2006 con una ampliación al año 2007 es provisional, ya que el Gobierno entiende

que es necesario cambiar el sistema de financiación sanitaria.

Desde el inicio de esta legislatura, ustedes estuvieran contestando a nuestras preguntas sobre el sistema de financiación, que se iba a abordar la modificación del mismo. Nos preocupa que el abordaje de esa modificación no se vaya a hacer hasta por lo menos el año 2008, teniendo en cuenta que la financiación acordada abarca este año y el próximo; nos preocupa porque, aunque mejora las condiciones en que estaba la financiación sanitaria hasta este año 2005, seguimos manifestando la insuficiencia de esta financiación que no va a servir en el caso gallego para superar el déficit acumulado, no ya desde el año 2002 con el nuevo sistema, sino desde la propia fecha de la transferencia de las responsabilidades de sanidad del Gobierno central a la Comunidad Autónoma de Galicia. Con esa preocupación, esperamos mejores y mayores noticias en el plazo más breve posible.

La señora **PRESIDENTA**: A continuación, y en nombre del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), tiene la palabra el diputado don Jordi Xuclà.

El señor **XUCLÀ I COSTA**: En primer lugar, quiero agradecer sus explicaciones ante esta Comisión sobre el particular y hacer una breve referencia, igual que ha hecho usted al principio, a la ley conocida como ley del tabaco, agradeciendo el trabajo que se ha desarrollado y el consenso final al que se ha llegado. Hemos conseguido el consenso, a pesar de haber parlamentado a veces de forma insuficiente. Por otro lado, un trámite parlamentario se desarrolla en el Congreso y en el Senado, y estoy convencido de que en el Senado podremos perfeccionar algunos aspectos que no afrontamos en la recta final de la elaboración de esta ley, en primera lectura en el Congreso, quizás por el agotamiento de las largas sesiones en ponencia. No voy a hacer referencia a algún aspecto concreto en el cual uno puede quedar en mayoría o en minoría, sino a algunos puntos que han quedado abiertos y que creo que podremos mejorar en el trámite del Senado y en la última lectura en el Congreso. En todo caso, el mensaje que podemos trasladar en este momento al conjunto de la opinión pública es que ha habido amplio consenso, unanimidad y voluntad de mantenerla en la votación final. Además, se han incorporado algunos aspectos muy positivos, de los cuales solo quiero hacer referencia a uno, porque es una aportación del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) y hoy es titular de varios medios de comunicación, que es la protección de los menores. En la política sanitaria hay muchos aspectos que se refieren a la deshabituación tabáquica, pero las medidas de protección de los menores que hemos introducido y la prohibición de que los menores estén en recintos en los que se fume son muy importantes.

Dicho esto, paso a la parte principal de su intervención, aunque también ha hecho una referencia global a

la política de su ministerio. No le sorprenderá a la señora ministra el enfoque de mi intervención, porque la posición de mi grupo es conocida, tanto por la interpelación que se sustanció hace menos de un mes, como por el debate que se desarrolló en el Pleno del jueves de la semana pasada sobre la convalidación del real decreto. El Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) no comparte con el Gobierno la forma de afrontar el déficit de la sanidad pública. Se ha dicho que tenemos un modelo sanitario bueno, que resiste la comparación con los mejores modelos sanitarios del mundo, y es cierto, pero no tenemos un buen modelo de financiación. Tenemos modelo sanitario, pero no tenemos una buena forma de financiarlo, y un buen modelo sanitario que no tenga una buena financiación puede no ser sostenible en el tiempo, se puede degradar y puede terminar no siendo bueno. Es evidente que el diseño que usted presentó con el vicepresidente económico del Gobierno no era un modelo, sino un parche, una solución parcial. No se ha dibujado una forma de financiación de la sanidad a medio y largo plazo, porque esto requiere entrar en determinadas materias y en algunos debates, y ni en la propuesta de financiación del Gobierno, ni en esta Comisión de Sanidad, ni en el diálogo entre los grupos parlamentarios, el ministerio y la señora ministra se ha llegado a la raíz de algunos aspectos. Si se me permite, ya que estamos en una tarde de metáforas —no la alargaré tanto como las de las paredes, que era muy buena—, tenemos un coche, le hemos metido un poquito más de gasolina, pero no sabemos exactamente hasta dónde llegaremos. No tenemos asegurada la financiación del sistema a medio plazo. Ante una realidad estructural, ante una situación de fondo que presenta los indicadores que usted ha apuntado —el alargamiento de la esperanza de vida de la población, afortunadamente, la mayor población de la tercera edad, el incremento de la población, la llegada de población inmigrante— y ante el déficit acumulado lo que ha hecho este Gobierno, a través del Ministerio de Sanidad y del vicepresidente económico ha sido establecer una fórmula triangular que consiste en aportar un extra a partir de un superávit de la Seguridad Social —un extra es una aportación singular—, más una propuesta de incremento de impuestos para las comunidades autónomas, más un anticipo para los años 2006 y 2007. Sin embargo, este cóctel triangular no es un modelo estructural que nos lleve a un horizonte de equilibrio financiero a medio y largo plazo, es una aportación que se tiene que reconocer como tal y que da cobertura aproximadamente a un 25 por ciento, no más, del déficit de la sanidad, es decir, de los 7.200 millones, se cubren 1.677. Por tanto, esta no es una respuesta estructural a lo que tenemos acumulado, sino una respuesta parcial ante una situación de superávit.

Nosotros planteábamos dos aspectos de fondo a los cuales el Gobierno no ha dado respuesta satisfactoria o simplemente no los considera un camino apropiado. En primer lugar, el Gobierno debería haber puesto los contadores a cero. Tenemos una larga y mala tradición de

acumulación del déficit sanitario, responsabilidad de todas las administraciones, de las autonómicas y de la central, que hasta hace muy pocos años ha gestionado la sanidad en buena parte del territorio del Estado. Con unas magnitudes distintas —soy consciente de ello y hay que hablar con propiedad—, se ha puesto el contador a cero en Renfe y se hará en Radiotelevisión Española, y creo que el alcance del servicio público de la sanidad es más importante —no quiero entrar en comparaciones excesivas— que el de algunos productos de la televisión pública. Se tendría que haber puesto el contador a cero, aunque hubiera sido con un plan plurianual y con una perspectiva a medio plazo, pero no se ha hecho esto, sino una aportación extraordinaria, sumada al reconocimiento de la capacidad de las comunidades autónomas para modular sus impuestos. Nosotros estamos de acuerdo. El año 1993 hicimos esta propuesta de incremento y de autonomía financiera, pero el incremento del precio de los carburantes, en la primera iniciativa, o de la factura de la electricidad, tal como están el panorama económico y el cuadro macroeconómico, con unas tensiones inflacionistas evidentes, no nos parece una opción afortunada. En cambio, reconocemos que hay un camino por recorrer y queda margen para el incremento de los impuestos sobre el alcohol y el tabaco.

Como le decía, nuestra propuesta va en dos vías: contador a cero y debate en profundidad sobre los servicios que la sanidad pública puede ofrecer de forma sostenible al conjunto de la ciudadanía. Hay que redefinir —la señora ministra lo ha apuntado en su intervención— la cartera de servicios. Redefinir quiere decir, en primer lugar, actualizar. Como muy bien apuntó la señora ministra, hay algunas prestaciones que se tienen que poner al día, pero actualizar no significa necesariamente un incremento absoluto de estas prestaciones. En algunos aspectos es evidente que la sanidad pública aún queda lejos de los servicios que se deberían prestar. Quiero hacer dos apuntes muy concretos, que son apuestas programáticas de distintos grupos parlamentarios, pero también del grupo de la mayoría de esta Cámara, me estoy refiriendo a la necesidad de incrementar las dotaciones y la cartera de servicios en lo referente a salud mental y salud bucodental. Más allá de esto, lo que no hemos tenido en esta legislatura es un debate sereno sobre la sostenibilidad del sistema. La señora ministra conoce la oferta de este grupo parlamentario desde la primera semana de legislatura para llegar a un pacto de Estado en materia de sanidad. No será hoy, en esta Comisión, cuando este grupo parlamentario le plantee ciertas medidas posibles —algunas de las cuales seguramente no serían muy populares— para hacer sostenible en el tiempo la financiación de la sanidad pública, pero con el mismo espíritu con el que el Grupo Parlamentario Catalán impulsó el Pacto de Toledo —que no es patrimonio de este grupo, sino del conjunto de la Cámara— se hace urgente —de hecho, la sanidad hace años que lo espera— un gran acuerdo suprapartidista en materia de financiación de la sanidad pública y la introducción de

algunos elementos que el Gobierno, por opción ideológica o por cálculo de riesgo político no ha querido afrontar. Ha hecho referencia S.S. al grupo de análisis. Pues bien, usted sabe que algunos expertos de este grupo de análisis a partir de informes encargados por comunidades autónomas proponen medidas de financiación de la sanidad un poco más atrevidas. Usted ha hecho referencia al grupo de análisis para ponerle un nombre y un apellido. Sabe que el profesor Guillén López Casanovas, persona de reconocido prestigio, hace unos planteamientos más atrevidos en cuanto a la financiación, que en buena parte este grupo parlamentario suscribe. Reitero la voluntad de mi grupo de impulsar este amplio acuerdo. No se trata de someter esta cuestión a votación un martes por la tarde en una sesión de Pleno; no es una moción consecuencia de interpelación. Esta debe ser una voluntad de partidos, de Gobierno, y aún estamos en el momento de poder hacerlo.

