CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2008 **IX Legislatura** **Núm. 139**

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. GASPAR LLAMAZARES TRIGO

Sesión núm. 6

celebrada el jueves 6 de noviembre de 2008

Página

ORDEN DEL DÍA:

Comparecencia del señor secretario general de Sanidad (Martínez Olmos), para informar sobre las líneas generales de actuación previstas para la legislatura. A petición del Gobierno. (Número de expediente 212/000313.) **2**

Preguntas:

Del señor Gutiérrez Molina (Grupo Parlamentario Popular en el Congreso), sobre:

— Previsiones acerca de elaborar e impulsar en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud un Plan integral de modernización y calidad de la atención primaria. (Número de expediente 181/000197.) **24**

Página

— Previsiones acerca de la modificación del Real Decreto de septiembre de 2006 para ampliar y renovar la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. (Número de expediente 181/000201.) 24

Se abre la sesión a las doce y cinco minutos del mediodía.

El señor **PRESIDENTE:** Señoras y señores diputados, vamos a comenzar. Tenemos el tiempo ya tasado para no perdernos la comida.

El orden del día serían dos puntos fundamentales, aunque en la carpeta tienen ustedes cuatro puntos. El primero, la comparecencia del señor secretario general de Sanidad y un segundo punto, de preguntas. ¿Hay alguna alteración en las preguntas parlamentarias?

La señora **GRANDE PESQUERO:** La nuestra está retirada.

El señor **PRESIDENTE:** Se retira la pregunta del Grupo Parlamentario Socialista y quedan las dos preguntas del Grupo Parlamentario Popular.

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA:** Señor presidente, ¿hay algún inconveniente en que, por economía de tiempo, se pudieran acumular las dos preguntas en una intervención?

El señor **PRESIDENTE:** Ningún inconveniente.

¿Don Carlos González Serna está por aquí, para que pueda retirar él personalmente la pregunta? **(Pausa**.) No hay inconveniente. En principio, lo adecuado sería que fuera él quien la retirara. En todo caso, se considera retirada la pregunta del Grupo Parlamentario Socialista y las dos preguntas del Grupo Popular se unifican en una sola.

COMPARECENCIA DEL SEÑOR SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD (MARTÍNEZ OLMOS), PARA INFORMAR SOBRE LAS LÍNEAS GENERALES DE ACTUACIÓN PREVISTAS PARA LA LEGISLATURA. A PETICIÓN DEL GOBIERNO. (Número de expediente 212/000313.)

El señor **PRESIDENTE:** Pasamos a la puesta en marcha del orden del día. En primer lugar, la comparecencia del señor secretario general de Sanidad, don José Martínez Olmos.

Tiene la palabra.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Martínez Olmos): Señor presidente, señorías, comparezco a petición propia con la finalidad de informarles sobre las líneas generales de actuación previstas para esta legislatura en el ámbito de actuación de la Secretaría General de Sanidad. En esta legislatura, como bien saben, la Secretaría General de Sanidad ha asumido competencias en el ámbito de la política farmacéutica y de la ordenación profesional, que anteriormente dependían de la subsecretaría, así como ha visto reforzadas las competencias en materia de sanidad exterior, que corresponden a la Dirección General de Salud Pública, que tras las últimas modificaciones pasa a denominarse Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior. Estas decisiones pretenden incrementar la eficacia organizativa del ministerio en su objetivo fundamental de trabajar por el bienestar de los ciudadanos y en su papel de garante de la coordinación, la cohesión, la calidad y la innovación de nuestro Sistema Nacional de Salud.

En la responsabilidad que me toca como secretario general de Sanidad del Gobierno de España, asumo esta etapa con una enorme ilusión y con el mayor compromiso de diálogo y de trabajo conjunto en el sector, y concretamente mi mayor disponibilidad de trabajo con esta Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados.

Como saben SS.SS., la protección de la salud es un derecho de ciudadanía recogido en el artículo 43 de la Constitución española; posteriormente, la Ley General de Sanidad lo desarrolla y crea el Sistema Nacional de Salud, un sistema de financiación pública, descentralizado y basado en los principios de universalidad, equidad, solidaridad y calidad de los servicios. Actualmente, y tras el trabajo desarrollado en las últimas décadas, nuestro sistema sanitario es uno de los mejores del mundo, siendo valorado tanto a nivel internacional como por los propios ciudadanos. Baste señalar que cerca del 70 por ciento de la población se considera satisfecha con el funcionamiento del sistema sanitario público, según el barómetro de 2007. Al mismo tiempo, el sector sanitario es en sí una estructura económica particularmente relevante que genera bienestar, genera empleo y genera riqueza; cuestión esta de especial importancia en los momentos de dificultad económica mundial a los que estamos asistiendo. España invierte alrededor de 60.000 millones de euros en dar sostenimiento a nuestro Sistema Nacional de Salud y algunas cifras que hay que considerar en términos de creación de riqueza y empleo se refieren al hecho de ser un sistema sanitario que da empleo directo a cerca de 1.200.000 personas, empleo que es altamente cualificado, estable, no deslocalizable

y ser soporte relevante a la capacidad de importantes empresas para el impulso de la I + D + i en materias tan trascendentes como la farmacia y las tecnologías sanitarias, cuestiones a las que el Sistema Nacional de Salud dedica una inversión anual de 14.000 y 6.000 millones de euros anuales respectivamente. Sabemos, por tanto, de la importancia de un Sistema Nacional de Salud de naturaleza pública, ya que la salud contribuye de forma esencial a la mejora del nivel de bienestar y del desarrollo económico de un país.

Señorías, el actual régimen competencial en materia de gestión sanitaria atribuye al Ministerio de Sanidad y Consumo dos ámbitos diferenciados de actuación: la provisión de servicios sanitarios a las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, por un lado, y el resto de funciones que el ordenamiento jurídico atribuye al Ministerio de Sanidad y Consumo respecto al Sistema Nacional de Salud, básicamente la coordinación, pero con competencias bien importantes en materia de política farmacéutica y de sanidad exterior, entre otras.

Van a permitirme SS.SS. iniciar esta comparecencia haciendo referencia, en primer lugar, a las actuaciones que el Ministerio de Sanidad y Consumo tiene previsto desarrollar como proveedor de servicios sanitarios en Ceuta y Melilla. En el ámbito de actuación del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, que es el competente en materia de atención sanitaria en las dos ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, nuestro objetivo es que ambas ciudades tengan unos servicios equiparables a los del resto de España, garantizando y mejorando la equidad, la calidad y la innovación de los mismos. A atención primaria se destinan más de 60 millones de euros en el proyecto de presupuestos para 2009, lo que supone un incremento del 3,7 por ciento. Las líneas de actuación se dirigen a potenciar la actividad de prevención, con el desarrollo de programas específicos que incidirán en la mejora de la calidad, tanto desde el punto de vista de la accesibilidad como de la calidad científico-técnica y de la satisfacción de los usuarios.

En atención especializada el proyecto de presupuestos para 2009 está dotado con 150,2 millones de euros, con un aumento del 3,8 por ciento. Pretendemos avanzar en la mejora de la atención al paciente, continuando en la reducción de algunos tiempos de espera para la realización de pruebas diagnósticas y consultas de especialidades y el mantenimiento de los tiempos de espera para intervenciones quirúrgicas, ya que estos se encuentran en cifras que pueden considerarse satisfactorias.

En la línea de mejora de la eficiencia, las actuaciones irán dirigidas al avance en la ambulatorización de procesos, el mayor rendimiento de las instalaciones y la adecuación en la utilización de los recursos. La modernización de los sistemas de información, el desarrollo de la telemedicina y las mejoras en políticas de recursos humanos y desarrollo profesional también forman parte de las líneas de actuación de Ingesa.

Quiero señalar el incremento de las infraestructuras sanitarias en Ceuta y Melilla y la mejora de las existentes, renovando y modernizando tanto los edificios en los que se presta la asistencia sanitaria como su equipamiento. El presupuesto previsto en 2009 para el nuevo hospital de Ceuta asciende a 11,98 millones de euros. Con estas dotaciones se van a terminar las obras de construcción en este ejercicio y se procederá al traslado de las unidades al nuevo hospital a lo largo del mismo, con el comienzo de la prestación de asistencia en consultas externas, de tal forma que en el último trimestre de 2009 se encuentre operativo un número significativo de servicios acordes con el plan de montaje previsto. La dotación consignada en el proyecto de presupuestos de 2009 para la construcción del nuevo hospital de utilización civil y militar en la ciudad de Melilla asciende a 12,2 millones de euros. Van a comenzar las obras en el primer trimestre de 2009 y será un hospital dotado de los recursos tecnológicos más avanzados con 245 camas, de las cuales más del 50 por ciento estarán en habitaciones de uso individual. Todas las camas del área maternoinfantil estarán también en habitaciones individuales, permitiendo la modalidad de hospitalización madre/hijo o padre/hijo y contará con seis quirófanos y tres paritorios. Pretendemos potenciar de manera significativa los dispositivos ambulatorios, tres hospitales de día —quirúrgico, oncohematológico y psiquiátrico—, cuarenta locales para consultas externas y creación de un gabinete de exploraciones y pruebas, separando las urgencias pediátricas de las de adultos. Con estas actuaciones se cumple con el compromiso asumido directamente por el presidente del Gobierno cuando, con motivo de su visita a la Ciudad Autónoma de Melilla el 31 de enero de 2006, anunció la construcción de un nuevo hospital de utilización conjunta sobre los terrenos del actual hospital militar.

Pasando a otro ámbito de actuación de esta Secretaría General de Sanidad, les hablaré del Plan Nacional sobre Drogas. Como SS.SS. saben, en los últimos cuatro años, la Delegación del Gobierno ha dedicado sus esfuerzos a la ejecución del Plan de acción 2005-2008. La finalidad de este plan no era otra que la de avanzar en el cumplimiento de la estrategia nacional que se aprobó para el periodo 2000-2008. Hemos invertido tiempo, hemos invertido dedicación y también recursos económicos importantes en una tarea que hemos abordado respetando siempre el principio fundacional del plan, que es el de sumar esfuerzos y aunar voluntades, porque entendemos que es la tarea de todos, más allá de cualquier posicionamiento político, especialmente ante esta problemática. Sensibilizar a la población, proporcionar información veraz y consistente, desde el punto de vista científico, sobre las drogas, potenciar la coordinación con todas las administraciones que participan en el plan nacional, sobre todo con las de las comunidades autónomas y las administraciones locales, intensificar la colaboración con las ONG y las sociedades científicas para mejorar el conocimiento, mejorar la capacitación de nuestros profesionales, potenciar los programas de prevención e incrementarlos con dotaciones económicas más rele-

vantes han sido algunas de las actuaciones más relevantes en estos cuatro años en el ámbito de la lucha frente a las drogas por parte del ministerio.

La tarea ha resultado ardua, pero también ha sido relativamente satisfactoria, porque siempre que se consiguen algunos avances en materia de lucha frente a los problemas de las drogas hay que estar relativamente satisfechos, porque siempre quedan cosas que hacer. Los resultados de la última encuesta sobre uso de drogas entre estudiantes de enseñanzas secundarias han sido positivos —en mi opinión, alentadores—, porque apuntan una ruptura clara en la tendencia reciente en el consumo de drogas de los escolares, que según la serie de encuestas parecía imparable en el año 2004. Se registró un descenso importante en el consumo de las drogas de uso más extendido entre los estudiantes españoles, especialmente intenso para tabaco, cannabis y cocaína, y se puso de manifiesto un incremento significativo en la percepción de riesgo, así como un descenso en la percepción de accesibilidad a las drogas entre nuestros jóvenes.

La encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España, Edades, que estudia la prevalencia de consumo de las diferentes sustancias psicoactivas, en este caso en los españoles de 15 a 64 años de edad, que los ministros de Sanidad y Consumo e Interior presentaron hace un par de días, confirma la tendencia que antes se mencionaba para los escolares y señala una disminución evidente en el consumo de las principales sustancias psicoactivas —tabaco, alcohol y cannabis—, una estabilización en el consumo de la cocaína, que para también su crecimiento previo en los años anteriores, un incremento en la percepción de riesgo y una disminución en la sensación de disponibilidad o accesibilidad a las drogas ilegales entre esta población adulta de 15 a 64 años.

Estamos examinando con particular atención los datos referentes al consumo de cocaína en polvo, cuya tendencia al alza motivó la puesta en marcha del programa específico de actuación frente a la cocaína que para el año 2007-2010 tiene una serie de objetivos, y puedo avanzarles que los signos son los propios de una situación de estabilización. Si tenemos en cuenta estos resultados y los relacionamos con los datos de la encuesta escolar 2006-2007, no resulta arriesgado concluir que nos encontramos ante una mejor situación que la existente en 2004 en cuanto al consumo de sustancias psicoactivas en la población española. Especialmente importante es la ruptura de la tendencia imparable al alza en el consumo de drogas, puesto que por primera vez aparecen signos de descenso en este consumo.

El ministerio encara ahora el importante reto de la elaboración de la nueva estrategia nacional sobre drogas 2009-2016. La estrategia actual termina su vigencia en diciembre y la Delegación del Gobierno ya ha dado los pasos necesarios para establecer los mecanismos de su evaluación, de común acuerdo con las comunidades autónomas. Esta estrategia constituye una magnífica herramienta y una magnífica oportunidad de trabajo en común. Su naturaleza de gran acuerdo institucional, social y científico le permite garantizar una respuesta homogénea, equitativa y de calidad en todo el territorio español y presenta acuerdo de consenso en las políticas y sobre las prioridades entre todos los agentes que participan en el Plan Nacional sobre Drogas.

Quiero señalar que los avances que hemos conseguido en la lucha frente a las drogas son mérito de todas las administraciones autonómicas y locales, conjuntamente con el trabajo que se desarrolla desde la Delegación del Gobierno. Una estrategia de esta naturaleza debe configurarse como el marco de referencia para todas las administraciones públicas y para las organizaciones sociales y también como un instrumento para promover, facilitar y apoyar el desarrollo de trabajo de cada instancia en su propio ámbito competencial, pero con la idea de conseguir objetivos comunes, especialmente incrementar la conciencia de riesgo frente al consumo de drogas para la salud de las personas. Con ello pretendemos fortalecer nuestras intervenciones y alcanzar los objetivos de prevenir los consumos, disminuir los consumos existentes, retrasar la edad de inicio, disminuir los riesgos, disminuir los daños y garantizar el acceso a una existencia de calidad a todos los afectados, facilitando la incorporación a la sociedad de las personas en proceso de rehabilitación. Queremos incrementar aún más la eficacia de las medidas que pretenden controlar la oferta y los mercados de sustancias psicoactivas. El compromiso del Ministerio de Sanidad y Consumo en la política de drogas para esta legislatura es continuar ofreciendo una leal colaboración a todas las administraciones, a todas las instituciones, a los profesionales, como ha venido siendo en los pasados cuatro años.

Consideramos que el enfoque principal de la política sobre drogrodependencias corresponde a una perspectiva de salud pública. Por esta razón, y dentro de la dinámica que el departamento impulsa para alcanzar un Pacto por la sanidad, al que haré referencia más adelante, las políticas de salud sobre el consumo de drogas tienen un tratamiento específico a través del comité institucional constituido al efecto. Pretendemos elevar más, si cabe, la relevancia que tiene para el Gobierno la lucha frente al consumo de las drogas y la importancia de conseguir una acción consensuada en esta materia. En los próximos meses este comité institucional, en el marco del Pacto por la sanidad, presentará al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud una propuesta estratégica para mejorar la respuesta del sistema sanitario a los problemas que plantean las drogodependencias y su interrelación con los servicios de atención social a las personas que tienen problemas de drogodependencia, que esperamos se recoja en el Plan de acción 2009-2012, primero de los dos que desarrollará la nueva estrategia nacional sobre drogas. Hasta tanto se apruebe esta estrategia, la delegación del Gobierno va a continuar el trabajo emprendido con la puesta en marcha del plan de acción y con el programa de actuación frente a la cocaína 2007-2010.

Además de mantener las actividades ya iniciadas, desarrollaremos otras líneas de actuación, como son las de promover nuevas formas de comunicación institucional, especialmente en lo que se refiere a población joven; favorecer la participación social frente al problema de las drogas; generar nuevas líneas de colaboración interdepartamentales en el seno de la Administración General del Estado, potenciando especialmente la relación con los ministerios del Interior y de Educación; y potenciar la colaboración entre la Delegación del Gobierno y las comunidades autónomas y administraciones locales, incrementando la presencia española en actividades de estudio e investigación sobre drogas también en el ámbito internacional. Señorías, en esta legislatura promoveremos la elaboración de una ley de salud pública que sea capaz de asentar las bases de la moderna salud pública del siglo XXI, en un mundo cada vez más globalizado y donde el papel protagonista no puede recaer solo en las administraciones y los profesionales, sino que tiene que ser también compartido por los ciudadanos, la familia, las empresas, las universidades, los centros de investigación y el resto de agentes sociales. Nuestras metas al elaborar esta ley serán sentar las bases para desarrollar políticas que mejoren la salud de los españoles en coordinación con las comunidades autónomas, con un enfoque novedoso de reducción de las inequidades sociales en salud, así como garantizar la sostenibilidad de la cohesión del sistema, haciendo de las políticas de salud pública una herramienta para evitar la enfermedad y el sufrimiento a los ciudadanos, y de esta manera colaborar indirectamente en al suficiencia financiera del Sistema Nacional de Salud.

