



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2007

VIII Legislatura

Núm. 952

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DEL EXCMA. SRA. D.^a MARGARITA URÍA ETXEBARRÍA

Sesión núm. 47

celebrada el miércoles, 28 de noviembre de 2007

Página

ORDEN DEL DÍA:

Comparecencia del señor ministro de Sanidad y Consumo (Soria Escoms) para informar sobre:

- | | |
|---|----|
| — La política de investigación del Ministerio. A petición propia. (Número de expediente 214/000187.) | 2 |
| — Los proyectos de reales decretos reguladores del Fondo de Cohesión y de los centros de referencia del Sistema Nacional de Salud. A solicitud del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 213/000604.) | 15 |

Se abre la sesión a las diez de la mañana.

COMPARECENCIA DEL SEÑOR MINISTRO DE SANIDAD (BERNAT SORIA) PARA INFORMAR SOBRE:

— LA POLÍTICA DE INVESTIGACIÓN DEL MINISTERIO. A PETICIÓN PROPIA. (Número de expediente 214/000187.)

La señora **PRESIDENTA**: Nos acompaña en esta sesión el señor ministro, cuya comparecencia sobre dos materias distintas se va a celebrar en el día de hoy. También quiero agradecer y dar la bienvenida, en nombre de la Comisión, al equipo que le acompaña, a los medios de comunicación y al personal de la Cámara. Conocen ustedes el orden del día. Comparece el señor ministro a petición propia para informar sobre la política de investigación del ministerio, y la segunda de las comparecencias, que ya he anunciado, se refiere a la petición de informe por parte del Grupo Parlamentario Popular sobre los proyectos de reales decretos reguladores del Fondo de Cohesión y de los centros de referencia del Sistema Nacional de Salud. Para referirse a la primera de ellas e informar sobre la política de investigación del ministerio tiene ya la palabra, sin más preámbulos, el señor ministro.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Soria Escoms): Señoras y señores diputados, gracias por su presencia.

He solicitado comparecer ante esta Comisión para informarles de la política de investigación del departamento que, partiendo de la abundante actividad desarrollada ya por el Gobierno a lo largo de la legislatura, culmina en los importantes proyectos que desde el ministerio pretendemos seguir impulsando. La investigación es una fuente de riqueza que mejora la vida de los ciudadanos y no debe percibirse ni como una carga ni como un riesgo, sobre todo en un Estado como el nuestro donde se desarrolla en un marco jurídico que garantiza la libertad de los investigadores y el rigor ético. Nuestro país cuenta con todos los elementos necesarios para ser líder en investigación clínica y desde el Gobierno se están dando los pasos necesarios para que esta posibilidad se convierta en una realidad material. En los últimos cuatro años se ha duplicado la inversión pública en investigación, desarrollo tecnológico e innovación, tal y como comprometió el presidente desde su investidura. En esta legislatura se ha establecido el marco legislativo necesario para que la investigación pueda desarrollarse en el contexto ético y administrativo adecuado. La Ley de Reproducción Asistida y la Ley de Investigación Biomédica, que ha llevado adelante este Gobierno y que han gozado del apoyo de la mayoría del Parlamento, responden a esta prioridad que comparten los parlamentarios y la mayoría de los ciudadanos.

La inversión en salud y la inversión en investigación generan riqueza mucho más allá de los recursos que directamente tienen asignados. Por ejemplo, en España, esta —llamémosle— rentabilidad de la inversión en salud podría llegar a ser de 4 euros por cada 10 invertidos. La inversión en investigación es lo único que nos ayuda a enfrentarnos a lo desconocido. Por ello, la apuesta por la investigación, no solo tiene una repercusión positiva sobre la mejora de salud, sino que también incrementa la capacidad de un país para encarar el futuro. Lamentablemente, no es ningún secreto que hay un desfase entre el lugar que ocupa España en el concierto de las naciones y el que ocupa en investigación en general. Conseguir que desaparezca ese desfase va a necesitar grandes inversiones y un conjunto de acciones coordinadas en las que tendrán que estar presentes los investigadores, las instituciones, la industria, las universidades, los profesionales sanitarios, las empresas y, por supuesto, deberá contar con el imprescindible apoyo político. Estoy firmemente convencido de que con el compromiso de todos los actores y con responsabilidad política alcanzaremos nuestro objetivo.

En 2005, el presidente del Gobierno presentó la iniciativa Ingenio 2010 para el apoyo a las políticas de I+D+i. Uno de los problemas más graves que tienen los investigadores españoles es que encuentran muchas dificultades para programar adecuadamente los procesos de investigación, ya que la financiación que reciben es temporal y está ligada a convocatorias periódicas. Tras la aprobación del programa Ingenio 2010 se han creado mecanismos que permiten una financiación continuada, a medio y largo plazo, mediante estructuras estables de investigación cooperativa. Los Ciber, centros de investigación biomédica en red, se crearon en 2006, inicialmente centrados en siete áreas estratégicas: epidemiología y salud pública; fisiopatología de la obesidad y nutrición; enfermedades respiratorias; enfermedades hepáticas y digestivas; enfermedades neurodegenerativas; enfermedades raras y bioingeniería, biomateriales y nanomedicina. Estos centros trabajan en red con el objetivo de desarrollar la investigación cooperativa y aunar los esfuerzos de grupos multidisciplinares de investigadores para lograr la eficiente traslación de los conocimientos generados por la investigación básica a la práctica clínica. Junto con las Retic, redes temáticas de investigación cooperativa en salud, que SS.SS. también conocen, conforman las estructuras de investigación en red del Sistema Nacional de Salud.

Recientemente he tenido la oportunidad de anunciar en esta Cámara la creación de dos nuevos Ciber dedicados a salud mental y a diabetes y enfermedades metabólicas asociadas, dos patologías con elevada prevalencia en el Sistema Nacional de Salud. Con la constitución de estas dos nuevas estructuras se eleva a 3.290 el número de investigadores integrados en 387 grupos de investigación en red, los Ciber, las Retic y los centros como CNIO, CNIC, Cabimer o el Centro de Medicina Regenerativa de Barcelona, han permitido que la inversión

pública en I+D+i biomédica, financiada desde el Ministerio de Sanidad y Consumo, haya evolucionado de forma espectacular, pasando de 99,27 millones de euros en 2003, a nada menos que 215,91 en 2006. Estas cifras aumentaron en más del 15 por ciento en el año 2007 con respecto a 2006 y los presupuestos de 2008 recogen un incremento de un 25 por ciento en I+D+i. En total, 417 millones de euros que se distribuyen en 134,5 millones en investigación intramural, personal, mantenimiento e inversiones y 282,5 millones de euros en investigación extramural. Las inversiones realizadas en los últimos años han tenido como consecuencia un aumento significativo en la cantidad y calidad de la producción científica.

Además, en los últimos tres años la creación de empresas en el sector de la biotecnología se ha incrementado en un 45 por ciento, pasando de 149 en 2003, a 216 en 2006. La I+D+i biomédica también tiene sus efectos positivos sobre la creación de empleo. Los datos del año 2004 evidencian que la facturación en ese año fue de 4.000 millones de euros y el empleo generado se extendió a 36.000 personas. De continuar con este ritmo de crecimiento, las previsiones para 2010 podrían representar una considerable relevancia para la economía al alcanzar el 1,6 del PIB, lo que supondría afectar a más de cien mil personas. Sin embargo, la transferencia de conocimiento al sistema sanitario no se está produciendo a la velocidad que todos deseáramos. La sociedad española es una sociedad muy preparada para el cambio tecnológico y acepta con esperanza los resultados de la innovación médica, pero de nada sirve que los resultados se queden en los laboratorios o en las revistas especializadas. Los pacientes y sus familiares necesitan que todo el conocimiento y las tecnologías fruto de la investigación y la innovación se traduzcan en terapias eficaces. Este ha sido mi objetivo como investigador y lo es ahora como ministro de Sanidad y Consumo del Gobierno de España: una investigación orientada al paciente. Para conseguirlo son necesarias reformas —muchas de ellas se han puesto en marcha en esta legislatura—, en las que vamos a profundizar, pero tenemos preparadas nuevas acciones estratégicas. Tras la aprobación de las leyes de Investigación Biomédica y de Reproducción Humana Asistida, en los próximos meses se completará su desarrollo normativo. En estos momentos se encuentran en distinto grado de desarrollo los reglamentos que complementarán la Ley de Investigación Biomédica. Entre ellos se encuentran los siguientes reales decretos: nombramiento y constitución del comité de bioética de España; requisitos para la entrada y salida de España de preembriones, gametos, células y tejidos embrionarios y fetales humanos con fines de investigación; desarrollo y funcionamiento de la comisión de garantías para la donación y utilización de células y tejidos humanos; régimen de constitución y funcionamiento de los comités de ética de la investigación en biomedicina; regulación de la concesión de excedencia a funcionarios para incorporarse a empresas de base tecnológica creadas a partir

de patentes o resultados de investigación generados en centros públicos; y, por último, el Real Decreto que regula la organización y funcionamiento del registro nacional de biobancos para la investigación biomédica. Todo ello aportará certidumbre y seguridad al trabajo de los investigadores españoles y abrirá el campo para nuevos avances. Además de estas reformas legales, está prevista la transformación del Instituto de Salud Carlos III en Agencia Estatal de Investigación Biomédica y Ciencias de la Salud. Su nuevo régimen jurídico permitirá una mayor flexibilidad y transparencia en sus procesos de gestión. Su actuación contribuirá a vertebrar las actividades de investigación en el Sistema Nacional de Salud. Ello fomentará la transferencia de resultados de la actividad investigadora a la práctica clínica y la mejora de las intervenciones y procedimientos preventivos, diagnósticos, terapéuticos y rehabilitadores prestados por los centros y servicios integrados en el sistema. Se encuentra en la última fase de tramitación el Real Decreto por el que se aprueba el estatuto y se crea la agencia. Su aprobación está prevista antes de que acabe esta legislatura. Pero, como dije antes, es necesario que los resultados de la investigación reviertan en la sociedad, en los ciudadanos. Los pacientes, sus familiares, sus personas queridas no se conforman con saber que hay muchos recursos destinados a la investigación y muchos investigadores trabajando. Quieren resultados, quieren que todo este saber y todos estos recursos se traduzcan en terapias eficaces para curar las enfermedades. Para ello, el pasado 11 de octubre el Consejo de Ministros aprobó un conjunto de medidas en I+D+i biomédica que recogen una serie de acciones estratégicas y acciones transversales, cuya finalidad última es trasladar al paciente lo antes posible los beneficios obtenidos en la investigación. Los ámbitos de estas acciones estratégicas son los siguientes: terapias avanzadas en medicina regenerativa; psiquiatría infantil y juvenil; genética humana; enfermedades raras y medicamentos huérfanos. Su objetivo es movilizar recursos en campos emergentes de la biomedicina y la atención a manifiestas necesidades sociales. Cuentan con un total de 75 millones de euros entre financiación directa y cofinanciación.

Puesto ya el acento sobre las necesidades sociales, queremos destinar importantes recursos a la investigación de enfermedades raras y medicamentos huérfanos. Dada la escasa prevalencia de estas patologías, no suelen estar incluidas entre los objetivos de la industria farmacéutica, pero los afectados por ellas tienen el mismo derecho que quienes padecen enfermedades más comunes, que en este caso sí que son rentables para la industria privada. El interés del ministerio es fomentar la investigación básica y clínica de estas patologías. Es más que un compromiso, porque ya se está reflejando en nuestras acciones, en la práctica, mediante la financiación con 20 millones de euros en el marco de programa de ayudas para los ensayos clínicos independientes o no comerciales, recientemente resuelto. Se trata de agilizar el rápido acceso de los afectados por estas

enfermedades a los últimos avances y tratamientos, impulsar la investigación en este campo, mejorar la formación e información de los profesionales sanitarios y garantizar a los afectados la equidad en el acceso a una atención de calidad. De una gran trascendencia social son también las enfermedades mentales, que afectan a casi un 10 por ciento de la población, si bien su repercusión en la salud de la población está muy infravalorada. El estigma que rodea a las enfermedades mentales en general puede verse incrementado cuando quienes las padecen son menores. De ahí nuestro interés en reforzar la investigación en psiquiatría infantil y juvenil. El porcentaje de población que presenta problemas de salud mental en España es mucho más alto en la etapa de la adolescencia, si se incluyen los trastornos leves del comportamiento. Por ello nos proponemos promover el conocimiento en psiquiatría de la infancia y la adolescencia como cualquier otra patología orgánica que requiere prevención, diagnóstico y tratamiento, con los criterios de la medicina basada en la evidencia. Trabajaremos para que el personal sanitario adquiera una formación adecuada y fomentaremos la investigación en esta área, en gran parte a través del Ciber de salud mental, que será constituido mañana, y al que he hecho referencia anteriormente. Asimismo, colaboraremos estrechamente con iniciativas de asociaciones científicas y con fundaciones, esperando que con su participación se beneficie del progreso del Sistema Nacional de Salud, como ya ha ocurrido en otras especialidades.

Uno de los ámbitos emergentes de la investigación biomédica es la genética humana. Los avances en este campo nos abren las puertas para una medicina personalizada y mucho más eficaz en un futuro próximo. Nuestro país cuenta con capacidad suficiente y con un sector empresarial biotecnológico pujante, interesado en el desarrollo y la explotación comercial de las aplicaciones de la genómica. En estos momentos existen en España unas 150 empresas de biotecnología de orientación sanitaria, que facturan más de 350 millones de euros anuales y cuya inversión en I+D crece al 30 por ciento cada año. La apuesta del Gobierno es que España no se quede fuera del grupo de países que están desarrollando en estos momentos el conocimiento genómico y sus aplicaciones. Me gustaría en este punto hacer una mención especial al Plan de terapias avanzadas en el ámbito de la medicina regenerativa, que será sin duda la medicina del siglo XXI. Desde el principio de la legislatura el Gobierno estableció como una de sus prioridades la investigación en medicina regenerativa y la transferencia de sus resultados al Sistema Nacional de Salud. Este plan cuenta con una financiación de 10,5 millones de euros y con una cofinanciación de otros 10,5, es decir, 21 millones de euros en total. Con él ambicionamos localizar alternativas terapéuticas para doce patologías que en la actualidad no cuentan con un protocolo terapéutico específico. Este programa de investigación incluirá ensayos clínicos en pacientes ya abordará el tratamiento de las siguientes patologías: trasplante de islotes pan-

creáticos; terapia celular de las complicaciones de la diabetes, como pie diabético y cardiopatía diabética; terapia celular de la cardiopatía, de la esclerosis lateral amiotrófica, de la esclerosis múltiple; regeneración de la piel; terapia celular de la enfermedad injerto contra huésped, de la enfermedad de Crohn; regeneración de hueso y cartílago; terapia celular de lesiones medulares; regeneración hepática y terapia celular de las distrofias musculares. Para nueve de ellas ya se han constituido los grupos y se están gestionando los mecanismos de financiación, y espero que antes del fin de la legislatura se esté trabajando en las doce patologías que les he mencionado. Con este catálogo comenzamos un camino que alcanzará nuevos objetivos en el futuro, a medida que los grupos de investigación básica y preclínica desarrollen propuestas con suficiente base experimental y se sometan al estricto filtro ético y normativo tanto de la Unión Europea como de nuestro país. El Plan de terapias avanzadas, que se desarrolla simultáneamente en red en varias comunidades autónomas, cuenta en cada caso con comités consultores internacionales que les asesoran en el desarrollo del proceso.

