



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2009

IX Legislatura

Núm. 390

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. DON GASPAR LLAMAZARES TRIGO

Sesión núm. 21

celebrada el miércoles 14 de octubre de 2009

Página

ORDEN DEL DÍA:

Comparecencia de la señora ministra de Sanidad y Política Social (Jiménez García-Herrera para informar sobre:

- Las actuaciones desarrolladas hasta el momento en relación al control sanitario de la pandemia por gripe A y especialmente de las previsiones en relación a la disponibilidad de vacunas para los próximos meses, la población susceptible de ser inmunizada, las circunstancias y garantías de su suministro y los medios económicos y organizativos que se prevén necesarios. A petición del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 213/000481.)

2

— Las actuaciones desarrolladas hasta el momento en relación al control sanitario de la pandemia por gripe A; de las previsiones en relación con la disponibilidad de vacunas para los próximos meses, la población susceptible de ser inmunizada, las circunstancias y garantías de su suministro y los medios económicos y organizativos que se prevén necesarios; de los criterios aplicables al inicio del curso escolar, y su homologación en el conjunto del sistema educativo; de la política informativa llevada a cabo hasta el momento y la posibilidad de establecer medidas comunes de conformidad con la Ley Orgánica 3/1986, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública. A petición del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 213/000504.)	2
— Las medidas que el Gobierno tiene previsto adoptar en relación a la situación generada por la gripe AH1N1 en nuestro país. A petición propia. (Número de expediente 214/000105.) . . .	2

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

El señor **PRESIDENTE**: Comenzamos la sesión de la Comisión de Sanidad y Política Social, en este caso a petición del Grupo Parlamentario Popular y a petición del Gobierno, en relación a la gripe A. El Gobierno, de forma genérica en relación a los últimos datos sobre la gripe y las medidas que tiene previsto adoptar en relación a la gripe H1N1 en nuestro país, y el Grupo Parlamentario Popular hace referencia a la disponibilidad de vacunas, la población susceptible, circunstancias y garantías de suministro, medios económicos y organizativos, curso escolar, política informativa y medidas de acuerdo con la Ley Orgánica 3/1986, de medidas especiales en materia de salud pública. Es un punto único del orden del día. Intervendrá inicialmente la ministra de Sanidad y Consumo, a continuación, el grupo petionario, que es el Grupo Parlamentario Popular y, después, de menor a mayor, el resto de los grupo parlamentarios. El tiempo será, según el Reglamento y según lo que he hablado con los portavoces, en torno a diez minutos, pero actuaremos, como siempre, con flexibilidad. Sin más, tiene la palabra la ministra de Sanidad y Política Social, doña Trinidad Jiménez.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL** (Jiménez García-Herrera): Comparezco nuevamente en esta Comisión para informar sobre la situación epidemiológica de la gripe A H1N1 en nuestro país, así como sobre las medidas y actuaciones que el Gobierno está adoptando y tiene previsto adoptar para hacer frente a la pandemia. Señorías, esta es la quinta vez que comparezco en esta Cámara para informar de manera específica sobre la evolución de la gripe desde que se declaró la alerta global, a finales del pasado mes de abril, es decir, desde hace poco más de seis meses. Desde el primer momento me comprometí a transmitirles a todos

ustedes de forma periódica información rigurosa sobre la evolución de la epidemia en España y sobre las medidas adoptadas por el Gobierno, de acuerdo siempre con las comunidades autónomas y en base al trabajo de los respectivos comités técnicos que incorporan las aportaciones de los expertos. Por ello, quiero agradecerles, una vez más, a todos los grupos políticos aquí representados su apoyo permanente. Esta disposición nos ha permitido reforzar ante los ciudadanos un mensaje necesario y permanente de tranquilidad, de seguridad y de confianza en las autoridades sanitarias.