En cuanto a la racionalización del gasto sanitario usted ha hecho referencia a determinados puntos a partir de los cuales y a través de un compromiso compartido con las comunidades autónomas se puede racionalizar el gasto sanitario. Coincidimos con usted en que una parte importante de este proceso de racionalización lo constituye la factura farmacéutica. Nosotros estamos a favor de planteamientos que conlleven un mayor control informático. En estos momentos hay fugas importantes de factura farmacéutica debido a la falta de control sobre la misma, al incremento de genéricos y a algo en lo cual no coincidimos, como es la introducción de las prescripciones por monodosis en el sistema español. Creemos que esto es razonable y que podría reducir la factura farmacéutica, en cambio no seríamos partidarios —y lo digo en condicional porque estamos a la expectativa— de una ley que penalizara a quien investiga y trabaja para la creación de nuevos productos farmacéuticos. Estamos a la expectativa, pero sería absolutamente irracional penalizar, a partir de un modelo social en el cual concurren el sector público y el privado, la investigación de nuevos fármacos, hecho que conllevaría una venta pública bastante favorable, pero evidentemente iría en contra de la mejora de la sanidad y de las prestaciones sanitarias en España.

Quiero hacer una breve referencia a cómo van a repercutir este incremento y este avance durante los próximos años en Cataluña. La aportación para Cataluña supone 160 millones de euros, es decir, un 5 por ciento del déficit sanitario que hay en Cataluña. Evidentemente en Cataluña no podemos hacer un planteamiento a partir de un déficit acumulado de 3.000 millones de euros. Recordemos que las competencias en esta comunidad autónoma datan de principios de los años ochenta, por lo que no podemos pensar que sea un modelo estructural y definitivo sostenible en el futuro. Tenemos que pensar que es una aportación extraordinaria, un parche, y enviar otro mensaje a la sociedad sería faltar a la realidad.

Su señoría ha hecho una segunda parte de su intervención bastante extensa sobre la orientación de la política

general de su ministerio a la mitad de la legislatura. Pues bien, cuando le escuchaba pensaba que si en vez de ser ministra fuera una virtuosa de la música, podría decirle que ha hecho variaciones a lo Bach porque ha reiterado algunos aspectos. No quiero entrar en ellos, pero tengo que decirle —quizá fuera de guión— que ha hecho referencia a las prioridades de la Presidencia europea, a la voluntad de evitar algunas enfermedades que pueden aparecer en el futuro y de extremar la calidad del sistema. En este sentido, quiero plantearle un aspecto muy concreto: las revistas científicas más importantes de política exterior que hay en el mundo tanto en su edición inglesa como en la española, así como otras publicaciones, hacen referencia a la posibilidad de que la fiebre aviar se convierta en una epidemia frente a la cual espero y confío en que distintos estados de la Unión Europea estén adoptando medidas. Francia tiene un gran debate en el Parlamento sobre este aspecto. Ya sé que no formaba parte del objeto de la comparecencia aunque quizá sí de la segunda parte de su intervención, por tanto, si hoy es posible y, si no, a través de otro instrumento de control parlamentario, me gustaría saber cuáles son las previsiones del Gobierno y del ministerio que usted dirige sobre este particular.

La señora **PRESIDENTA**: A continuación tiene la palabra, en representación del Grupo Socialista, la diputada doña María Isabel Pozuelo.

La señora **POZUELO MEÑO**: Gracias, señora ministra, por su comparecencia en esta Comisión y por la felicitación que ha hecho a la Cámara y a los miembros de esta Comisión debido al acuerdo que se produjo ayer en la Ley de prevención del tabaquismo. Se lo agradezco sinceramente porque, como el resto de los grupos ha puesto de manifiesto, ha sido un trabajo intenso, largo, de colaboración y apuesta común en el que todos los grupos hemos intentado aportar lo mejor a un texto que había presentado el Gobierno. En mi opinión este texto era bueno porque sentaba las bases sobre las que se pueden plantear las políticas integrales para prevenir una lacra de salud pública tan importante y tan grave como la que está padeciendo el conjunto de las sociedades occidentales pero, de manera muy particular, España debido al retraso que teníamos a la hora de incorporar decisiones políticas de envergadura y valientes para luchar contra el tabaquismo.

A continuación paso a comentar algunas cuestiones sobre el motivo de su comparecencia. En primer lugar, me gustaría decir que me uno a algunos de los comentarios que ha hecho el portavoz de Convergència i Unió porque si empiezo por ahí podremos centrar correctamente la aportación que yo quería hacer a esta comparecencia. El acuerdo que se adopta en la conferencia de presidentes y el que finalmente se suscribe de manera formal, como órgano competente, por el Consejo de Política Fiscal y Financiera viene a suplir unas deficiencias del sistema de financiación autonómico en cuanto

a la financiación del Sistema Nacional de Salud, pero en absoluto ha significado una reforma del sistema, la aprobación de otro nuevo ni unos nuevos criterios de reparto dentro del sistema de financiación autonómica. Ese asunto no tocaba en estos momentos, sino en 2007 cuando culmine el período de vigencia del actual sistema de financiación autonómica que se acordó a finales del año 2001 y empezó a funcionar el 1 de enero de 2002. Un sistema de financiación que en su momento, cuando lo presentó el Gobierno del Partido Popular, aparecía como un sistema de financiación seguro, duradero en el tiempo, que garantizaba la suficiencia financiera del sistema y de las comunidades autónomas e incorporaba como uno de los criterios clave para la efectividad de ese sistema la suficiente autonomía financiera de las comunidades autónomas y la cesión de suficiente capacidad normativa para que una vez tuvieran competencias exclusivas referentes a la gestión sanitaria pudieran tomar las decisiones oportunas sobre la base de esa capacidad normativa y autonomía financiera para cubrir las demandas de sus necesidades.

Como usted muy bien ha dicho, el acuerdo que se ha adoptado en el Consejo de Política Fiscal y Financiera significa la aportación de mayores recursos al sistema por parte del Estado, del Gobierno de la nación. Estamos de acuerdo que la gestión sanitaria no es competencia de la Administración General del Estado, sino de las comunidades autónomas, por tanto estamos hablando de una de las partes que tienen que añadir nuevos recursos para que este sistema de financiación autonómica tenga la eficacia que requiere y dé una respuesta de suficiencia financiera a las demandas existentes dentro del Sistema Nacional de Salud.

Estamos ante un buen acuerdo, importante y va a dar solución a un problema verdaderamente serio y grave que tienen todos los gestores del Sistema Nacional de Salud. Todas las comunidades autónomas lo habían puesto de manifiesto en la primera reunión con el presidente en la primera conferencia de presidentes. Hay un hecho políticamente muy importante y muy positivo: Que en esa primera conferencia de presidentes, hace algo más de un año, fue el presidente del Gobierno quien a instancia de todos los presidentes autonómicos, asumió como propio el problema e intentó aportar soluciones. Estas se han concretado en un tiempo bastante corto para que todas las comunidades autónomas sean capaces de incorporar estos nuevos recursos a los presupuestos del año 2006, cumpliendo así el compromiso que se había adquirido y puedan en este año y a lo largo de 2006 y 2007 tener unos recursos añadidos y suficientes de importancia. Creo que el esfuerzo que se ha hecho es muy importante que ahora necesariamente tendrán que complementar las comunidades autónomas.

Me gustaría decir que esas cuantías y el procedimiento son opinables, pero lo que tenemos un año después de la primera conferencia de presidentes es que el Sistema Nacional de Salud va a contar con 1.365 millones de euros más en 2005, con 3.042 millones de euros más

en 2006, y con 3.142 millones de euros más en 2007. Todo ello a expensas de que, como se ha acordado en el Consejo de Política Fiscal y Financiera y en la conferencia de presidentes, sigan trabajando los grupos de trabajo específicos de análisis del gasto sanitario y el del Consejo de Política Fiscal y Financiera para analizar cómo debe producirse una reforma a fondo del nuevo sistema de financiación autonómica en 2007. En ese momento nos tocará esa reforma pero me parece muy importante que el acuerdo contemple, por una parte, una serie de compromisos de las comunidades autónomas para conseguir una mayor eficiencia del gasto sanitario, dentro del Sistema Nacional de Salud en todas sus vertientes; una mayor eficacia; una mejor atención y una mayor calidad —que es lo que usted presentaba, señora ministra— y, al mismo tiempo, se hayan sentado las pautas para estudiar cómo se debe abordar la nueva reforma en 2007 del sistema de financiación autonómica, porque si no llegaríamos al año 2007 y de nuevo volveríamos a replantearnos todo otra vez desde cero.