En tercer lugar, con la ley de salud pública pretendemos diseñar las políticas del Gobierno y del resto de administraciones públicas en lo que se refiere a asentar bases generales, de forma que permitan ganancias en salud para la sociedad española, influyendo para que se implanten políticas públicas saludables en todos lo niveles de gobierno. En cuarto lugar, pretendemos establecer formas de gobernanza en salud que integren a todas las partes interesadas para que, mejorando la salud de los españoles, se alcance un mayor grado de bienestar y de desarrollo económico. Asimismo, pretendemos liderar, desde el ámbito de la salud pública, la implantación de programas dirigidos a los principales problemas de salud, en coherencia con los planteamientos que se hacen en el ámbito de la Unión Europea. Finalmente, impulsaremos iniciativas europeas que pongan la salud y el bienestar en el centro de las políticas. Todo ello lo tenemos que hacer con criterios de coordinación, con criterios de cooperación institucional y con criterios de participación entre todos los actores implicados.

Como acciones concretas desde el ministerio en materia de salud pública, quiero destacar el desarrollo de una unidad de prevención y promoción de la salud, que pretende trabajar en el ámbito de las administraciones autonómicas, que sea capaz de evaluar —esto es importante— la efectividad y la eficiencia de todas las intervenciones que se hacen desde el ámbito de la salud pública. También queremos iniciar una estrategia innovadora de vigilancia en salud pública mediante una encuesta estatal de salud que recoja muestras biológicas y también información del entorno social, físico y ambiental, de tal manera que nos permita desarrollar políticas adaptadas a factores que son determinantes de la salud de los ciudadanos. Vamos a crear en 2009 una unidad para la evaluación del impacto en salud que permita el trabajo en red con las administraciones públicas y desarrollaremos un plan de sanidad exterior, que pretende dar un nuevo impulso a la modernización de los servicios y responder a las necesidades y desafíos que se relacionan con la intensa movilidad de personas y de mercancías que define la sociedad actual. Adaptaremos nuestra legislación al nuevo reglamento sanitario internacional —aquí ya se han dado pasos—, que amplía el radio de acción de la defensa colectiva para abarcar cualquier emergencia con repercusiones sanitarias de carácter internacional. Finalmente, vamos a elaborar un Plan de acción de salud y medioambiente para el año 2009-2012, en colaboración con el Ministerio de Medio Ambiente, y Medio Rural y Marino, y un Observatorio de cambio climático y salud, materia en la cual España tiene un especial compromiso.

En el mes de octubre se celebraron en Madrid varias reuniones. La primera, una reunión de expertos internacionales de la Organización Mundial de la Salud sobre salud y cambio climático, en la que el ministro anunció la creación de este Observatorio nacional de cambio climático y salud para 2009. Esta reunión se celebra en España dado el compromiso que tiene el Gobierno con el programa de la Organización Mundial de la Salud en materia de cambio climático y salud. Somos el primer país donante para este programa en el ámbito internacional. También se celebró en el mes de octubre el simposio internacional sobre investigación en salud pública y medioambiente de la Organización Mundial de la Salud. No duden SS.SS. de que estas reuniones expresan la capacidad que tiene España de estar liderando, junto con otros países, en estas materias iniciativas importantes que nos permiten tener mayor capacidad de influencia en el contexto internacional de la salud. En esta legislatura estamos elaborando, para ponerlo en marcha en 2009, un nuevo Plan de salud laboral, en colaboración con comunidades autónomas, Ministerio de Trabajo e Inmigración, agentes sociales y económicos, así como sociedades científicas. Pretendemos dar un impulso a la consecución de objetivos que se han planteado en la estrategia española de seguridad y salud en el trabajo 2007-2012 y continuar avanzando en la prevención de los riesgos laborales y, en la medida de nuestras posibilidades, poner un granito de arena a la disminución de la siniestralidad laboral. Desarrollaremos también acciones sobre salud e inmigración que nos permitan mejorar la salud de los inmigrantes, avanzando hacia su plena integración, coherentemente y enmarcadas en el Plan estratégico de ciudadanía e integración 2007-2010,

que aprobó el Consejo de Ministros y que incorpora medidas concretas por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo. Trabajamos conjuntamente con la Federación Española de Municipios y Provincias para seguir impulsando la salud pública local y diseñar acciones de política local y salud en una línea de trabajo que consideramos fundamental, dada la relevancia que tiene la Administración local. El pasado 11 de septiembre se firmó un convenio por el que el ministerio aportará 1.200.000 euros para la Red española de ciudades saludables que el año que viene se renovará. Por tanto, somos uno de los principales soportes de este programa de ciudades saludables de la Federación Española de Municipios y Provincias.

Lugar relevante en el ámbito de la salud pública merecen los afectados por VIH/sida. Queremos que el enfoque de este asunto responda al Plan multisectorial frente a la infección por VIH/sida 2008-2012, aprobado, como la mayor parte de nuestras iniciativas institucionales, de manera unánime con las comunidades autónomas, colectivos profesionales y organizaciones no gubernamentales.

El pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud —paso a otro capítulo—, el pasado 11 de septiembre informó favorablemente la medida propuesta por el Ministerio de Sanidad y Consumo de que el Sistema Nacional de Salud asumiera el tratamiento reparador de la lipoatrofia facial, una de las alteraciones metabólicas que más agrava la sensación de estigma que paciente de VIH pueden tener en aquellos casos que se encuentran determinados tratamientos antirretrovirales. Garantizar la equidad con relación al sida implica desarrollar políticas eficaces que aseguren la equidad en el acceso a los servicios de las poblaciones más vulnerables y también luchar frente a la ignorancia y la estigmatización, porque pueden conducir a situaciones de exclusión y de injusticia con las personas que padecen el VIH/sida. Para evitarlo, el Ministerio de Sanidad y Consumo va a promover un pacto social que garantice la no vulneración de los derechos de las personas con VIH, derechos que no pueden verse vulnerados en el acceso a los recursos públicos de todo tipo, educativos, sanitarios, pero también recursos sociales. Conscientes del carácter estratégico que para el sistema representan las políticas de salud pública en el marco del Pacto por la sanidad, se ha constituido también un comité institucional específico en este ámbito para trabajar en esta materia.

Señorías, la política farmacéutica del ministerio, que también está bajo la dependencia de la Secretaría General de Sanidad, combina la defensa del modelo español de farmacia de manera inequívoca, frente a los intentos que hay en el marco de la Unión Europea de proceder a su modificación, el desarrollo de programas de mejora de la calidad de la prestación farmacéutica que aseguren a los pacientes más adherencia a los tratamientos y más efectividad de los mismos, el establecimiento de prioridades de investigación que estén orientadas a los ciudadanos y la necesaria colaboración con los sectores económicos, la industria farmacéutica y la de tecnología sanitaria, como no puede ser de otra manera. Nuestro objetivo prioritario en materia farmacéutica es garantizar que todos los ciudadanos puedan disponer de los medicamentos que necesiten, cuando los necesiten, garantizando que estos productos son seguros, de calidad y eficaces y —añadiría— la incorporación de las innovaciones que tengan relevancia científica en la cartera de servicio de nuestra prestación farmacéutica. Ese es el fundamento del Plan estratégico de política farmacéutica, aprobado en noviembre de 2004, y de la Ley 29/2006, de garantías y uso racional de los medicamentos, que han supuesto un avance radical para asegurar la calidad, la seguridad y la disponibilidad de los medicamentos y también la transparencia en el funcionamiento del sector farmacéutico. Vamos a continuar completando los objetivos del Plan estratégico impulsando la disponibilidad de los medicamentos innovadores —es uno de los principales retos y desafíos que tienen los sistemas sanitarios modernos, la incorporación de la innovación en el campo de los medicamentos con medidas específicas—, favoreciendo la disponibilidad inmediata de los medicamentos genéricos una vez que ha finalizado el periodo de protección de patentes —la política farmacéutica, que impulsa, como en el caso español, la política de genéricos, es una política que trabaja por la sostenibilidad además de por la calidad— e incidiendo en cuestiones de calidad en la prestación que tienen repercusión directa sobre los ciudadanos, en concreto en la mejora de la calidad de la prestación, haciendo un seguimiento de la eficacia de los tratamientos y disminuyendo los problemas de salud que en ocasiones se derivan de las interacciones que se producen, sobre todo en pacientes crónicos polimedicados.

Además de avanzar en los objetivos del plan, ya estamos trabajando en la actualización del mismo para el periodo 2009-2012. El primer trimestre de 2009 presentaremos una nueva versión del Plan estratégico de política farmacéutica, que pretende incidir en la equidad y en la protección de los pacientes reforzando la seguridad. Pretende reforzar, si cabe, la colaboración entre las administraciones; más impulso a la participación de los profesionales sanitarios, especialmente los médicos, los farmacéuticos y los enfermeros, a la hora de trabajar en programas de calidad; incorporar a los usuarios, consumidores y pacientes en estos foros y mantener, como no puede ser de otra manera, como objetivo fundamental la sostenibilidad del sistema sanitario, optimizando la gestión de los recursos y la efectividad de la cadena farmacéutica y de sus operadores.

La situación de la prestación farmacéutica en el año 2008 es bastante mejor que la que teníamos en 2004, en todos los parámetros que queramos comparar. Continuaremos el desarrollo normativo de la Ley de Garantías en materia de refuerzo de la farmacovigilancia —España en este sentido es un país pionero en Europa gracias a la colaboración de la importantísima red de profesionales sanitarios que participan en ella—; vamos

a dar un salto en la trazabilidad de los medicamentos desde su fabricación hasta su entrega a los ciudadanos, con identificación por unidad de envase, de tal manera que mejoremos las garantías para los ciudadanos, y vamos a regular las actividades de distribución de los medicamentos garantizando el suministro de manera continua en todos los lugares del territorio nacional como principal y —diría yo— única misión de la distribución farmacéutica.

La norma que regule la receta médica será otro elemento básico para el uso racional de los medicamentos, tanto para los profesionales sanitarios como para el paciente, y fijará el marco general para implantación de la receta electrónica, de manera que se garantice la interoperabilidad de los diferentes sistemas que las comunidades autónomas están desarrollando gracias al impulso que en la legislatura pasada dimos desde el Ministerio de Sanidad y Consumo con los convenios enmarcados en el Plan Avanza. Continuaremos con las medidas que han posibilitado que durante la anterior legislatura se pusieran a disposición de los pacientes por procedimiento urgente medicamentos innovadores en el tratamiento del cáncer, sida, diabetes y enfermedades raras. Incorporaremos las innovaciones en la línea que antes comentaba, recientemente hemos incorporado algún nuevo medicamento para el tratamiento del Alzheimer, innovación relevante que ya está a disposición de los pacientes. Asimismo, queremos seguir aplicando las eficientes medidas para optimizar la gestión de los recursos y el control del crecimiento de la factura farmacéutica que se hicieron previsibles en la Ley de Garantías, sistema de precio-referencia y apoyo a los medicamentos genéricos, básicamente. Gracias a la idoneidad de las medidas adoptadas para la contención del gasto farmacéutico en la anterior legislatura se ha conseguido frenar su incremento, de tal forma que por primera vez en la historia del Sistema Nacional de Salud en una misma legislatura se ha mantenido cada uno de los años el control del gasto farmacéutico en parámetros asumibles por las administraciones sanitarias. Y también seguiremos promoviendo la mejora de la formación y de la información de los profesionales en materia de medicamentos.

Señorías, ustedes saben que el Ministerio de Sanidad y Consumo es el encargado, en su papel de coordinador del Sistema de Nacional de Salud, de potenciar la cohesión, de velar por la equidad en el acceso y de promover medidas que mejoren la calidad de las prestaciones ofrecidas al conjunto de los ciudadanos. En esta legislatura queremos reforzar el funcionamiento del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, tanto en lo que se refiere al plenario como a las diferentes comisiones y grupos de trabajo, dado que es el órgano clave para el impulso de medidas y actuaciones de salud que permitan ser útiles para todos los ciudadanos y también para fomentar la cooperación entre las comunidades autónomas. La feliz culminación de los trabajos que desarrollamos en el marco del Pacto por la sanidad tendrá una contribución definitiva en esta dirección. La cohesión del Sistema Nacional de Salud en lo relativo a las prestaciones sanitarias y a centros, servicios y unidades de referencia es indispensable para garantizar la calidad y la equidad en el acceso y la seguridad y la eficiencia en la atención sanitaria de todos los españoles. Vamos a avanzar en la designación de centros, servicios y unidades de referencia en el Sistema Nacional de Salud con nuevas designaciones. Garantizaremos así la equidad en el acceso a una atención sanitaria de calidad, segura y eficiente a personas que tienen patologías que, por sus características, precisan de cuidados de elevado nivel de especialización, de tal forma que se requiere concentrar los casos a tratar en un número reducido de centros en todo el Sistema Nacional de Salud. Quiero señalarles que en el pleno del consejo interterritorial del 18 de junio pasado se acordó la designación de los primeros centros y servicios de unidades de referencia de la historia del Sistema Nacional de Salud para la atención o realización de cinco patologías o procedimientos, alteraciones congénitas del desarrollo ocular, retinopatía del prematuro avanzada, tumores intraoculares del adulto, tratamiento de tumores germinales con quimioterapia intensiva y transplante hepático de vivo a adulto. Actualmente están pendientes 71 nuevos expedientes, que se van a incorporar. Está previsto que el próximo consejo interterritorial pueda ver la propuesta de designación de entre treinta y cuarenta nuevos centros, servicios y unidades de referencia para el Sistema Nacional de Salud. No tengan ninguna duda de la importancia que tiene esta medida, no solamente en el interior del Sistema Nacional de Salud, sino como espejo para la necesaria construcción del espacio común europeo de salud, donde en muchas de las patologías en las que podemos ser más eficientes y ofrecer más calidad en la prestación del servicio en el ámbito europeo la designación del servicio de referencia será uno de los mecanismos que permita la construcción de ese espacio común. Uno de los comités institucionales del Pacto por la sanidad está trabajando en esta materia estratégica.

Vamos a seguir apoyando también a las comunidades autónomas en la potenciación de la atención primaria mediante la aplicación de la estrategia de atención primaria en el siglo XXI. Muchas comunidades autónomas han elaborado sus propios planes de mejora de la atención primaria, teniendo como base la estrategia preventiva. Ustedes recordarán que esta fue una estrategia aprobada por unanimidad en el pleno del consejo interterritorial que se celebró en diciembre de 2006 y fue adoptada como el marco estratégico para la atención primaria en España para un periodo que el consejo fijó entre 2007 y 2012. El trabajo del Ministerio de Sanidad y Consumo al elaborar esta estrategia junto con las comunidades autónomas, las sociedades científicas y profesionales y las organizaciones de pacientes ha permitido que nuestro país disponga de un marco renovado para impulsar y mejorar la atención primaria con criterios de modernidad, de cohesión y de calidad para nues-

tros pacientes reforzando su capacidad de resolución. Nos ha permitido estar en vanguardia ahora que la Organización Mundial de la Salud está revisando el impacto que ha tenido a nivel mundial la aplicación de los principios aprobados en la Conferencia de Alma-Ata para atención primaria hace ahora treinta años y que sirvieron de base para la extensión del modelo en nuestro país. Por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo se están apoyando proyectos concretos dentro del Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud que impulsan líneas de actuación que están contenidas en la estrategia AP-21. Además, en esta legislatura vamos a seguir apoyando los desarrollos que vayan encaminados a incrementar la capacidad de resolución de los servicios, los cuidados domiciliarios, la mejora en la coordinación entre atención primaria y atención especializada y la disminución de la carga burocrática de los profesionales, entre otras cuestiones apoyando la extensión de los sistemas de receta electrónica e historia digital común. Hace tres semanas convoqué a las organizaciones profesionales del ámbito de la atención primaria para presentarles el conjunto de indicadores que van a permitir hacer una evaluación inicial de la aplicación de la estrategia AP-21 tanto a nivel nacional como a nivel autonómico, cumpliendo así el compromiso que nos encargó al Ministerio de Sanidad y Consumo el pleno del consejo interterritorial en diciembre de 2006. Se trata de 94 indicadores elaborados junto con las organizaciones profesionales y las comunidades autónomas. A todas ellas quiero agradecer el trabajo que han hecho con nosotros. Son unos indicadores que van a permitirnos disponer de instrumentos que hagan una evaluación rigurosa en junio de 2009 de la aplicación de la estrategia. Nos ofrecerán una radiografía inicial de la situación y nos permitirán que el consejo interterritorial pueda redefinir, si es necesario, aspectos concretos de la aplicación de la estrategia AP-21.

Señorías, otro aspecto al que quiero referirme es nuestro propósito de desarrollar las funciones de alta inspección que corresponden al Gobierno de España. Queremos contribuir en el marco de nuestras competencias a garantizar la equidad de los ciudadanos en el acceso a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud y el cumplimiento de las garantías de calidad de las mismas. En este sentido —ya lo anunció el ministro en su comparecencia—, presentaremos al pleno del consejo interterritorial una estrategia de alta inspección del Sistema Nacional de Salud —convoco a que participen en ella y a que hagan propuestas— con el objetivo de asegurar la equidad y la calidad que antes comentaba en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

Vamos a proceder también a la regulación de las terapias naturales. La Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados acordó en diciembre de 2007 la creación de un grupo de trabajo entre el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas para propiciar una reflexión conjunta que concluya con un informe a efectos de una futura regulación de las terapias en nuestro país. Hemos dado cumplimiento a esta resolución y durante 2008 se está trabajando en la elaboración de un informe sobre este tema que va a incluir un análisis normativo comparado, tanto en España como a nivel internacional, como base para proponer un proyecto de norma que regule las terapias naturales.