Quisiera comentar los últimos datos disponibles sobre la situación epidemiológica en nuestro país. En primer lugar, la tasa estimada de gripe clínica en atención primaria en la semana que va del 27 de septiembre al 3 de octubre, fue de 94,72 casos por cien mil habitantes. Esto permite calcular que en España se podrían haber producido en la semana mencionada 42.327 casos de gripe clínica. De los casos analizados, el 95,8 por ciento ha resultado positivo para el nuevo virus de la gripe A H1N1, por lo que se estima que el número de casos de nueva gripe pandémica que podrían haber ocurrido a lo largo de esa semana sería de unos 40.564. En segundo lugar, a fecha 8 de octubre, se han producido 43 fallecimientos relacionados con gripe A, más un caso que nos ha sido informado a lo largo del día de hoy. La tasa de letalidad acumulada desde la semana 27, que fue el momento en que se informa a partir del sistema de vigilancia por médico centinela, es de 0,17 fallecidos por cada mil afectados de gripe A H1N1. Quiero subrayar que continuamos con una situación clínica en la que prácticamente la totalidad de los casos cursan con un cuadro leve, con una evolución favorable y que, además, responden a los tratamientos convencionales. Comparado con los datos de las semanas precedentes en los que la situación se podía calificar, en términos generales, de estable, estas dos o tres últimas semanas se habría producido un incremento sostenido de la incidencia

—siempre dentro de lo previsible— a medida que nos vamos adentrando en el otoño y hasta que hayamos superado lo que denominamos el umbral epidémico. Pero, insisto, era algo que teníamos previsto. Ahora bien, el hecho de que haya habido una mayor propagación del virus no implica una mayor peligrosidad, como así lo indican los datos. Por lo tanto, aunque se advierta una tendencia al incremento de la frecuencia, que es previsible a medida que se acerca el invierno, los datos de mortalidad se mantienen absolutamente estables desde el primer día que se declara la pandemia. También hemos podido observar que han bajado los casos de gravedad que han necesitado su ingreso en las UCI.

Señorías, lo cierto es que el nivel de preocupación ciudadana sobre la evolución de la nueva gripe, tanto en España como a nivel internacional, es ahora mucho más proporcional a la situación real de lo que era hace unas semanas, y todos nos debemos felicitar por ello. Como saben, hemos hecho un esfuerzo permanente para que desde el primer día y desde el primer momento pudiéramos desarrollar una política de transparencia y rigor en la transmisión de la información. Hemos querido dar en todo momento una respuesta que sea proporcionada a la situación y, sobre todo, siempre basada en la evidencia científica acumulada hasta la fecha. Insisto en recordar que estamos en presencia de un virus que todavía es nuevo y desconocido en algunas de sus facetas. Hemos ido adoptando una serie de medidas y decidiendo distintas actuaciones con la colaboración de todos —también de ustedes—, que han contribuido a reforzar —como señalaba— ese mensaje de confianza en nuestro Sistema Nacional de Salud. Sin duda, esta era la obligación desde el Gobierno. Pero también coincidirán conmigo en que debemos seguir trabajando y, por tanto, debemos seguir manteniendo la alerta sanitaria, tal y como nos recomienda la Organización Mundial de la Salud, para anticipar cualquier eventualidad y para prever cualquier posible escenario. Como les decía, seguimos en alerta; no vamos a bajar la guardia en ningún momento. Esto significa, en primer lugar, que tenemos activado —y esto es lo más importante— todos los mecanismos de vigilancia, y mantenemos una estrecha y permanente coordinación con los sectores científicos y profesionales, dado que son finalmente los profesionales sanitarios quienes han de aplicar las medidas y estas tienen que estar basadas en las evidencias científicas disponibles. En segundo lugar, significa que seguiremos trabajando y actuando en permanente coordinación con la Organización Mundial de la Salud y los órganos de la Unión Europea, alineando nuestras decisiones con las directrices establecidas por las autoridades sanitarias internacionales. Y, en tercer lugar, la coordinación institucional tiene que ser constante y permanente con las autoridades sanitarias de las comunidades autónomas. Estamos desarrollando una respuesta única que, además, es una respuesta común que está basada en el acuerdo —que siempre es unánime— con las comunidades autónomas, lo cual contribuye no solamente a reforzar la credibilidad