Las cuatro acciones estratégicas que les he citado se complementan con acciones transversales. El conjunto de cinco acciones transversales contenidas en el Plan de I+D+i biomédica pretende dinamizar la producción científica, mejorar la calidad asistencial a enfermos, formar investigadores y médicos, aumentar el número de patentes registradas en biomedicina en España, aumentar las licencias y los contratos, crear *spin-off*, conseguir donaciones privadas en I+D+i biomédica y, por supuesto, mejorar la calidad asistencial de los pacientes, como antes les he comentado. Se centrará en los siguientes campos: cáncer, medicina regenerativa, nanobiotecnología, bioingeniería y tecnología sanitaria, moléculas innovadoras y biblioteca virtual del Sistema Nacional de Salud. El cáncer representa la segunda causa de muerte en España. En la última década se han producido importantes avances, si bien un factor limitador en la lucha contra esta enfermedad es la dificultad para la transmisión de un modo rápido y eficaz de los enormes avances en investigación básica a la mejora de nuestros pacientes. La estrategia en cáncer del Sistema Nacional de Salud ya establece que estos avances en el conocimiento fundamental, solo se traducirán en calidad de vida y en bienestar para las personas cuando puedan ser aplicadas para mejorar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de esta enfermedad, lo cual supone la necesidad de coordinación con el sector industrial y los grupos cooperativos de investigación clínica. Este es el objetivo que la acción transversal del cáncer persigue con la creación de una plataforma que optimice nuestros centros de referencia en la atención a pacientes con cáncer para consolidar estos centros como centros punteros en la investigación clínico-traslacional. Esta iniciativa, complementaria de la red temática de investigación cooperativa en cáncer y del Centro Nacional de Investi-

gaciones Oncológicas, cuenta globalmente con una financiación de 90,7 millones de euros.

En el campo de la medicina regenerativa, a lo largo de la legislatura el ministerio ha contribuido a la creación del banco nacional de líneas celulares y ha establecido convenios con diversas comunidades autónomas. Esta acción, con un presupuesto total de 22 millones de euros, persigue dar continuidad a las actuaciones ya en marcha e incorporar en el futuro otras similares.

La interacción entre la nanobiotecnología, la bioingeniería y las tecnologías sanitarias es uno de los empeños más prometedores de la investigación en la actualidad. Con una financiación total de 20 millones de euros, este programa pretende aunar los métodos y conceptos de ingeniería, biología, medicina, física de materiales, biotecnología y otras parcelas del conocimiento, abarcando desde las aproximaciones teóricas a las experimentales y sus aplicaciones.

Otro de los ámbitos en el que se esperan resultados esperanzadores en el abordaje de las enfermedades de nuestro siglo es el de las moléculas innovadoras. Por ello tenemos un gran interés en promover la investigación en este campo, para lo que contamos con un presupuesto total de 30 millones de euros.

Cerraré el capítulo de las acciones transversales con una referencia a la biblioteca virtual o digital del Sistema Nacional de Salud. Su principal objetivo es proporcionar a todos los profesionales el acceso a los más importantes recursos bibliográficos y documentales en ciencias de la salud para el mejor cumplimiento de sus actividades, sean estas asistenciales, docentes o investigadoras. Todas estas medidas que configuran el futuro inmediato de la investigación biomédica en España no son sino los primeros pasos para la convergencia en I+D+i con los países de nuestro entorno. Pero encierran en sí un mensaje importante: el compromiso decidido, manifestado en acciones concretas, del Gobierno de España con la sociedad, con los investigadores, con los profesionales del Sistema Nacional de Salud y, por supuesto, con los pacientes, objetivo último de nuestro trabajo. En un futuro lleno de desafíos, la investigación en I+D+i es la clave para mantener y aumentar el crecimiento, la productividad y el bienestar de nuestra sociedad.

Señorías, los ciudadanos, los pacientes y sus familias tienen sus esperanzas puestas en nuestro trabajo. Hagamos realidad esas esperanzas con voluntad política y con la colaboración de todos los actores implicados: administraciones públicas, comunidad científica, universidades, industria, profesionales sanitarios, empresas, instituciones y sociedad en general. Solamente trabajando por y para los pacientes conseguiremos que la investigación sea una fuente de riqueza para todos los ciudadanos.

La señora **PRESIDENTA**: Continuaremos con las intervenciones de los grupos parlamentarios. En primer lugar, y para intervenir en nombre del Grupo de Coalición Canaria, tiene la palabra la diputada Oramas.

La señora **ORAMAS GONZÁLEZ-MORO**: Señor ministro, este es de los pocos temas en que uno tiene que reconocer que quizá el ministro sepa muchísimo más que las fuerzas políticas, por lo que es difícil como diputada —y diputada nueva en este Parlamento— corregirle, pero sí hay cosas que son importantísimas. La investigación, por lo menos en este país, tiene que ir orientada al paciente; es fundamental, sobre todo, el apoyo público y la investigación en I+D sí consideramos que tiene cierto retraso y que debe agilizarse el desarrollo normativo de todas las leyes de investigación. Esa aprobación de decretos, toda la definición de los temas éticos, los órganos cualificados para los mismos y el desarrollo normativo son fundamentales, porque si no estamos otra vez en el punto cero.

Cuando usted decía abrir el campo al futuro, a la investigación, yo creo que es abrir el campo a la esperanza; abrir el campo a la esperanza de miles de personas en este país que tienen la oportunidad y tienen todavía la esperanza —y por eso digo lo de abrir campo a la esperanza— de que algún día determinadas patologías, determinadas enfermedades, determinadas secuelas, puedan ser corregidas. Como dice usted muy bien, en esta materia, en todo lo que es la investigación genética, España no tiene que tener la cabeza baja ni los hombros bajos ni mirando hacia otro lado, porque tenemos un potencial humano, pero también una industria potente, que tiene capacidad para dar solución y para hacer rentable la investigación y la aplicación de dicha investigación. Hemos tenido la oportunidad a lo largo de estos meses de recibir a distintos colectivos de enfermedades minoritarias, enfermedades raras, como usted ha definido. En ese sentido, todas las fuerzas políticas creemos —y así se lo hemos hecho saber a todos los colectivos— que en los próximos años parte de la financiación pública debe ir hacia esas enfermedades minoritarias, pero que afectan a miles de familias españolas y, sobre todo, en el tema infantil, donde esa posibilidad de desarrollo puede hacer que exista vida más allá de la enfermedad.

Por último, Coalición Canaria espera que esas investigaciones que se están haciendo, como usted sabe muy bien, en el Instituto de Medicina Tropical, creado hace unos años en La Laguna, por un grupo científico avalado hace muchos años, que ha participado, en parte de los procesos de las últimas vacunas contra la malaria con el doctor Manuel Patarroyo y que además está trabajando en coordinación con muchos investigadores de África y de Iberoamérica en la ciudad de La Laguna, de la que soy alcaldesa, esperamos, repito, que aquellas investigaciones que podamos aportar desde España al continente africano y también a Iberoamérica contribuyan a la lucha contra las grandes pandemias. Debemos dar estabilidad a esos grupos de investigación y que, con la becas y la financiación adecuada, no solo a los intereses de este país, sino a esos dos continentes tan relacionados con España, pero sobre todo ese mundo africano tan cercano a Canarias. Esa oportunidad de que profesionales e investigadores africanos e iberoamericanos puedan desa-

rollar y formar parte de equipos españoles, debe darse también —esa oportunidad y esa estabilidad— a todos esos proyectos de investigación. Y esa línea también debe ser prioritaria para el Gobierno español, no solo en los temas de investigación que están dentro de nuestras fronteras, sino en los que lindan con nuestras fronteras, como son las grandes pandemias —como digo— africanas.

El Instituto de Investigación Antonio González ha trabajado también con la Organización Mundial de la Salud en investigación avanzada en productos naturales y en distintas vacunas y distintos procedimientos. Esperamos que la investigación, fundamentalmente en ese campo, relacionada con América y el papel que están jugando los investigadores americanos con el Instituto Antonio González pueda ser una oportunidad, por el sitio estratégico en que está Canarias y estos centros de investigación de referencia mundial. Quizá no sean los grandes centros españoles, pero los resultados de su trabajo y, sobre todo, la implicación de investigadores en los grandes temas que afectan a la humanidad, estamos hablando de malaria, sida, fiebre amarilla, y distintas patologías, hacen que España, Canarias y nuestros investigadores también colaboren en dar una solución a la problemática de las grandes pandemias mundiales. Porque están ahí y nos llegarán; tenemos que colaborar porque, al final, esos temas que están en las fronteras son temas de todos.

La señora **PRESIDENTA**: En nombre del Grupo Parlamentario Popular tiene la palabra su portavoz, señor Mingo.

El señor **MINGO ZAPATERO**: Señor ministro, bienvenido a la Comisión.

Comparece a petición propia el señor ministro de Sanidad y Consumo para hablar de un tema que profesionalmente es una prioridad para él, que es la investigación. Analizando su intervención, señor ministro, me venía a la cabeza si estaba hablando el investigador o estaba hablando el político. Usted se ha incorporado recientemente a la política y esta es su última comparecencia antes de las elecciones en la Comisión de Sanidad, en su penúltima sesión, porque el orden del día de la siguiente es de proposiciones no de ley. Pensaba que su intervención iba a ser mucho más política y mucho menos del perfil del investigador. En ese sentido, compartimos con usted el diagnóstico, es decir, la trascendencia de la investigación para la salud de los ciudadanos; la importancia de la constante incorporación de recursos económicos para mejorar la investigación; la importancia de potenciar la investigación en red, siguiendo los criterios del Gobierno del Partido Popular, que creó 68 redes y 300 instituciones y puso 11.000 investigadores en esas redes, o la necesidad de fomentar la investigación traslacional en relación con la investigación clínica y con la investigación básica. Todos esos criterios diagnósticos son compartidos por mi grupo. El

problema viene cuando empezamos a aplicar el tratamiento. ¿El tratamiento que se aplica es el adecuado? Aquí echo de menos al político. Con usted, señor ministro, tengo una relación de ambivalencia. Es usted un ministro ciertamente paradójico, porque le escucho unas declaraciones en un sitio y las contrarias en otro, y no sé a qué quedarme. Dice usted, en respuestas al jefe de la oposición, que la sanidad está por encima de los partidos y que es una frivolidad hacer política sanitaria en este sentido, pero después hace una declaración, casi coincidente en el tiempo, diciendo que hay una sanidad de derechas y una sanidad de izquierdas, y que la sanidad de izquierdas es estupenda y que la de derechas atiende a la salud de los ciudadanos ricos. Esto es contraproducente para la salud de los ciudadanos. **(La señora vicepresidenta, Grande Pesquero, ocupa la Presidencia.)** En su primera intervención hace dos meses, señor ministro, manifestó aquí que se debatirían todos los temas sanitarios en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud —magnífica predisposición que compartimos—, pero sigue usted sin acatar la sentencia y sin reunir al consejo interterritorial. Dice usted —y lo compartimos— que tratará a todas las comunidades autónomas por igual, con independencia de cuál sea su color político, porque la sanidad no tiene color político. La sangre de todos los ciudadanos españoles es roja, la sangre de todos los ciudadanos del mundo es roja, con independencia de cuál sea el color de su piel o de sus inquietudes políticas. Sin embargo, hay determinados ciudadanos que pueden quedarse sin ayuda para la deshabituación tabáquica porque usted, de una manera arbitraria y desde luego fuera de la ley y del reglamento, les excluye de las ayudas del Ministerio de Sanidad que por obligación tiene con las distintas comunidades autónomas. Le puedo poner un último ejemplo. En su última intervención dijo que había recibido una carta de la ex ministra de Sanidad y secretaria ejecutiva del Partido Popular referida a cuáles eran los problemas de la sanidad pública en España. Le hablaba de doce temas, y usted dijo aquí mismo que compartía todos esos temas y que desde luego se pondría en contacto con el Partido Popular y le recibiría para valorar y discutir esos asuntos. Han pasado dos meses y no ha habido ni una sola respuesta. Por eso le digo que su comportamiento, señor ministro, me parece paradójico. Yo quiero creerle, pero ¿qué creo? ¿Una primera parte o una segunda parte? ¿Lo blanco o lo negro?

Centrándonos en la investigación, señor ministro, ¿el porcentaje de recursos económicos que dedican las empresas es mayor o menor? Ha habido una bajada importante de los recursos, especialmente de la industria farmacéutica, en el área de la investigación. ¿Por qué? El porcentaje de los recursos económicos de las empresas está entre el 40 y el 45 por ciento, cuando hay una clara unanimidad considerando que debe haber un porcentaje entre lo público y lo privado de 60/40. ¿Qué ha hecho este Gobierno para estimular a las empresas a invertir? En la tramitación de la Ley de Investigación Biomédica

les decíamos que uno de los capítulos que desde un punto de vista político nos parecía más trascendente para la salud de los españoles era fomentar que las empresas invirtiesen más. Si el Gobierno —y podemos estar todos de acuerdo— logra que haya medidas fiscales para que las empresas puedan dedicar más recursos a investigación, las empresas lo harán. Si no tienen ninguna bonificación, si no tienen ningún estímulo, lo harán dependiendo de sus intereses, pero no de los intereses de toda la sociedad.

Voy a hacerle unas cuantas preguntas, señor ministro. Es importante recuperar a los investigadores que están fuera. Necesitamos más investigadores. ¿Cuál es la política que se va a seguir para que los investigadores que están en el extranjero, no solo en Suecia, sino también en Francia, Bélgica, Estados Unidos y Reino Unido, vuelvan a España? ¿Cuál es el capítulo presupuestario para ello? ¿Cuáles son los objetivos cuantificados para el próximo año? Se lo digo porque nosotros hemos presentado una enmienda a los presupuestos en esta línea que el Grupo Socialista no ha tenido a bien apoyar. ¿Cuáles son las prioridades en relación con las células madre? Ha habido un recentísimo y significativo avance, que no viene a solucionar un problema ético, porque no es ese el campo, sino sencillamente a decir que esa es la línea —y ya lo había anunciado mi grupo hace bastante tiempo— de la medicina regenerativa que usted ha expuesto en su intervención. La clonación terapéutica no es posible en el hombre. La posibilidad de reprogramación de las células es evidente y la experiencia hoy en investigación y en terapéutica con células madre adultas sobrepasa en mucho a la experiencia con células madre embrionarias. ¿Cuál es la política que va a seguir el ministerio en ese sentido?