Se ha trabajado entre todos —el Gobierno de la nación, los distintos departamentos, las comunidades autónomas, la presidencia del Gobierno y todos los responsables técnicos y políticos— con una gran eficacia. El Gobierno ha dado también una respuesta inmediata después de la conferencia de presidentes, que se reunió y llegó a un acuerdo el 10 de septiembre. El mismo 13 de septiembre, tres días después, se formalizan esos acuerdos en el Consejo de Política Fiscal y Financiera y poco tiempo después, el 16 de septiembre, el Consejo de Ministros aprueba el decreto-ley que contempla una serie de medidas como son la subida de los impuestos del alcohol y el tabaco y la fórmula con la que debe resolverse el problema de los anticipos de tesorería que tienen que llegar a las comunidades autónomas. Había un acuerdo de todas las comunidades autónomas de que los déficit económicos que tenía el sistema se debían básicamente a dos conceptos, que históricamente han reclamado las comunidades autónomas. Uno de ellos era que las comunidades recibían el 98 por ciento de las entregas a cuenta de los recursos que tenía que aportar el Estado y dos años después de que se recibieran esos anticipos se producía la liquidación definitiva y la Administración General del Estado transfería el 2 por ciento restante de esos recursos que correspondía legítimamente a las comunidades autónomas. Los 1.365 millones para solucionar el problema de ese 2 por ciento como anticipo de tesorería son de gran envergadura. Gran parte del déficit que se produce en esas comunidades se debe a que solo se recibía un 98 por ciento, pero el gasto se producía en ese ejercicio económico y dos años después revertían a las arcas de la comunidad autónoma correspondiente los recursos restantes. El acuerdo que adoptó esta Cámara el jueves pasado convalidando ese decreto-ley por el que se soluciona ese flujo de recursos que corresponden legítimamente a las comunidades pero que no llegaban del Estado hasta dos ejercicios presupuestarios después es de un gran alivio porque permitirá ges-

tionar mejor y realizar compras con costos mucho más reducidos evitando los retrasos en los pagos y los intereses que ello conlleva.

El resto de los recursos hasta los 1.342 millones de euros para el año 2006 y los 3.142 para el 2007 tienen una razón lógica, clara y totalmente transparente. No se puede decir que se falta a la transparencia y la racionalidad cuando los criterios de reparto que rigen este modelo de financiación autonómica no se han modificado un ápice desde diciembre de 2001 cuando se acordaron. Son exactamente los mismos. Por lo tanto, si no son transparentes, racionales y justos ahora, tampoco lo eran cuando se acordaron. Los grupos de trabajo de las comunidades autónomas y de la Administración del Estado han estado todo este año trabajando y las comunidades autónomas han analizado dónde estaban las deficiencias —ya se ha estudiado cómo llegaban con retraso los recursos que legítimamente correspondían— y cuáles eran las razones de ese gasto y se llegado a unas conclusiones. El acuerdo de financiación al que se ha llegado en el mes de septiembre obedece a todo esto.

Me gustaría recordar que cuando se habla de que se ha dotado un fondo de insularidad específico para Baleares y Canarias es porque hay una reclamación de ese déficit y hay razones objetivas para entender que ese déficit existía. Por eso se da un fondo específico para eso. Cuando se otorga un fondo específico para la asistencia a los residentes extranjeros es porque eso obedece a una demanda de las comunidades autónomas. Ninguna administración puede exigir que el reparto se explicita ahora porque va a obedecer a la demanda y a la necesidad de cada comunidad; de la facturación y del número de residentes extranjeros que atiende cada comunidad autónoma dependerá la cantidad de recursos que recibirá. Aquí no se trata de hacer un reparto igualitario entre unas comunidades autónomas y otras sin saber cuál es la que verdaderamente necesita ese fondo o qué comunidad es la que por las razones que sea tiene una mayor demanda de atención a extranjeros. Lo lógico es que aquella comunidad que tiene mayor número de residentes extranjeros tendrá una mayor dotación y habrá que justificarlo según la prestación sanitaria que reciban esos extranjeros, no una cantidad al alza que luego tenga que justificarse. Eso no es eficiencia ni cohesión ni igualdad ni solidaridad ni justicia. Lo mismo pasa en la atención a los accidentes laborales que no están cubiertos por las mutuas. Lógicamente, cada comunidad tendrá unas necesidades y tendrá que justificarlas, y luego me referiré a los recursos que se van a dedicar al Plan de calidad e igualdad del Sistema Nacional de Salud. Aquí estamos hablando de cuántos, cuáles y para qué son los recursos que necesita, que demanda, que requiere el Sistema Nacional de Salud. A eso es a lo que se ha dado respuesta. Y también se ha dado respuesta a algo pedido por todos los grupos políticos en esta Cámara y en esta Comisión de Sanidad de manera reiterada: la exigencia de que el Ministerio de Sanidad y Consumo tenga el liderazgo del Sistema Nacional de Salud y apueste por

políticas de eficacia, de colaboración, de cooperación, de mejora de los sistemas informáticos, del establecimiento de sistemas de evaluación de los nuevos recursos tecnológicos, de las nuevas medidas, de las nuevas terapias que tienen que incorporarse al Sistema Nacional de Salud. Estos son los métodos, las maneras en que se pueden obtener recursos razonables, justos, equitativos, que sigan garantizando que nuestro Sistema Nacional de Salud es un sistema justo, que iguala derechos y que sigue cumpliendo uno de los requisitos que ha cumplido en el periodo democrático, durante nuestra vida política en democracia desde que se aprobó la Ley General de Sanidad: el hecho de la redistribución. El Sistema Nacional de Salud es un elemento vital y fundamental de reequilibrio territorial, de solidaridad, de igualdad y de reequilibrio de recursos y de derechos entre todos los españoles. Este acuerdo de la conferencia de presidentes y del Consejo de Política Fiscal y Financiera es un buen acuerdo, que obedece a las demandas reales que han presentado las comunidades autónomas según el análisis del gasto y de la población que las comunidades autónomas y la propia Administración General del Estado han desarrollado a lo largo de estos meses. No es la solución total y definitiva del problema, pero la solución definitiva y única no corresponde ni a este momento, porque no estamos reconsiderando un modelo de financiación autonómica —eso tocará en 2007—, ni de manera exclusiva a la Administración General del Estado, porque no corresponde a la Administración General del Estado aportar la totalidad de los recursos para solucionar los problemas del sistema.

No puedo estar de acuerdo en un planteamiento que de manera reiterada ha expresado el portavoz de *Convergència i Unió*, señor Xuclà, la demanda de poner el contador a cero. Señor Xuclà, yo le he oído en muchas ocasiones hacer esa petición y tengo que preguntarle cuántas veces habrá que poner el contador a cero. **(El señor Xuclà I Costa: ¡Una!)** Es que ya sería la cuarta vez que se pone el contador a cero. Yo soy diputada desde el año 1996 y recuerdo que ya en la legislatura anterior, la que terminó en 1995, se había puesto el contador a cero dos veces y en legislaturas anteriores se había puesto el contador a cero otras dos veces. Con recursos extraordinarios que en algunas ocasiones primaban, desde mi punto de vista de manera discriminatoria, a unas comunidades sobre otras. Por tanto, sería la quinta vez que se pondría el contador a cero. Eso ha sido absolutamente ineficaz, además de insolidario e injusto, porque los déficits acumulados no obedecen a las mismas razones en todas las comunidades. Cada comunidad tiene una razón, un motivo y, por tanto, habrá que analizar el problema comunidad por comunidad. No se puede poner el contador a cero porque eso sería primar a las comunidades que han gestionado mal o que tienen unos problemas añadidos que en este momento ya se están contemplando de manera específica. Si ponemos el contador a cero para todos, sin duda estaríamos primando la peor gestión de algunas comunidades sobre otras que, con los

mismos recursos, han gestionado de manera más eficaz y razonable los recursos con que contaban. En consecuencia, no puedo estar de acuerdo con ese planteamiento.

Estando de acuerdo en que habrá que llegar a acuerdos generales y habrá que hacer todos los esfuerzos posibles para que el Sistema Nacional de Salud sea un mejor sistema, sea un sistema más eficaz, preste mejor los servicios a todos los ciudadanos, no se puede sembrar la duda sobre si el Sistema Nacional de Salud es un sistema que económica o socialmente —supongo que solo se dice desde el punto de vista económico— es poco sostenible en el tiempo. Hacer que nuestro Sistema Nacional de Salud sea un sistema sostenible dependerá de los recursos, pero también de la disponibilidad política, de la prioridad política, de las decisiones políticas que en cada momento tomen el Gobierno de la nación y las comunidades autónomas. No debe transmitirse que existen problemas de fondo o estructurales dentro del sistema; eso no lo comparto. Existen problemas que habrá que tratar parcialmente, analizarlos y darles una solución entre todos.

Termino porque veo que la presidenta me mira de manera insistente. Creo que el acuerdo es bueno. No me ha dado tiempo a analizarlo en detalle, pero me gustaría resaltar, en el sentido de la equidad, de la igualdad y de la justicia del sistema algo que me parece muy importante, que se ha recuperado el Fondo de Garantía, que tenía fecha de caducidad. El Fondo de Garantía, con una aportación de 500 millones de euros, tenía como fecha de caducidad en el anterior sistema acordado el final de 2004. Ahora se ha recuperado ese fondo hasta el año 2007. Eso va a suponer una tranquilidad importante y a dar seguridad a todos los gestores y a la Administración del Estado en el sentido de que aquellas comunidades que no puedan asegurar su crecimiento económico en torno a la media del PIB y, por tanto, la llegada de recursos según el sistema que se ha acordado dentro del sistema financiación autonómica, puedan seguir prestando los servicios a todos los ciudadanos en condiciones de igualdad y de calidad.