Señorías, es claro que los profesionales son un pilar básico del sistema sanitario. La planificación y el desarrollo de los recursos humanos son un elemento fundamental para la cohesión del Sistema Nacional de Salud y para la calidad de la atención. Quiero señalarles sin acritud alguna que no ha sido esta una prioridad que se haya visto en gobiernos anteriores. Hasta la pasada legislatura esta cuestión no ha formado parte de las funciones y actividades estratégicas del Ministerio de Sanidad y Consumo. Esto es una realidad y hay que asumirla no por razones que vayan buscando señalar los responsables de la situación que hoy vivimos en relación con la escasez de algunas especialidades médicas o de otros profesionales sanitarios, sino porque el abordaje de las soluciones necesarias tiene que considerar un riguroso análisis de la situación, que también incluye un capítulo de responsabilidades, para que los debates que en ocasiones se producen nos sirvan para evitar errores del pasado como una forma que nos permita asegurar un mejor futuro del sistema. Para avanzar en esta área trascendental hemos constituido en el marco del Pacto por la sanidad un comité institucional de políticas de recursos humanos. En coordinación con los servicios de salud autonómicos nos ocuparemos de las líneas básicas que deben impulsar las diferentes políticas de recursos humanos para consolidar un modelo de actuaciones que se base en la motivación de los profesionales, la excelencia de su formación y su compromiso con el sistema sanitario público. Incorporaremos las líneas de trabajo que venimos desarrollando desde la legislatura pasada ya que estoy convencido de que en los próximos años es imprescindible desarrollar una adecuada planificación de recursos humanos, adoptando medidas comunes que tienen que permitir anticipar nuestra capacidad de asegurar un número suficiente de profesionales para atender el Sistema Nacional de Salud y reformar la formación sanitaria especializada para dar mejor respuesta cuantitativa y cualitativa a las necesidades de la sociedad española. En este sentido la línea de actuación del ministerio va a ser la reforma de la formación sanitaria especializada y para ello hemos estudiado con el Consejo nacional de especialidades en ciencias de la salud los mapas formativos de las distintas especialidades. El pasado 30 de junio el pleno del consejo informó favorablemente la propuesta del grupo de trabajo sobre troncalidad y en el seno de la Comisión técnica delegada de la Comisión de Recursos Humanos se ha creado un grupo de trabajo sobre este asunto que ya está trabajando. Impulsaremos también la regulación de una nueva prueba de acceso a la formación especializada en ciencias de la salud introduciendo novedades, entre otras las habilidades comunicativas. Procuraremos el equilibrio

entre las plazas que se ofertan y el número de estudiantes que cada año se licencian en las facultades de Medicina. Ligando esto con la afirmación que he realizado anteriormente de que ha sido solo en la pasada legislatura cuando se han tomado medidas, quiero señalarles que ha sido gracias a la acción desarrollada por el Gobierno desde el ministerio que se ha incrementado desde el año 2005 por primera vez la oferta de plazas para estudiantes de Medicina, con 4.343 plazas en 2005, 4.726 en 2006, 4.997 en 2007 y 5.800 en 2008, lo que representa un incremento del 34 por ciento en el citado periodo. A la vez se han aumentado las plazas de formación MIR. Desde el año 2004 hasta ahora hemos elevado la oferta de formación sanitaria especializada en régimen de residencia un 25 por ciento, con 1.421 plazas más, lo cual supone un esfuerzo por parte del conjunto del Sistema Nacional de Salud para atender necesidades que no habían sido previstas. Voy a señalar los incrementos habidos en las especialidades detectadas como deficitarias en el estudio *Oferta y necesidad de médicos especialistas en España 2006-2030*: un 20 por ciento de incremento en anestesiología y reanimación, se pasó de 281 en 2004 a 337 en 2008; un 106 por ciento en cirugía general y aparato digestivo, pasando de 94 plazas en 2004 a 194 plazas en 2008; un 12,5 por ciento en medicina familiar y comunitaria, pasando de 1.682 en 2004 a 1.892 en 2008; un 25,4 por ciento en pediatría y sus áreas específicas, pasando de 315 en 2004 a 395 en 2008, y un 9 por ciento en radiodiagnóstico, pasando de 203 a 221. Está en marcha ya la creación del registro de profesionales sanitarios, según las directrices del consejo interterritorial. Su implantación facilitará la planificación y la toma de decisiones.

Por otra parte y ante las necesidades que manifiesta nuestro Sistema Nacional de Salud, también vamos a trabajar para mejorar la integración en el mismo de aquellos especialistas formados en otros países que sean requeridos por los servicios de salud de las comunidades autónomas, siempre con la mayor garantía de su calidad profesional. En este sentido, el pasado 12 de septiembre el ministerio presentó en el pleno de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud un borrador de anteproyecto de real decreto que recoge las aportaciones de las comunidades autónomas y que servirá para regular el reconocimiento a efectos profesionales de los títulos de especialistas obtenidos en Estados no miembros de la Unión Europea, tal y como prevé el artículo 18 de la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias. Este real decreto sería —y quiero subrayarlo— la respuesta de todo el Sistema Nacional de Salud a una cuestión importante mejorando las garantías de calidad y la seguridad. Elaboraremos una estrategia de cuidados de enfermería que potencie la atención domiciliaria y el trabajo de enfermería en el ámbito escolar y que establezca nuevas competencias y roles para estos profesionales.

Este Gobierno asegura el derecho constitucional a la protección de la salud para todos los ciudadanos en condiciones de equidad y garantiza la defensa y sostenibilidad de nuestro Sistema Nacional de Salud, que incluye la adecuada financiación del mismo. El presidente del Gobierno, en el discurso de investidura, ya avanzó que una de las tareas más exigentes y necesarias de esta legislatura es la aprobación de un nuevo sistema de financiación autonómica. El Gobierno garantizará la cohesión de las prestaciones de educación, sanidad y servicios sociales básicos en toda España como uno de los principios esenciales. El pasado 18 de junio, el pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud debatió sobre las necesidades financieras del sistema público de salud. Ministerio y comunidades autónomas coincidieron ampliamente en torno a la necesidad de definir criterios uniformes para asegurar la cohesión sanitaria y garantizar el carácter equitativo del sistema. Se elaboró un documento que fue presentado al pleno en su reunión del pasado día 11 de septiembre, que finalmente fue aprobado por unanimidad. Este documento ha sido consensuado a partir de las posiciones expresadas por todos los componentes del consejo interterritorial, y tiene la finalidad de cooperar desde nuestro sector, desde el sector sanitario, en el proceso de redefinición del sistema de financiación autonómica, que le corresponde al Consejo de Política Fiscal y Financiera, órgano responsable para la discusión y aprobación de las características de un nuevo sistema de financiación autonómica que finalmente habrá de ser aprobado por ley en las Cortes españolas. Para ello, el documento aprobado en el pleno del consejo interterritorial del día 11 de septiembre ha sido remitido al vicepresidente segundo del Gobierno y ministro de Economía y Hacienda y a los consejeros y consejeras de Sanidad de las comunidades autónomas para que, a su vez, lo hagan llegar a sus compañeros de Consejo de Gobierno responsables de Economía y Hacienda, que son, a su vez, los responsables de representar a sus gobiernos en la negociación del nuevo sistema de financiación. Lo que esperamos es que incorporen los criterios consensuados por nosotros en los procesos de definición del nuevo sistema y en la posterior asignación de los recursos en los presupuestos de las consejerías de Sanidad, en la que tienen plena capacidad y autonomía para decidir los gobiernos autonómicos en el marco del trabajo de sus respectivos parlamentos autonómicos. Estoy seguro de que el debate propiciado por el ministro de Sanidad y Consumo va a tener una influencia grande en este proceso, sobre todo porque esperamos una acción coherente entre los miembros del consejo interterritorial, los consejeros y consejeras de Sanidad, y los consejeros de Hacienda y Economía de las comunidades autónomas que permita defender el objetivo planteado por el consejo interterritorial de que haya suficiencia financiera para los servicios sanitarios cuando aprueben los presupuestos cada uno de los parlamentos autonómicos, decisión que corresponde a la comunidad autónoma.

En este contexto quiero señalar que también hemos planteado que el Fondo de Cohesión es un instrumento

fundamental de las políticas de cohesión. Las cifras de evolución de esta partida desde su implantación en el Sistema Nacional de Salud han experimentado un fuerte incremento, debido fundamentalmente a las medidas acordadas por la II Conferencia de presidentes, reunida el 10 de septiembre de 2005, y el pleno 56 del Consejo de Política Fiscal y Financiera, de 13 de septiembre de aquel año, que supusieron un incremento de la dotación presupuestaria del Fondo de Cohesión de 45 millones de euros sobre los 49 que estaban vigentes en aquel momento, siendo además un crédito de carácter ampliable. En esta legislatura queremos impulsar y reforzar el papel del Fondo de Cohesión para garantizar la equidad del sistema. En el reciente consejo interterritorial de septiembre se ha presentado la reforma de la normativa de este fondo, que pivota en torno al establecimiento de los mecanismos de financiación de las patologías, técnicas, tecnologías y procedimientos aplicados o atendidos por las unidades, servicios y centros de referencia que se vayan acordando por decisión del pleno del consejo interterritorial. Pero la sostenibilidad requiere también mejorar la eficiencia del gasto sanitario. Los desafíos que tiene nuestro Sistema Nacional de Salud para asegurar la incorporación de la innovación científica a nuestros profesionales para beneficio de los pacientes, innovación que en el futuro se irá mostrando útil para la lucha frente a las enfermedades, requieren también de medidas que aseguren la mayor eficiencia en la gestión de los recursos sanitarios. Para avanzar en esta materia estratégica se ha constituido en el marco del Pacto por la sanidad el Comité institucional para la racionalización del gasto sanitario, que pretende profundizar en acciones de mejora consensuada para la eficiencia, en lo que el sector de salud tiene una acreditada trayectoria de trabajo y de compromiso. Quiero reivindicar aquí que el Sistema Nacional de Salud, las administraciones públicas autonómica y central, tienen numerosas iniciativas desde el sector público para mejorar la eficiencia de los recursos. Por lo tanto, el compromiso de los responsables sanitarios ha sido siempre el máximo por hacer un uso eficiente de los recursos, y lo hemos renovado en el acuerdo que firmamos en el pleno del consejo interterritorial el pasado 11 de septiembre, cuando al reflexionar sobre el sistema de financiación autonómica y la necesidad de conseguir suficiencia financiera en el Sistema Nacional de Salud también aportábamos un renovado compromiso de continuar mejorando la racionalización del gasto sanitario. Por ese motivo se creó este Comité institucional en el marco del Pacto por la sanidad.

Una sociedad desarrollada como la nuestra no se conforma con tener acceso a los servicios de salud, también exige que sean de calidad. Para ello, el ministerio, con el consenso de los diferentes agentes implicados —comunidades autónomas, sociedades científicas y asociaciones de pacientes—, impulsa una serie de estrategias de salud en el conjunto del sistema. Ustedes saben que están en pleno desarrollo las estrategias de cáncer, cardiopatía isquémica, diabetes, salud mental, cuidados paliativos, seguridad del paciente y atención al parto normal, y se están terminando de elaborar las de EPOC, accidente vascular cerebral y enfermedades raras. El próximo año vamos a iniciar los trabajos de elaboración de la estrategia de atención al dolor en el Sistema Nacional de Salud. Quiero, asimismo, señalarles los trabajos del Foro abierto de salud, que inició su andadura en la legislatura anterior y que ha reanudado sus trabajos en esta legislatura hace pocas semanas, reuniéndose cada seis meses, para ir creando sus respectivos grupos de trabajo en las materias que hemos acordado entre las organizaciones de pacientes y el ministerio. También se ha acordado consolidar el foro virtual como herramienta de participación a través de las tecnologías informáticas para dar participación a los pacientes en la elaboración del Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud y los aspectos que se vayan definiendo.

Señorías, este Gobierno mantiene un firme compromiso con el sistema sanitario público. El Pacto por la sanidad, al que a lo largo de esta exposición he hecho numerosas referencias, que el ministro de Sanidad y Consumo ofreció al conjunto de las fuerzas políticas en su comparecencia en esta Comisión el pasado 2 de julio y que recibió el respaldo de todos los grupos parlamentarios ha tenido una gran acogida en todos los sectores. Este pacto es la respuesta a la necesidad de fortalecer, modernizar y dar sostenibilidad al Sistema Nacional de Salud y se sustenta en seis principios básicos: la cohesión, la equidad, la calidad, la innovación, la seguridad y la sostenibilidad. Las comunidades autónomas apoyaron la iniciativa en el consejo interterritorial que se celebró el 18 de junio y se han iniciado los trabajos por el pacto junto con el ministerio hace unas semanas. Concretamente, el pasado 30 de septiembre constituimos los seis comités institucionales que se encargarán de aportar los contenidos del Pacto por la sanidad y de encontrar puntos de acuerdo entre todas las administraciones sanitarias que nos permitan garantizar y reforzar la calidad del Sistema Nacional de Salud. El ministro de Sanidad y Consumo me ha encargado la coordinación de los trabajos y puedo decirles que los comités institucionales están trabajando en recursos humanos, cartera de servicios común y unidades de referencia, política de racionalización del gasto sanitario, políticas comunes de salud pública, políticas de calidad e innovación y políticas de salud sobre el consumo de drogas. Los ciudadanos nos demandan seguir avanzando en el Estado del bienestar y este esfuerzo que debemos realizar todos juntos en los próximos años nos tiene que permitir consolidar el sistema sanitario, siendo todavía más relevante en el horizonte de la Presidencia de la Unión Europea que España ostentará en el primer semestre de 2010. Los modernos sistemas sanitarios, sobre todo si son de cobertura universal y de financiación pública como el nuestro, precisan de la participación de los principales agentes de la sociedad como asesores y consultores ante las decisiones de gobierno de los mismos. Por tanto, estamos

en marcha y esperamos poder culminar los trabajos del Pacto por la sanidad en junio de 2009, en un proceso en el que se está contando, además de con las administraciones sanitarias de las comunidades autónomas, con la participación de todos los agentes del sector: organizaciones profesionales, sindicatos, organizaciones de pacientes, a los que la semana pasada solicité su colaboración en la determinación de un diagnóstico de situación común que permita identificar la fortaleza y especialmente las áreas de mejora que se nos pueden presentar como oportunidades para el acuerdo. Es un proceso que supone una reflexión colectiva de enorme envergadura y que se hará con pleno respeto al nivel competencial de cada una de las administraciones participantes. Por ese motivo empezamos a hablar con las administraciones autonómicas, para continuar con el resto de los agentes. Este Gobierno apuesta por las políticas sociales. En esta legislatura pretendemos desarrollar un gran proyecto político para consolidar los principios que inspiran nuestro Sistema Nacional de Salud. Queremos, lo reitero, fortalecer, modernizar y dar sostenibilidad al Sistema Nacional de Salud y lo tenemos que hacer en coordinación con las comunidades autónomas, con las instituciones, con los profesionales, con las sociedades científicas, con las asociaciones de pacientes, con la sociedad en su conjunto y, cómo no, con los grupos parlamentarios. Solicito la colaboración de esta Comisión de Sanidad y Consumo y les reitero mi total disponibilidad para trabajar con ustedes en el fortalecimiento del sistema sanitario y para incorporar todas aquellas propuestas de sus respectivos grupos parlamentarios que permitan alcanzar estos objetivos, que creo que son compartidos por todos.

El señor **PRESIDENTE:** Pasamos a las intervenciones de los grupos parlamentarios. En primer lugar, por el Grupo Parlamentario Popular tiene la palabra la señora Fernández Pardo.

La señora **FERNÁNDEZ PARDO:** Quiero dar, en primer lugar, la bienvenida al secretario general del ministerio, el señor Martínez Olmos, en nombre del Grupo Parlamentario Popular y agradecer su comparecencia hoy aquí para informar sobre las líneas de actuación en los temas sobre los que tiene responsabilidad y competencia. Nos gustaría que nos aclarara algunas cuestiones referentes a su ámbito competencial y también queremos que nos conteste, siempre dentro del respeto y del interés que nos mueve a todos por mejorar la sanidad de los españoles, algunas cuestiones que creo que merecen ser aclaradas. Le haremos, también, alguna crítica, siempre planteada —repito— dentro del interés por la sanidad, del respeto y de la colaboración que intentamos desde el Grupo Popular.