La iniciativa sectorial en salud es otro apartado de extraordinaria trascendencia. Me gustaría que nos ampliara cuál es el papel de la universidad y del programa universidad-empresa. Le voy a hacer tres preguntas muy concretas. ¿Cuál es la posición del ministerio en relación con el respeto a la propiedad intelectual y con las patentes? Segunda pregunta que quiero que me responda, señor ministro: ¿Cuál es la respuesta que va a dar el Gobierno a la oferta de Farmaindustria, en relación con la aportación económica para las enfermedades raras, de una importante cuantía de dinero? La tercera pregunta que le quiero hacer es si en el Centro Nacional de Investigación Oncológica los recursos de mecenazgo se han visto cumplidos a lo largo de este año y si las distintas empresas que colaboran con el CNIO van a hacerlo en el próximo año. ¿Cuáles son las previsiones?

La señora **VICEPRESIDENTA** (Grande Pesquero): Por el Grupo Parlamentario Socialista tiene la palabra doña Isabel Pozuelo. **(La señora presidenta ocupa la Presidencia.)**

La señora **POZUELO MEÑO**: Señor ministro, bienvenido de nuevo a la Comisión de Sanidad y Consumo, en esta ocasión para presentarnos de manera muy amplia y desarrollada el proyecto de investigación con el que culmina esta legislatura el Gobierno de nuestro país. No hay duda sobre cuál ha sido la voluntad del conjunto del Gobierno y, de manera muy especial, del Ministerio de Sanidad y Consumo, la voluntad de impulsar, proteger y desarrollar la investigación, la innovación y el desarrollo en nuestro país. Desde el Ministerio de Sanidad, la apuesta por la investigación sanitaria ha sido clave a lo largo de toda la legislatura, pero de manera muy especial desde que usted es ministro de Sanidad y Consumo. Usted ha sido siempre un referente científico en el ámbito nacional y en el ámbito internacional para todo el mundo científico y para todos los ciudadanos españoles. Ahora no solamente es un referente científico sino que además es el referente político, el referente de Gobierno, el ministro de nuestro país que tiene la oportunidad, como usted bien ha manifestado en muchas ocasiones, de impulsar, de desarrollar y de poner en primera línea los proyectos de investigación biosanitaria en nuestro país. Son unos proyectos de investigación que además no se producen en solitario, sino que están incluidos dentro de una política de conjunto del Gobierno de España propiciada, impulsada desde el principio de la legislatura, por el presidente del Gobierno Rodríguez Zapatero en investigación, desarrollo e innovación. Hace muy poco tiempo, apenas dos meses, se ha aprobado el Plan nacional de innovación, desarrollo e investigación para el próximo cuatrienio 2008-2011, en el que han participado un gran número de científicos, de profesionales, de gestores, y que establece unos objetivos básicos para fomentar la cultura científica, tecnológica y de innovación en la sociedad española. Dentro de todo ello está también enmarcado este proyecto que usted nos presenta hoy.

Para España es fundamental consolidar las estructuras en investigación sanitaria, y ese es el gran esfuerzo que se está haciendo desde el principio de esta legislatura, pero que usted ha puesto hoy de manifiesto de manera muy clara. Ese esfuerzo por consolidar las estructuras de investigación sanitaria se puede ver de una manera muy clara cuando analizamos cómo desde el primer momento el Gobierno ha propiciado y esta Cámara ha aprobado a lo largo de esta legislatura un marco legislativo regulador que permita el desarrollo y la implementación de la investigación biosanitaria en nuestro país: la Ley de Investigación Biomédica, la Ley de Reproducción Asistida, pero también la Ley del Medicamento, que incorpora un apartado específico tanto en los recursos que puedan dirigirse desde la empresa privada, desde la industria farmacéutica, a los proyectos de investigación en nuestro país como respecto al marco regulador de los ensayos clínicos. Dicho marco es muy importante, muy sólido y va a permitir que los investigadores, que los centros de investigación en nuestro país, puedan andar sobre seguro sin estar en la ambigüedad o en la inseguridad.

ridad de qué puede pasar con los proyectos que inician. También forman parte de la consolidación de esas estructuras las decisiones que en todos estos años se han puesto en marcha y que usted mismo está desarrollando de manera tan notable en cuanto a esas estructuras de investigación, como las propias estructuras de investigación biosanitaria, con la creación de los Retics y de los Ciber, con el apoyo y el respaldo importantísimo a esos centros de investigación como el CNIC, el CNIO, etcétera. Estos centros son sobresalientes y suponen un referente en el país y en todo el mundo internacional, propiciando además la estabilidad en los proyectos de investigación y la estabilidad para los profesionales, para los investigadores sanitarios. Asimismo permiten una red bien establecida en la investigación pública, y dentro de ella la investigación en centros hospitalarios, en centros de atención primaria, en universidades, con el Consejo Superior de Investigaciones Científicas, etcétera, es decir en todo el ámbito público, propiciando esa coordinación, esa interacción y al mismo tiempo la colaboración, la participación y el impulso con la empresa privada.

El marco regulador de la legislación a la que he hecho referencia, pero también el modo en que se han abordado las líneas de investigación y las estructuras de investigación biosanitaria en nuestro país desde el Ministerio de Sanidad y Consumo, han sido realmente importantes. En este sentido, los datos son elocuentes y relevantes. El presupuesto que hemos estado debatiendo hace pocos días en esta Cámara ponía de manifiesto cómo el presupuesto para investigación en el Ministerio de Sanidad y Consumo aumentaba un 25 por ciento para el próximo año, 2008, en relación con 2007 y cómo a lo largo de toda la legislatura prácticamente se había duplicado ese presupuesto, lo cual es un buen elemento. La referencia clarísima que podemos tener es que el presupuesto del año 2004 para investigación biosanitaria del Ministerio de Sanidad era de 220 millones de euros y el presupuesto para 2008 es de 417 millones de euros. Son elementos objetivos, ciertos y que ponen claramente de manifiesto cuál es esa prioridad política y ese sentido de que la investigación, la innovación y el desarrollo tecnológico en nuestro país verdaderamente representan una política de Estado que tiene que desarrollarse conjuntamente entre todas las administraciones públicas, entre el Estado, las comunidades autónomas, las universidades, pero también con el impulso de las empresas privadas, de la industria farmacéutica y de las industrias tecnológicas, porque si no es así, si no ponemos esto en marcha y no compartimos entre todos esa política de Estado en la investigación, en el desarrollo y en la innovación, como usted muy bien decía, nuestro país nunca va a dar el salto definitivo para alinearse con los países más desarrollados y ocupar el espacio que realmente le corresponde como país con el nivel de desarrollo social, político y económico que hoy tiene España.

Como decía antes, tenemos unos instrumentos que se han impulsado, que se han desarrollado, y unas estructuras muy claras, con unos objetivos políticos eficaces y

exitosos. Habrá que ver cómo evoluciona todo este sistema porque, como usted muy bien sabe, la creación de estructuras y el desarrollo de las políticas investigadoras necesitan tiempo, posibilidad de desarrollo, de evolución y también de evaluación para ver cómo evolucionan. Sin duda, el instrumento fundamental que tenemos dentro del Ministerio de Sanidad, además de los que ya he expresado y de los objetivos y de las estrategias a las que ya me he referido, es el Instituto de Salud Carlos III, un instituto potentísimo que en muy poco tiempo se transformará y finalmente consolidará ese proyecto de transformación como Agencia Estatal de Investigación Biomédica y de Ciencias de la Salud; va a permitir que con ese nuevo marco jurídico pueda desarrollar con una mayor flexibilidad los recursos y los objetivos previstos por el ministro y por el Gobierno durante toda esta legislatura, y sobre todo en esta última etapa. El incremento de presupuesto para el Instituto de Salud Carlos III, el incremento de personal que en solo dos años ha significado la creación de 138 nuevas plazas para el Instituto de Salud Carlos III, son también elementos objetivos, ciertos, que ponen de manifiesto que no estamos hablando solamente de intenciones políticas, de principios, sino también de hechos consolidados y de apuestas muy firmes, y sin duda desde luego representan las estrategias que se están marcando para que nuestra investigación biomédica se desarrolle en las líneas del mayor interés público también para nuestro país. Es decir, que no solamente esté condicionada, como lo ha estado en otras ocasiones y en otros tiempos, por las prioridades de la industria de nuestro país —que por otra parte es muy legítima—, sino que esté indicada y priorizada verdaderamente por los intereses de demanda pública que existen en nuestro país. En ese sentido, el objetivo final de todo esto, al que usted ha hecho referencia no solamente ahora en su intervención, sino en otras ocasiones, no puede ser otro que el de la mejor atención a los pacientes en nuestro país, que es el objetivo claro de hacia dónde deben dirigirse esas prioridades. Sin duda, como usted ha puesto de manifiesto, incorporar en los Ciber el trabajo en enfermedades raras o en psiquiatría infantil y juvenil muestra una sensibilidad que nuestro país está necesitando hacia ese tipo de patologías o enfermedades sobre las que había un déficit, porque nunca se habían abordado con la contundencia con la que se hace ahora.

He escuchado atentamente las intervenciones de la portavoz de Coalición Canaria y del portavoz del Grupo Popular. Me gustaría hacer alguna brevísima referencia a la intervención de la portavoz de Coalición Canaria. No puedo estar más de acuerdo en su planteamiento de que nuestro país debe seguir haciendo esfuerzos, que creo que ya se han iniciado pero que hay que redoblar, en aportar recursos, capital humano, capital tecnológico e impulso político en la cooperación con otros países y con otras redes de investigación, en aquellas estrategias que aborden patologías que plantean problemas en países con un nivel de desarrollo muy inferior al nuestro. Nues-

tras políticas de cooperación al desarrollo así lo están poniendo de manifiesto, pero en algunas ocasiones tengo la impresión —no solo porque tanto en el debate de presupuestos como en el que tuvimos ayer en esta Cámara se prestara una especialísima atención al sida, por las condiciones en las que se desarrolla, su gravedad y cómo afecta de manera muy especial a una población infantil y juvenil—, como usted ponía de manifiesto, de que hay otras muchas patologías que están causando verdaderos estragos en la población, que son endémicas y afectan de manera muy grave a poblaciones infantiles y juveniles, y a las que España debería dedicar grandes esfuerzos y llamar la atención sobre la sensibilidad de los responsables políticos que trabajamos en esta Cámara y en el Gobierno.

Señora presidenta, ya termino. La presentación que usted nos ha hecho, señor ministro, pone de manifiesto, como decía antes, su preocupación personal, el liderazgo que usted mismo está imponiendo a estas políticas de investigación, el esfuerzo que se está haciendo desde su departamento y de manera muy especial a través del Instituto Carlos III por reforzar estas políticas de investigación, desarrollo e innovación, acompañarlas del apoyo público y político que requieren y convertirlas en una apuesta que sea no solamente de su departamento y del Gobierno, que ya es de por sí muy importante, sino una apuesta pública y ciudadana del conjunto de nuestro país. Ese es el deseo que yo le manifiesto y creo que podremos conseguirlo. Sin duda la próxima legislatura será clave para la consolidación de todo esto que estamos hoy planteando, que ya lleva años esbozándose, iniciándose y consolidándose, pero en investigación, desarrollo e innovación el medio y largo plazo es importantísimo para que se vea la realidad de esos resultados y para conseguir finalmente ese afán que usted personalmente tiene y que todos los grupos parlamentarios de esta Cámara compartimos de que la traslación de la investigación básica a la investigación clínica, a la aplicación y al resultado en las patologías que sufren nuestros pacientes, sea cada vez más corta y que esa demanda pública y ciudadana, que cada vez es más exigente por otra parte, empiece a ver los resultados que yo creo que ya comienzan a obtenerse.

La señora **PRESIDENTA**: Concluidas las intervenciones de las señoras diputadas y del señor diputado, tiene usted la palabra, señor ministro, para la respuesta.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Soria Escoms): Quiero agradecer en primer lugar todas las intervenciones, y las contestaré de la forma más sistemática posible. Agradezco la intervención de Coalición Canaria. Efectivamente la investigación, y más la que se promueve desde el Ministerio de Sanidad, tiene que ser orientada al paciente. Para tratar de ser más claro, yo creo que hay tres elementos que tienen que estar presentes en una propuesta de investigación que sirva para cambiar la

sociedad: priorizar al paciente —es muy importante que el paciente sea una prioridad—, que haya voluntad política expresada en forma de normativas —a las que se refería el Grupo Socialista— y recursos, pues la voluntad política se tiene que expresar en acciones concretas y buena ciencia. Si tenemos buena ciencia y voluntad política pero no orientamos al paciente, al final no llega al paciente, luego hay que priorizar al paciente; o si tenemos buena ciencia y tenemos pacientes, pero los políticos no ponemos los recursos, tampoco llegará. Yo creo que esos tres elementos son importantes y son los que de alguna forma guían las acciones que he ido desgranando.

En una comparecencia anterior me comentó usted el tema de sanidad exterior, que creo que casa bien con los comentarios que ahora adelantaba del Instituto de Medicina Tropical y del Instituto Antonio González, presentes en las islas Canarias y que son un ejemplo de buena investigación. Estuve revisando los datos y efectivamente no se hace directamente desde el Ministerio de Sanidad, porque sabe que las competencias de Sanidad son en sanidad exterior, pero no más allá de nuestras fronteras, con lo cual ahí estamos colaborando con Asuntos Exteriores para, a través de la Agencia Española de Cooperación Internacional, poder ver esos aspectos de sanidad exterior que pueden llegar a nuestras fronteras. Ya hay actuaciones; concretamente en malaria, a la que usted también se ha referido, hay una actuación en la que colabora directamente —así figura en los agradecimientos— el Gobierno de España, la Agencia Española de Cooperación Internacional, en el trabajo que el doctor Pedro Alonso acaba de publicar en la revista *The Lancet*, que es un referente internacional en este momento para la malaria. Esa es la línea de actuación en la que queremos continuar trabajando, que no solamente afecta a nuestras fronteras, sino más allá de ellas, y es un buen ejemplo de cómo la cooperación internacional puede servir como un elemento de cooperación, que es un concepto que va más allá del de ayuda; se trata del concepto de cooperación al desarrollo en otros países, cooperación que si uno reflexiona un poco más también es muy positiva para nuestro país, porque estamos favoreciendo el desarrollo en países de los que a su vez nos llegan continuamente inmigrantes. Tenemos que ayudar a esos países y generar esas estructuras, pero no solamente nos llegan inmigrantes, sino que también hay un flujo continuo de personas de nuestro país y de otros países que se están moviendo, y los virus y otros microbios, que no tienen fronteras y no saben de las fronteras políticas, pasan. Este ejercicio combinado, esta acción integral, que tiene que ser una acción de Gobierno más que una acción de un solo ministerio, nos puede ayudar. Por tanto, buena investigación en nuestro país, en diferentes comunidades autónomas y a ser posible trabajando en red, y cooperación con otros países en trabajos que tienen que ver con salud, con sanidad y con patologías.