La señora **PRESIDENTA**: Le agradezco, señora Pozuelo, que se haya dado cuenta de los gestos que le hacía porque su intervención estaba siendo muy extensa teniendo en cuenta los límites de comedimiento que nos hemos dado en la Junta de portavoces.

A continuación, para responder, tiene la palabra la señora ministra.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Salgado Méndez): Quiero agradecer a todos los intervinientes el tono de su intervención, que permite una contestación tranquila, sin que ello implique que no vaya a decir lo que corresponde.

Voy a contestar, en primer lugar, al señor Xuclà, que ha expresado su preocupación por la gripe aviar, aunque no sea una preocupación que corresponda a esta compa-

recencia. Quiero decirle que, a veces, en los medios de comunicación encontramos algún alarmismo que puede inducir a confusión. La Organización Mundial de la Salud viene avisando desde hace varios años de que puede llegar una pandemia de gripe y, dada la existencia de la gripe aviar, a veces se habla de la pandemia de gripe aviar. Son dos cosas posibles: que la pandemia de gripe llegue y que, si finalmente llega, sea de gripe aviar, pero también podría ocurrir que no sea exactamente el virus de la gripe aviar lo que dé origen a esa pandemia de gripe. Hago esta apreciación porque, si estamos hablando de gripe aviar, hay un conjunto de países donde se producen más situaciones de riesgo y esos países están situados en Oriente. Eso quiere decir que probablemente, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, lo mejor que podemos hacer para evitar la extensión de la gripe aviar sea precisamente luchar contra la extensión de la epidemia en esos países de Extremo Oriente.

Por el momento, los países que configuran la Unión Europea están relativamente lejos, en términos geográficos, de esa amenaza, aunque las aves migratorias y algunos fenómenos de los que hemos estado hablando podrían hacer que esa amenaza llegara a nuestras fronteras. No obstante, todos los países europeos han establecido sistemas de alerta y de prevención. En el caso español le puedo decir que por acuerdo de la comisión de salud pública se van a adquirir dos millones de dosis de antivirales y no es posible adquirir una vacuna puesto que no se sabe cuál será finalmente la mutación del virus que dé origen a esa extensión en humanos de la gripe aviar. Lo que le puedo decir es que estamos razonablemente preparados en términos similares al resto de los países de la Unión Europea si estamos hablando de gripe aviar, y si estamos hablando de una pandemia de gripe que no es una gripe aviar, lo que corresponde es tener en alerta los sistemas de vigilancia epidemiológica y recomendar, como estamos haciendo, al mayor número de personas dentro de los grupos de riesgo que se vacunen de la gripe común en las campañas sucesivas. Si en algún momento cambian las circunstancias, con mucho gusto compareceré ante esta Comisión para dar más noticias, pero por el momento los datos son los que le acabo de explicar.

Hablaba usted de déficit sanitario. Quisiera decir que desde finales de 2001 ó 2002, no se puede hablar de déficit sanitario, ni tan siquiera podría hablarse de financiación sanitaria porque hay un sistema de financiación que es único y es difícil decir qué parte va a la sanidad; va la parte que los distintos gobiernos de las comunidades autónomas deciden que vaya a la sanidad. Lo que sí hay durante unos años (hasta el año 2004) es una serie de garantías para que el presupuesto de la sanidad no sea inferior, en términos de actualización de PIB, al presupuesto inicial en el momento en que se hizo el nuevo sistema de financiación. No deberíamos de hablar de déficit sanitario. De hecho, no deberíamos de hablar de déficit porque en términos de contabilidad nacional, después de los pactos de estabilidad, las comunidades

autónomas no tienen déficit. El trabajo realizado por el grupo de análisis del gasto sanitario en ningún momento menciona la palabra déficit, lo que dice es que hay unas facturas pendientes de pago, unas obligaciones no contabilizadas, unas facturas guardadas y con retrasos en el pago. Si comento esto es porque yo creo que eso es lo que da sentido a la utilidad de esos anticipos. Con esos anticipos, como decía al principio, será posible pagar esas facturas que no se estaban pagando con el consiguiente ahorro de intereses por la cantidad que las empresas tengan el derecho de girar de acuerdo con las últimas directivas europeas.

Hablaba S.S. de pacto de Estado. Yo no puedo estar más de acuerdo con la idea de construir un consenso sobre los temas de sanidad. Hubiera sido una buena oportunidad en esta conferencia de presidentes iniciar ese acuerdo, al menos entre las comunidades autónomas que tienen las competencias en materia sanitaria. Usted algunas veces ha dicho que estaban en mejor disposición para proponer ese pacto de Estado puesto que por el momento no gobernaban en ninguna comunidad autónoma. Yo creo que en el pacto de Estado tienen que estar de acuerdo aquellos grupos que gobiernan en comunidades con transferencias sanitarias, y desgraciadamente no ha sido así en la conferencia de presidentes. Quiero decirle al portavoz del Grupo Popular que el acuerdo adoptado en el Consejo de Política Fiscal y Financiera con la abstención, que no el voto en contra, de comunidades gobernadas por el Partido Popular, obliga a todos y, por tanto es un acuerdo válido y como acuerdo tiene que tomarse.

Alguna vez ha hablado usted de la unidosis. El criterio del ministerio es que tiene problemas de seguridad que contrarrestan las posibles ventajas económicas. Tiene problemas de seguridad para los ciudadanos y por el momento las experiencias piloto que se han desarrollado no han tenido todo el éxito que hubiera sido deseable. Seguimos estando en esa idea.

En cuanto a la industria farmacéutica, me alegro de la asimilación que ha hecho con el tema de la música porque tiene usted razón, lo importante fueron las composiciones de Bach; las variaciones, incluso las más conocidas, serían algo parecido a la innovación incremental, que, como sabe, es una frase que utiliza mucho la industria farmacéutica residente en España. Esa innovación incremental, esas variaciones, en modo alguno tienen la importancia que tiene la investigación o el diseño inicial. Me alegro de que coincidamos en que las variaciones no tienen tanta significación. Por supuesto, yo estaría dispuesta a lograr ese gran acuerdo en materia de sanidad, se lo he dicho otras veces y quiero seguírsele diciendo.

A la señora Fernández Davila quería decirle que cuando hicimos la traducción de 1.500 millones en conceptos que las personas pudieran entender, hicimos una serie de apartados disjuntos, como diríamos en términos matemáticos. Había que elegir uno u otro, es decir, esos 1.500 millones no se podían utilizar a la vez para

hacer 450 centros sanitarios y para contratar 15.000 médicos, ni tan siquiera se van a utilizar muy probablemente para ninguna de las dos cosas. Cada comunidad autónoma va a tener la posibilidad de dedicar esos fondos a la utilización que quiera. Era una manera de decirle a los ciudadanos a qué correspondía una cantidad económica que algunos habían calificado de dinerillo. Lamento decirle, señor Xuclà, que estuve en la tramitación del decreto-ley y por parte de su grupo se calificó de calderilla. Calderilla o dinerillo, 1.500 millones de euros permitirían cubrir esas necesidades que yo le anticipaba.

Ha hablado de la dispersión de la población en Galicia. Yo quería decirle que con gran frecuencia dispersión y grado de envejecimiento de la población son dos variables que están muy relacionadas. Cuando se hizo el nuevo sistema de financiación, que no se modifica, se otorgó a la población mayor de 65 años un peso de casi un 25 por ciento en el sistema de financiación. Hubiera podido dedicarse un 15 por ciento al envejecimiento y un 10 por ciento a la dispersión y los resultados hubieran sido muy parecidos porque la población envejecida, en general, es una población más dispersa; o más bien lo contrario, la población dispersa en las áreas rurales tiene por término medio una edad mayor que la población urbana. Son dos variables que están muy relacionadas, y como no se ha deseado cambiar el sistema de financiación hasta articular uno nuevo, se han utilizado las mismas variables del sistema de 2001. Estamos comprometidos a hacer un nuevo sistema de financiación, ese es el compromiso también de la conferencia de presidentes. En la Comisión general de comunidades autónomas se insistía mucho en que no había que cambiar el sistema de financiación, que con ajustes era un sistema de financiación perfectamente válido. En mi contestación al señor Mingo tendré oportunidad de decir hasta qué punto no es válido, por lo menos esa es la coincidencia al final de las comunidades autónomas. Parece que lo que ahora preconizan todos es que se modifique el sistema de financiación. En esa tarea estamos, pensamos que será un trabajo de al menos dos años y deseamos acometerlo.