Me ha sorprendido que en su comparecencia de hoy haya repetido exactamente lo mismo que hizo en su comparecencia, la semana anterior, en el Senado. Yo sé que la diferencia de días, una semana, puede modificar poco su responsabilidad y sus actuaciones, pero, en todo caso, que haya sido —diría yo— calcada a la de la semana anterior demuestra que no ha improvisado y no ha añadido prácticamente nada con respecto a la misma. Por lo tanto, algunas de las dudas que allí quedaron patentes se pueden reproducir en la mañana de hoy aquí, en el Congreso. Hablaba usted de que ha asumido algunas competencias más dentro del ministerio, de su secretaría general, pero sí es cierto también que ha perdido algunas, y de bastante relieve a nuestro modo de ver. Este ministerio ha perdido peso, no solo económico sino también político y, por lo tanto, es una baza que pierde el Gobierno Zapatero con respecto a la investigación. Me estoy refiriendo a la transferencia del Instituto de Salud Carlos III al Ministerio de Ciencia e Innovación. Hemos perdido también, dentro de los Presupuestos Generales del Estado para Sanidad y Consumo, una cantidad importante; hemos perdido el 40 por ciento del presupuesto con respecto al año 2008, ni más ni menos que 365 millones de euros menos. Y fíjese que el presidente del Gobierno ha decidido quitar la política de investigación a un ministro que procede, curiosamente, del mundo de la investigación. Con esta equivocada decisión se priva al Sistema Nacional de Salud de un pilar básico vinculado a la mejora de la calidad, la cohesión y la dimensión comunitaria del sistema. En el Carlos III, como usted bien sabe, además de la investigación están la vigilancia epidemiológica, la evaluación de las tecnologías sanitarias, la Escuela Nacional de Sanidad y la medicina del trabajo, sanidad ambiental o investigación de enfermedades raras, por poner un ejemplo. Este ministerio —como decía— pasa de gestionar 417 millones de euros en investigación a gestionar ni más ni menos que 54. Visto lo cual, y a pesar de que el Gobierno al que usted representa no se cansa de decir —y usted lo ha dicho en la mañana de hoy— que este Gobierno apuesta por las políticas sociales, nosotros tenemos que decir lo contrario. Yo creo que la cohesión y la calidad del Sistema Nacional de Salud carecen, desde luego, de problemática a la hora de considerar que nada mejor que la cohesión y la calidad para entender que son políticas sociales. Y cuando en este sentido disminuyen los presupuestos destinados a cohesión y a calidad, no podemos decir ni refrendar lo que usted y su Gobierno dicen: que el Gobierno —repito— apuesta por las políticas sociales. Es un retroceso, a nuestro modo de ver, bastante evidente. Observamos —y como precisamente estamos en estos días debatiendo y hablando de los presupuestos— que bajan las partidas presupuestarias destinadas a salud pública y sanidad exterior y se congelan las destinadas a planes de calidad, Fondo de Cohesión —del que usted también ha hablado— en el que llevamos por tercer año consecutivo, yo diría que cuarto ya, 99 millones de euros que no se han visto incrementados en ningún caso, o también las estrategias de salud. Señor secretario general, es de su responsabilidad el papel de coordinación dentro del Sistema Nacional de Salud, potenciar la cohesión y velar por la equidad. Me gustaría saber cuáles son esas

unidades y servicios y centros de referencia dentro del Sistema Nacional de Salud, porque venimos hablando de lo mismo durante los años que llevan ustedes en el Gobierno, pero hasta ahora no se ha consolidado ninguno. Por lo tanto, ¿para cuándo y dónde los centros y unidades de referencia? ¿Cuándo se pondrán en marcha las cuarenta unidades de referencia anunciadas? ¿Cómo, quiénes y en función de quién y de qué se harán estas unidades?

Hablaba también de la atención primaria. Mire, no basta con decir que se quiere apoyar la atención primaria, sino que hay que demostrarlo en la práctica; repito, no solo con las palabras, también con el refrendo y las partidas presupuestarias. Se ha referido a la estrategia AP-21 aprobada en 2006, que ha recibido —a nuestro modo de ver— un escaso respaldo por parte del ministerio al que representa, y se hace necesario mejorar el nivel de atención primaria con criterios de modernidad y cohesión, revisando los principios de Alma-Ata de hace ya 30 años. Señor secretario general, ¿cómo vamos a evaluar la calidad en atención primaria? Las encuestas —como usted sabe— no son suficientes y se necesitan indicadores de evaluación. Algunos los ha enumerado usted aquí. Ha hablado de un número determinado, pero me gustaría saber algo más al respecto. ¿Cuáles son, por tanto, esos indicadores y en base a qué se van a establecer? ¿Qué medidas piensa adoptar para mejorar el grado de satisfacción de los profesionales y de los pacientes en atención primaria, algo que nos preocupa a todos?

Con respecto a la alta inspección, se hace necesaria una estrategia de alta inspección del Sistema Nacional de Salud cuya responsabilidad compete también a su ministerio. Y, en fin, tenemos que hablar; no solo hablar, sino también garantizar la equidad y la calidad de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud para todos los ciudadanos. Y durante la legislatura pasada, y hasta la fecha, a nuestro modo de ver se ha hecho bastante poco.

Hablaba también de los profesionales. Usted sabe bien que los profesionales de la sanidad son elemento básico y primordial del sistema sanitario y, sin embargo, no encuentran una solución a los múltiples problemas que tienen planteados: desmotivación, carrera profesional, escasez de profesionales en algunas especialidades, desequilibrio entre las plazas que se ofertan y el número de estudiantes que cada año se licencian en las facultades de Medicina. Sí que es verdad que ha hablado de que ahora se piensa equiparar un poco el número de estudiantes que acceden a las carreras, en este caso de medicina, y las necesidades que requiere el sistema y su cobertura, pero es cierto también que ustedes llevan unos cuantos años gobernando y, hasta ahora, han hecho —repito— bien poco. O, también, la ausencia de un registro de profesionales sanitarios, así como la falta de regulación de nuevos roles entre los profesionales de enfermería. Debemos replantearnos por qué el profesional está más descontento que nunca, y quizá sea porque se siente más abandonado que nunca por parte de los responsables de sanidad. En las últimas semanas saltaba la alarma social acerca de profesionales de la sanidad que ejercen o ejercían con títulos falsos y desde el Gobierno no se ha dado ningún tipo de explicaciones. ¿Dónde estaban registrados esos profesionales, señor secretario general? ¿Qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo por parte de su departamento para evitar que casos como estos vuelvan a producirse? ¿Han asumido ustedes, o van a hacerlo, su responsabilidad?

Con respecto a salud pública y sanidad exterior, me gustaría saber si considera el secretario general que, después de perder el Carlos III y rebajar el 20 por ciento el programa en salud pública, podrá cumplir con las expectativas de las que nos ha hablado hasta ahora.

Por lo que se refiere a la programación de prevención de enfermedades, educación para la salud, promoción de hábitos saludables, ya sabe que se requieren actuaciones perfectamente definidas, calendario de actuaciones, evaluaciones y, por supuesto —repito una vez más—, una dotación presupuestaria adecuada, algo que contrasta con los presupuestos mermados que ustedes nos han presentado y a los cuales —he de decirlo también— hemos presentado enmiendas el Grupo Popular. ¿Para cuándo, señor secretario general, un calendario de vacunación única? Nos ha hablado también del tema de las drogas, y a nosotros nos genera preocupación. Sé y soy consciente de que se han dado algunos pasos con respecto a este tema tan importante. Sí que es verdad que se está cambiando la percepción del riesgo en nuestros jóvenes, algo que ya se demuestra también importante, pero, vuelvo a repetir, toda esa importancia y trascendencia de la que usted ha hablado contrasta con que el presupuesto desciende en un 1,34 por ciento. Es necesario invertir más en la prevención del consumo de drogas. A nuestro modo de ver, los resultados de los últimos años no son tan satisfactorios y hay que seguir trabajando aún más, si cabe, para romper las tendencias crecientes de los últimos años en el consumo de drogas entre nuestros jóvenes, y en hacerles más conscientes del riesgo. Todavía ayer se publicaba que España es el primer país de la Unión Europea en el consumo de cocaína, algo que también nos preocupa especialmente. El ministerio prepara una nueva estrategia nacional sobre drogas —usted ha hablado de ella— para el periodo 2009-2016, y paradójicamente, repito, los resortes económicos para sustentarlos se ven mermados. ¿Cuáles van a ser sus prioridades? ¿Cuál va a ser su compromiso? ¿Puede adelantarnos algo al respecto? Habría que hablar también del tabaquismo, del alcohol, de las unidades de deshabituación tabáquica y alcohólica prometidas por ustedes en su programa electoral, y que por el momento no hemos visto concretadas.

Ha hablado de la política farmacéutica y desde aquí quiero manifestar el apoyo y la defensa que desde el Grupo Popular manifestamos hacia el modelo español de farmacia, un modelo donde se garantice el acceso a los medicamentos de todos los ciudadanos que lo nece-

siten y cuando lo necesiten, garantizando que esos fármacos sean seguros, eficaces y de calidad; donde se refuerce la farmacovigilancia y la trazabilidad del medicamento de principio a fin. Señor Martínez Olmos, ¿qué medidas piensa adoptar, por ejemplo, contra la falsificación de medicamentos, incluyendo la venta por Internet? ¿Cómo piensa contener el gasto farmacéutico? ¿Para cuándo prevé promulgar la normativa de desarrollo de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos? También me gustaría plantearle alguna agilización interesante con respecto a la receta electrónica y a la historia clínica digital. En ese sentido, desde el Grupo Popular he de decir que hemos presentado enmiendas para incrementar el presupuesto, puesto que la dotación presupuestaria que ustedes presentan había sido mermada.

¿Qué medidas piensan adoptar respecto a la prevención de tuberculosis? Como sabe, España tiene una tasa 4 a 8 veces superior a la de otros países desarrollados y cada año surgen en nuestro país 15.000 nuevos casos respecto a este proceso. ¿Cuál va a ser la programación de prevención y control de la tuberculosis? ¿Qué atención psicológica se va a dar a los pacientes de cáncer? ¿Para cuándo el plan de salud del inmigrante? ¿Qué medidas piensan adoptar respecto a la salud mental? Le he oído decir algo sobre este aspecto, pero desde luego no lo ha detallado. ¿Qué vamos a hacer con relación a un tema que también nos preocupa mucho, como es la obesidad infantil? Es cierto que en el último año se ha trabajado con la estrategia NAOS, pero queda mucho por hacer y me gustaría saber cuáles van a ser sus iniciativas para los próximos años.

Hemos hablado del Pacto por la sanidad —usted lo ha hecho— y quiero expresar el interés máximo también desde el Grupo Popular por llegar a ese Pacto estatal por la sanidad donde tendremos que hablar todos, partidos, sindicatos, empresarios, profesionales, usuarios, en definitiva toda la sociedad, porque en el fondo el objetivo es crear un sistema sanitario que garantice la equidad en las prestaciones sanitarias, la cohesión entre comunidades autónomas, la calidad, la innovación, la seguridad de los pacientes y la sostenibilidad del sistema, aspecto este último que nos llevaría a hablar de financiación. En este punto nos preocupa especialmente el tema de la financiación de los servicios de salud porque, tal y como se ha venido produciendo en los últimos meses dentro del Consejo Interterritorial de Salud, no ha habido el mismo tratamiento por parte del ministerio respecto a las distintas comunidades autónomas. Señorías, no puedo por menos que decir que no podemos ni aceptar ni entender que se dé un tratamiento a comunidades autónomas gobernadas por el mismo signo político de quienes sustentan al Gobierno, y otro distinto a comunidades autónomas gobernadas por el Partido Popular. Por tanto, le estaré muy agradecida si nos habla de esas medidas de financiación y sobre los criterios que influyen, por ejemplo, en el gasto, población, envejecimiento, insularidad, mortalidad estandarizada, etcétera, así como sobre los objetivos, dentro del consejo interterritorial, que va a plantear y el acuerdo al que se pueda llegar entre el Gobierno y las comunidades autónomas. Por mi parte, para terminar quiero agradecerle nuevamente su presencia aquí, y decir que respecto a aquellas propuestas que presentaban en el programa electoral sobre más cohesión, más calidad y más igualdad, literalmente decían: Mejoraremos la cohesión y la equidad territorial, incrementando la dotación económica del plan de calidad; y esta es solo una muestra —y para muestra vale un botón— de que se disminuye el presupuesto que dedica a estos parámetros tan importantes dentro de la sanidad. Por tanto, esta es una prueba más de que ustedes, mucha palabra y mucho decir que apuestan por las políticas sociales, la cohesión, la calidad y la igualdad, pero en el fondo cuando eso requiere una dotación presupuestaria no lo llevan a cabo sino todo lo contrario, lo vemos mermado año tras año. En consecuencia estaré expectante a las contestaciones y a las respuestas que nos dé para aclarar estas incertidumbres que se nos plantean desde el Grupo Popular.

El señor **PRESIDENTE:** A continuación tiene la palabra la señora Coello Fernández-Trujillo por el Grupo Parlamentario Socialista.

La señora **COELLO FERNÁNDEZ-TRUJILLO:** En primer lugar, quiero darle la bienvenida al señor Martínez Olmo, que viene al Congreso de los Diputados, por primera vez en esta legislatura, para informarnos sobre las líneas generales de actuación que tiene previstas este ministerio, que lógicamente han podido cambiar poco respecto a su comparecencia del Senado, porque si se trata de las líneas de actuación difícilmente estas van a cambiar en una semana. Comenzaré, no sin antes desearle desde el Grupo Socialista la consecución de todos los objetivos que tiene encomendados, porque esto redundaría en la consolidación del sistema sanitario público del que nos sentimos tan orgullosos los españoles y que tanto prestigio tiene en el mundo entero. No cabe la menor duda de que nuestro sistema sanitario es considerado uno de los mejores del mundo, como ya he dicho anteriormente. Cuenta —como todos sabemos— con unos altos índices de satisfacción por parte de los usuarios y presenta unos criterios de equidad, solidaridad y calidad de los servicios que son la envidia de propios y extraños. Tampoco se le escapa a nadie que el sector sanitario es un sector económico importantísimo en cuanto a la creación de riqueza, de empleo y de bienestar de los ciudadanos. Además se trata de una de las patas fundamentales donde se sustenta nuestro Estado del bienestar. Precisamente por eso, por tratarse de un sistema económico potente creador de empleo, de calidad y generador de riqueza, es por lo que algunas comunidades autónomas están cayendo en la tentación de descentralizar los servicios, externalizando y seudoprivatizando —digámoslo de una manera sutil—, con la idea a mi parecer perversa de hacer creer a los ciudadanos que lo hacen por su propio bien: mejora de las listas de

espera, etcétera. Nunca como en estos últimos tiempos, hemos sido testigos de la utilización torticera e interesada de la gestión sanitaria como elemento de su particular forma de ver la sanidad pública, y por ello le felicito por su gestión en la legislatura pasada y le animo en el camino que queda por andar en cuanto a la consolidación del Ministerio de Sanidad, como elemento que coordine las políticas sanitarias que realmente lleven equidad, justicia y calidad al Sistema Nacional de Salud que tanto nos ha costado conseguir.

En conversaciones que esta diputada que les habla y usted hemos tenido referentes a estos temas, hemos hablado muchas veces de las líneas de trabajo sobre las que en el día de hoy nos ha informado. Estoy segura de que, si logramos conseguir la consolidación y el liderazgo que nunca debió haber perdido el Consejo Interterritorial de Salud, con el reforzamiento y puesta en marcha del Pacto por la sanidad con responsabilidad, alejándonos de intereses partidistas y teniendo como único objetivo el reforzamiento del sistema, la modernización y la sostenibilidad del mismo, entre todos lograremos el resultado que todos anhelamos. Una cartera de servicios común, amplia y de calidad para todo el sistema sanitario público, con la creación, en aras a la eficiencia y a la efectividad, de un sistema de centros de referencia de calidad que permita dar equidad a los distintos sistemas sanitarios. También hemos hablado de la centralización de los centros de referencia, como no puede ser de otra manera. Existen determinadas patologías que, en aras a la eficiencia de un sistema sanitario que continuamente consume más recursos, es necesario circunscribir a determinadas zonas para evitar tener veinte centros de referencia distintos que lo único que harían sería incrementar el gasto y por tanto debilitar el sistema sanitario público. Por lo tanto, desde el Grupo Socialista estamos absolutamente seguros de que con la puesta en marcha de la Ley de Salud Pública, como un concepto global de lo que debería ser la sanidad del siglo XXI —en el que se tienen en cuenta no solo los factores directamente relacionados con la producción de salud y enfermedades, sino todos aquellos factores nuevos que han irrumpido a lo largo de este mundo globalizado, como el medio ambiente, el VIH y una serie de factores que se han presentado en estos últimos tiempos— lograremos llevar más equidad y más seguridad a los ciudadanos en todo el territorio español.

En cuanto a las políticas farmacéuticas, hemos logrado, como parece ser, una disminución del gasto y, por lo tanto, el ministerio algo habrá hecho bien a lo largo de este tiempo. No cabe la menor duda de que si por primera vez en una legislatura hemos logrado contener el gasto de alguna manera el ministerio tendrá algo que ver en esto.

En lo referente al VIH, no quiero irme de aquí sin felicitarle por la posibilidad que ha dado el ministerio de incluir en la cartera de servicios las intervenciones de los enfermos que tienen lipoatrofia, relacionado con la utilización de los medicamentos que son necesarios para el tratamiento del VIH y que tanto estigma social están creando. También es fundamental la mentalización de los sistemas sanitarios globalizados de todas las comunidades autónomas, en el sentido de un tratamiento menos discriminatorio y más equitativo para todos los pacientes que pertenecen a este colectivo y que indudablemente necesitan que se les trate como ciudadanos de pleno derecho, porque así lo son.

En cuanto a la estrategia de Atención Primaria XXI, según quien les habla, el eje central del sistema sanitario público es la atención primaria y sigue siendo la hermana pobre en todos los sistemas sanitarios de todas las comunidades autónomas. Es necesario que el ministerio, como parece ser que así lo va a hacer, se centre en la mayor coordinación de la atención primaria, porque indudablemente con una atención primaria fuerte, que funcione, coordinada y de una manera equitativa en todas las comunidades autónomas lograremos disminuir también el gasto del sistema sanitario público porque evitaremos el excesivo gasto de la medicina hospitalizada. En cuanto a la alta inspección, indudablemente esto corresponde al Gobierno y además garantiza la equidad de todo el sistema sanitario y, por lo tanto, es algo fundamental poner en marcha de una manera ágil y rápida.

Ya hemos hablado también usted y yo sobre las terapias naturales, y reiteradamente además. Para evitar que cada comunidad autónoma, como ha ocurrido en otras ocasiones, saque su propia estrategia de terapias naturales, que a veces engloban a algunas que no tienen mucho que ver con ellas, deberían ser prestos y ágiles en cuanto a aquellas que tienen que ver con los profesionales sanitarios universitarios —me refiero concretamente a la homeopatía—, porque casi todos los que ejecutan esta práctica médica son licenciados en medicina, y en otros países de Europa corresponde casi al 80 por ciento del sistema sanitario. Por ejemplo, en Alemania la medicina homeopática corresponde al 80 por ciento de los usuarios. Que en España no exista esta cultura no quiere decir que dejen de ser licenciados en medicina y, por lo tanto, habría que darle cobertura en su faceta total.