Agradezco también la intervención del portavoz del Grupo Popular, el doctor Mingo. Yo no sé cómo contestar. Sé que soy un político atípico, yo no he hecho mi carrera en la política; cuando entro como gestor político ya había hecho mi carrera fuera, que es donde he desarrollado toda mi carrera profesional, y de alguna forma a lo mejor no respondo a un perfil que a algunos les gustaría o les disgustaría. Por tanto, es muy difícil para mí contestar esa pregunta. Me gustaría entrar un poco en ese matiz en el que ha insistido, porque ya me lo dijo también en otra comparecencia, y es la sensación de que mando dos mensajes distintos; no es así. Voy a ser más directo, pero no quiero molestar a nadie. Yo creo que sus dirigentes —siento mucho tener que decirlo— tienen una tendencia a bromear sobre temas muy serios. Un día vemos al señor Aznar bromeando sobre el consumo de alcohol o sobre la velocidad a la que se puede conducir, otro día el señor Rajoy bromea sobre el cambio climático y recientemente bromea sobre una campaña del Ministerio de Sanidad contra la obesidad infantil y para disminuir el riesgo cardiovascular, las enfermedades cardiovasculares, que son la primera causa de muerte. En eso le voy a dar la razón. No me gusta que se bromea con esos temas, y pido que no se frivolicen con ellos. Siento que usted no lo pueda reconocer en público, pero sé que está de acuerdo conmigo. Con los temas de salud no se bromea. Agradezco mucho el sentido del humor, pero busquen otros temas. No hablemos ni de accidentes de trabajo, ni de consumo de alcohol, ni de cambio climático, ni de obesidad infantil, ni de riesgo cardiovascular. Sé que el debate político, sobre todo el debate en la calle y en los mítines, tiene otro enfoque, tiene otro formato, y en eso puedo ser político o dejar de ser político, pero continuaré diciendo lo mismo: que no se bromea con temas de salud, porque afecta a un aspecto muy serio.

Estamos de acuerdo en que la salud no debería tener color político, pero desgraciadamente hay diferencias, y digo desgraciadamente porque no hay consenso. ¿Dónde aparecen las diferencias? En muchos elementos. Todos defendemos el Sistema Nacional de Salud, pero hay ciertas formas de entender lo que apuntan a ir privatizando determinados sectores, y en eso posiblemente usted y yo no vamos a estar de acuerdo, pero no por razones ideológicas, sino porque continúo pensando que el modelo mejor para los ciudadanos, para los pacientes, es el sistema público y que no hay ningún modelo de sistema privado que dé una cartera de servicios tan completa y tan eficiente como la que da el sistema público. Los ejemplos de sistema privado asociado al público muchas veces suponen que el sistema privado parasita al público, es decir da ciertos servicios pero cuando el caso se complica rápidamente se ingresa en un hospital público. Quiero trabajar por la defensa del modelo público de sanidad, lo cual no excluye que determinados servicios puedan prestarse desde el sector privado o puedan concertarse siempre que tengan las máximas garantías de profesionalidad, de atención y de seguridad

para el paciente. En ese tema creo que hay diferencias; si no las hubiera, más a mi favor, porque significaría que todos estaríamos de acuerdo con el sistema que todos defendemos, pero aprecio diferencias.

Otro asuntos que ha comentado, aunque no era objeto de la comparecencia de hoy, es el del gasto sanitario, y me ha recordado el consejo interterritorial. Le puedo contestar más directamente a esa pregunta, que creo que también me la hizo la última vez, aunque no corresponde a la comparecencia de hoy. En el último consejo interterritorial llevamos por primera vez —al decir por primera vez quiero decir que no lo había hecho ningún Gobierno anterior—, el gasto sanitario. No discutimos la financiación sanitaria, porque con el actual sistema legal esa financiación, que pertenece a las comunidades autónomas, se discute con otro ministro, que no es quien ahora les habla. En ese aspecto no le puedo ayudar en la contestación porque no lo puedo cambiar. Es así. Cuando volvamos a discutir, posiblemente en la próxima legislatura, el modelo de financiación autonómica, estoy seguro de que la financiación de la atención sanitaria va a ser un elemento muy importante, pero no hay una partida específica, porque la Constitución ya establece que esas competencias corresponden a las comunidades autónomas y luego cada consejero o consejera de Economía —o como se llame en cada comunidad— atribuye partidas a diferentes consejerías. Esto ya le adelanto que no tiene color político, está pasando en comunidades gobernadas por el Partido Socialista o por el Partido Popular. A todos los consejeros y consejeras de sanidad les gustaría que esa partida estuviese mejor financiada, pero está en un ámbito de discusión distinto, por tanto tengo que ser respetuoso con sus competencias. ¿Qué he podido hacer para atender ese tema que me preocupa? Lo que hemos hecho es poner por primera vez a disposición de todas las comunidades un estudio de 800 páginas donde se estudia el gasto sanitario, no la financiación sanitaria, que no es una competencia nuestra; eso es distinto. Es un documento muy importante que nosotros estamos analizando en el ministerio y que espero que estén analizando todas las comunidades, porque supone saber qué nos cuesta el sistema actual. No quiere decir cuánto dinero tenemos, sino cuánto dinero me ha costado mantener este sistema y que puede acabar con un déficit; no quiere decir que esté compensado. Ese es un elemento muy importante para tomar decisiones. Espero que en el futuro ese elemento contribuya a diseñar una financiación autonómica, más adecuada en este y en otros temas.

Ha hecho una referencia también ligada a que la sanidad no tiene color político al término de las medidas de protección frente al tabaquismo. Hay cinco comunidades, cuatro gobernadas por el Partido Popular y una por el Partido Socialista, que han desarrollado normativas que infringen la ley que votó este Parlamento. Lo que ha hecho el ministro de Sanidad es decirles: Esas normativas no cumplen la ley, están actuando ustedes al margen de la ley. Tan es así que incluso el Tribunal

Superior de Justicia de La Rioja ha fallado a favor del ministerio y le dice al Gobierno de La Rioja: No están ustedes cumpliendo la ley del Parlamento español; como no la están cumpliendo, cúmplanla. Ellos dicen: No, no la vamos a cumplir; vamos a recurrir de nuevo. Yo les he pedido a todos, a las cuatro comunidades del PP y a la del PSOE, que, por favor, cumplan la ley, que no actúen al margen de la ley que votó el Parlamento.

Respecto a los convenios que se firman, son para el desarrollo de la ley, por tanto no puedo transferir dinero a una comunidad que me dice que no va a cumplir la ley, cuando es dinero que sirve para el cumplimiento de la ley. Ese nivel de esquizofrenia no lo tengo. ¿Qué es lo que puedo hacer para ayudar a los ciudadanos, porque ellas no van a perder ni un euro? No quiero que los ciudadanos pierdan. Lo que vamos a hacer es que ese dinero, y un poquito más, lo dedicaremos a investigar contra el cáncer, que es una de las patologías que estamos tratando de evitar con la Ley de medidas de protección frente al tabaquismo. Me gustaría que se cumpliera la ley y poder firmar los convenios mañana; es así de simple. Hago esta oferta: Si mañana cualquiera de las comunidades retira esos puntos en los que está actuando al margen de la ley votada por el Parlamento, mañana firmamos el convenio. Estoy deseando, porque eso es lo que quiero hacer, trabajar para los ciudadanos. En esas medidas y en ese trabajo sobre cáncer ya le anuncio, porque es el diseño que estamos haciendo, que en un tema que sé que le importa personalmente que tiene que ver con otros tipos de cáncer también lo estamos incluyendo. Esto tiene que ver con el mecanismo con el que podemos aplicar los fondos, pero quien sabe algo de la Administración conoce que no siempre es fácil. Por tanto, es una decisión en la que estamos utilizando nuestras propias estructuras estables de investigación para redirigir esa financiación a los objetivos que la ley quería proteger.

Ha habido una referencia y al menos dos preguntas que tienen que ver con Farmaindustria y con la investigación industrial. Este Gobierno ha hecho propuestas para aumentar —de hecho ha aumentado en determinados segmentos— la investigación en la industria. El Plan Biofarma va dirigido a ello. Le he dado datos de aumento de la investigación en industrias biotecnológicas, que suelen ser biotecs pequeñas, pero que muchas veces salen o están asociadas a las grandes. De la industria farmacéutica tenemos varios aspectos y todo es industria. Tenemos multinacionales que en parte realizan la investigación aquí y otras que solo realizan la investigación fuera de España. El Gobierno español quiere promover la investigación en España, la propiedad intelectual en España y las patentes en España. Tenemos una industria menos potente que es local y tenemos otra industria, que es la de los genéricos, que también es un sector industrial español. A cada uno de estos segmentos industriales le estamos pidiendo que alcancemos acuerdos que, por supuesto, protejan la propiedad intelectual y estén dentro de la ley. El problema que tenemos

ahora es que la ley que hizo España para proteger a su propia industria, y de acuerdo con la industria hace doce años, cuando llega el momento de su cumplimiento se ve que hay un sector industrial al que no beneficia porque significa que los derechos sobre una patente cesan. Ahí la actuación del Gobierno tiene que ser, en primer lugar, muy cuidadosa, porque lo que tenemos en los casos específicos es un conflicto entre dos partes, entre una industria que posee esa patente, que suele ser multinacional, y otra industria que tiene los genéricos. No es un conflicto entre la industria y el Gobierno sino entre dos sectores industriales en España; y en un conflicto entre dos partes en España el Gobierno no puede entrar, pero sí tiene que promover propiedad intelectual, patentes, sobre todo cuando ese beneficio se queda en España. Esa es la línea en la que estamos trabajando en muchos frentes, porque no hay una receta que sirva para todo. La oferta que ya no se ha vuelto a producir porque no era la mejor línea de trabajo de: cambien ustedes la ley, lo que tampoco era posible en ese momento, y les damos 300 millones de euros para investigar en enfermedades raras, es una oferta muy fácil de entender pero prácticamente imposible de cumplir, incluso aunque hubiese voluntad política para hacerlo. En primer lugar, uno tiene que actuar dentro de la ley, y el Ejecutivo propone pero las leyes las hacen ustedes, el Legislativo. El Ejecutivo lo que hace es aplicarlas.

En segundo lugar, la política científica la marca el Gobierno. No es un sector quien decide que de pronto van a llegar 300, 500 ó 1.000 millones para una patología concreta. El Gobierno tiene interés en enfermedades raras. De hecho, cuando sacamos la convocatoria, ya resuelta y para la que se está transfiriendo el dinero, recibimos menos propuestas financiables —después de pasar un proyecto de evaluación, porque se tiene que evaluar, porque queremos buena ciencia, como antes le decía a la diputada de Coalición Canaria— que dinero tenemos, y nos pueden sobrar al final, entre comillas sobrar porque no van a sobrar, 200.000 ó 300.000 euros. Necesitamos también buena ciencia y no solo decir 300 ó 100. ¿Por qué no 3.000? Por lo tanto, ese formato no es en el que estamos ahora; estamos trabajando en una línea con la que, estoy seguro, usted también coincidiría. Con eso contesto de las tres últimas preguntas a la primera y a la segunda.

Me ha preguntado también sobre el retorno de científicos, y no solo de Suecia por supuesto. Aprovecho las oportunidades de los compromisos de trabajo en determinados sectores que tengo como ministro de Sanidad para reunirme dos o tres horas con grupos de científicos. Esta vez fue en el Instituto Karolinska, pero voy a aprovechar todas las que tenga en el futuro, si el futuro significa que yo continúo aquí. El retorno de los científicos nos preocupa a todos. Este Gobierno ha hecho dos planes específicos que son continuación de otros planes y de otros gobiernos. Es un tema en el que hemos ido, una y otra vez, con un nivel de éxito que no nos satisface, porque no estamos consiguiendo todo el retorno. Una de

las cosas que hablé con los científicos en ese momento en el Karolinska, pero podría haber sido en otro sitio, fue qué podemos hacer. Hemos hecho dos planes. El programa Miguel Servet está financiado con 10,7 millones de euros. Son contratos a seis años —seis años ya es un tiempo razonable— que se cofinancian con el 50 por ciento. La otra institución, sea una universidad o un instituto de investigación, tiene que cofinanciar el otro 50 por ciento. Dentro del Sistema Nacional de Salud tenemos un programa de estabilización de investigadores que es pionero, la primera vez que lo hace un gobierno, que consiste en dar contratos para tener investigadores dentro de nuestros hospitales. Hay buenos equipos de investigación clínica que lo que necesitan es que les reforcemos económicamente para poder contratar investigadores o para que parte de su tiempo lo puedan dedicar a la investigación y otra parte a la asistencia. Ese programa lo ha puesto en marcha este Gobierno. ¿Quiere decir que con eso vamos a conseguir resolver el retorno? Le adelanto que creo que ayudará, pero tengo la sensación de que aún no conseguimos que el retorno sea el que merece la octava o la novena potencia económica del mundo. Si es la octava, la novena o la décima no creo que sea el punto. En cualquier caso, tenemos que estar donde tenemos que estar. Otra de sus preguntas tenía que ver con las prioridades en células madre. Las he comentado también. Del plan de terapias avanzadas que anuncié en mi anterior comparecencia de las doce patologías en este momento ya hay nueve en marcha. En todas ellas se están utilizando células madre procedentes de tejidos adultos porque esas son las que se pueden emplear ahora. Por eso no hay que excluir que en un futuro se puedan usar otras. Por lo tanto, la investigación tiene que continuar en todos los frentes. ¿Qué pasa con los trabajos publicados en la última semana en Cell y Science? Que nos están dando nuevas vías, un procedimiento. Para ser totalmente correcto, hay que decirlo, el grupo de James Thomson en Wisconsin es quien describe las células madre de origen embrionario humano. Él es quien puso a punto las líneas celulares humanas y fue denostado en ese momento por determinados sectores de la derecha americana. No ha recibido financiación del Gobierno Bush precisamente por eso. El conocimiento lo obtiene trabajando en esas líneas, que son en este momento los cuatro genes que él ve que pueden contribuir a que esas células sean pluripotenciales, son las que se pueden inyectar a una célula de la piel de origen adulto y ver que se convierte en pluripotencial, pero es el conocimiento que se genera con las embrionarias lo que permite reprogramar las adultas. Por tanto, continúa siendo cierto lo que este Gobierno defiende, que hay que tener las puertas abiertas a la investigación en cualquier campo. Ojalá el conocimiento que obtenemos de las embrionarias sirva para reprogramar las adultas, porque eso tiene otras ventajas añadidas. La principal ventaja es que son del propio paciente y van a ser compatibles con él. Otras cosas que no están resueltas, pero que espero que se resuelvan, es que se utiliza un retrovirus para meter los

genes y eso tiene elementos de seguridad que aún no están bien resueltos. ¿Cuál va a ser la postura del Gobierno? Mantener abiertos —nuestras leyes ahora lo permiten— diferentes ámbitos de investigación que generen conocimiento, y que este tenga como fin último ayudar a los pacientes. ¿Qué propuesta tiene este ministerio con la universidad? La universidad está en las competencias del Ministerio de Educación y Ciencia. La pregunta iría dirigida al catedrático de universidad, que lo soy en excedencia, pero no al ministro de Sanidad de Consumo. En todas las estructuras estables de investigación, en los fondos y en los proyectos de investigación que se financian desde el Instituto Carlos III existen grupos de la universidad, del Sistema Nacional de Salud y de sectores privados. Esa es la línea en la que continuaremos trabajando. Había una última pregunta que tenía que ver con actividades de mecenazgo dirigidas a CNIO. Se puede contestar también incluyendo al CNIC que es una fundación del Ministerio de Sanidad, del Instituto Carlos III, que preside el ministro. Es una fundación que puede recibir, como cualquier otra, acciones directas de mecenazgo, y en ese sentido se continuará trabajando. Dentro de la Fundación CNIO, si estas acciones, bien sean de mecenazgo o de contratos con el sector privado, generan propiedad intelectual y patentes, esa propiedad intelectual se queda en esa fundación, es decir se distribuye con lo que ponga el convenio o el contrato, y así es como se va promoviendo. Es una fórmula que funciona en muchos países y podemos continuar trabajando en esa línea. He contestado a todas sus preguntas, y, si no, como hay otro turno, podemos dar otra vuelta.