Estoy básicamente de acuerdo con lo que ha dicho la señora Pozuelo, sin embargo debo matizar que la forma de contabilizar la asistencia a los desplazados extranjeros no es la óptima, por dos razones. En primer lugar, porque no se facturan todos los gastos, y, en segundo lugar, porque aun en las comunidades autónomas que facturan los gastos, dado que la distribución final se hace sobre la base de unas contabilidades netas, podría darse el caso —y de hecho se da— de que la Comunidad de Canarias facture un porcentaje muy importante del total en el conjunto de las comunidades, y sin embargo, reciba a cambio un porcentaje más pequeño de lo que suponen los gastos que ha ocasionado. Esa es una dificultad que tiene el modelo que se está utilizando, una deficiencia que sin ninguna duda habrá que corregir. Tiene usted toda la razón en el fondo, solo tiene gasto sanitario y por

tanto la cantidad debe distribuirse con aquel que efectivamente presta la asistencia sanitaria, depende de la dificultad de cada proceso —los gastos dependen de la dificultad de cada uno de los procesos que se acometen—, pero en la restitución de una parte de esos fondos la situación no es equitativa y es una cuestión que hay que mejorar en el futuro.

Quisiera decirle al señor Mingo, que siempre me hace bromas, que la broma de la bomba no me ha parecido muy adecuada, si me permite decírselo. Él siempre me trata con deferencia y con simpatía y yo por eso quiero decirle con toda simpatía que no se mueve bien en términos de contabilidad nacional. Se lo digo con todo el cariño. Cuando usted dice que sobran 7.000 millones, supongo que se refiere al superávit en el mes de julio, pero como seguramente sabe muy bien, el superávit del mes de julio, que se produce porque en ese mes los ingresos del Estado incorporan el segundo plazo de muchos impuestos, entre ellos, el del impuesto sobre sociedades o el del impuesto sobre la renta, no es el mismo que existe al final de año. El superávit a final de año, sin ninguna duda, va a ser inferior a esa cifra de 7.000 millones. Además, como usted sabe, parte de ese dinero tiene que revertir a las comunidades autónomas cuando se hace la liquidación de las cuentas con dos años de diferencia. Por esa razón el Gobierno no ha querido que continuara existiendo ese efecto óptico de enriquecimiento y ha incrementado, a diferencia de lo que se hacía antes, los anticipos a cuenta a las comunidades autónomas del año 98 al cien por cien. Tiene usted razón cuando dice que parte de ese dinero es ya de las comunidades autónomas y, por tanto, no se les puede dar adicional, porque ya se les va a dar cuando se haga la liquidación. El Gobierno ha dispuesto para la financiación adicional de la sanidad de los recursos que le permitía la marcha de la economía y la necesidad de atender al resto de los temas que son de su competencia.

Yo quisiera hacer un poco de historia. En diciembre del año 2001 y con muy pocos días de diferencia se producen dos hechos, que desde luego tienen mucho que ver con lo que aquí nos ocupa. Por una parte, la finalización del proceso de transferencia a las comunidades autónomas —diez comunidades, un 38 por ciento de la población— y, por otro lado, la aprobación del sistema de financiación, que podríamos llamar sistema Montoro por el nombre del ministro de Hacienda bajo cuyo mandato se estableció. Yo no quisiera aquí recordar cómo se estableció la vinculación no deseada por las comunidades autónomas entre uno y otro proceso; vinculación, por cierto, que se introdujo en una cláusula en la Ley 21/2001, pero quisiera decir que la trasmutación del Partido Popular en la noche del 14 de marzo ha sido espectacular. Antes de ese momento solo las comunidades autónomas gobernadas por el Partido Socialista habían puesto de manifiesto la falta de recursos y las dificultades para la sostenibilidad del sistema. Esas comunidades se opusieron a la introducción de nuevas prestaciones por la vía de hecho por parte del Gobierno

y ninguna comunidad gobernada por el Partido Popular, por supuesto, se opuso al real decreto que regula el fondo de cohesión, ese fondo de cohesión del que usted seguramente con toda razón manifiesta ahora la insuficiencia. Las comunidades gobernadas por el Partido Popular parecían aceptar ese sistema de financiación sin ningún problema. Es más, podría decir que el 2 de marzo de 2004, cuando evidentemente la población de nuestro país ya era muy superior a la del año 1999, que sirvió de base de transferencias, y a muy pocos días de las elecciones generales, la entonces titular del Ministerio de Sanidad y Consumo nos decía —y leo textualmente— que entre las políticas sanitarias que planteaba el Partido Popular no se encontraba la revisión del sistema de reparto de los fondos sanitarios, porque —y cito textualmente— el sistema de financiación sanitaria era un modelo estable que permanecería en el tiempo —y sigo leyendo—, no existía ninguna necesidad de revisar sus términos tras las elecciones generales. Esto fue el 2 de marzo del año 2004 en una entrevista publicada en los medios de comunicación. Bastó que el Partido Popular perdiera las elecciones para que la entonces ministra se pusiera a la cabeza de la manifestación, sin reconocer ninguna mínima imprevisión del sistema de financiación.

Yo, desde luego, no seré quien diga por qué razón se hace este planteamiento, pero en estos meses hemos escuchado constantemente al Partido Popular decir que había que acometer los problemas derivados del aumento de población, contemplados —decía— en el sistema de financiación. Y yo me pregunto si se refería el Partido Popular a instrumentos que no fueran las asignaciones de nivelación, porque leyendo el sistema de financiación no hemos encontrado otro sitio donde se hable de la población. A pesar de que en el momento en el que se aprobó el actual modelo de financiación ya se estaba produciendo el impacto de los flujos migratorios, se articuló un sistema de nivelación, de casi imposible cumplimiento, puesto que exigía que en un año concreto la comunidad autónoma creciera 3 puntos más, no un 3 por ciento, sino 3 puntos más que el incremento poblacional medio del conjunto de España. Además, incluso si se producía ese caso no había un procedimiento automático, sino que la previsión legal era que la Administración General del Estado y la de la respectiva comunidad autónoma analizarían conjuntamente las causas y posibles soluciones de forma que, examinada en conjunto la financiación de la comunidad, se concluyera en la procedencia o no de que esa comunidad en concreto participara en las asignaciones de nivelación. Todavía no he escuchado a nadie reconocer esta imprevisión de ese sistema de financiación y, sin embargo, usted sabe como yo que, aplicado tal cual, ninguna comunidad autónoma estaría en este momento en esa situación. Es decir, que las modificaciones, ese elemento dinámico que incorporaba el sistema, hubieran dado como resultado un incremento de financiación igual a cero en este momento, lo cual no impide al Grupo Popular reclamar

como si fuera un derecho amparado en la norma unas dotaciones económicas a las que saben que con el anterior sistema no existe cobertura, como también saben que el fondo de cohesión no puede atender aquello para lo que se viene demandando, porque se ha establecido de otra manera.

Por ejemplo, se sigue reclamando por algunas comunidades autónomas que el fondo de cohesión financie por completo la atención sanitaria a los desplazados nacionales, a los turistas del turismo interior, tanto en el ámbito de la atención primaria como en la atención urgente, asimismo, se reclama el coste de la prestación farmacéutica. Ustedes saben muy bien —y debo decir que no he escuchado a la anterior ministra de Sanidad decir lo contrario— que el fondo de cohesión no está para eso, por dos razones. En primer lugar, porque el sistema de financiación se estableció sobre el coste efectivo de los servicios en aquel momento y, en segundo lugar, porque el fondo de cohesión no está para recoger los gastos de los turistas del turismo interior. La finalidad del fondo de cohesión era la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria pública en todo el territorio español y cabría decir lo mismo de la atención a residentes extranjeros, con matices, pero aquí hay que recordar que son las comunidades las que definen las tarifas de sus servicios y son las comunidades las que deciden lo que debe facturarse a otros Estados de procedencia por cada acto médico.

Y qué decir de las insuficiencias de las que constantemente nos habla el Partido Popular. Nos dice el Grupo Popular que no se ha tratado la financiación sanitaria en el Consejo Interterritorial, cuando ustedes saben que esa circunstancia nunca se ha producido, ni tan siquiera en el año 2001 al completar el proceso de transferencias y aprobar el nuevo modelo de financiación. De hecho, no deja de ser curiosa la crítica permanente que me han realizado en estos meses por atenerme a las previsiones legales y los procedimientos acordados y, sin embargo, en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, celebrado en el día de ayer, hubo una petición formal de uno de los representantes de una comunidad autónoma para que el proyecto de estatuto se discutiera en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en un momento en el que va a comenzar su discusión en este Parlamento.

También hablamos muchas veces de la cartera de servicios. Según el razonamiento que ahora realiza el Partido Popular, la cartera de servicios, común a todo el Sistema Nacional de Salud, se tendría que haber definido y concretado con anterioridad a que se generalizaran los traspasos de competencias sanitarias y se reformara el modelo de financiación autonómica. Quiero decirles que la cartera de servicios existente data del año 1995 y ustedes no tuvieron ningún problema en revisar completamente el sistema de financiación e incluir en dicho sistema la financiación de la sanidad a finales del año 2001 sin establecer en ese momento ninguna cartera de servicios. Es muy probable que ese hubiera sido el

momento lógico de hablar otra vez de la cartera de servicios, pero nosotros lo vamos a hacer ahora estableciendo los servicios que se prestan al conjunto de los ciudadanos para que se sepa de verdad que las prestaciones básicas y comunes son la práctica totalidad de las prestaciones, que las prestaciones adicionales que prestan algunas comunidades autónomas, con el recurso de su propia financiación, son prestaciones marginales que nada pesan en el conjunto del sistema. Así que esa idea que ustedes intentan trasladar a la ciudadanía de ruptura del Sistema Nacional de Salud en 17 sistemas distintos es una idea que no se corresponde en absoluto con la realidad. Dentro de muy poco tendremos la ocasión de demostrarlo.