Por otro lado, los profesionales sanitarios son un pilar básico del sistema sanitario público, usted lo ha dicho y así es. La formación sanitaria y la reforma que está prevista son necesarias porque en todos los foros relacionados con la formación se ven déficits en los profesionales sanitarios. Es importante que en las nuevas pruebas se tengan en cuenta las habilidades de comunicación porque el médico, tal y como lo entendíamos en el pasado, especialmente con esta nueva concepción del médico empollón, ha perdido parte del sentido vocacional que nunca debió haber perdido, y nos hemos olvidado de que además de curar da consuelo y está allí, y no estamos dando en las universidades estrategias de comunicación, que son fundamentales. En todos los foros a los que se acude se habla continuamente de este tipo de cosas.

En cuanto a los especialistas y las especialidades médicas, usted sabe que existe un doble lenguaje, tam-

bién por parte del Partido Popular y de la organización médica colegial, en el sentido de que este ha sido un problema heredado. Probablemente también ellos lo heredaron del pasado. Yo pertenezco al grupo de médicos que cuando empezamos a trabajar nos encontramos con un paro abrumador, ya éramos *numerus clausus* y las pruebas de acceso a las especialidades eran muy complicadas de sacar y, por lo tanto, hubo un porcentaje importante de profesionales sanitarios que no pudo acceder a la especialidad médica en aquel momento. Esta nueva estrategia del ministerio a veces va siendo empujada, porque el Partido Popular tiene esta pequeña manía de que cuando gobierna dice unas cosas y cuando está en la oposición dice otras —por otro lado, tiene su lógica—, pero lo deberíamos intentar ser coherentes y responsables y hacer un estudio prospectivo de cuántos especialistas médicos vamos a necesitar a corto y medio plazo, porque puede ocurrir que —como nos van empujando y nosotros aumentamos— dentro de diez años a lo mejor la organización médica colegial tiene razón y nos vamos a encontrar de nuevo con profesionales españoles especialistas y en paro, lo cual no sería bueno para el sistema sanitario. Por lo tanto, deberíamos ser responsables y coherentes, y por una vez llegar a un consenso en este tipo de políticas porque no vamos a llegar a ningún lado si no somos capaces de confeccionar de una manera real la necesidad de especialistas que vamos a tener. Ahora tenemos mucha necesidad, pero ¿cuánta vamos a tener a medio y a largo plazo?

En lo referente a la equiparación de las especialidades médicas no comunitarias —usted sabe que también hemos hablado de este tema—, ha habido problemas evidentemente, aunque también los había antes y también había profesionales que ejercían sin título. Esto ha ocurrido siempre. Se escapan, existen grietas en el sistema y en la organización médica colegial también, porque ha permitido muchas veces colegiar a profesionales que ni siquiera eran sanitarios. El registro de profesionales y especialistas va a permitir que esto no ocurra, porque tendremos un control real de todos los profesionales y especialistas que hay en toda España y, por lo tanto, sabremos exactamente a qué atenernos en cada momento. Hay que vigilar la entrada de estos profesionales no comunitarios y también de los comunitarios, porque a veces se les convalida el título y, por ejemplo, si son polacos, vienen a trabajar y tienen un título de especialistas y no hablan español difícilmente van a comprender dónde le duele y de qué manera a un paciente. Esto es algo que tenemos que analizar en profundidad porque nos estamos encontrando con problemas del día a día en los hospitales de muchas comunidades autónomas, que se están viendo necesitadas de especialistas rápidamente, y se están produciendo fallos en el sistema sanitario público.

En lo referente a la enfermería del siglo XXI, es necesario potenciar su papel, también desde el punto de vista de la salud pública y global. Son necesarias las especialidades de enfermería, la atención a domicilio y el escolar, y dar a la enfermera el papel fundamental que siempre ha debido tener en este sistema y que a veces se le ha negado de una manera sistemática; por lo tanto, deberían estar más integradas en un sistema sanitario global para que puedan asumir las responsabilidades que les corresponden, porque día a día lo están haciendo en los sistemas sanitarios, pero no se les está brindando la oportunidad de tener el papel que realmente deberían tener en nuestro sistema sanitario público.

En cuanto a la financiación sanitaria, está siendo debatida, y usted poco podrá decir si no se ponen de acuerdo todas las comunidades autónomas para ver de qué manera buscamos una financiación más equitativa, más justa y más real. Por otro lado, también es un problema heredado del pasado. Cada comunidad autónoma asumió las competencias de esa manera, deprisa y corriendo, sin tener en cuenta que el gasto sanitario, como todos sabemos, es una especie de bola de nieve que va creciendo día a día y que lo que debemos controlar es ese mismo gasto dentro de la propia comunidad autónoma, que tendrá también su propia responsabilidad a la hora de contener su propio gasto sanitario a través de la gestión. Debemos buscar una financiación que sea justa para todas las comunidades y que además sea real, que nos permita mantener el sistema sanitario público, tal y como lo conocemos, y que la gente progresista queremos que se mantenga. Desde luego, estamos en contra de la privatización del sistema sanitario público, de que reciban unas cantidades inmensas de dinero que ellas a su vez reparten entre su amigos, que a su vez gestionan la sanidad privada a través de centros concertados. Estoy absolutamente segura además, y lo saben los ciudadanos, y por las encuestas de calidad del sistema sanitario público usted sabe que es así, de que los ciudadanos prefieren ir a los sistemas públicos sanitarios en vez de a los privados. Sin embargo, a veces, no les dejan decidir y les mandan directamente a los privados, sin tener la posibilidad de decidir dónde, que es uno de los derechos que tienen los usuarios, poder elegir dónde y qué médico les puede tratar. Nos estamos saltando a la ligera el libre albedrío de los usuarios a la hora de acceder al sistema sanitario público. Por tanto, es necesario poner en marcha las estrategias desde el Pacto por la sanidad de salud, que son comunes a todo el sistema sanitario y ahí nos va a tener para ayudarle en todo aquello que haga referencia a su ministerio.

Quisiera hacer referencia a las políticas relacionadas con el Plan Nacional sobre Drogas, de las que usted habló al principio. Y sorpresivamente, porque todos nos hemos sorprendido, en las encuestas, tanto de la gente joven como de los mayores, ha disminuido el consumo, ha aumentado la sensación de riesgo, y usted sabe que en esta Comisión de Sanidad en la legislatura pasada se elaboró una ponencia para el estudio de las distintas drogas. Me preocupa porque estaría mejor si dijéramos que ha disminuido también el consumo de cocaína. Puede ser que en la cocaína, al haberse estancado, no existía una percepción real del riesgo, ya que la cocaína

siempre ha sido una droga que, desde el punto de vista de los usuarios, se la ha considerado *light*, como que no hace tanto daño. Usted sabe que el uso de la cocaína en determinadas edades aumenta el gasto sanitario, produce muertes prematuras y está dando lugar a muchos problemas en el sistema sanitario. Por tanto, deberíamos incidir para que las estrategias vayan dirigidas a la percepción real que lleva consigo el uso de la cocaína en nuestros jóvenes y en los rangos medios de la vida, porque está aumentando el gasto sanitario y están aumentando las muertes precoces en personas, con 20 ó 25 años, que no tenían que haber tenido infartos ni cerebrales, ni de miocardio, y esto es un problema sanitario que es común a todo el Estado, y debería tenerse en cuenta a la hora de la estrategia que se está elaborando respecto a la cocaína.

Desde el Grupo Socialista le vuelvo a reiterar las gracias por venir a explicarnos las políticas. Menos mal que en una semana no ha cambiado usted la estrategia que va a hacer el ministerio, porque si no sí que nos preocuparíamos. Que sepa que aquí nos tiene para lo que usted desee.

El señor **PRESIDENTE:** Tiene la palabra el señor Martínez Olmos.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Martínez Olmos): Quiero agradecer la intervención de la representante del Grupo Popular y la del Grupo Socialista por su tono, por la bienvenida y por el ofrecimiento de colaboración.

Voy a tratar de responder a las cuestiones que se me han hecho llegar empezando por un planteamiento global. El principal desafío que tiene nuestro sistema sanitario es conseguir una actuación coordinada y cooperativa por parte de todas las administraciones responsables, incorporando lo más posible a los agentes. Esto que parece que es una frase grandilocuente y que todo el mundo firmaríamos, requiere un trabajo especialmente arduo. Hemos podido conseguir ese objetivo en el marco del Pacto por la sanidad, pacto que también había sido solicitado por diferentes grupos y organizaciones anteriormente y ahora es un buen momento para poder conseguirlo.

El desarrollo del Pacto por la sanidad nos permitirá situar los desafíos en el justo término del debate político, de alternativa, eliminando posiciones de parte, de partido que son menos interesantes para la sociedad. Por ejemplo, cuando hablamos de política de salud pública común, cuando hablamos de dar pasos por asegurar que haya un calendario común de vacunas, en el Sistema Nacional de Salud hay que tener en cuenta que esto requiere compromisos por todas las partes y que no es posible conseguirlo con un decreto o con una norma que saque el Ministerio de Sanidad y Consumo, porque hay competencias propias de las comunidades autónomas que permiten a estas definir su calendario de vacunas. Con lo cual, no nos queda más remedio que plantearnos un procedimiento de trabajo que, de manera pública, transparente, comprometida con la sociedad y con el Parlamento, lleve a definir un procedimiento del que no nos salgamos nadie sin quedar en ridículo por salirnos, y no quedarnos en ridículo porque incumplamos competencias. Cuando en la pasada legislatura hemos asistido a decisiones de alguna comunidad autónoma que se ha salido del acuerdo de hacer un calendario vacunal común y lo hacía en el marco de sus competencias, incumplía ya un acuerdo del consejo interterritorial. Pero no era un acuerdo de una naturaleza tan pública y tan sólida como el que pretendemos conseguir en el marco del Pacto por la sanidad. Usted me pregunta: ¿Para cuando un calendario vacunal común en el Sistema Nacional de Salud? Para cuando quieran cumplir las comunidades autónomas el compromiso de hacerlo; ni más ni menos. Esa responsabilidad no me la puede pedir usted a mí, porque no tengo competencia legal para impedir que una comunidad autónoma introduzca una vacuna en su calendario vacunal, salvo que hubiera pruebas de que iba a hacer daño a los ciudadanos. Tiene que haber una posibilidad de excepciones que estén justificadas por razones de carácter epidemiológico local, que puede darse esa circunstancia y, si la hay, la tenemos que minimizar de cara a que no sea una cuestión polémica porque, a veces, puede haber algún argumento que lo justifique. Pongo este ejemplo, porque ha llegado el momento en el cual asegurar que el sistema sanitario gana los desafíos que tiene, este es uno de ellos, pero hay otros tan importantes como este. Eso solo se puede hacer si somos capaces de ponernos de acuerdo, por supuesto, y que todos hagamos mejor nuestro trabajo. Estoy absolutamente convencido de que la mejora del Sistema Nacional de Salud no está exclusivamente en manos de un agente, ni del ministerio, con su papel, que lo tiene y muy relevante, ni de las comunidades autónomas, con su papel, que también lo tienen y muy relevante.

Quiero hacer esta reflexión porque quiero enfatizar la importancia que tiene aprovechar la oferta del Pacto por la sanidad, incluso para plantearnos mutuamente aquellas cuestiones que consideramos que son mejorables en la acción de la Administración sanitaria que tengamos enfrente, ya sea el ministerio o las comunidades autónomas, y hacerlo de una manera es una cuestión muy importante. En ese sentido enmarcaría las cuestiones que más contribuyen a preocuparse sobre el futuro del Sistema Nacional de Salud, y visto en términos de oportunidad las cuestiones que más contribuyen a ofrecernos una visión optimista para ganar estos desafíos. Por ejemplo, nos parece especialmente importante la política de recursos humanos. En esto coincidimos. Pero si estamos de acuerdo en que es necesario abordarla en el marco de un pacto, eso significa que asumimos que las competencias condicionan la solución de los problemas. Por tanto, aunque es razonable que se puedan hacer críticas y propuestas de mejora a la política que hace el Ministerio de Sanidad y Consumo o en los ámbitos par-

lamentarios las que hagan las comunidades autónomas, centrarse exclusivamente en eso no solucionaría los problemas. Sería estar de espaldas a la realidad institucional y constitucional que nos hemos dado. Usted me dice: ¿Cómo van a actuar ustedes para mejorar la motivación de los profesionales sanitarios? Nosotros podemos tomar alguna medida, pero aunque lo hiciéramos bien no tenemos garantizado que se va a mejorar la motivación de los profesionales sanitarios, porque los profesionales sanitarios sabemos que el día a día, en nuestra institución, nuestra relación es con los pacientes, la dotación de recursos tecnológicos, el trato que nos den los gestores a los que tenemos que darles cuenta, y la política que lleve esa comunidad autónoma también es un factor influyente a la hora de tener un determinado nivel de motivación. Por tanto, si solamente centráramos lo que tiene que hacer el ministerio en la mejora de la motivación de los profesionales, estaría bien, es lógico y coherente con el control que se tiene que hacer en esta Cámara, pero echaría de menos una reflexión que fuera un poco más global y que dijera, como hay otra serie de cuestiones que también son importantes, plateémosnos una alternativa. Si la alternativa que proponemos, la del Pacto por la sanidad, les parece adecuada, refuércenla, mejórenla, si no planteen otra alternativa, porque si no, haríamos una labor interesante, pero insuficiente para solucionar los problemas.

Políticas de recursos humanos. Básicamente las políticas de motivación corresponden a las comunidades autónomas, pero el Gobierno puede hacer cosas. ¡Claro que sí! Podemos colaborar con las propias organizaciones profesionales en realzar ante la sociedad la importancia que la contribución de los profesionales sanitarios tiene a la mejora de la salud de los ciudadanos y reforzar la imagen social de las profesiones sanitarias que ha podido deteriorarse en los últimos años por diferentes motivaciones. Esta es una línea en la que vamos a trabajar. Tan importante como eso, o probablemente, más ligado a competencias que el ministerio tiene, la planificación de necesidades es una carencia que el Ministerio de Sanidad y Consumo ha tenido desde siempre. Cuando decía en mi reflexión que ha sido en esta legislatura cuando por primera vez nos hemos situado en hacer medidas que traten de adecuar mejor las necesidades profesionales a lo que los servicios de salud demandan, no me refería a una crítica exclusivamente al Gobierno anterior al del presidente Zapatero. Por diferentes motivos no ha sido la prioridad del Ministerio de Sanidad y Consumo. Si no, no hubiese sido razonable que se hubiesen dado excedentes de 20.000 médicos y ahora haya falta de algunos médicos. ¿Por qué? Porque no ha habido una política estructural y estratégica en el Ministerio de Sanidad y Consumo y no lo digo como crítica, pues se han atendido otras prioridades en otros momentos. Es cierto que, dada la situación que tenemos de incremento poblacional, de movilidad del ciudadano dentro del territorio de la Unión Europea, de cronificación de enfermedades —todas las variables que influyen en estas situaciones—, necesitamos asegurar que los profesionales disponibles de cara al futuro están previamente planificados porque necesitamos al menos diez años de anticipación y esto da ya una gran dificultad a la planificación.

¿Qué es lo que comprometemos? Comprometemos un procedimiento de planificación que forme parte de la acción estructural del Ministerio de Sanidad y Consumo, que básicamente consiste en conocer cuántos profesionales tenemos, en qué especialidad y en qué fecha está prevista su jubilación. Primera cuestión. Segunda cuestión: ¿cuántos profesionales tienen previsto incorporar las comunidades autónomas con la apertura de nuevos centros, que es consecuencia del proceso de descentralización que ha permitido un avance como nunca de la sanidad española? Se incrementan los centros en primaria y en hospitales y, por tanto, una comunidad autónoma tiene previsión de crear nuevas plazas. Esto nunca se había pedido a las comunidades autónomas. En un periodo de tiempo porque la sanidad no estaba descentralizada, posteriormente porque estaba descentralizada solamente en una parte y por otra serie de motivos, pero hoy sí podemos. Hemos hecho esa petición a las comunidades autónomas para que nos digan que van a necesitar en los próximos años, por ejemplo, 7 pediatras, 14 ginecólogos, etcétera. La suma de eso nos da unas necesidades que, puestas en común con el criterio de la demografía profesional, puede prever qué necesidades, en términos globales, tenemos de especialistas y, en términos particulares, de qué tipo de especialistas, con lo cual podemos ir a la universidad y decir que necesitamos tantos profesionales para el Sistema Nacional de Salud. Si se están formando menos, habrá que hacer un esfuerzo en formación y si se está formando el número adecuado, no hay ningún problema. Este procedimiento tiene que ser capaz de incorporar los criterios que paulatinamente las administraciones sanitarias quieran ir incorporando en el uso de sus competencias. Esto se va a conseguir, no tengan ninguna duda. Y para eso no es necesario crear ninguna Comisión parlamentaria específica. Se puede hacer lo que consideren oportuno, pero va a ser la función obligatoria del Ministerio de Sanidad y Consumo. Me muestro dispuesto a comparecer y traer resultados concretos de manera transparente, procedimiento de planificación que es importante y que lo tenemos que pactar con las administraciones autonómicas y con las organizaciones profesionales que tienen mucho que decir, sin ninguna duda, pero que también tienen intereses que defender y a veces pueden ser contradictorios con los intereses del Sistema Nacional de Salud. Por eso a veces encontramos que iniciativas que tiene no el ministerio, sino el Sistema Nacional de Salud, a algunas profesiones les pueden parecer adecuadas y las aplauden y en otras ocasiones no les parecen adecuadas y las discuten, como es lógico y razonable. Pero los intereses del Sistema Nacional de Salud tienen que prevalecer por encima de otro tipo de consideraciones y eso será más factible si en el marco de este diálogo

somos capaces de llegar a acuerdos que sean posiciones comunes. Sinceramente soy optimista de que esto lo podemos conseguir, aunque soy consciente de que es una tarea complicada. Le pido el apoyo y la crítica constructiva porque nos jugamos mucho de cara a poder ganar el desafío de asegurar que el sistema sanitario consigue resolver estas dificultades.