Respecto a la intervención del Grupo Parlamentario Socialista, quiero agradecerse, igual que a todos. Estamos haciendo un esfuerzo por la cohesión del Estado cuando trabajamos en estructuras estables en red. Un primer análisis de estas acciones transversales y de las acciones estratégicas que estamos poniendo en marcha indican que las diecisiete comunidades autónomas están participando. Es cierto que algunas, aquellas que tenían mayor tradición en un área, participan más activamente, pero lo que esperamos es que el beneficio que se derive en una actuación en red vaya hacia el conjunto del Estado.

Le agradezco el reconocimiento que hace al hecho de otorgar o dar seguridad jurídica a los investigadores, porque ese es un derecho de los ciudadanos, y es una obligación del Estado darles seguridad jurídica. Creo que en este momento la normativa les da seguridad jurídica y les señala qué es lo que se puede y lo que no se puede hacer, como en cualquier marco regulado, y el marco que tenemos ahora no solo permite el trabajo sino que, además, lo permite dentro de un esquema de seguridad jurídica. En cualquier caso, quiero terminar con un agradecimiento a las Cámaras, porque son las que han hecho las leyes que el Ejecutivo aplica y que dan seguridad a los ciudadanos y a los investigadores. **(El señor Mingo Zapatero pide la palabra.)**

La señora **PRESIDENTA**: Señor ministro, le agradezco este último reconocimiento a las Cámaras en la medida en que me toca presidir un órgano de ellas.

Noto que el portavoz del Grupo Popular solicita la palabra. Le recuerdo, como siempre, los términos en los que el Reglamento lo permite: para puntualizaciones y por breves minutos. Tiene la palabra el señor Mingo.

El señor **MINGO ZAPATERO**: Para cumplir la ley seré lo más breve posible.

Señor ministro, cumplir la ley es obligación de todos. Usted es el primero que no cumple la ley, ni su Gobierno, en relación con el Fondo de Cohesión, y lo veremos dentro de un momento. Usted no cumple la ley cuando sanciona a las comunidades autónomas porque no cumplan la ley. Fíjese, no tiene nada que ver el cumplimiento o el incumplimiento de una ley en relación con la distribución de los espacios o con el permiso de fumar en un ambiente determinado con la deshabituación tabáquica y con la financiación de la misma, que está en la ley y es obligación legal del Gobierno hacerlo. Usted hace una aplicación injusta de la ley en el caso de la deshabituación tabáquica y deriva el dinero que corresponde a las comunidades autónomas —las que fueren, del Partido Popular y del Partido Socialista— y se lo lleva a otro territorio, a otro fin, que podrá ser todo lo noble que se quiera, que es la investigación sobre el cáncer, pero que no es legal, desde luego no es lícito y políticamente en la cohesión es inadmisibles. Cuando usted dice que es importantísimo cumplir la ley le digo que la cumpla, y lo veremos después en el Fondo de Cohesión, porque la regulación del mismo no cumple la Ley de Cohesión y Calidad aprobada en esta Cámara y por todos.

Ahora empiezo a entender dos cosas, señor ministro. La paradoja se transforma en realidad y la esquizofrenia que ha mencionado usted empieza a tener derivadas. Dice usted que cualquier decisión en relación con no cambiar usted de criterio en la financiación de las unidades antitabaco sería una esquizofrenia, y cuando hablamos de paradoja empiezo a entenderlo. Usted tiene un modelo sanitario, suyo o del Partido Socialista, que es perfectamente lógico, natural, coherente y bueno, y nosotros tenemos otro modelo distinto, un modelo político. Pero, claro, el modelo del señor ministro es el modelo bueno, es el modelo que defiende la salud de los ciudadanos, y el modelo del Partido Popular es malo y ataca a la salud. Yo le ruego que a partir de ahora sea esa su versión y la que tienen que conocer los ciudadanos. La otra versión que estaba dando usted diciendo que no hay que hacer política de la sanidad es falsa, porque usted la hace. Pero voy más lejos. Usted aquí no es investigador como yo no soy médico: somos políticos, usted es ministro y estamos en el Parlamento, pero hay que respetar la posición del otro. Cuando usted dice que el Partido Popular no defiende la sanidad pública ustedes está faltando a la verdad, en el programa electoral y en ocho años de Gobierno, usted está faltando a la verdad. ¿Que es un modelo de discusión política aceptable?

Bien. Usted dirá lo que considere oportuno y yo diré lo que me parezca adecuado en defensa de nuestro modelo político, que ponemos a disposición de los ciudadanos que cada cuatro años nos votan, señor ministro, pero decir que todas las declaraciones públicas de los máximos responsables de mi partido afectan a la salud pública, que van en contra de la salud pública y que van en contra de la salud de los ciudadanos es exactamente una ignominia. Es la posición que está manteniendo usted en relación con que su modelo es intrínsecamente bueno y el del contrario es horrible. Es sencillamente el cordón sanitario que está aplicando el Gobierno del señor Rodríguez Zapatero en toda esta legislatura. Por tanto, esa dicotomía entre usted el malo y nosotros el bueno se la dejo a usted, señor ministro. Yo desde luego nunca diré que el Partido Socialista no quiere mejorar el Sistema Nacional de Salud. Le he dicho que comparto el diagnóstico, el tratamiento no. Nuestro tratamiento —porque lo creo sinceramente— es mejor que el suyo. Les ofrecemos alternativas, lo hicimos cuando estábamos en el Gobierno y lo estamos haciendo ahora en la oposición. Y estoy seguro de que a partir del próximo mes de marzo verán los diputados socialistas cómo los ciudadanos nos dan su apoyo, volveremos al Gobierno y mejoraremos el Sistema Nacional de Salud, sin tanto sectarismo y cumpliendo la ley, señor ministro. **(Una señora diputada: Esperanza Aguirre.)**

La señora **PRESIDENTA**: Por el Grupo Socialista tiene la palabra la señora Pozuelo. Le ruego igual brevedad, así como que se ciña a determinadas precisiones.

La señora **POZUELO MEÑO**: Señor Mingo, creía que teníamos una mañana tranquila, pero ya veo que quizá no ha desayunado suficiente y ha necesitado una hiperactivación para fortalecerse durante el resto del día. Lo primero que tengo que decir es que usted ha puesto en boca del ministro cuestiones y apreciaciones que aquí ninguno hemos oído. No voy a hacer una enumeración exhaustiva de las mismas porque sería un poco absurdo, ya que creo que todos hemos escuchado la intervención del ministro y se puede leer en el «Diario de Sesiones». Voy a decirle una cosa. No me cabe la menor duda de que el Gobierno está cumpliendo exhaustivamente las leyes que él mismo ha propiciado y ha presentado en esta Cámara, como la Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo. Son las comunidades del Partido Popular las que haciendo un juego de absoluta frivolidad política, no ya bromeando, como decía el ministro, que por supuesto, sus líderes políticos, sino manteniendo una actuación política profundamente frívola queriendo quitar importancia a los efectos que tienen las decisiones que esta Cámara en su soberanía acordó en la Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo, han querido volverlas en contra, dar la vuelta al calcetín para, según dicen ellos, suavizar las posiciones y los mandatos que tiene la ley aprobada por las Cortes Generales. Pues bien,

eso no va a ser así. Desgraciadamente, gran parte de los ciudadanos de esas comunidades están sufriendo circunstancias que no deberían sufrir, porque no ha sido la voluntad de esta Cámara, y usted debería ser el primero que tendría que salir en defensa de esos planteamientos y de la aplicación de esa legislación.

Lo que sí quiero decirle es que, sin duda, el modelo de política sanitaria que tienen el Partido Popular y el Partido Socialista, que el Gobierno del Partido Popular desarrolló y está desarrollando en estos momentos en las comunidades autónomas en las que gobierna y en las que tiene plena competencia para el desarrollo de la gestión sanitaria, en absoluto son el mismo. Es verdad que todos respetamos unos principios, al menos desde el punto de vista teórico, porque luego, cuando vamos a la realidad y vemos los ejemplos de cómo se traducen esas políticas sanitarias, la verdad es que todos nosotros, pero sobre todo los ciudadanos, estamos viendo unos ejemplos y unos modelos muy diferentes. Solamente tenemos que ver cómo se ha gestionado a lo largo de muchos años la sanidad en una comunidad como Valencia, donde tenemos ejemplos de la gestión sanitaria en los centros hospitalarios y en los centros de atención primaria —pero sobre todo en los centros hospitalarios— haciendo concesiones a las empresas privadas, que gestionan y atienden en común, en los mismos espacios, sobre la base de esas concesiones, a los pacientes que vienen por la sanidad pública y a los que vienen por las empresas privadas. O el modelo que está desarrollando la presidenta de la Comunidad de Madrid, que ha prometido, y se están construyendo —algunos se están poniendo en marcha con muchísima dificultad—, ocho hospitales que son ocho hospitales privados (**La señora Velasco Morillo: Bueno, bueno.**) y que todavía los ciudadanos madrileños no saben cómo se van a gestionar. Sí, sí, son hospitales privados financiados con fondos públicos. Está garantizada la financiación pública, porque la financiación es pública, pero la gestión no es pública. (**El señor Fidalgo Francisco: ¿Y el mantenimiento?**) No se puede aceptar un modelo que diga que es un modelo público hospitalario cuando el cien por cien de la gestión se ha encargado a empresas privadas. Por tanto, su modelo y el nuestro no son el mismo pero las elecciones las tenemos muy pronto. Ustedes no tienen proyecto, no lo han tenido durante cuatro años. No tienen un proyecto político alternativo en ningún sector y ni mucho menos en el sanitario. Acabamos de debatir los Presupuestos Generales del Estado y en materia sanitaria el debate ha sido muy elocuente. Ustedes no han sido capaces de poner encima de la mesa ningún proyecto nuevo; han cogido el programa del Gobierno en materia sanitaria y se han dedicado a añadirle unos cuantos millones más; punto. Eso es todo lo que han hecho. No tienen ni alternativa ni proyecto. Sin duda alguna los ciudadanos lo van a entender muy bien el próximo mes de marzo cuando tengan que volver a votarnos. (**La señora Velasco Morillo: Díselo a los profesionales sanitarios.**)

La señora **PRESIDENTA**: Señor ministro.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Soria Escoms): He procurado contestar a todas las preguntas y espero que eso nos ayude a entender puntos de vista que pueden ser comunes y pueden ser distintos. Si lo que se refiere al Fondo de Cohesión lo veremos después, creo que lo veremos después, por lo tanto no es este el momento. Ha habido una afirmación acerca de la legalidad de las acciones del ministerio. Los fondos de la lucha contra el tabaquismo no es obligatorio que se transfieran a las comunidades autónomas. Son fondos del ministerio y forman parte de acciones estratégicas que decide el ministerio apoyar o impulsar. Es evidente que a usted no le ha gustado la medida, pero están dentro de la ley, y desarrollar la Ley contra el tabaquismo es uno de nuestros objetivos y eso es lo que estamos haciendo. Pero desgraciadamente en este momento tengo que ir un poco más lejos. Lo que es legal y lo que no es legal lo deciden los tribunales y los tribunales le han dado la razón al Gobierno de España. El Tribunal Superior de Justicia de La Rioja le ha dicho al Gobierno del Partido Popular: Ustedes no están cumpliendo la ley. Esa es la situación a día de hoy. Quien cumple la ley es el Gobierno de España y quien no cumple la ley, según el Tribunal Superior de Justicia, es el Gobierno del Partido Popular.

Por último, no voy a contestar afirmaciones que no he hecho y que, como constan en el «Diario de Sesiones»; no hace falta repasar, pero, en cualquier caso, lo bueno o lo malo no es aquello en lo que podamos aquí ponernos de acuerdo —ojalá nos pongamos de acuerdo muchas veces— ni es una decisión así. Hay un mecanismo en democracia que es el voto —al que usted se ha referido— y los votantes son los que deciden lo que para ellos significa lo bueno o lo malo, no el hecho de que yo diga esto es bueno. Evidentemente, hay diferencias entre el modelo que usted defiende y el modelo que yo defiendo. Creo que mi modelo será mejor para los ciudadanos que el suyo y espero que así lo resuelvan los ciudadanos, pero si resuelven que su modelo es mejor que el que yo defiendo, pues ese será el próximo Gobierno. Eso es lo que decide la democracia, no quién es bueno o quién es malo o quién es esquizofrénico o quién no lo es, porque para eso tenemos hospitales.

La señora **PRESIDENTA**: Concluida esta primera comparecencia, les sugiero a SS.SS. hacer una breve interrupción de cinco minutos para continuar con la segunda de las comparecencias establecidas en el orden del día.

Se suspende la sesión.

Se reanuda la sesión.

— **LOS PROYECTOS DE REALES DECRETOS REGULADORES DEL FONDO DE COHESIÓN Y DE LOS CENTROS DE REFERENCIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 213/000604.)**

La señora **PRESIDENTA**: Reanudamos la sesión.