El Gobierno ha hecho un gran esfuerzo, ha realizado una aportación de 1.677 millones de euros a la Sanidad, más estas cuantías de anticipo que, como le digo, no deben en absoluto minusvalorarse por lo que tienen de posibilidades presupuestarias, pero también por lo que tienen de ahorro, de intereses o de pago a esos proveedores a los que ahora en algunas comunidades, le pongo por ejemplo la Comunidad Valenciana, se tarda más de 700 días en pagar. Los hechos han venido a demostrar que la sanidad pública es una prioridad para el Gobierno y que usted nos dice que el reparto de los fondos hace que no sea transparente. En su propia expresión, cuando usted lo iba contando, se dará cuenta de que no tenía demasiado sentido lo que decía —si me lo permite—, porque nos preguntaba: cómo se va a repartir el fondo de garantía. Efectivamente, dependerá del crecimiento de cada comunidad y del crecimiento del PIB. Para eso está y para eso además lo incluyeron ustedes en el sistema de financiación del año 2001 y ha sido petición de muchas comunidades autónomas, gobernadas por uno y otro partido, que se prorrogara, es decir, que se revitalizara la existencia de esa garantía llamada garantía PIB. De todas aquellas comunidades a las que ese fondo de garantía PIB aporta recursos. También nos dice que no se sabe cómo se va a repartir el dinero procedente de la asistencia a extranjeros. Por supuesto, dependerá de los gastos sanitarios correspondientes. Ustedes dicen que es una aportación insuficiente y quisiera decirles que es una aportación mucho mayor en términos absolutos: 1.677 millones de euros mayor que la que hubiera correspondido en el caso de seguir con el sistema de financiación que ustedes propusieron y que todas las comunidades autónomas aceptaron.

Hemos hablado de los impuestos del tabaco. Quisiera decirle, en primer lugar, que no es cierto que las comunidades autónomas puedan recaudar 227 millones y el Estado 300, porque esos 227 millones están calculados como la repercusión directa más la repercusión derivada de ese porcentaje de los tributos, del porcentaje del IVA. Por tanto, esa distribución inicial, 40 para la comunidad autónoma y 60 para el Estado, se altera después, porque parte de ese 60 vuelve a revertir a las comunidades autónomas y está contabilizado en esos 227 millones. Además de eso le quiero decir que como ministra de

Sanidad, nada más desearía yo que esa cantidad fuera cero. Sin ninguna duda, las comunidades autónomas encontrarían la manera de hacer frente a esos recursos adicionales no contenidos. Como se ha hablado además estos días mucho de este incremento de impuestos, que los únicos que decide el Gobierno son los de alcohol y tabaco, quería darle unos datos de los incrementos de impuestos durante 1996 y 2003: el alcohol subió un 20 por ciento, el tabaco un 70, la cerveza un 30, la gasolina sin plomo un 19 y el gasóleo de automoción un 13. Aparte del céntimo sanitario que ustedes pusieron en marcha y que algunas comunidades autónomas han decidido aplicar y otras lo harán sin ninguna duda en el futuro. De todas las maneras a lo largo de su intervención usted ha manifestado que reconoce que hay una aportación adicional de recursos a la sanidad. Usted lo estima insuficiente, creo que es cuestión de discutir el nuevo sistema de financiación y es cuestión también —en eso coincido con usted— de que las comunidades autónomas dediquen estos recursos adicionales a la sanidad. Lo harán de distinta manera, algunas lo harán pagando a esos proveedores que por el momento no reciben el producto de sus ventas, otras lo harán cubriendo tal o cual insuficiencia de su propio sistema de salud, pero deseo que esos recursos se dediquen a la sanidad y que con esa medida podamos hacerla sostenible. Me hablaba de una oportunidad perdida para profundizar en la calidad del Sistema Nacional de Salud. No es una oportunidad perdida, es una oportunidad que entre todos —ayer tuve la ocasión de constatarlo—, no me cabe ninguna duda, la vamos a aprovechar.

La señora **PRESIDENTA**: Doy por supuesto que habrá una segunda ronda de intervenciones, pero recuerdo a los señores portavoces los términos en que el Reglamento contempla esta posibilidad. Dice por una sola vez y por un tiempo de 5 minutos, quizá sea algo más, pero les ruego que se atengan al mismo.

En tales términos tiene la palabra el diputado del Grupo Parlamentario Popular don Mario Mingo.

El señor **MINGO ZAPATERO**: Procuraré ajustarme al tiempo que me da usted.

Señora ministra, la primera diferencia es que el modelo de financiación del año 2001 fue aprobado por unanimidad de las comunidades autónomas y el acuerdo alcanzado el otro día en el Consejo de Política Fiscal y Financiera tuvo el voto en contra de dos comunidades autónomas y la abstención de las comunidades del Partido Popular. La segunda diferencia —a usted se le olvida, sinceramente no lo entiendo— es que existe una Ley de cohesión y calidad que regula adecuadamente qué es el fondo de cohesión. Usted lleva un año y medio en el Gobierno y no ha regulado el fondo de cohesión. Esa ley la pactamos su grupo y el nuestro para saber exactamente a qué se tenía que dedicar el fondo de cohesión y en la que sí están los desplazados y los extranjeros y en la que tiene que estar el uso tutelado de los servicios de refe-

rencia, de las comunidades autónomas y del Estado, para garantizar la igualdad y la calidad y los planes integrales de salud. Precisamente para garantizar que se eviten los desequilibrios. Eso está en la ley. No es que lo quiera usted o no o que lo quiera yo o no. Está en la ley que usted no cumple y lleva 16 meses sin cumplir. Por mucho que usted se remita al pasado y quiera tergiversarlo. El pasado ya está, ahora es el futuro y es su responsabilidad, señora ministra, y usted no cumple. No cumple ni siquiera la ley.

Segundo argumento de peso, señora ministra. Su oferta personal como ministra de Sanidad para la financiación sanitaria fue de 500 millones de euros. La propuesta actual, según sus propias palabras, no se sabe exactamente cuánto es por el propio modelo elegido. Si ustedes hubieran elegido un modelo con cantidades concretas otro gallo habría cantado, porque todas las comunidades autónomas sabrían exactamente de cuánto dinero dispondrían. En cuanto a la transparencia, a la que ha aludido la señora ministra y también la portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, me sumo al siguiente editorial de un diario, del día 16 de septiembre: el Ejecutivo no ha querido o sabido explicar con detalle cómo se repartirán 1.177 de los 1.677 millones anuales de la oferta distribuida en ayuda directa y diversos fondos. Ha sido el Consejo de Política Fiscal y Financiera la institución en la que se han discutido y ventilado los problemas, y así tenía que ser, por ser ese el órgano en el que se regulan los intercambios económicos entre la Administración General del Estado y las comunidades autónomas. No es en ningún caso en la Conferencia de Presidentes, por mucho que Zapatero insistiera en que se había alcanzado un consenso básico al respecto al término de la reunión del pasado sábado. Sin restar mérito al acuerdo, el presidente del Gobierno y el vicepresidente y ministro de Economía, don Pedro Solbes, no deberían sentirse demasiado satisfechos del procedimiento seguido durante la cumbre autonómica. El método de actuación ha sido más que discutible y dista mucho de ese compromiso de transparencia que el líder socialista enarbola.

Fueron comprensibles las quejas de los presidentes de las comunidades autónomas del Partido Popular de no haber tenido tiempo de estudiar con detalle el documento. Hubo una premeditada ocultación de datos, cuando lo propio hubiese sido dar margen para un estudio detenido de la oferta. Fue también poco razonable la comparecencia día antes del ministro de Economía —estaba usted, señora ministra— para anunciar un paquete presentado como poco menos que innegociable, e igualmente sorprendente resultó el baile de cifras de su departamento sobre los cálculos de ingresos previstos como resultado del aumento anunciado en los impuestos de alcohol y tabaco. Este es el editorial de un periódico que apuesta por el Partido Socialista y, como muy bien señala el señor Arola, es *El País*. Por una vez estoy de acuerdo con la editorial de *El País*.

Señora ministra, esto no es un regalo, esto es una responsabilidad legal del Estado como copartícipe de la financiación sanitaria del Sistema Nacional de Salud. Por primera vez he escuchado que usted quiere un pacto de Estado, que aceptaría el pacto de Estado. Ahora mismo, llámenos, llevamos 18 meses pidiéndolo; llámenos, ejecútelo, señora ministra, le tomo la palabra, porque hasta ahora, de cuantas propuestas ha hecho el Partido Popular en esa línea, usted se ha negado siempre y ha votado siempre en contra. Hoy usted ha hecho esa afirmación no sé si con la boca pequeña o con la boca grande.