Políticas de recursos humanos. Es muy importante redefinir los roles profesionales y hacerlo en un marco que no nos lleve a la confrontación, porque tenga que traducirse a medidas inmediatas. Por ejemplo, la redefinición de roles profesionales en el ámbito de las profesiones médicas, en general, se tiene que hacer con mucho sosiego. Si analizamos los últimos cien años de la historia de las profesiones sanitarias, si fuéramos capaces de situarnos en el año 1908, en aquel horizonte hubiera sido difícil prever que existiría la enfermería, profesiones como la de farmacia que ahora tenemos u otros especialistas. ¿Por qué? Porque hay una evolución natural y lógica, que tenemos que forzar que se produzca de una manera razonable, con diálogo, con impulsos seguros, pero también pensando en que algunos cambios se tendrán que hacer a medio y no a corto plazo, porque esto es lo que permite adaptar las situaciones. Esto es lo que pretende el Pacto por la sanidad. Se lo cuento porque de esta manera se puede entender mejor por qué en algunas ocasiones planteamos medidas que no se valoran en su totalidad como aportaciones que pueden tener una enorme relevancia, y me refiero a las estrategias, sea la estrategia de atención primaria u otro tipo de estrategia. En el inicio de esa estrategia, como partimos de situaciones diferentes, de cuál es la realidad epidemiológica, la realidad de recursos, la realidad de prioridades que tiene cada comunidad autónoma, se acuerdan objetivos que tienen denominadores comunes, que en algunos casos son poco ambiciosos, pero haber conseguido un consenso sobre un objetivo ya es un planteamiento ambicioso. Lo más importante no es eso, lo más importante es que, cuando evaluamos, conseguimos definir por dónde tenemos que continuar. El procedimiento de trabajo común que ha hecho el consejo interterritorial, que lo queremos seguir reforzando, es una importante aportación al Sistema Nacional de Salud y es mérito de todos.

Me quiero significar especialmente cuando hablamos de política sobre drogas. ¿Se puede ser optimista o satisfecho con los datos conseguidos? Todo es relativo. Yo prefiero tener los datos de consumo de drogas que hoy tengo, que tener los que tenía hace cuatro, seis, ocho o quince años, porque son mejores y porque hemos conseguido romper una tendencia. Si quieren no lo repito más, no nos atribuimos ningún mérito, el mérito es de todos. Lo importante es que hemos dado con una clave, que ha sido acordar entre todas las administraciones que la prioridad es incrementar la conciencia de riesgo, transmitir a los ciudadanos que las drogas producen daños a la salud y, como consecuencia de eso, en muchos casos rompen proyectos de vida. Esto lo hemos roto, pero hay que seguir. Por tanto, la nueva estrategia de lucha frente a las drogas, que aprobaremos dentro de pocos días con unanimidad, nos permitirá poner los acentos en esa materia y, después, nos va a permitir que todos nos pongamos las medallas que queramos, el ministerio en su ámbito y las comunidades autónomas y las corporaciones locales en los suyos. Pero eso es lo menos relevante, lo más relevante es que instituimos un procedimiento de trabajo que, generando objetivos comunes, nos permite focalizar en dos o tres cuestiones que son fundamentales y, en el caso de las drogas, una de ellas es la conciencia de riesgo, porque era baja y, aunque ahora es mayor, sigue siendo baja. Hay que trasladar —quizá después me extenderé de manera más monográfica— todavía más la incidencia de esta cuestión a los jóvenes y a las familias, y en ello quiere trabajar la nueva estrategia frente a las drogas.

La segunda cuestión relevante del trabajo frente a las drogas es transmitir a los profesionales, especialmente a los ciudadanos, por qué decimos que una droga produce un daño a la salud, es decir, cuál es la evidencia científica que nos avala. Esto es muy importante. Afirmaba que se puede estar moderadamente satisfecho con los resultados del Plan sobre las drogas, pero esa no es la cuestión, la cuestión es que lo que queremos es continuar juntos, de la mano, en políticas que son comunes. Esta misma reflexión la quiero llevar a otras cuestiones que me ha planteado el portavoz del Grupo Parlamentario Popular. Me ha preguntado: ¿Qué están haciendo en la falsificación de medicamentos? Si no consideramos la realidad en la cual está el marco competencial nos equivocaríamos. Podemos afirmar que tenemos el canal de medicamentos de Europa más seguro. Elementos que lo justifican. Primero, nuestros sistemas de control de calidad, los que se realizan a partir de las actuaciones de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y las propias compañías farmacéuticas para la producción de medicamentos, son de los mejores, son homologables. Segundo, tenemos un canal de oficinas de farmacia de una calidad envidiable (21.000 farmacias), que saben a quién le compran los medicamentos. Eso da una seguridad, hasta el punto de que no tenemos datos que demuestren que tenemos reacciones para la salud de las personas por el hecho de haber consumido medicamentos falsos. Tercero, hemos acordado con las comunidades autónomas una estrategia de prevención y detección de los medicamentos falsificados, aprobada por el consejo interterritorial, que incorpora comunidades, oficinas de farmacia e industria farmacéutica que nos está dando buen resultado. Hay algunas actuaciones que han sido muy importantes a la hora de que las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado hayan detectado alguna situación precisamente por tener esa estrategia. Pero nos situamos ante un desafío importante en lo que se refiere a los medicamentos que se pueden vender por Internet, canal que tiene enormes oportunidades para muchas cuestiones, pero que ofrece nuevos riesgos. La venta de medicamentos por Internet es ilegal.

En el caso español es ilegal, salvo para los medicamentos sin receta. Pero los medicamentos que se tienen que dispensar con receta, no se pueden vender por Internet. Esta es una práctica que empieza a aparecer, utilizando correos electrónicos y anuncios por Internet. Hoy acabamos de firmar un convenio con los farmacéuticos de España para colaborar en informar a los ciudadanos de los peligros que se tiene, no solo de que la venta de medicamentos por Internet es ilegal, sino de los peligros que existen por comprar medicamentos por Internet, porque algunos de ellos son falsificados. Por lo tanto, hoy empezamos una tarea de la mano de los farmacéuticos. Pero hoy también hemos anunciado la creación de una oficina, en el marco de la Secretaría General de Sanidad, que va a inspeccionar sistemáticamente lo que hay en la red en cuanto a oferta de venta de medicamentos, para tomar la decisión de llevarlos a los tribunales, de llevar esas iniciativas a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, a las comunidades autónomas y de actuar con los profesionales sanitarios para lo que proceda en función de esa acción de vigilancia. Lo que les quiero transmitir es que no damos un solo paso que no sea acordado previamente con los agentes. Es la manera que tenemos de entender el Sistema Nacional de Salud. Desgraciadamente, esto no aflora siempre como el valor del sistema. Cuando se comenta que el consejo interterritorial es un órgano inoperante, me da mucha tristeza porque no reconoce el ingente trabajo conjunto que se está haciendo entre comunidades autónomas y ministerio y la infinidad de acuerdos que hemos tomado por unanimidad en temas que son absolutamente relevantes. Alguna responsabilidad tendremos todos en estar cuestionando sistemáticamente la labor del consejo interterritorial y algo tendremos que rectificar, sin duda. Pero hay ahí un trabajo que explica por qué estamos consiguiendo determinados avances. Al representante del Grupo Parlamentario Popular le agradezco algunas críticas que realiza porque, sinceramente, soy de los que piensan que todo lo que hacemos siempre es mejorable. Las personas podemos mejorar. Tengo que reconocer que algunas pueden ser mejorables en la acción del ministerio, me quedo con que tenemos que comunicar mejor y trabajar más conjuntamente. Algunas de las cosas las podríamos hacer mejor y otras podrían llegar mejor, aunque no se modificaran algunos de los objetivos que hayamos pactado. Usted se refiere a la modificación de la estructura del ministerio y a que el Instituto Carlos III pertenezca al Ministerio de Ciencia e Innovación. En esto, como en todo, puede haber opiniones que pueden ser respetables, sin ninguna duda. Para mí la cuestión —sinceramente, y no es porque lo tenga que defender— no es si el ministerio tiene o deja de tener el Instituto de Salud Carlos III. Para mí, la cuestión fundamental —y lo planteó el ministro en su comparecencia— es si hay una alternativa mejor a una política de I + D + i en España. Puede haberla, pero la que se ha decidido es focalizarla en un ministerio. Sobre esa decisión, que tiene detrás el objetivo de fortalecer, de incrementar y de ganar el desafío de la innovación en un país como el nuestro, en general, la pregunta sería: ¿Se queda fuera la investigación biomédica? ¿La dejamos fuera o la incorporamos a esa gran apuesta estratégica? La respuesta, en nuestro caso, ha sido decir: la incorporamos. Una vez incorporada, que nadie tenga alguna duda de que el Ministerio de Sanidad y Consumo influirá en aspectos relevantes de la política de investigación en lo que tiene que ver con la investigación biomédica, entre otras cosas porque hay una estructura creada —una Comisión mixta— que permite la incorporación de la opinión del ministerio en la determinación de las prioridades. También hay fondos del ministerio que van a ir a esa finalidad y, además, esa investigación se va a hacer en el Sistema Nacional de Salud, con lo cual a nadie se le ocurre pensar que no va a hacerse con la participación del sector sanidad, del ministerio o de las comunidades autónomas. Cuando usted comenta algunas cuestiones que tienen que ver con centros del Carlos III —Escuela Nacional de Sanidad, Agencia Española de Evaluación de Tecnología Sanitaria, etcétera—, están dependiendo de las decisiones que se tomen en el ámbito del Ministerio de Sanidad y Consumo —como dice el decreto de estructura del ministerio—, hasta el punto de que le ratifico que lo que fue una iniciativa que tomamos en el ministerio de impulsar una estrategia de evaluación de tecnologías sanitarias —bien importante en lo que se refiere a la determinación del catálogo de prestaciones basado en criterios de evidencia—, el año que viene continúa con fondos del ministerio, con las agencias de evaluación de tecnología de todo el Estado, de las comunidades autónomas que tienen agencias y también la del Carlos III. Es decir, no dejamos de actuar de manera coordinada a la hora de definir iniciativas que son relevantes para el ámbito de la Sanidad. Específicamente, evaluación de tecnología sanitaria y plan de trabajo de la Escuela Nacional de Sanidad, por lo que tiene que ver con la vigilancia epidemiológica. Esas son actuaciones para el Ministerio de Sanidad y Consumo en las que seguimos teniendo capacidad de intervenir. En mi opinión, esa no es la cuestión. Sinceramente. Esto es opinable, como todo, pero la cuestión sería si se dejan de hacer cosas con el marchamo del Ministerio de Sanidad y Consumo o si no se dejan de hacer esas cosas. Esa es mi opinión. Y le puedo asegurar que no va a ser así.

Alguna cuestión más que plantea usted —y que no quiero dejar de responder— tiene que ver con la receta electrónica. Es relevante el impulso que ha dado el Gobierno al desarrollo de la sanidad en línea. Siempre se puede hacer más, pero en la legislatura pasada sentamos las bases con los convenios que se firmaron entre el Gobierno y las comunidades autónomas, de una inversión que era la suficiente para hacer posible la sanidad en línea. Esto significa un nodo central común en el ministerio y, técnicamente, la capacidad de que las tarjetas sanitarias puedan ser reconocidas en ese nodo central y permitan que, cuando un ciudadano se mueve por el territorio, la tarjeta sea válida, sin cambiar las

tarjetas ya emitidas por las comunidades autónomas. Cuestión importante y gran novedad en la historia —entre comillas— de los últimos quince años de la informatización del Sistema Nacional de Salud, donde hemos visto de todo. Las mismas tarjetas —con el trabajo que hemos hecho con las propias comunidades autónomas— van a ser válidas sin tener que cambiarlas; receta electrónica buscando la implantación, pero sobre todo la interoperabilidad e historia clínica digital, buscando la interoperabilidad y una historia común para el Sistema Nacional de Salud. En este momento ya estamos en el inicio del pilotaje de historia digital común, porque hemos acordado con las comunidades autónomas probar cómo funciona antes de su extensión. Viendo que, en algunos casos y en diferentes comunidades autónomas, cuando han extendido los propios sistemas de informatización de las consultas ha habido dificultades —lógicas cuando se extiende a una gran cantidad de transacciones—, y tratando de evitar que eso suceda, pilotaremos para poder extenderlo. De tal manera que lo que corresponde al ministerio es, básicamente, el impulso o cosa realizada y, sobre todo, asegurar la interoperabilidad de los sistemas.

En la prevención de la tuberculosis estamos dispuestos a hacer más cosas. Por lo tanto, espero sus propuestas, pero les digo que hemos aprobado una estrategia común de lucha frente a la tuberculosis. Hace seis u ocho meses, que se aprobó y se difundió a las comunidades autónomas. Probablemente hay que seguir haciendo más cosas pero esto, que era una demanda fundamental de los profesionales, de las asociaciones de pacientes y de algunas comunidades autónomas, que era acordar criterios comunes de actuación por el repunte que había de estas patologías, entre otros motivos porque había resistencia a los antibióticos comunes y la necesidad de readaptar las estrategias de actuación clínica frente a este problema, lo hemos hecho con el acuerdo de sociedad científica y comunidades autónomas. No tenemos problema en continuar profundizando en ello, pero no es un tema que se nos haya pasado; al contrario, le hemos dedicado atención, porque también las comunidades autónomas lo planteaban.

Probablemente me dejo algo sin comentar de las que usted me ha planteado. Si es así me lo recuerda y si le tengo que dar alguna información adicional, lo haré. Lo más relevante es la posibilidad de conseguir un espacio común de defensa del Sistema Nacional de Salud. Hay una cuestión a destacar en paralelo a esta tarea del Pacto por la sanidad: la financiación, a la que S.S. se ha referido, así como la portavoz del Grupo Socialista. Hay que hacer varias afirmaciones contundentes. El Sistema Nacional de Salud es un sistema muy eficiente. Esto es muy importante en un momento de crisis económica donde las tentaciones de todo tipo pueden asaltarnos. Es un sistema que con una inversión del 6 por ciento del producto interior bruto consigue los mejores resultados, en términos de salud, en relación con los países de nuestro entorno. Le voy a poner un ejemplo. En el año 1986 los indicadores de mortalidad infantil, de mortalidad materna y de mortalidad general en España eran peores que los de la media de la Unión Europea a Quince. En el año 2006 todos ellos han mejorado; están mejor que la media de la Unión Europea a Quince, entre otras cosas por el trabajo que se ha hecho desde el ámbito de la atención primaria. Podría darle más ejemplos. Es un sistema que tiene problemas, sin duda, y desafíos y no los queremos eludir ni los quiere eludir el consejo interterritorial. Le puedo asegurar que el compromiso de todos los consejeros y consejeras es muy importante. Se podrán discutir muchas cuestiones pero, por ejemplo, en listas de espera el esfuerzo que se ha hecho en los últimos cuatro años en España gracias al compromiso de las comunidades autónomas ha sido único y reseñable. ¡Claro que tenemos problemas! Si con el 6 por ciento del producto interior bruto somos capaces de conseguir cobertura universal e indicadores de salud más que aceptables, no podemos estar pensando que el sistema esté en peligro de sostenibilidad. Me parece importante señalar esto. No obstante, las variables que influyen en las necesidades de gasto en el caso de la sanidad —y ya acumulamos experiencias— nos inducen a pensar que los gastos van a tener que incrementarse. La innovación tecnológica, el envejecimiento poblacional, en algunas comunidades la dispersión —criterios que, como bien sabe, han sido barajados en el seno del propio consejo interterritorial— nos hacen pensar que va a ser necesaria más financiación. Y a eso se añade una característica propia de nuestro sistema de financiación, que es el hecho de que la financiación no es finalista y por lo tanto, son las comunidades las que deciden cuánto dinero definitivamente se pone en sanidad. Bien es cierto que si el sistema de financiación que se apruebe recoge bien los criterios de necesidades de gastos alineados con los criterios de necesidades de gasto de la sanidad, las comunidades podrán tener más posibilidades de suficiencia financiera, pero eso no sería bastante. Una vez tenida la suficiencia financiera de la comunidad autónoma, hay que ganar la batalla de la suficiencia financiera de los presupuestos de Sanidad, que le corresponde al Gobierno autonómico y más específicamente al consejero o consejera de Sanidad con el correspondiente consejero de Hacienda. En este sentido, es importante que sigamos incidiendo en que es necesario ganar la suficiencia financiera del Sistema Nacional de Salud no porque seamos más guapos que nadie, sino porque lo hacemos bien y queremos hacerlo mejor. Una de las cuestiones más relevantes que ha tenido el consejo interterritorial en su discusión sobre esta cuestión es renovar el compromiso de continuar profundizando en la racionalización del gasto. Por eso lo hemos metido en el Pacto por la sanidad como uno de los ámbitos de acuerdo común —porque aquí hay competencias compartidas— para seguir mejorando la gestión de la sanidad. No queremos gastar más, queremos gastar bien y gastar bien significa hacer las cosas bien. Me parece muy relevante que monitoricemos si los consejeros de Hacienda, cuando negocian con el

ministro de Economía y Hacienda el modelo de financiación, traen en la mochila los criterios que los consejeros de Sanidad hemos acordado en el consejo interterritorial como criterios que influyen en el gasto. Porque a lo mejor nos podemos llevar alguna sorpresa. Criterios que están definiendo consejeros de Sanidad como importantes para explicar por qué son necesarios los recursos en la sanidad a lo mejor no son defendidos cuando llega el momento. Sin embargo, ustedes nos lo imputan a nosotros y esto sí que es un problema de concepto que deberíamos corregir, básicamente porque este es un momento especialmente importante para fortalecer el sistema, salvo que tengamos una alternativa al modelo de financiación que diga: no, ahora la financiación va a ser finalista. No lo conozco, no creo que ni el Grupo Parlamentario Popular o ningún otro grupo hayan planteado eso como alternativa. Mientras siga siendo —y creo que está bien que lo sea— una financiación que la comunidad autónoma luego pueda definir a qué la dedica —teniendo que cumplir los mínimos comunes—, lo lógico es que todos nos exijamos, sobre todo en este momento no electoral. Este momento se caracteriza porque se está discutiendo un modelo de financiación y, por tanto, construyendo algo para el futuro. Sin dejar críticas que son necesarias, convenientes, a las que ustedes están obligados, debemos apuntar en la dirección de la autocrítica, de dónde podemos aportar más para asegurar que, de manera independiente a que ahora tengamos una situación de coyuntura económica desfavorable, no se pongan en riesgos las necesidades de financiación que tienen los servicios de salud, porque la población sigue valorando que el Sistema Nacional de Salud es un sistema bueno para sus necesidades, independientemente de que tengamos algunos problemas que resolver.