La segunda de las comparecencias de hoy es la referida a la petición por parte del Grupo Parlamentario Popular de que el Gobierno informe sobre los proyectos de reales decretos reguladores del Fondo de Cohesión y de los centros de referencia del Sistema Nacional de Salud. Para la explicación inicial tiene la palabra el señor ministro.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Soria Escoms): Señora presidenta, señorías, las dos normas por las que el Grupo Parlamentario Popular ha solicitado mi comparecencia ante esta Comisión incorporan dos de los instrumentos fundamentales para garantizar la equidad en nuestro sistema sanitario. Aunque regulan materias diversas, ambas están dirigidas a conseguir que todos los ciudadanos tengamos las mismas posibilidades de acceso a los servicios sanitarios fundamentales ante una necesidad similar. Estos servicios, en expresión del Real Decreto 1030/2006, son los necesarios para llevar a cabo una atención sanitaria adecuada, integral y continuada. La equidad, valor básico de nuestro Sistema Nacional de Salud, tiene diversos instrumentos. El primero de ellos es el propio sistema de financiación de los servicios de salud. En 2002 la gestión de la asistencia sanitaria es asumida por todas las comunidades autónomas y nos encontramos con un Sistema Nacional de Salud plenamente descentralizado. También se inicia una nueva etapa en el sistema de financiación de la sanidad pública con la Ley 21/2001, de 27 de diciembre. En el nuevo modelo y a diferencia de los anteriores, la financiación de la gestión de los servicios de asistencia sanitaria queda integrada en el marco general de financiación de las comunidades autónomas. Estas deben atender los citados servicios con los ingresos que obtienen mediante los tributos cedidos y compartidos en los términos recogidos en la ley. El propio modelo de financiación contempla diversos mecanismos para garantizar la suficiencia financiera de las comunidades autónomas. El más importante de ellos es el Fondo de Suficiencia, que garantiza a las comunidades autónomas con menores posibilidades recaudatorias la financiación suficiente para ofertar a los ciudadanos unos servicios públicos de calidad al mismo nivel que los de cualquier otra comunidad. El objeto del Fondo de Cohesión Sanitaria, también creado por esta ley, es el de compensar a las comunidades autónomas por el saldo neto de la asistencia prestada a los desplazados. Ya desde su creación queda claro que el Fondo de Cohesión no tiene como finalidad dar respuesta a las necesidades de

financiación de la sanidad, sino que se trata de un mecanismo de compensación para aquellas comunidades que prestan asistencia sanitaria a ciudadanos residentes en otras comunidades autónomas o provenientes de la Unión Europea o de otros países. La misma Ley de Cohesión establece en su disposición adicional segunda que en relación con los criterios para el establecimiento de los servicios de referencia se considerará a las comunidades autónomas de Canarias y de las Islas Baleares como estratégicas dentro del Sistema Nacional de Salud, y la atención en los centros de referencia que en ellas se ubiquen será también financiada con cargo al Fondo de Cohesión Sanitaria. El Fondo de Cohesión contó con un presupuesto de 54 millones de euros en 2004 y 2005. Este importe fue aumentado hasta 99 millones en virtud de las medidas aprobadas por la segunda Conferencia de Presidentes del día 10 de septiembre de 2005 y ratificadas por el Consejo de Política Fiscal y Financiera. La gestión de este fondo se atribuyó por la citada Ley 21/2001 al Ministerio de Sanidad y Consumo, competencia que se mantiene en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Esta ley amplía el concepto del Fondo de Cohesión disponiendo con cargo al mismo la financiación de la atención en los servicios de referencia. La misma Ley de Cohesión recoge en su disposición adicional octava que en relación con los criterios para el establecimiento de los servicios de referencia se considera que estos servicios, los de las comunidades de Canarias y las Islas Baleares, deben recibir un tratamiento preferencial.

El aumento que se produce de 54 a 99 millones de euros no era únicamente pecuniario, sino que además se ampliaron las actuaciones para, por ejemplo, incrementar la compensación económica de los procesos recogidos en los anexos I y II del real decreto, actualizar la lista de procesos incluyendo aquellos fruto de las innovaciones tecnológicas recientes y excluyendo otros ya desfasados y compensar económicamente los procesos a atender en los servicios y unidades de referencia; asimismo para mejorar el funcionamiento de los servicios informáticos asociados a la facturación de la asistencia realizada a los desplazados temporales de la Unión Europea. Esta ampliación hizo necesaria la modificación del real decreto que regulaba el fondo y tras su consideración por la comisión de seguimiento del Fondo de Cohesión se presentó el proyecto de norma al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en el pleno celebrado el 29 de marzo de 2006. Consecuentemente, el Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula el Fondo de Cohesión Sanitaria, fue aprobado por el Consejo de Ministros el 20 de octubre de 2006. En cuanto al contenido de la asistencia compensable, la norma define la asistencia a financiar en términos de catálogo de prestaciones y cartera de servicios tal como estos conceptos se definen en la Ley de Cohesión y Calidad. Las actividades que son objeto de compensación por el Fondo de Cohesión Sanitaria comprenden la asistencia sanitaria a pacientes residentes en España

derivados entre comunidades autónomas, asistencia sanitaria a pacientes desplazados a España en estancia temporal con derecho a asistencia a cargo de otro Estado que pertenezca a países de la Unión Europea o a otros con los que España tenga firmados acuerdos bilaterales en esta materia y la asistencia sanitaria a pacientes residentes en España derivados entre comunidades autónomas para su atención en centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud.

Por lo que se refiere a la asistencia sanitaria a pacientes residentes en España derivados entre comunidades autónomas, aunque no hay una modificación sustancial de las características de la asistencia a financiar por este concepto, hemos modificado el contenido de los anexos. En ellos se introduce la necesidad de informar al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sobre las modificaciones que en procesos o costes de los mismos se quieran incorporar en el futuro. Los procesos recogidos en el anexo I tanto en el antiguo real decreto como en el actual se refieren a procesos con internamiento hospitalario, siempre con la caracterización de complejidad, alto coste o necesidad de concentración de casos para alcanzar la excelencia clínica en los tratamientos. Sin embargo, se ha modificado no solo el contenido sino el concepto del anexo II, que en el anterior real decreto recogía la atención a ciudadanos residentes en provincias limítrofes de otra comunidad por procedimientos no complejos. En el actual se recogen procesos de carácter ambulatorio, de complejidad asistencial o alto coste, manteniendo la coherencia en la concepción del fondo y se excluye la atención de las urgencias espontáneas solicitadas por ciudadanos desplazados por entender que es un derecho del ciudadano y una característica del Sistema Nacional de Salud que no puede ser objeto de negociación o financiación adicional. Se refuerza el carácter programado de la atención subvencionable al condicionar la financiación de asistencia por este concepto a que se gestione a través del sistema de información del Fondo de Cohesión Sanitaria cuya implantación prevé este Real Decreto de 2006. Asimismo se elevan las cuantías compensables de los procesos incluidos en ambos anexos al aumentar el porcentaje de coste compensable de un 40 a un 80 por ciento.

La asistencia sanitaria a pacientes desplazados a España en estancia temporal con derecho a la asistencia a cargo de otro Estado no se ha modificado, pero sí los criterios de reparto para la compensación del fondo a las comunidades autónomas. En el Real Decreto de 2002 el reparto era proporcional a la facturación de cada comunidad autónoma. La nueva norma establece que sea proporcional al saldo neto de facturación. Esto quiere decir que de las facturas emitidas a ciudadanos extranjeros y las cargadas por otros países a residentes de la comunidad desplazados en el extranjero, se financiarán solamente aquellas en las que este saldo sea positivo. Esto supone un mayor incentivo para la facturación, en línea con lo planteado por la Conferencia de Presidentes. Una de las novedades del Real Decreto de 2006 es la

inclusión de la compensación por asistencia sanitaria en centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud.

Dado que tenemos en tramitación diversas normativas sobre servicios de referencia, está prevista la incorporación de otro anexo que contendrá los procesos y los importes a financiar por este concepto. Asimismo se sustituirán los procesos incluidos en los anexos I y II del proyecto a medida que los servicios de referencia vayan siendo acreditados y autorizados, y los procesos, patologías y procedimientos por ellos atendidos vayan siendo financiados con cargo al fondo. El reconocimiento del carácter estratégico de los servicios sanitarios insulares, disposición adicional octava de la Ley 16/2003, queda garantizado por la inserción de un apartado dos en el artículo 6 que establece que en el caso de las comunidades autónomas de Canarias y de las Islas Baleares la compensación incluirá la atención a los procesos de los pacientes desplazados desde otras islas de su territorio diferentes a aquella en la que se ubique el centro, servicio o unidad de referencia designado.

Por lo que se refiere a la liquidación del fondo, se incorpora la realización de una liquidación provisional en la primera mitad del año con el objeto de facilitar la planificación del uso de los fondos y adelantar su disposición por los servicios de salud autonómicos. Se mantiene la existencia y funciones de la comisión de seguimiento creada en 2002. En cuanto a la distribución del Fondo de Cohesión Sanitaria, en 2006 se repartieron 99 millones de euros a través del mismo, lo que supuso un 92 por ciento de crecimiento con respecto a 2005; dicho incremento es consecuencia de la aplicación de los nuevos criterios de reparto que les he mencionado. El aumento fue del 79 por ciento en el caso de desplazados nacionales y de un 151 por ciento en lo que se refiere a pacientes extranjeros en estancia temporal. En lo que llevamos de 2007 se ha repartido el 75 por ciento de lo que correspondería anualmente. Ello supone alrededor del 3 por ciento de crecimiento en términos anuales y con carácter provisional.

En relación con los datos provisionales de flujo de los pacientes entre comunidades autónomas, las cifras son ligeramente inferiores a las de 2006, sin embargo, las cifras correspondientes a pacientes extranjeros en estancia temporal han seguido creciendo de forma importante, cerca del 20 por ciento, lo que indica una mejora sustancial de la gestión de la facturación a extranjeros por parte de las comunidades autónomas. En 2006 se distribuyeron unos 24 millones de euros, que serán 28 millones de euros en 2007. Quiero señalarles también que por primera vez el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales transfirió a las comunidades autónomas, en 2006, 264 millones de euros en concepto de compensación por la atención sanitaria a extranjeros residentes en España y en 2007 la cantidad que se ha repartido por el mismo concepto ascenderá a 259 millones. Resulta así que tanto en 2006 como en 2007 se distribuirán a las comunidades autónomas por la atención sanitaria pres-

tada a extranjeros, turistas y residentes, una cantidad aproximada a los 290 millones de euros. Este concepto, que incluye la cuota global por residentes, se debe a los acuerdos de la segunda Conferencia de Presidentes, ya que anteriormente solo se facturaba por los desplazados temporales, concepto por el que en 2005 las comunidades autónomas percibieron menos de 10 millones.

Voy a hablarles ahora del segundo asunto de esta comparecencia, el real decreto por el que se establecen las bases del procedimiento para la designación y acreditación de los centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud. El hecho de que no existan todos los servicios y unidades de alta especialización en todas las comunidades autónomas no obedece solo a un problema de rentabilidad económica, sino fundamentalmente al mantenimiento de unos estándares elevados de calidad del servicio y de seguridad de los pacientes. Con el objeto de hacer efectivas estas previsiones de la Ley de Cohesión y Calidad y el mandato de la segunda Conferencia de Presidentes, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha elaborado y el Consejo de Ministros ha aprobado el Real Decreto 1302/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las bases del procedimiento para la designación y acreditación de los centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud. Sus contenidos fueron presentados al consejo interterritorial de 29 marzo de 2006. El real decreto tiene como objeto fijar las bases para la designación y acreditación de los centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud de acuerdo con un enfoque de planificación de conjunto. De esta forma, la atención a las personas con patologías que por sus características precisan de cuidados de alto nivel de especialización y los casos a tratar en un número reducido de centros tengan garantizada la equidad en el acceso y se les facilite una atención de calidad, segura y eficiente. Este real decreto regula: las características de las enfermedades o grupo de enfermedades para cuyo diagnóstico y tratamiento es preciso designar centros de referencia; que los centros den cobertura a todo el territorio nacional; la garantía a todos los que lo precisen del acceso a los mismos en condiciones de igualdad con independencia del lugar de residencia; los criterios para la designación de los centros; la creación del Comité de designación de centros, servicios y unidades de referencia; las obligaciones de los centros y la financiación de la atención sanitaria derivada entre comunidades autónomas a dichos centros, entre otros aspectos. En lo relativo a la financiación, como antes les dije, se contempla que la atención en un servicio de referencia se financiará con cargo al Fondo de Cohesión Sanitaria. Con ello se evitarán problemas de rechazo o prioridades por motivos económicos.

Con carácter inmediato el ministerio inició actuaciones para el desarrollo de esta norma, y el 28 de noviembre de 2006 se constituyó el Comité de designación de centros, servicios y unidades de referencia, dependiente del Consejo Interterritorial del Sistema

Nacional de Salud, que está formado por representantes de todas las comunidades autónomas y del Ministerio de Sanidad y Consumo. El comité aprobó una propuesta de priorización de abordaje de áreas de especialización sobre la base de varios criterios: factibilidad, gravedad de los procedimientos de esa área para cuya atención habría que definir al comité, posibles desigualdades actuales en el acceso, frecuencia de desplazamiento de pacientes y, finalmente, áreas en las que no fuera necesario definir y detallar previamente el contenido de su cartera de servicios o implicar movilización de pacientes y no de muestras. Fueron seleccionadas en una primera fase las áreas de oftalmología, oncología, cirugía plástica y trasplantes, que han sido estudiadas en el primer semestre de 2007 por diversos grupos de trabajo, con participación de expertos propuestos por prácticamente todas las comunidades autónomas y de las sociedades científicas y por la Comisión Nacional de Trasplantes. Se han presentado las propuestas de patologías técnicas, tecnologías o procedimientos diagnósticos o terapéuticos para los que es necesario que el Comité de designación de centros de referencia se pronuncie. El 18 de julio de 2007 se sometió al acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud la propuesta de las primeras patologías técnicas, tecnologías o procedimientos diagnósticos o terapéuticos que el Comité de designación debe conocer, así como los criterios que deben cumplir para ser designados como de referencia en esas áreas de especialización. Aprobada esta primera propuesta por el consejo interterritorial, se abrió el plazo de presentación de solicitudes de centros para estos primeros procesos por parte de las comunidades autónomas hasta septiembre de 2007. El 27 de septiembre de 2007 se elevaron las propuestas presentadas por las comunidades autónomas al Comité de designación. Tras su examen, las propuestas admitidas a trámite se han remitido a la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud para el inicio del proceso de auditoría y acreditación. Una vez que los centros, servicios y unidades sean acreditados por la Agencia de Calidad se presentarán a un próximo Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud que tendrá que acordar su designación. Por otro lado, en estos últimos meses de 2007, seguimos trabajando con grupos de expertos en otras áreas de especialización, como rehabilitación, traumatología, trasplantes de órganos hematopoyéticos, etcétera, para definir otras patologías, técnicas, tecnologías o procedimientos diagnósticos o terapéuticos. Después se iniciará el procedimiento para su designación por el Comité de designación de centros, servicios y unidades de referencia y establecimiento de los criterios que deben cumplir. A medida que se vayan acordando nuevas patologías por parte del comité y del consejo interterritorial, se podrán proponer nuevos centros de referencia por parte de las comunidades autónomas. Dichas solicitudes tendrán que cumplir los criterios de designación acordados y someterse al proceso de acreditación. Según vayan finalizando su trabajo estos grupos de expertos,

se irán constituyendo nuevos grupos hasta abordar todas las áreas de especialización.