Por último, no quiero entrar en otros temas que se han debatido, fundamentalmente la gripe aviar, y solamente quiero decirles a todos ustedes —y no quiero hacer alarmismo, por favor— que la Organización Mundial de la Salud ha recomendado a todos los países la alerta a toda la población y a todas las comunidades autónomas. Que se tenga en cuenta, no quiero insistir más, solo dejarlo encima de la mesa, señora ministra, y ya sabe lo prudente que soy en este asunto, como espero y deseo ser en la mayoría de los casos.

Con relación a un tema farmacéutico, porque se ha comentado aquí, yo quiero hacer una pregunta. Me ha llegado una noticia en el sentido de que tiene usted la intención, en la modificación de la ley del medicamento, de incorporar en el artículo 92.2 el cambio del sistema de precios de referencia y retrasar una vez más ese modelo. ¿Es verdad? Si fuere verdad, ¿cree que ese es el mejor modelo para controlar el precio de los medicamentos y el gasto farmacéutico por parte de las comunidades autónomas?

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

La señora **FERNÁNDEZ DAVILA**: Solamente para agradecer las respuestas de la ministra a las preguntas que le hemos formulado.

La señora **PRESIDENTA**: Señor Xuclà.

El señor **XUCLÀ I COSTA**: Muchas gracias, señora ministra, por la información sobre el peligro, la amenaza o la expectativa de una gripe aviar en sus justos términos informada y que por mi parte no salía de informaciones periodísticas, sino de círculos científicos, y sobre lo cual simplemente quería la respuesta que justamente nos ha trasladado. Estoy convencido de que si en su momento fuera necesaria más información, que tanto por iniciativa del Gobierno como por la acción del control parlamentario sería trasladada a esta Cámara.

Si quiere decidimos que lo que hasta hace pocos años llamábamos déficit lo podemos llamar facturas pendientes u obligaciones pendientes desde un punto de vista contable; pero la realidad es que este déficit que ahora usted nos propone que se llame facturas pendientes u obligaciones pendientes es la consecuencia de muchos

años, y de unos cuantos años de gestión directa del Gobierno, porque el traspaso de las competencias a las comunidades autónomas es de la anterior legislatura. Con lo cual la frase pasar el muerto a las comunidades autónomas de una gestión del Gobierno central es exactamente lo que se hizo con un mal cálculo en el momento del traspaso, pero la continuación del mismo ha sido la fórmula con la que el Gobierno ha afrontado este parche, que no es la definición de un nuevo modelo. Por eso, desde mi grupo parlamentario esto se llama pasar el muerto y se llama una cantidad económica insuficiente que usted ha citado como calderilla (**La señora ministra de Sanidad y Consumo (Salgado Méndez): No, ustedes lo han dicho.**), invocando al debate del real decreto y recordando la intervención de mi portavoz. Este no es un modelo definitivo ni es una aportación suficiente desde un punto de vista económico, y después haré referencia a la suficiencia y a la sostenibilidad desde un punto de vista de modelo de gestión.

Nosotros somos partidarios de la autonomía financiera de las comunidades autónomas para decidir a qué destinan sus recursos, también en la financiación de la sanidad, pero insisto en que esto no será posible por parte de las comunidades autónomas hasta que no se hayan puesto los contadores a cero, por última vez si lo hacemos bien —y después haré referencia a ello—, pero poner los contadores a cero no es el parche del 25 por ciento, que sin duda en mi primera intervención —y se lo vuelvo a reiterar— se aprecia como una contribución, pero no como una respuesta de carácter estructural.

Veo que coincidimos absolutamente en la diferencia entre variaciones y nueva investigación, pero la señora ministra, además de apreciar —creo— las variaciones que nos ha dicho, también sabe que la sanidad necesita de nuevas investigaciones y que el modelo en España es un modelo concertado entre unas líneas decididas por el sector público y una investigación que en gran medida desarrolla el sector privado. Esto se tiene que hacer en un clima de concordancia, en un clima favorable y concertado, y en la expectativa de una posible ley del medicamento —soy más explícito que en mi primera intervención— sería necesario que este clima presidiera la misma.

Este grupo parlamentario hoy parece que ha hecho una pequeña pero positiva contribución en el debate político y en el debate parlamentario, no sé si una contribución profiláctica o incluso con un cierto sentido lubricador en las relaciones entre grupos parlamentarios. Celebro las palabras de la ministra, que por cierto no es la primera vez que mis oídos escuchan sobre la oferta de pacto de Estado por parte del Gobierno. Lo que pasa es que la señora ministra nos habla de las dificultades que viven en el Consejo Interterritorial, en un consejo con distintos partidos políticos, con distintas comunidades autónomas e incluso con comunidades autónomas del mismo partido con intereses diferentes, del Partido Socialista y del Partido Popular. Cuando nosotros planteamos este necesario pacto, que sería una gran contribución desde un punto de

vista de reforma de Estado, no lo hacemos a partir de los territorios, sino a partir de los partidos políticos. Insisto, el Pacto de Toledo es un pacto de partidos políticos; este posible pacto que hoy se ve un poco más cerca quizás que hace tres horas tendría que ser un buen pacto, un pacto de sinceridad, un pacto de partidos políticos parlamentarios con tradición de Gobierno, un pacto de realismo, que nos permitiría que la señora Pozuelo, portavoz del Partido Socialista, hiciera una interpretación integral de mi primera intervención.

He hablado del contador a cero como la primera parte de una línea en la cual también debe haber la definición de un nuevo modelo de financiación. Seguramente este nuevo modelo requerirá hablar de medidas impopulares, de reajustes, de algo que las formaciones políticas, con una cierta tradición de Gobierno, creo que es llegado el momento que planteáramos con un cierto coraje y con el pacto político de que esto no fuera elemento de desgaste en la vida política española, porque en el Estado del bienestar que defendemos todos sin duda la sanidad es un aspecto absolutamente crucial. Si con la señora Pozuelo hemos sido capaces de incorporar tantas enmiendas del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) en la ley del tabaco, aún no perfeccionada al cien por cien, no puedo alcanzar a comprender cómo no ha integrado mis palabras sobre el contador a cero con la definición de un nuevo modelo. En todo caso, si se ha hecho cuatro veces desde el año 1996, que es del que usted tiene memoria parlamentaria (yo tengo memoria y experiencia parlamentarias desde el año 2000; en 1996 habría sido muy prematuro como parlamentario), yo no propongo un nuevo contador a cero, propongo un pacto integral de modelo y de financiación sanitaria.

La señora **PRESIDENTA**: Ciertamente es usted muy joven, bastante vida política tiene ya.

A continuación tiene la palabra, en nombre del Grupo Socialista, la señora Pozuelo.

La señora **POZUELO MEÑO**: También con brevedad, presidenta. Me refería no a partir del año 1996, decía que yo soy diputada desde el año 1996 pero que ya en la anterior legislatura, la que hubo de 1993 a 1995, tuve conocimiento de que se había puesto el contador a cero, y el Grupo Parlamentario Socialista y yo misma como diputada y portavoz de esta Comisión hemos dado muestras suficientes de capacidad de diálogo, de entendimiento y de llegar a acuerdos. Esa voluntad sigue abierta, lo que no quita para que no estemos de acuerdo con algunos planteamientos y discrepemos de ellos. Yo no puedo compartir que se sea defensor de la autonomía financiera y de la capacidad normativa de las comunidades autónomas para conseguir esa total autonomía financiera, de la capacidad de competencia total por parte de los gobiernos de las comunidades autónomas y que al mismo tiempo de manera reiterada se esté solicitando que se pongan los contadores a cero por parte de otras administraciones que

no han sido las que han ejecutado la gestión de esos servicios. Eso no lo puedo compartir, me parece que hay determinados elementos que no son suficientemente coherentes y necesitan un análisis mucho más profundo para ver cuál es la situación efectiva de cada una de las comunidades autónomas, cuáles son las razones de esos déficit o de esos saldos o facturas acumuladas que no se han podido pagar de manera efectiva, y a partir de ahí habrá que dar de manera diferenciada una solución a cada una de ellas, para que se pueda ser justo y equitativo y no primar las malas gestiones sobre las buenas. Eso era lo que yo quería decir y los principios sobre los que yo basaba mi planteamiento en el primer turno.

Sobre la intervención del señor Mingo, del Grupo Popular, solamente diré que efectivamente el acuerdo del 2001 lo firmaron todas las comunidades autónomas —yo estoy segura de que este también lo van a firmar todas— en las comisiones mixtas de transferencias, pero le quiero recordar que cuando se presentó en el Congreso de los Diputados el Grupo Socialista mostró su desacuerdo con alguna de las cuestiones que presentaba ese acuerdo de financiación autonómica —además lo hizo de manera expresa—, porque ya veíamos que no iba a ser un sistema verdaderamente estable y ni equitativo en cuanto al método para la asignación de los recursos y a la gestión del propio sistema, debido a los criterios y a las variables que se establecían en ese sistema de financiación. Además pusimos de manifiesto que ese acuerdo unánime entre todas las comunidades autónomas también había sido, señor Mingo, un acuerdo forzado. Quiero recordarle que en aquel momento la coincidencia entre las transferencias y ese nuevo sistema de financiación autonómica conllevó que a las comunidades autónomas que recibían esas transferencias se les planteara en los siguientes términos: o ustedes aceptan este sistema de financiación autonómica o no reciben las transferencias. Esos fueron los términos, que en gran medida obligaron a las comunidades autónomas que no compartían al 100 por ciento estos planteamientos a firmar esos acuerdos. Por supuesto que nosotros miramos al futuro, yo creo que este Gobierno lo está demostrando de manera clara y suficiente al establecer por un período de tiempo de aquí al 2007 unos recursos añadidos al Sistema Nacional de Salud que van a aliviar de manera importante la carencia de esos recursos y la insuficiencia del sistema acordado en el 2001, y la puesta en marcha de unos mecanismos de trabajo para ir preparando ya la reforma del sistema de financiación autonómica que tendrá que hacerse en el año 2007.