En definitiva, en este momento lo que mejor puede hacer el ministerio —y quiero reiterar nuestra disposición— es trabajar por que el Pacto por la sanidad sea posible. Para eso, estamos poniendo todo nuestro esfuerzo, no tengan duda. Además, hemos incorporado a las organizaciones sociales. Si somos capaces de llegar a un pacto en el marco en el que estamos ahora mismo, el de las administraciones competentes, para decidir qué modificamos o qué mantenemos de nuestra acción de gobierno en cada uno de nuestros ámbitos, el siguiente paso, que sería un pacto con los partidos o los grupos parlamentarios, será más fácil, porque podremos enriquecerlo y tendrá unas bases sólidas. Lo que me gustaría es el mayor apoyo —con propuestas críticas, por supuesto— para hacer posible que esto se haga realidad.

El señor **PRESIDENTE:** En el primer turno los dos grupos parlamentarios que han intervenido han utilizado unos quince minutos. Les propondría que nos ajustemos, para terminar cuando habíamos pensado, a cinco minutos de réplica por parte de cada grupo parlamentario para terminar con el resumen que tenga que hacer el secretario general.

Tiene la palabra la portavoz del Grupo Parlamentario Popular.

La señora **FERNÁNDEZ PARDO:** Intentaré ser muy breve, pero no me gustaría dejar en el tintero algunas de las cosas que no han sido respondidas por el secretario general. Por ejemplo, no hemos hablado de la obesidad infantil y juvenil —algo que nos preocupa mucho a todos— y en cuanto a recursos humanos nada se ha dicho del plan de retorno de los profesionales sanitarios españoles que trabajan fuera de España. En fin, se ha hablado de muchas cosas que espero que a lo largo de los próximos meses tengamos ocasión de debatir y de aclarar. En todo caso, tengo que decirle nuevamente, señor Martínez Olmos, que difícilmente se puede compaginar un mensaje de políticas sociales cuando las partidas presupuestarias —en este caso, del Ministerio de Sanidad— se ven mermadas ampliamente. Me llama la atención también el doble discurso que ustedes utilizan sistemáticamente; por ejemplo, políticas sociales, sin respuesta ni respaldo presupuestario. Y algo que ha utilizado también la portavoz socialista y que entiendo nuevamente como doble discurso; dicen que apuestan por la sanidad pública pero en aquellos lugares donde gobiernan curiosamente —nada que criticar ni nada que objetar— dedican la gestión de algunos centros hospitalarios a la gestión privada. Repito que no tengo nada que criticar ni que objetar, pero dejemos ya de avalar y de llevar siempre la bandera de la defensa de la sanidad pública cuando ustedes, allá donde gobiernan, privatizan algunos servicios. Por tanto, ese discurso no nos vale, es un doble discurso que entiendo que está obsoleto y que deben abandonarlo ya de una vez. Me estoy refiriendo, por ponerles solo un ejemplo, al hospital Costa del Sol, en Andalucía. Hay otras comunidades autónomas donde también se hace.

No compartimos con usted el hecho de que el Instituto de Salud Carlos III se haya pasado al Ministerio de Ciencia e Innovación. Entiendo que usted tiene que defenderlo y decirlo aquí. Nos parece que es una decisión equivocada desde cualquier punto de vista y que el Ministerio de Sanidad ha perdido con ello, no solo presupuestaria y económicamente sino en peso político. Usted lo notará aunque no nos lo reconozca ahora. De unidades de deahabituación tabáquica, alcohólica, no se ha dicho nada tampoco, aunque yo le había preguntado. Y luego usted mantiene que hay algunas cuestiones que no son de la competencia del ministerio, que no son competencia suya. Bien, pero no por ello ustedes no deben llevar el liderazgo. Nosotros entendemos que, aunque no haya competencia en algunas cuestiones, o sean competencias compartidas con las comunidades autónomas u otras administraciones, ustedes tienen que asumir el liderazgo por lo que representa el Ministerio de Sanidad en las comunidades autónomas en los temas de referencia.

Quedan muchas cuestiones pero yo le pediría y le agradecería que en esa apuesta que hacemos todos por

la sanidad pública, por la sanidad española, para que siga siendo una de las mejores del mundo, lleguemos a ese Pacto por la sanidad y a un acuerdo en cuanto a la financiación. Ustedes nos lo ponen difícil porque en los presupuestos disminuyen también las transferencias corrientes a las comunidades autónomas. Por eso no hago más que incidir en que, por más que ustedes hablen de cohesión, más calidad, más igualdad y más políticas sociales, resulta difícil compaginarlo cuando no lo respaldan presupuestariamente. Queda mucho por hacer, señor secretario general. En todo caso, como queda también mucho tiempo para debatir y para añadir temas importantes, y desde el Partido Popular siempre nos brindamos para colaborar en esa medida a que lleguemos a acuerdos siempre en defensa de la sanidad de todos los españoles, nos tendrá aquí, al Partido Popular, pero permítanos también que de vez en cuando alguna crítica le hagamos, porque creo que también es positivo para la sanidad española.

El señor **PRESIDENTE:** Tiene la palabra la portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, la señora Coello Fernández-Trujillo.

La señora **COELLO FERNÁNDEZ-TRUJILLO:** En referencia a lo que dice la portavoz del Grupo Parlamentario Popular de que no hacemos políticas sociales, si a usted le parece que un 53 por ciento de los presupuestos generales destinados a políticas sociales no es suficiente, yo le animo a que mire los presupuestos que elaboraba el Partido Popular en su época de Gobierno. Entonces me dirá usted si es así o no es así. Entiendo que también tendrá algo que ver la gestión que hagan de sus propios presupuestos las comunidades autónomas y tendrán algo de culpa en cuanto al espectacular aumento en algunas comunidades autónomas del gasto sanitario. Evidentemente, cada comunidad autónoma, en el ejercicio de su potestad y de su propia autonomía, podrá hacer con sus recursos sanitarios lo que estime oportuno, pero nosotros, como miembros de un partido de izquierdas y que además estamos en la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados hablando con el secretario general de Sanidad, seguimos apostando por la sanidad pública, independientemente de lo que considere cada consejería y cada comunidad. Entenderá que puede ser que alguno de nosotros tampoco entendamos lo del Instituto de Salud Carlos III, pero, en aras de lo que le ha dicho el secretario general, podríamos intentar por lo menos tener la prudencia suficiente de esperar a ver cómo funciona dentro del Ministerio de Ciencia e Innovación y comprobar realmente si ha sido efectiva la unificación de todas las innovaciones dentro de un solo ministerio o si sería mejor que estuviera separado, como usted estima oportuno. Todavía está por demostrar. Me parece a mí que es más conveniente dar un compás de espera para ver de qué manera se va a desarrollar el Instituto de Salud Carlos III, una vez que ha pasado a formar parte del Ministerio de Ciencia e Innovación.

De nuevo quiero reiterarle desde el Grupo Socialista, señor secretario general de Sanidad, la colaboración que va a tener en todos los miembros de este grupo para las realizaciones de trabajos del ministerio y también agradecerle la comparecencia.

El señor **PRESIDENTE:** Tiene la palabra el señor Martínez Olmos.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Martínez Olmos): Disculpe que no haya comentado alguna de las cuestiones que me había planteado. Por ejemplo, pregunta usted por políticas frente a la obesidad, concretamente frente a la obesidad infantil. Esto es también una prioridad a nivel europeo. Estamos terminando un proyecto de intervención en el ámbito educativo para la prevención de obesidad infantil que, además de otras medidas, incluía la estrategia NAOS, que ahora no merece la pena reseñar, y que en general ha sido muy bien acogido, tanto a nivel nacional como en el ámbito internacional. Nosotros pensamos que entrar en los colegios desde el punto de vista educativo y preventivo, y hacerlo también con las familias, es una tarea fundamental. Estamos terminando un proyecto que estamos elaborando con cinco comunidades autónomas —las que más prevalencia de obesidad infantil tienen—, para evaluar la eficacia de esa intervención. En función de los resultados que se deriven, lo que pretendemos es ponerlos a disposición de todas las comunidades para continuar su extensión. La obesidad infantil es una prioridad que nos va a llevar mucho tiempo y tenemos que combinar acciones educativas y acciones de mejora de la calidad de los alimentos que los niños consumen, fundamentalmente en el ámbito escolar, con acciones de promoción de la actividad física. La tarea creo que va a ser larga y difícil, pero queremos insistir en esa idea de poder evaluar el impacto de nuestras intervenciones. Trabajaremos en este marco de la obesidad ampliando este ámbito de trabajo educativo con los padres.

En recursos humanos, usted me había preguntado sobre el retorno de profesionales. Tengo que decirle que ya se está produciendo un retorno de profesionales. Estamos terminando una propuesta que, a través de las organizaciones profesionales, queremos hacer llegar a todos los profesionales que estén fuera. Tengo que decir que hay también cierta mitología al respecto. Los profesionales no nos movemos solamente en función de condiciones de trabajo para irnos del país, tenemos otra serie de incentivos que nos hacen querer quedarnos aquí: ser españoles, tener nuestra familia. En esto hay también algo de mitos. En cualquier caso, es verdad que tenemos que hacer un esfuerzo por recuperar a aquellos profesionales que quieran volver a España y ofrecerles las mejores condiciones posibles. De nuevo es necesario hacerlo conjuntamente con las comunidades autónomas, porque hay un elemento que se está mostrando muy atractivo para los profesionales que están fuera, que es el hecho de normalizar las ofertas públicas de empleo,

de darles cierta seguridad a esos profesionales de que en poco tiempo van a poder asegurar su puesto de trabajo. Esta es una tarea que tenemos que hacer conjuntamente con las comunidades autónomas. Estamos trabajando en ello y podremos presentarles una propuesta pronto. Hablaba también de deshabituación tabáquica o del alcohol. Esto está en el marco del trabajo que ha venido haciendo el ministerio con las comunidades autónomas a través de los fondos para prevención de tabaquismo. Hay comunidades autónomas que tienen unidades específicas sobre deshabituación de tabaquismo, además de otras actividades de prevención, y que reciben fondos del ministerio para ayudarles a desarrollarlo. Quiero anunciarle que vamos a dar un impulso a la política de prevención del tabaquismo en muchos aspectos y uno de ellos va a ser colaborar con las comunidades autónomas en la deshabituación tabáquica, especialmente de los grandes fumadores. Vamos a poner algunos fondos que permitan actuar de manera más eficaz. No es la única medida, evidentemente, pero usted me habla de unidades de deshabituación tabáquica y le digo que vamos a mantener los fondos que hemos tenido en años anteriores. Eso, en tiempos de situación de dificultad económica, creo que es una noticia interesante.

En relación con el debate de gestión privada o no, les voy a decir una cosa: cada comunidad tiene competencia para organizar los servicios como considere oportuno, pero sinceramente no se pueden comparar unos sistemas y otros, son diferentes; no digo que sean mejores ni peores, son diferentes. Andalucía, que se ha citado aquí, utiliza en algunos hospitales la gestión a través de empresas públicas y por tanto todo aquello que se pudiera derivar de una mejor gestión por ese procedimiento —imagínese que el coste de los procesos resultara menor que fuera de esa experiencia en el ámbito de otros hospitales—, si cuesta menos, si es más eficiente, queda en el ámbito del sistema público. Hay otros modelos donde a un precio fijo se concierta la prestación de servicios sanitarios. Si ese hospital o esa institución es capaz de gestionarlo más barato, lo que ahorra queda en bolsillos privados. No es ni bueno ni malo, es diferente, absolutamente diferente. No es privatizar o no privatizar, creo que ese es un debate distinto. Luego caben diferentes opiniones, se puede pensar que una cosa es mejor o que otra es peor, pero no son comparables en términos metodológicos. Se puede hacer lo que se quiera en política, pero los que sabemos de esto sabemos que no es comparable. Una empresa pública no es lo mismo que una empresa privada, no tiene nada que ver, absolutamente nada que ver, ni en la propiedad ni en el destino de los recursos. Como no es lo mismo una fundación que una empresa pública. Saben que la fundación, técnicamente, si produce ahorros se tienen que revertir en la finalidad para la que se creó la fundación. Son modelos diferentes pero no comparables. No se puede decir que son lo mismo porque son diferentes, aunque cada uno tiene el derecho de hacerlo como considere oportuno. Desde mi perspectiva, creo que cada uno tiene el derecho a hacerlo como considere oportuno y los demás pueden opinar también como quieran.

Hablaba usted sobre el liderazgo del ministerio. Yo creo que es importante enfatizar esta cuestión. Le quiero decir cómo entiendo yo el liderazgo del ministerio, por si le sirve para que nos siga haciendo críticas constructivas, que le agradezco, sinceramente. El liderazgo del ministerio lo entiendo, primero, haciendo propuestas que tengan para muchos temas una enorme solidez técnica. No tendría sentido que el Ministerio de Sanidad propusiera una iniciativa, en cualquiera de los campos, que tuviera debilidades técnicas. En muchas ocasiones la solidez técnica se consigue bien con propios recursos del ministerio, en la mayor parte de las ocasiones, o bien trayendo lo mejor que haya en el Sistema Nacional de Salud en alguna comunidad autónoma y poniéndolo como referente. Afortunadamente, creo que de las cosas positivas que tiene la descentralización es que genera capacidades, innovaciones y experiencias que son muy importantes y también forma parte del liderazgo saber poner en valor iniciativas de comunidades autónomas, sea cual sea el signo político, y me distingo por no tener actitudes discriminatorias en ese sentido. Por tanto, solidez técnica, bien de los propios funcionarios o técnicos del ministerio o bien de funcionarios o técnicos del Sistema Nacional de Salud. Le podría poner numerosos ejemplos de ambas situaciones. Pero eso, que está bien, no es suficiente, porque luego hay iniciativas que dependen de la voluntad de la Administración correspondiente, de la voluntad soberana, competencial. Un ejemplo: cuando hablábamos de la cuestión del calendario vacunal, la posición técnica del ministerio, que además estaba avalada por dieciséis comunidades autónomas, era que no estaban de acuerdo con esa decisión.

Hay que liderar con una combinación de capacidad técnica de elemento competencial y de voluntad de todos en muchos casos. Siempre pongo un ejemplo. Donde tenemos toda la competencia, por ejemplo en política farmacéutica, ¿alguien duda del liderazgo del ministerio? De verdad, no se puede poner en duda ese liderazgo cuando ha sido capaz de tomar decisiones, aunque puedan ser discutibles: rebajamos precios de medicamentos, bajamos el precio de la distribución, modificamos el Decreto 5/2000, tomamos criterios de financiación de medicamentos con criterios de financiación selectiva. Le puedo citar multitud de decisiones, todas discutibles porque todas lo son, pero en el ámbito competencial del ministerio y son de obligado cumplimiento, porque si nosotros incorporamos un medicamento o no lo incorporamos es una decisión de obligado cumplimiento; si se decide un precio o se decide otro, es de obligado cumplimiento. En aquellos sitios donde la competencia no es única del ministerio el liderazgo no consiste en decir: oiga yo quiero que se haga esto y además lo sustento en una magnífica decisión argumentada técnicamente. También se basa en la cooperación y en la voluntad, no en que nos tengan que hacer caso,

porque a veces alguien puede pensar que es mejor su propuesta en el ámbito de su competencia. Cuando a veces no se llega a un acuerdo en cuestiones que están competencialmente distribuidas no es por un problema necesariamente de falta de liderazgo del ministerio, es que a veces no se está de acuerdo y cada uno, en el ámbito de sus competencias, toma decisiones; luego se podrán discutir las decisiones. Pero muchas de las cosas que nos han pasado tienen que ver con que a veces tenemos puntos de vista diferentes, alguna vez por intereses, otras veces son puntos de vista diferentes legítimos; también la defensa de intereses es legítima, no quiero decir que no. Pero esto es importante, porque cuando hemos estado en el marco de nuestras competencias, el Gobierno ha demostrado que tiene capacidad de liderazgo y creo que los resultados nos avalan, hemos conseguido moderar el crecimiento del gasto, dar más transparencia a la toma de decisiones, cuestiones que están ahí. Al menos admita en términos intelectuales que podemos decidir aquello que está en el ámbito de nuestras competencias y el liderazgo, en muchos otros temas que son competencia de todos, lo hemos conseguido cuando hemos conseguido muchos acuerdos por unanimidad; a veces no hemos llegado a acuerdos. Lo que no debiera ser es que una excepción parezca la constante, porque creo que no es justo con el trabajo de todos.