Finalizo, señorías, con la reflexión que les hacía al principio de mi intervención. Corresponde al sistema de financiación de las comunidades autónomas garantizar no solo la suficiencia para hacer frente a las necesidades y demandas de los ciudadanos en materia sanitaria, sino también la corrección de los desequilibrios y desigualdades que haya o que se puedan producir. Sin embargo, la cohesión, la articulación de políticas comunes también necesita de una potente herramienta que garantice que los ciudadanos reciban una atención sanitaria de calidad con independencia de su lugar de residencia y que impulse la seguridad, calidad y eficiencia del sistema mediante la concentración de servicios especializados. Este es el papel del Fondo de Cohesión Sanitaria y esos son los objetivos que persiguen los centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud, regulados por las dos normas que acabo de presentarles.

La señora **PRESIDENTA**: El solicitante de la comparecencia ha sido el Grupo Parlamentario Popular y para expresarse en su nombre tiene la palabra el diputado señor Mingo.

El señor **MINGO ZAPATERO**: Como ya le he dicho antes a la presidenta, quiero anunciar a la Cámara que mi grupo había previsto que esta intervención la llevara el diputado Félix Vadillo, pero un reciente empeoramiento en la salud de su padre le ha hecho no estar presente aquí. Quiero que conste en el «Diario de Sesiones» los mejores deseos para la recuperación del padre del diputado Vadillo y también de la del padre del diputado Elola, que hoy no nos acompaña por una razón similar.

Señor ministro, mi grupo pidió esta comparecencia hace bastantes meses, entendiendo que tanto el Fondo de Cohesión como los centros de referencia son las herramientas básicas del Sistema Nacional de Salud para garantizar algo tan trascendente en España como es la cohesión y evitar las desigualdades en la asistencia sanitaria. ¿Por qué lo solicitó? Porque en relación con los centros de referencia encontrábamos un llamativo retraso. Estamos finalizando la legislatura y no hay ni un nuevo centro de referencia a nivel nacional; cuatro años perdidos de la legislatura socialista en relación con el desarrollo de la Ley de Cohesión y Calidad de los centros de referencia. Por cierto, cuando lo llevan ustedes al consejo interterritorial tampoco se aprueba por consenso. En relación con el Fondo de Cohesión hacen ustedes dos regulaciones. La primera es en el año 2004. La regulación del Fondo de Cohesión del año 2004 cumple la Ley de Cohesión y Calidad —se lo reconozco, señor ministro—, cuya lectura usted ha omitido en parte, porque lo que ha aprobado el Congreso de los Diputados en el año 2003 en la Ley de Cohesión y Calidad es que el Fondo de Cohesión tiene más misiones de las que

usted dice. Tiene dos misiones que son de enorme trascendencia. Una de ellas es la financiación de los planes integrales de salud —que era la recomendación de la Organización Mundial de la Salud— y la otra fue su incorporación al Fondo de Cohesión que solicitó el Grupo Parlamentario Socialista, que eran las medidas para evitar desigualdades como principal elemento de cohesión, y está recogido en el texto de la ley. La primera regulación del Fondo de Cohesión en el año 2004, señor ministro, recogía dos aspectos de extraordinaria incidencia en los planes integrales —gobernando ustedes—, que eran el plan integral de diabetes y las ayudas para la lucha frente al tabaquismo. En los presupuestos del año 2004, que fueron los últimos que hizo el Gobierno del Partido Popular, como no se había regulado la modificación —no se había podido desarrollar el Fondo de Cohesión porque pasaron solamente tres meses—, hubo 54 millones más 9 millones para planes integrales de salud, que luego en el año 2004 se recogió por parte del Gobierno socialista. ¿Qué ha ocurrido en la regulación del año 2006? Que han desaparecido dos de las misiones que le encomienda la ley, luego la regulación es ilegal. ¿Lo dice este diputado solamente? No, no, lo dice más gente. Y cuando llega usted al consejo interterritorial tampoco lo aprueban distintas comunidades autónomas, que por cierto recurren a los tribunales, hay un recurso en este sentido. ¿Para qué? Para que el Fondo de Cohesión recoja íntegramente lo que dice la ley, siguiendo el consenso alcanzado previamente y buscando la cohesión y la calidad y evitar desigualdades. Por tanto, señor ministro, desarrollo ilegal de la ley, (**La señora Pozuelo Meño: ¡Qué barbaridad!**) desarrollo incompleto de la ley, y otra cosa de enorme trascendencia: 99 millones de euros, mantenidos en los últimos tres presupuestos. La propuesta política de mi grupo es clara y se ha repetido en las dos enmiendas a los presupuestos. Por cierto, señora Pozuelo, mi grupo no es que tenga una idea muy clara de la sanidad española, es que tiene un proyecto político manifestado constantemente en esta legislatura y, lo que es más importante, que se ha plasmado en 58 enmiendas en los Presupuestos Generales de Estado. Porque nosotros normalmente no solo hacemos crítica al Gobierno cuando hace las cosas mal, sino que damos alternativas, señor ministro, alternativas para los ciudadanos. Por tanto, en relación con el Fondo de Cohesión, la regulación es incompleta, no sirve para fortalecer la cohesión y evitar las desigualdades y está insuficientemente dotado. La petición que mi grupo hace, señor ministro, es que cambien; pero como ya está ahí el final de la legislatura, a partir de marzo, con el Gobierno del Partido Popular, no le quepa la menor duda a usted y a los ciudadanos que tendremos un Fondo de Cohesión Sanitaria dotado con 400 millones de euros.

Señor ministro, dos detalles nada más para no alargar la intervención. He intentado explicárselo en innumerables ocasiones a la ministra anterior y se lo voy a explicar a usted a ver si tengo suerte y lucha con nosotros en favor del sistema de sanidad. La Ley de Cohesión y Calidad

le da competencia al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud para aportar criterios en relación con la financiación sanitaria. Está en la ley; está recogido en las funciones del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. ¿Que es verdad que la financiación sanitaria se decide en el seno de la Lofca? Por supuesto que sí, pero no es excluyente, señor ministro. Y la fuerza que debe hacer el ministro de Sanidad y Consumo con el área sanitaria de las comunidades autónomas es una garantía que contempla la ley. Ese es el reto del Grupo Parlamentario Popular. He intentado durante toda la legislatura que ustedes hicieran esfuerzos para mejorar este ámbito y no lo he conseguido. Estoy seguro de que los ciudadanos les van a sancionar por ello en el próximo mes de marzo.

Por último, fíjese la trascendencia que tiene en la salud pública, que compartimos, el criterio en relación a la lucha contra el tabaquismo. Voy a hacer una puntualización al hablar del cumplimiento o no de la ley, señor ministro. Es verdad que la distribución de las partidas dedicadas a este ámbito son competencia del ministro de Sanidad y Consumo, pero el ministro de Sanidad y Consumo, que tiene que cumplir la ley, les dice a las comunidades autónomas, en una convocatoria cuáles son los requisitos que tienen que cumplir para que puedan acceder a esas ayudas que les da el ministerio. Todas las comunidades autónomas han cubierto esos objetivos, pero el resultado discrecional del ministro de Sanidad y Consumo es que como yo otorgo el dinero digo que, aunque cumplan perfectamente la convocatoria, a unos se lo doy y a otros no. Por eso le estaba hablando de la ilegalidad. Y como usted se va a presentar —y con ello termino, señora presidenta— en las próximas elecciones generales que tenemos a la vuelta de la esquina, como candidato por Alicante —si no he leído mal en la prensa—, tendrá que decirles a los ciudadanos de Alicante que ellos son ciudadanos de segunda en relación con el tratamiento de la deshabituación tabáquica; que ellos tienen menos dinero y menos posibilidades de acceder a consejo médico, que como dicen los expertos y usted conoce bien es el primer mecanismo para que los fumadores dejen de fumar. Determinados ciudadanos de la provincia de Alicante no van a poder tener esa oportunidad y serán ciudadanos de segunda en vez de ciudadanos de primera. Y estoy seguro de que eso se lo van a demandar, señor ministro.

La señora **PRESIDENTA**: En nombre del Grupo Parlamentario Socialista tiene la palabra la señora Pozuelo.

La señora **POZUELO MEÑO**: Después de las explicaciones del señor ministro, que han sido exhaustivas y nos han puesto de manifiesto cómo es todo el marco regulador del Fondo de Cohesión, los decretos que lo desarrollan, así como los centros, servicios y unidades de referencia que se han puesto en marcha con el acuerdo del Consejo Interterritorial de Salud, quiero hacer

algunas reflexiones propias, y algunas al hilo de los comentarios hechos por el portavoz del Grupo Popular señor Mingo.

No cabe la menor duda de que el principal objetivo y el sentido de las políticas del Gobierno durante toda esta legislatura no ha sido otro que fortalecer la equidad, la igualdad y la cohesión dentro del Sistema Nacional de Salud. Ha sido una apuesta muy importante, muy fuerte, por reforzar esos principios que constan en la Ley General de Sanidad, en la Ley de Cohesión del Sistema Nacional de Salud, y que en todas las políticas que ha puesto en marcha durante la legislatura el departamento de Sanidad y Consumo han visto su reflejo porque estaban orientadas a fortalecer esos principios que he dicho: la igualdad, la equidad y la cohesión y a mantener el principio de universalidad del Servicio Nacional de Salud. Pero estos principios no son solo palabras ni retórica, sino que se han visto y se ven plasmados en todas las decisiones que se han ido tomando. Si analizamos tanto el Fondo de Cohesión como su desarrollo, su regulación y su aplicación, en absoluto, puede hablarse, señor Mingo, de que es una situación de ilegalidad, sino de desarrollo que el Gobierno ha puesto en marcha diferente del que tenían ustedes, eso sí, diferente, mucho más amplio y mucho más completo (**El señor Mingo Zapatero: Está en la ley; está en la ley.**) Además, es un proyecto de desarrollo del Fondo de Cohesión de acuerdo con el Consejo Interterritorial de Salud, señor Mingo. Que haya decisiones que no se acuerden por unanimidad del Consejo Interterritorial de Salud no puede significar que no se acuerden por consenso o mayoritariamente por el Consejo Interterritorial de Salud. Quiero decirle dos cosas. En primer lugar, en ningún caso se puede plantear que el Fondo de Cohesión sea el único instrumento, ni siquiera en algunas ocasiones el más importante, para desarrollar la cohesión dentro del sistema. La cohesión y la equidad dentro del sistema se fortalecen y se cumplen aplicando una serie de políticas como las que ha desarrollado este Gobierno a lo largo de esta legislatura. Voy a ponerle solo dos ejemplos que son bastante evidentes, obvios y rotundos. Aunque a usted le pese, el Fondo de Cohesión ha duplicado su presupuesto durante el Gobierno socialista.

De 45 millones de euros en el año 2004 y durante la legislatura anterior pasa a 99 millones de euros a partir de que gobierna el Partido Socialista; duplica los fondos y la financiación del Fondo de Cohesión. Además, como ya hemos reiterado en muchísimas ocasiones, en técnica presupuestaria es un fondo de carácter ampliable, de manera que cualquier necesidad mayor de proyectos o de decisiones que haya que financiar con este fondo puede plantearse y obtendrá su respaldo presupuestario por tener ese carácter de partida ampliable. Y no solamente se han duplicado esos fondos, sino que a través de nuevos desarrollos normativos, como son los decretos de desarrollo del Fondo de Cohesión, se ha producido la aplicación y la actualización de esos proyectos que deben manifestarse, entre ellos algunos que preocupaban a la

portavoz —siento que no esté aquí en estos momentos, aunque volverá luego— y a los diputados de Coalición Canaria, que son miembros de esta Comisión, así como a los de las Islas Baleares, porque ha habido decisiones de financiación expresa a través del Fondo de Cohesión que prestan una especial atención a la parte insular de nuestro país. Esto se debe a la especial sensibilidad de este Gobierno, que en la II Conferencia de Presidentes toma decisiones que luego se trasladan a la normativa que desarrolla ese Fondo de Cohesión para atender de manera especial las particulares necesidades de las islas.

Señor Mingo, quiero decirle otra cosa respecto a aquello que usted llama ilegalidad en el desarrollo del Fondo de Cohesión. Para claridad y para conocimiento de todos tengo que decir que simplemente se produce un cambio de oportunidad por parte de este Gobierno. **(El señor Mingo Zapatero: ¡De cambiar la ley!)** Este Gobierno lo que ha hecho es poner en marcha lo que ustedes entendían por planes, en lo que han insistido a lo largo de toda la legislatura, lo cual entiendo porque esta era su opción política, pero la nuestra ha sido otra. Había planes de desarrollo de política sanitaria que se adjudicaban en sus presupuestos al Fondo de Cohesión, pero este Gobierno ha preferido hacer otra cosa: potenciar y financiar de manera expresa y fuera del presupuesto del Fondo de Cohesión, para liberarlo de esas cuantías, unas estrategias de política sanitaria. Así se ha dotado dentro del Plan de calidad que se pone en marcha desde el primer año de esta legislatura y que también supone un compromiso del presidente del Gobierno. Por tanto, se aprueba un Plan de calidad dotado con 50 millones de euros con el que se financia lo que ustedes denominaron planes y nosotros denominamos estrategias de salud para desarrollar políticas específicas y para mejorar la cohesión dentro del territorio nacional y, por tanto, el derecho al acceso de todos los ciudadanos, independientemente del territorio en el que vivan y del servicio que estén prestando sus comunidades autónomas, a esas prestaciones de mayor calidad que atiendan patologías más prevalentes o necesidades de servicios sanitarios que no estén cubiertos por la mayoría o por algunas de las comunidades autónomas, o no al menos en el grado de necesidad que demandan los ciudadanos actualmente y en el grado de calidad que requiere la prestación de estos servicios. Por tanto, estamos hablando de que por una parte se ha duplicado el Fondo de Cohesión con un carácter ampliable para lo que se necesite y, por otro, se ha multiplicado con una dotación de 50 millones de euros el desarrollo de los planes de calidad atendiendo a una cantidad de estrategias que no voy a enumerar, y que son por todos conocidas, pero que atienden las patologías y las necesidades más prevalentes, así como a un aspecto importantísimo que también ustedes reclamaban y han reclamado en otras ocasiones pero que somos nosotros los que lo hemos atendido —ha sido el Gobierno socialista—, como es la formación de los médicos, la formación de

los profesionales sanitarios de manera permanente. Dentro de ese Plan de calidad hay unas partidas específicas destinadas a la formación del personal sanitario, de los médicos y del resto del personal, y al uso racional de los medicamentos, otra de las grandes preocupaciones no solo desde el punto de vista de la financiación del sistema sino del uso de los medicamentos que se hace por parte de los pacientes, de los ciudadanos españoles.