La señora **PRESIDENTA**: Tiene de nuevo la palabra usted, señora ministra.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Salgado Méndez): Una intervención breve, simplemente para decirle al señor Mingo que por supuesto nosotros estamos en alerta y las comunidades también, de acuerdo con los niveles de alerta establecidos por la Unión

Europea y de la Organización Mundial de la Salud, y debo decirle además que hemos sido felicitados por la Unión Europea por la adopción de este Plan de actuación frente a esa posible epidemia. En todo caso, lo que no conviene es alarmar innecesariamente a la población y, sin embargo, le diré que estamos preparados para hacer frente a cualquier eventualidad, como así es.

Sinceramente, ojalá que todo el problema se redujera a una cuestión de comunicación de los términos del acuerdo. Yo celebraría que esa fuera la única discrepancia manifestada por el Grupo Popular, que no está de acuerdo con la forma en la que se ha comunicado o con la forma en la que se ha preparado esa Conferencia de presidentes. También quiero decir que probablemente cuando las comunidades autónomas del Partido Socialista aprobaron ese nuevo sistema de financiación fue tal vez porque en ese momento tuvieron esa generosidad y ese deseo de llegar a un pacto de Estado, que no estoy segura de que exista ahora entre las comunidades del Partido Popular. Es difícil pensar que existe cuando sistemáticamente dificultan la celebración de los consejos interterritoriales del Sistema Nacional de Salud, y no sólo lo dificultan insistiendo en que allí se discutan temas distintos que no tienen nada que ver con las competencias de ese consejo interterritorial, sino incluso en sus planteamientos institucionales. Usted sabe, porque yo he tenido oportunidad de quejarme, que sistemáticamente los consejeros de las comunidades autónomas gobernadas por el Partido Popular ejecutan actos de descortesía con el que es el representante ordinario del Estado en cada comunidad autónoma, sistemáticamente. Le puedo decir que en muchos casos están en la ciudad, en algunos casos incluso pasan por delante de la puerta de la presidencia correspondiente, y no les parece oportuno acudir a la recepción oficial que el presidente de la comunidad autónoma da al conjunto de los consejeros. Eso no parece que propicie hablar de pactos de Estado en ese contexto, pero le insisto en que la elaboración de un nuevo sistema de financiación es, como ha dicho el señor Xuclà, una buena oportunidad para buscar ese consenso global, y por parte el Gobierno desde luego no escatimaremos esfuerzos para que así sea. Como le digo, no he entendido muy bien el sentido de su intervención, porque parece que toda la cuestión se ha reducido a un problema de comunicación. Tampoco el periódico es un experto en contabilidad cuando habla de ese baile de cifras del alcohol y el tabaco, creo que ya se lo he explicado pero, en todo caso, como le digo, ojalá que fuera ese el único caso.

Hablan ustedes mucho del fondo de cohesión. Los créditos del fondo de cohesión son ampliables ahora, como también lo eran hace unos años. También le puedo decir que desde luego en el año 2003 no llegó a consumirse todo el crédito que estaba incluido en los presupuestos, porque simplemente los desplazamientos programados, debido a esa mejora de la calidad de la sanidad en las distintas comunidades autónomas, no fueron todo lo numerosos que habían sido en años ante-

riores, pero el crédito del fondo de cohesión sigue siendo ampliable y, por tanto, podrá dar cabida a todas las cuestiones que se estimen. Algunas de las que usted ha planteado no están en la Ley de Cohesión y Calidad, o en el decreto, como que tengan que estar en el fondo de cohesión, otras por supuesto sí.

Usted me habla siempre de los planes integrales, yo he hablado ya de los servicios de referencia, y usted habla también de los usos tutelados. Nosotros hemos decidido hacer experiencias piloto con esas nuevas tecnologías que van a ser financiadas desde el Plan de calidad del Sistema Nacional de Salud. Como digo, tenemos el compromiso de presentar, incluso si es posible en el próximo consejo interterritorial, una modificación del fondo de cohesión para incluir esta asistencia a los desplazados extranjeros, dentro de esa fórmula nueva de incremento de las cuantías a los desplazados programados dentro de las distintas comunidades; también incorporaremos más procesos a ese anexo que se estableció del fondo de cohesión de los desplazamientos programados que se contabilizaban para la liquidación del fondo. Por tanto, vamos a ampliar las cuantías individuales y también los procesos incluidos, y vamos a incorporar en ese fondo de cohesión la financiación de los servicios de referencia en los términos que establece la Ley de Cohesión y Calidad de la que usted tanto habla.

A lo largo de su intervención ha quedado de manifiesto que tal vez algunas comunidades autónomas puedan estimar insuficientes estas cantidades, pero no le he oído hablar en ningún momento de corresponsabilidad fiscal; sí he escuchado hablar de eso al señor Xuclà. Quiero recordar aquí el comentario que hizo el consejero de Hacienda de la Comunidad Valenciana, que actuaba de portavoz de las comunidades autónomas del Partido Popular en ese pleno del Consejo de Política Fiscal y Financiera del día 13 de septiembre. Decía el consejero que a pesar de que el Gobierno había cambiado su posición mejorando las aportaciones ofrecidas, la propuesta parecía insuficiente —decía textualmente— porque a algunas comunidades autónomas no les quedaría más remedio que aumentar sus impuestos si decían que sí al acuerdo. Yo me pregunto para qué sirve un modelo de financiación basado en la corresponsabilidad fiscal, ¿para que las comunidades autónomas reduzcan impuestos o para que traten de allegar los recursos necesarios a la financiación de las necesidades? Debo decirle que en este punto coincido con la opinión del ex ministro de Hacienda, señor Montoro, que ya en el año 2001 afirmó que la corresponsabilidad fiscal consiste en que, si las comunidades autónomas registran un incremento de sus gastos, el sistema debe dotarlas de mayor capacidad de generar ingresos, pero no consiste en pedir continuamente recursos al Estado. En su intervención le ha faltado hablar de corresponsabilidad fiscal, en

particular en unas competencias que están transferidas al conjunto de las comunidades autónomas. Por otra parte, celebrar ese Consejo de Política Fiscal y Financiera era obligado, aunque el acuerdo en la Conferencia de presidentes hubiera sido total, porque, como usted sabe y muy bien ha dicho, esta no tiene capacidad para instrumentar las medidas. Ese Consejo de Política Fiscal y Financiera y esa Conferencia de presidentes del 10 de septiembre nos ofrecen una excelente oportunidad que entre todos tenemos que aprovechar, y yo espero que así sea. **(El señor Mingo Zapatero pide la palabra.)**

La señora **PRESIDENTA**: Veo que el portavoz del Grupo Popular solicita la palabra. Hemos indicado, y así ha quedado claro esta mañana cuando nos hemos reunido Mesa y portavoces, que la réplica era por una sola vez.

El señor **MINGO ZAPATERO**: Tiene razón, señora presidenta. Solo 15 segundos, por favor.

La señora **PRESIDENTA**: Me lo pide usted con tal cara de bueno que se los tendré que dar. Quince segundos.

El señor **MINGO ZAPATERO**: Señora ministra, cumpla la ley, le guste o no le guste, cumpla la ley. Cualquiera propuesta nueva que haga será cambiar la ley. No sé si usted quiere o no quiere hacerlo, pero lo que está haciendo hoy es no cumplir la ley.

La señora **PRESIDENTA**: Cierra el debate, si lo desea, la señora ministra.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Salgado Méndez): Sinceramente a veces me sorprende que algunos representantes parlamentarios hagan estas afirmaciones. Por supuesto, si nosotros entendemos que la ley debe modificarse, haremos una propuesta en ese sentido y no tendremos ningún empeño en hacerla **(Rumores.)**, mientras tanto, nos estamos ajustando. **(El señor Mingo Zapatero: Cúmplala.)** Estoy cumpliendo la ley, seguramente más que ustedes, que en el periodo que transcurrió desde la aprobación de la ley hasta la celebración de las elecciones generales no la desarrollaron en ninguno de sus aspectos. **(Una señora diputada: Si fueron tres meses.)**

La señora **PRESIDENTA**: Señorías, concluida la comparecencia, recuerdo a todos ustedes que tenemos prevista sesión de esta Comisión el día 11, para las comparecencias referidas a los presupuestos. Será a las cuatro de la tarde.

Muchas gracias por su presencia, señora ministra.
Se levanta la sesión.

Eran las seis y cuarenta 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**