Sinceramente creo que tenemos cosas que mejorar pero todos hemos hecho cosas muy importantes, porque estamos aprendiendo con las competencias ya en poder de cada uno que a veces tenemos problemas similares; estamos aprendiendo que ponernos de acuerdo nos viene muy bien para poder ganar los desafíos de futuro, porque a veces compartimos problemas porque las cuestiones estructurales son similares en una comunidad y en otra, porque la cultura de los ciudadanos es similar, porque los problemas con los profesionales son similares. Yo pediría, desde la crítica, por supuesto, el refuerzo de lo que va bien, pero no la crítica fácil; en mi opinión, una crítica fácil es decir que el Gobierno no lidera. Si una comunidad no ha querido poner una vacuna en el calendario vacunal no es un problema de liderazgo. Ahora, sí le voy a subrayar una cosa en ese sentido, porque me parece especialmente importante: cuando una comunidad decide, por el uso de sus competencias, que incluye una vacuna en el calendario vacunal, eso también se puede valorar en términos de salud, y empieza a haber datos sobre resistencias, que ya se apuntaron en la ponencia técnica del ministerio, de lo que podía suceder por incorporar una vacuna que puede desplazar a otros serotipos, en este caso neumococos, que estaban siendo poco prevalentes porque se generan determinadas resistencias. Esta es una cuestión técnica pero también una cuestión de liderazgo. Al final sigue siendo una cuestión competencial y por eso nos parece importante que sin acritud, sin hacer sangre, también podamos aprender que a lo mejor algunas decisiones fueron equivocadas, también para nosotros. Y por lo tanto a lo mejor se pueden reestructurar en el marco del Pacto por la sanidad. Esta es la concepción que yo tengo del liderazgo, la que creo que estamos llevando desde el ministerio; a veces no aparece tan nítidamente como la estoy tratando de explicar, porque hay ruido en el ambiente, ruido que nubla un poquito lo que está sucediendo. Pero creo que esto es lo sustancial.

Quédese, de verdad, con el ofrecimiento de trabajar en común, que lo hacemos sinceramente.

El señor **PRESIDENTE:** Gracias, señor Martínez Olmos.

PREGUNTAS DEL SEÑOR GUTIÉRREZ MOLINA, DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO, SOBRE:

— PREVISIONES ACERCA DE ELABORAR E IMPULSAR EN EL SENO DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD UN PLAN INTEGRAL DE MODERNIZACIÓN Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA. (Número de expediente 181/000197.)

— PREVISIONES ACERCA DE LA MODIFICACIÓN DEL REAL DECRETO DE SEPTIEMBRE DE 2006 PARA AMPLIAR Y RENOVAR LA CARTERA DE SERVICIOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. (Número de expediente 181/000201.)

El señor **PRESIDENTE:** Quedan únicamente las dos preguntas, que hemos fundido en una sola, del señor Gutiérrez Molina, del Grupo Parlamentario Popular. Tiene la palabra.

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA:** Una vez más, señor secretario general —espero que sea secretario general, que no le hayan ascendido a lo largo de esta Comisión a secretario de Estado, por lo cual yo también me felicitaría—, bienvenido otra vez a la Comisión. Hemos tenido varios debates y espero que el de estas preguntas sea lo suficientemente conciso para agilizar el tiempo y la cuestión.

El hecho de haber unido las dos preguntas ha sido porque en mi opinión, y espero que en la de mi grupo también, las dos se enmarcan dentro del desarrollo de la comparecencia del ministro de Sanidad y Consumo ante la Comisión de Sanidad de este Congreso de los Diputados del 2 de junio, enmarcada dentro de una serie de iniciativas, de programas que tenían que ver con la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y en las cuales estaban imbricadas tanto las previsiones para impulsar cerca del Consejo Interterritorial de Salud el Plan integral de modernización y calidad de la atención primaria como la cartera de servicios. He reunido las dos porque, aunque parece que son dos temas que no se compadecen, bajo mi criterio sí lo hacen. Hay algunas

cuestiones de ambos epígrafes que me gustaría que el señor secretario general concretara. Es verdad que sobre todo en la cartera de servicios, bajo la óptica de mi grupo, aun cuando el Gobierno en el año 2006 elaboró el real decreto sobre la cartera de servicios, en el momento actual hay algunos elementos francamente mejorables. Algunos no se han desarrollado con la especificidad y amplitud que nosotros quisiéramos, no se ha renovado ni se ha actualizado con la celeridad suficiente la cartera de servicios en el momento actual. Quizá ese sea el aspecto más criticable, entre comillas, de la interpelación que en este momento le hago, porque creo que se ha quedado enormemente corta. Muchos de los aspectos que el señor ministro desarrolló aquí, en la Comisión de Sanidad —y de la que tenía yo respuesta por escrito—, eran reproducciones de la cartera de servicios de hace ya tiempo, de años pasados. El aspecto de la prestación sociosanitaria nos ha parecido que se ha quedado corta o que es manifiestamente mejorable, con objeto de que —con el compromiso del programa electoral con el que se compareció por parte del Partido Socialista a las elecciones— se publique regularmente por Internet la cartera de servicios; y salvo torpeza de mi parte —que pudiera ser— no la he visto publicada o colgada, como habitualmente se dice.

Yendo al fondo de la cuestión, señor secretario general, me gustaría que concretara qué entiende por la extensión a lo largo de la legislatura del Plan de salud bucodental infantil para edades comprendidas entre siete y quince años. La legislatura es la que es, tiene un periodo máximo de cuatro años. Quizá haría falta un poco de concreción sobre el estado actual en que se encuentra el Plan de salud bucodental, que lo conocemos, pero también las previsiones y medidas que el Gobierno o el ministerio piensa aplicar. También sobre la regulación de los tiempos máximos de espera, a la que el señor secretario general ha hecho mención durante la comparecencia, precisamente en una de las intervenciones de la portavoz de mi grupo. Sobre todo en atención primaria, en pruebas complementarias derivadas principalmente de atención primaria, que queda un poco oscurecida, que queda un poco con sombras, porque no se separa bien el criterio de regulación de tiempos máximos de espera. Casi todos creemos —también el Gobierno— que se refiere, principalmente, a los tiempos máximos de espera quirúrgicos en atención especializada. A mí me gustaría hacer este matiz, porque me preocupan más las formas complementarias, principalmente en atención primaria, donde muchas veces el propio facultativo, el propio profesional, pierde, entre comillas —y permítanme la expresión—, el decurso de la enfermedad y del paciente.

Me gustaría, si no es ahora, más tarde, por escrito, porque el tiempo es corto, una respuesta de mayor desarrollo —algo que el señor secretario general ha hecho sobre la interpretación de la interpelación de la portavoz de mi grupo— en cuanto a cómo está o cómo concreta la redacción de una estrategia de cuidados de enfermería; que se establezcan —como decía el señor ministro— nuevas competencias, nuevos papeles, nuevas intenciones, nuevos roles —como se dice ahora— a estos profesionales. Aquí se ha tratado por parte de los dos grupos —también por mi grupo— y me gustaría que, aparte de lo que el secretario general ya ha dicho aquí, si no puede ahora, lo haga con mayor precisión por escrito. Como habrá tiempo en esta legislatura de preguntar más sobre esto y habrá más comparecencias del señor secretario general, lo dejamos ahí para que el señor secretario general conteste con la suficiente certeza a estas cuestiones.

Hay algo en cuanto a atención primaria —aparte de lo que el señor secretario general ha hablado—, del proyecto AP 21 y del marco estratégico para la mejora de la atención primaria en España, de la que ya ha dado buena cuenta aquí y de la que nos damos por contestados. Ampliaremos los aspectos para concretar todo lo que dice tanto por escrito como en la comparecencia sobre este programa al que el señor secretario general ha hecho mención, el proyecto Atención Primaria 21. Conocemos la difusión y la distribución por comunidades autónomas, los directores generales, los subdirectores generales, los centros de salud, etcétera. No se trata de una actuación de campanario, pero como Melilla depende del Ingesa, me permito instarle desde aquí a hacer un mayor esfuerzo supletorio, con objeto de que no quede descolgada desde el punto de vista de la transmisión de información de este programa, porque muchas veces me evitaría tener que plantear cuestiones en este Congreso de los Diputados, tanto de forma oral como por escrito, y que el señor secretario me dijera que ya lo tengo que saber, porque ya lo ha mandado a mi ciudad autónoma. Si es redundante, le pido disculpas, pero muchas veces el cruce de información —por decirlo de una manera suave— no se tiene con la suficiente celeridad.

Termino. En cuanto a la evaluación de las estrategias de salud aprobadas durante la anterior legislatura en atención primaria, me gustaría una mayor concreción, si pudiera ser, que la que ofreció el señor ministro, que lo hizo como una especie de declaración de intenciones en la comparecencia tantas veces citada por mí en mi intervención. Me gustaría saber si tienen previstas actuaciones en atención primaria sobre el cáncer, sobre cardiopatías isquémicas, sobre diabetes, sobre salud mental, incluso sobre algo que muchas veces está contemplado en atención especializada o medicina hospitalaria, que son los accidentes vasculocerebrales. Muchos pacientes van a centros de salud con patologías equivocadas o autodiagnosticadas por ellos mismos, incluso con mucho tiempo de demora, no porque no se les atienda, sino porque se confunden con otras patologías, lo que hace que aumente no solamente el costo, sino también la estancia media en los hospitales precisamente por la falta de viabilidad en atención primaria. También me gustaría saber si tienen previsto en atención primaria algo que no sería ocioso incluir, igual que está previsto en el capítulo VI de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, las enfermedades raras pueden tener

una conceptuación dentro de atención primaria. No sería malo, señor secretario general, si no lo han pensado, que piensen en desarrollar un programa que está amparado por la ley. Ustedes pueden hacer uso perfecto de ello. Por si le puede servir, aunque venga desde esta bancada, le doy no el consejo, que soy muy malo para darlos, pero sí la sugerencia de que también lo tengan en atención primaria. Lo mismo digo de la salud sexual y reproductiva. Evidentemente, el señor ministro lo dijo como algo que viene en la Ley de cohesión del Sistema Nacional de Salud, pero, desde mi punto de vista, enfatizó poco. Se lo digo a usted ahora, y si no insistiré por escrito, para que lo que se quedó en un marco de declaración de intenciones tenga mayor concreción.

En resumen, señor secretario general, señor presidente, hay dos aspectos fundamentales que nos preocupan: el desarrollo, la temporización —no se me ocurre otra palabra— de los aspectos básicos y fundamentales de la cartera de servicios, que a mi entender adolece de los criterios que le indiqué al inicio de mi intervención, y sobre todo la concreción en los objetivos de atención primaria para dar mayor contenido a este marco estratégico para la mejora de la atención primaria en España 2007-2012, que, con la concurrencia de todos los grupos, podría ser un proyecto con mayor contenido, con mayor calado y desde luego con mayor desarrollo en un periodo de tiempo, un quinquenio, que es suficiente para vertebrar la atención primaria de salud, en lo que todos los grupos políticos estamos interesados.

El señor **PRESIDENTE:** Sabiendo a la hora que estamos ya, pido que sean muy concretos el interpelante y el interpelado.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Martínez Olmos): Gracias, señor Gutiérrez, por su intervención. Creo que compartimos la preocupación por la mejora de la sanidad, en concreto en Ceuta y Melilla, Melilla, que creo que es la circunscripción por la que usted es diputado. Sin lugar a dudas, el impulso de la atención primaria es un objetivo que tenemos planteado. Antes comentaba que corresponde, como en todas las estrategias, una evaluación a los dos años. Hemos definido 94 indicadores. Antes me lo preguntó la portavoz del Grupo Popular, y le pasaré información por escrito de cuáles son los indicadores. Los indicadores están acordados con las sociedades científicas y con las comunidades autónomas para ver cómo se están cumpliendo tanto en el ámbito nacional como en el autonómico, los objetivos que nos planteamos en la estrategia. Me parece que en ese sentido se va a abrir una reflexión, igual que en otras estrategias a las que luego me referiré, sobre la redefinición de algunos objetivos. Las cosas son cambiantes y es una buena oportunidad para redefinir lo que se considere oportuno a raíz de la evaluación. Si tuviera que decirle algo concreto en relación con el tema, le diría que me parece muy interesante la aportación que usted ha hecho sobre reforzar la capacidad de resolución de la atención primaria, y especialmente su papel en el ámbito de las enfermedades raras y de los accidentes cerebrovasculares; coincidimos plenamente. En el ámbito de las enfermedades raras, en el cual se está elaborando también una estrategia que pronto se podrá presentar al consejo interterritorial, el papel de la atención primaria es básicamente el de la detección precoz. Por tanto, la información a ciudadanos pero sobre todo la formación a profesionales van a ser unos elementos que se incorporarán en esta estrategia con la idea de reforzar la capacidad de la atención primaria. En segundo lugar, en accidentes cerebrovasculares, estrategia que tenemos previsto poder presentar próximamente en el consejo interterritorial, es cierto que uno de los elementos donde se puede mejorar la calidad de la atención es en la detección precoz, en los primeros síntomas, y puesto que muchas veces los pacientes acuden a primaria para recibir atención en situaciones de esta naturaleza, la mejora de la capacidad de respuesta de atención primaria nos puede permitir mejorar la calidad de la atención a este problema de salud. En definitiva, la estrategia de atención primaria va a ser evaluada. En el primer semestre de 2009 tendremos un resultado de esa evaluación; me brindo a venir a esta Comisión a presentar resultados y a debatir con ustedes las posibles mejoras que pueda tener la atención primaria y los compromisos que podamos adquirir las diferentes administraciones para potenciar este nivel de atención, que tienen gran mérito en los resultados en salud que hemos conseguido en España aunque existen desafíos que antes hemos comentado que son necesarios superar.

Me preguntaba usted también por la cartera de servicios. Creo que hay una base muy sólida de definición del procedimiento de actualización y de definición de la cartera de servicios en la Ley de Cohesión y Calidad. Establece un procedimiento muy interesante porque básicamente lo que hace es ligar las decisiones sobre nuevas prestaciones a su evidencia científica y a su impacto económico. De tal manera que cualquier nueva prestación tiene que llevar un informe de evaluación tecnológica y un informe de impacto económico previsible, con sentido positivo o negativo; si es un impacto relevante pasará al Consejo de Política Fiscal y Financiera para que tome las decisiones. Este es un tema que yo quiero señalar porque sienta las bases del futuro de la actualización de la cartera de servicios, que se actualiza con el decreto del año 2006, donde acordamos con las comunidades autónomas un planteamiento de denominador común, que fuera factible en el marco de financiación que teníamos en ese momento. Todas las comunidades y el ministerio pensábamos que había algunas novedades que podría ser conveniente plantearse incorporar a la cartera de servicios, pero decidimos hacerlo en el marco del nuevo sistema de financiación autonómica, para no comprometer la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, teniendo en cuenta que sí que estábamos asegurando la incorporación de la innovación de medicamentos que venían y vienen apareciendo en el

mercado. Por ello hemos incluido como un objetivo importante en el Pacto por la sanidad el procedimiento para la actualización, pero no solamente el procedimiento sino qué cosas vamos a incorporar de manera acordada en la actualización de la cartera de servicios. Me parece que esto es fundamental, que definamos conjuntamente qué ampliaciones se tienen que dar, y algunas líneas están marcadas. Quiero señalarle que es necesario mejorar el catálogo de prestaciones ortoprotésicas, que tiene que ser cubierto, y redefinir cuáles serían los ámbitos que usted denomina sociosanitarios —yo también— que pueden ser competencia del ámbito de la sanidad para dar garantía a los ciudadanos y que eso tenga el correlato de financiación que se necesita. En ese sentido, esos son los temas que ponemos encima de la mesa en el marco del Pacto por la sanidad.

Y termino refiriéndome a algo a lo que usted ha hecho mención y que tiene que ver con prestaciones pero también con garantías, que son las garantías de tiempos máximos de espera. En esta legislatura vamos a proponer una norma común de tiempos máximos de espera quirúrgicos. Pensamos que ya hay información suficiente como para poder saber cuáles serían los tiempos máximos que podemos alcanzar, aprovechando incluso experiencias de algunas comunidades autónomas que han hecho normas en este sentido. Pero respecto al paso que usted plantea de tiempos de espera máximos en pruebas diagnósticas y en consultas externas, se requiere una reflexión en el marco del Pacto por la sanidad, porque tenemos que conseguir una información adicional que todavía no tenemos, aunque hemos dado pasos, y en este sentido quiero agradecer el trabajo que han hecho las comunidades autónomas. Tenemos datos de varias comunidades autónomas pero no de todas porque estaban montando los sistemas de información necesarios para ello y necesitamos esa base para poder tomar las decisiones sobre tiempos máximos de espera en estos ámbitos. Por eso lo que podemos ofrecer es una norma de tiempos máximos de espera en el ámbito quirúrgico, que fue lo que comprometió el ministro en su comparecencia, y en función de los resultados del trabajo que se está haciendo en el marco del Pacto por la sanidad concretaremos en los próximos meses, probablemente a partir de junio de 2009, que es cuando tenemos previsto cerrar este proceso.

El señor **PRESIDENTE:** No habiendo réplica por parte del señor Gutiérrez Molina, damos por finalizada esta sesión agradeciendo de nuevo la comparecencia al secretario general de Sanidad.

Eran las dos y cincuenta minutos de la tarde.

Edita: **Congreso de los Diputados**
Calle Floridablanca, s/n. 28071 Madrid
Teléf.: 91 390 60 00. Fax: 91 429 87 07. *http://www.congreso.es*

Imprime y distribuye: **Imprenta Nacional BOE**
Avenida de Manoteras, 54. 28050 Madrid
Teléf.: 902 365 303. *http://www.boe.es*

Depósito legal: **M. 12.580 - 1961**