En relación con la necesidad, que usted plantea de que en el Consejo Interterritorial de Salud se debata la financiación sanitaria, es un asunto que también hemos analizado y debatido en muchísimas ocasiones durante toda la legislatura. Simplemente me gustaría recordarle aunque ya no hace falta porque lo ha dicho el ministro, que no es competencia del Consejo Interterritorial de Salud. Me parece deducir de su intervención que realmente usted tiene muy poco respeto por la autonomía de las comunidades autónomas, por la capacidad política y de decisión de las comunidades autónomas. El consejo que usted le da al ministro para que lo traslade al Consejo Interterritorial de Salud se lo debería dar a los consejeros de Sanidad de las comunidades autónomas en las que gobiernan: que tuvieran un mayor peso político en el conjunto del Gobierno de sus comunidades para que en la negociación que tengan que llevar a cabo con sus consejeros de Economía y Hacienda consigan mayores recursos, aparte de los que se transfieren para sanidad por el Estado, pues en el caso de que no fueran suficientes cada comunidad autónoma tiene capacidad normativa para poder atender de mejor manera las necesidades y las prestaciones dentro de los servicios sanitarios que tienen que proporcionar a los ciudadanos.

Estamos en un Estado de las autonomías en el que hay que respetar el modelo de Estado que nos hemos dado; si ustedes no creen suficientemente en ello, lo siento muchísimo, pero ese es el que hay; ese es el marco político, el marco administrativo y el marco económico que tenemos. Los grupos de trabajo que se pusieron en marcha después de la I Conferencia de Presidentes están analizando la naturaleza y la cuantía del gasto sanitario que se está produciendo en las comunidades autónomas, pues hasta ahora el Estado no lo conocía de manera clara y evidente. Sin ese conocimiento y sin esa información era muy difícil analizar la demanda de necesidades y la posible evolución que iban a requerir los servicios sanitarios para mejorar la prestación de las comunidades autónomas, ni como podían negociar las comunidades autónomas con el Estado en su ámbito competencial, que es el Consejo de Política Fiscal y Financiera, los recursos suficientes para atender el conjunto de sus necesidades incluidas también en ella y de manera prioritaria, según la decisión política de su comunidad, las prestaciones sanitarias y su financiación en cada comunidad autónoma.

Este es el marco que tenemos. Sin duda, el Gobierno ha puesto los mecanismos necesarios durante esta legislatura para tener información y poder analizar cuál es la

realidad y cuáles son las necesidades ciertas que se demandan por cada comunidad autónoma, y así que no volvamos a utilizar de manera permanente y continuada el latiguillo de papá Estado necesita arrimar más dinero a las comunidades autónomas, respecto de las que no sabemos la eficiencia con la que gastan y con la que administran los recursos que reciben del Estado y los propios que pueden añadir. En este sentido, señoría, le digo que en la comunidad autónoma a la que yo pertenezco durante muchos años ha habido que arrimar recursos propios al sistema de salud de Andalucía mucho más allá de lo que se recibía del Estado, entre otras cuestiones porque el Gobierno de entonces había bloqueado y paralizado los recursos en la financiación autonómica que recibía mi comunidad.

La señora **PRESIDENTA**: Tiene nuevamente la palabra el señor ministro.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Soria Escoms): Se han planteado una serie de puntos que tienen que ver con la cohesión del sistema, y creo que todos nos hemos posicionado públicamente a favor de la cohesión del sistema. Quiero agradecer al Grupo Socialista la reflexión que ha hecho sobre el real decreto que, aunque en una primera matización el señor Mingo decía que era ilegal, luego nos ha dicho que era incompleto. Hay diferencias entre legal e incompleto, pero creo que las aclaraciones que ha vertido el Grupo Socialista responden a esta inquietud. Un sistema de cohesión se mantiene de muchas formas. La cohesión tiene que ver con muchas más cosas que lo que aparece como apartado Fondo de Cohesión, al cual me referiré también. La forma más definitiva para garantizar la cohesión del Sistema Nacional de Salud es tener una cartera de servicios común, pero en toda la legislatura del Partido Popular no hubo un acuerdo, una modificación de la cartera de servicios, que se aprobó en 1995, y por este motivo el Grupo Socialista propone una serie de medidas para evitar las desigualdades y en 2006, hace solo un año, aprobamos de nuevo una cartera de servicios común a todo el territorio nacional. Esa es la mejor garantía de cohesión, que estamos aprobando una cartera de servicios y que cualquier ciudadano tiene derecho, como mínimo, a esa cartera de servicios. Ese es un elemento importante de cohesión, pero ha sido en los dos casos fruto de gobiernos socialistas. Dentro de los planes de cohesión figuran los planes integrales de salud. En esta legislatura hemos aprobado las primeras estrategias de salud en diabetes, cáncer, cardiopatía isquémica, cuidados paliativos y salud mental, que se aprueban por unanimidad de las comunidades autónomas, y se ha aportado a las comunidades autónomas 125 millones de euros porque, efectivamente, la única forma de cohesionar el sistema es aportar recursos. Eso también lo está haciendo este Gobierno; no lo hizo el anterior, que hablaba de estrategias pero no ponía recursos.

Voy a hablarle de los recursos. Efectivamente, 54 millones de euros era la cantidad que ustedes ponían y 99 es la que figura ahora. Según usted está insuficientemente dotado; en ese caso con 54 millones estaría doblemente insuficientemente dotado. Pueden proponer 400 ó 500, pero quiero que vuelva a leer los Presupuestos Generales del Estado y lo que marcan los fondos de cohesión. Los Presupuestos Generales del Estado hablan de crédito ampliable. ¿Por qué hablan de crédito ampliable? Porque tiene que atender a pacientes derivados de comunidades autónomas sin fijar un límite. Ahora, sí que decimos que vamos a pagar no el 40 por ciento sino el 80 por ciento de los costes que son financiados —doblamos la financiación—, hablamos de estancias temporales de extranjeros merced a acuerdos bilaterales o hablamos de centros de referencia que estamos aprobando en este momento, proceso en el cual colaboran todas las comunidades autónomas. Como no hay un límite fijo para eso, porque no le hemos puesto límite, el crédito se llama ampliable; es decir, todas las propuestas que llegan que cumplen los criterios son financiadas. Así vamos a poder trabajar. Por tanto, no se trata de poner una cifra de 400 y decir que se es cuatro veces más cohesionador que los otros, porque no es así. Si al final son 400 los millones de euros que tenemos que financiar, como es un crédito ampliable, los tendremos que financiar; eso es lo que pone. En cualquier caso, si pone una cifra ahí, esa cifra está estimada del coste que se ha generado a lo largo del año, porque el ministerio ha transferido cualquier cantidad que haya llegado que cumpliera los criterios. Me hablaba al final de criterios. Los convenios sobre tabaquismo no se desarrollan basándose en ninguna convocatoria. Hay otros procedimientos que son convocatorias; en este caso no hay que hacer convocatorias. Pero le repito lo que le decía antes y que no parece que le haya, no digo afectado porque no se trata de eso, sino entendido, como me decía a mí antes. Si cumplen los criterios, ¿por qué el Tribunal Superior de Justicia de La Rioja le da la razón al Gobierno? Estamos hablando de una ley votada por el Parlamento español, por el Congreso que nos representa a todos, que es plenamente legítima, democrática y constitucional. Por tanto, ¿por qué un tribunal le quita la razón a un gobierno y se la da al ministerio si, por lo visto, están cumpliendo los criterios? Con respecto a la última recomendación, efectivamente la Ley de Cohesión permite que el Consejo Interterritorial aporte criterios; en eso estamos trabajando. Por eso llevé un punto de reflexión sobre el gasto sanitario que nos permite aportar criterios de financiación; por eso existe ese documento muy detallado que describe por primera vez en qué nos estamos gastando el dinero y qué nos cuesta mantener este sistema. **(El señor Mingo Zapatero pide la palabra.)**

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

El señor **MINGO ZAPATERO**: Solo una pregunta, señor ministro. Si las comunidades autónomas le demuestran a usted que es insuficiente el Fondo de Cohesión para la regulación actual —que le estoy diciendo que es incompleta e ilegal, las dos cosas, incompleta e ilegal—, si las comunidades autónomas le demuestran —porque lo han recurrido— que usted no cumple la ley al garantizar la financiación suficiente de lo que viene recogido en el propio Fondo de Cohesión, ¿ampliará ese Fondo de Cohesión? Quiero que me responda sí o no, porque ha ocurrido en el año anterior y en el año anterior y, aunque sea una partida ampliable, no ha sido ampliada. Usted ha dicho en un momento determinado, señor ministro, que el Gobierno del Partido Popular tenía 54 millones; es verdad, pero tenía 9 para planes integrales y fue en el primer año, en el segundo año eran 65. Dice que ahora se ha duplicado; es que se ha duplicado porque tiene que financiar más cosas, porque tiene que financiar los centros de referencia que antes no los tenía que financiar, porque han desarrollado ustedes parcialmente la ley. En fin, para no discutir más —porque usted tiene su posición y yo tengo la mía y parece que es difícil que nos convenzamos mutuamente—, le reto a que revise usted cuáles son las decisiones de todas las comunidades autónomas en la deuda que le reclaman a usted del Fondo de Cohesión de los años anteriores, y le pregunto si va a ampliar el crédito si este año —cuando usted tiene la responsabilidad y es el máximo responsable de la sanidad española— le dicen las comunidades autónomas que para 2007 no les llega en relación con sus derechos legales, con la regulación que han hecho ustedes.

La señora **PRESIDENTA**: Señora Pozuelo.

La señora **POZUELO MEÑO**: Señor Mingo, eso es un reto retórico e innecesario. ¿Usted no ha entendido que es un crédito ampliable y que si hace falta, a demanda de las comunidades autónomas suficientemente certificada y basada en razones, se va a ampliar? De hecho, se ha ampliado en 2 millones de euros. Si usted no lo sabía ya se lo han dicho; se lo dijo aquí la subsecretaria del ministerio cuando compareció en los presupuestos, se lo dije yo en el debate de presupuestos en el Pleno del Congreso de los Diputados y se lo vuelvo a repetir ahora mismo. Se ha ampliado ya, ha habido un caso de ampliación cuando ha hecho falta. Supongo que si se ha dado esa capacitación técnica se volverá a ampliar cuando sea necesario.

Ustedes destinaron 9 millones a planes de salud, nosotros hemos destinado 50. Creo que la diferencia es abismal. Eso es lo que ustedes hicieron y esto es lo nosotros hemos hecho. Ustedes, además, tenían un sistema que impusieron en el Consejo Interterritorial y en el Pleno de esta Cámara, un sistema que se resumió por parte de un diputado en esta Cámara de la manera siguiente: el Estado invita y las comunidades pagan. Es decir, lanzaron planes, lanzaron proyectos, lanzaron

iniciativas que no tenían ningún respaldo presupuestario y que tenían que financiar las comunidades autónomas; ningún respaldo presupuestario. Eso es lo que pasó hasta consagrar —ya digo— esa frase en la anterior legislatura en el Pleno de esta Cámara: yo invito y ustedes pagan. Con eso es con lo que nosotros hemos acabado, con eso y con otras muchas cosas, como ha puesto claramente de manifiesto la intervención del ministro. **(La señora vicepresidenta, Grande Pesquero, ocupa la Presidencia.)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Grande Pesquero): Para terminar la sesión de hoy, tiene la palabra el ministro de Sanidad.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Soria Escoms): Señorías, a la pregunta de si el Gobierno cumplirá la ley, la única respuesta posible es sí. Eso lo determina el Poder Judicial y este es el Poder Ejecutivo. El ejemplo que antes ya le ha puesto la portavoz del Grupo Parlamentario Socialista es que efectivamente se amplía cuando hace falta y hay un ejemplo de ampliación. Si hacen falta más ampliaciones se harán, y ese es el sentido de mi respuesta.

Pero lo que me preocupa es el concepto de cohesión sobre el cual hablamos con ejemplos. Le voy a poner uno a ver si así nos ponemos de acuerdo por lo menos en eso. Usted sabe como yo y como la mayor parte de los miembros de la Cámara, creo que todos, que los virus no entienden de fronteras. No saben dónde empieza Extremadura y dónde empieza Castilla-La Mancha. Por eso el Sistema Nacional de Salud, a través de la Comisión de Salud Pública, propone calendarios comunes de vacunación. ¿Sabe cuáles son las únicas comunidades que se saltan el calendario común de vacunación de España? La Rioja y Madrid, comunidades gobernadas por el Partido Popular que sistemáticamente van a su aire. Se saltan el calendario común de vacunación, y cuando la Comisión de Salud Pública les insiste —y ahí están todos, las otras comunidades del Partido Popular, todas las del Partido Socialista y las del Partido Nacionalista Vasco— y les piden que, por favor, vuelvan al calendario común de vacunación, la respuesta es: En uso de mis competencias, yo vacuno cuando quiero y a quien quiero. Eso no es cohesión. No me diga que trabajemos para la cohesión cuando son las comunidades del Partido Popular las que se saltan una de las mejores estrategias que conocemos de salud pública que son los calendarios comunes de vacunación. En ese y en otros temas tenga la seguridad de que el Gobierno de España trabajará para que ese proyecto en el cual todos creemos, pero unos ejercemos un poco más que otros, tenga un calendario común de vacunación en toda España. **(La señora presidenta ocupa la Presidencia.)**

La señora **PRESIDENTA**: Concluido el orden del día, damos por finalizada la sesión del día de hoy con los agradecimientos habituales y recordando a los

señores portavoces y miembros de la Mesa que hoy celebramos la cena de fin de curso, de fin de legislatura, porque algunos han manifestado desconocer que existiese tal cita. Hemos quedado a las nueve. No haré publicidad del local. Me lo preguntan ustedes y se lo diré, no vaya a ser que me cree algún problema. **(Risas.)**

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Soria Escoms): ¿Me permite la señora presidenta que me despida?

La señora **PRESIDENTA**: Por favor, señor ministro, tiene usted la palabra.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Soria Escoms): Le he pedido permiso a la presidenta

porque en el caso de que ustedes no requieran que este ministro vuelva de nuevo a esta Cámara —estoy a disposición de las Cámaras siempre que lo soliciten— en el caso de que no tenga oportunidad en esta legislatura, me despido hasta la próxima legislatura.

La señora **PRESIDENTA**: Señor ministro, también quería puntualizar que no hago despedidas generales puesto que nos queda todavía una sesión para la que, como conocen los señores portavoces, hemos establecido esta mañana orden del día. Nos veremos entonces. A los portavoces y miembros de la Mesa les espero esta noche en la cena.

Se levanta la sesión.

Eran las doce y cuarenta y cinco minutos del mediodía.

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**