social en las medidas adoptadas en cada momento, sino a reforzar nuestro mensaje de tranquilidad en las decisiones que estamos adoptando. Como ya he hecho en numerosas ocasiones, quiero reconocer y agradecer expresamente una vez más el esfuerzo conjunto de todos para actuar de manera rápida y coordinada, sobre todo el trabajo de los profesionales sanitarios que han estado a la altura de las circunstancias en todo momento, y de una manera especial en este momento porque es a quienes les toca gestionar la situación de epidemia de la ciudadanía.

En la ronda de encuentros con todos los presidentes de las comunidades autónomas, que inicié hace ya unas semanas para informar sobre la evolución de la gripe A H1N1, he tenido la oportunidad también de expresar mi agradecimiento y, sobre todo, la lealtad institucional manifestada por la totalidad; y quiero insistir en que es la totalidad de los consejeros y consejeras de todas las comunidades autónomas. Esta lealtad nos ha permitido alcanzar una posición de unanimidad en el conjunto de las decisiones acordadas, contribuyendo —como también señalaba anteriormente— a dar una mayor seguridad y tranquilidad a la ciudadanía. Precisamente, en el próximo consejo interterritorial que tendrá lugar el día 22 de octubre —es el quinto que se reúne para tratar este asunto— queremos continuar con esta línea de trabajo, siempre basada en el consenso. Esta reunión nos va a servir fundamentalmente para adoptar medidas concretas sobre la estrategia de vacunación que va a seguir España. Como saben, España ha adquirido vacunas para dar cobertura hasta un 40 por ciento de la población española, además de proceder a hacer una reserva adicional que nos permitirá vacunar incluso hasta el 60 por ciento de la población, si ello fuera necesario. La definición de los grupos de riesgo ha sido ya acordada unánimemente por el consejo interterritorial; se acordó formalmente el día 31 de agosto, refrendando la propuesta que nos había hecho en su momento, también por unanimidad, la Comisión de Salud Pública. No obstante, en la próxima reunión del consejo interterritorial, que se celebrará la semana próxima, Gobierno y comunidades autónomas revisaremos las recomendaciones de las autoridades sanitarias internacionales, las evaluaciones de los grupos técnicos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y la propia evolución de la epidemia para ratificar o actualizar, si ello fuera necesario, esta definición. Quiero transmitirles que el criterio de la Comisión de Salud Pública que se reúne semanalmente —la última en el día de ayer— continúa siendo, de manera unánime, mantener los grupos de riesgo que han sido ya definidos y ratificados en el consejo interterritorial.

Por otro lado, la vacuna estará disponible en España para iniciar la estrategia de vacunación en la fecha que nos recomiende la Comisión de Salud Pública y que previsiblemente —insisto, previsiblemente— se situará en torno a mediados del mes de noviembre. De hecho, España ha empezado a recibir las primeras dosis según

lo acordado en nuestros contratos con las empresas farmacéuticas; están en las instalaciones de los laboratorios a los que hemos hecho la adquisición. Quiero insistir en la importancia de la seguridad de la vacuna, porque las autoridades sanitarias y la Agencia Europea del Medicamento, la EMEA, estamos siendo y vamos a ser especialmente cuidadosos en garantizar al máximo posible la efectividad y, sobre todo, la seguridad de las vacunas. Por lo tanto, la información disponible que tenemos hasta la fecha nos habla de seguridad y de eficacia. Como saben, el pasado 25 de septiembre, la EMEA hizo público su dictamen técnico favorable sobre la seguridad y eficacia de las dos primeras vacunas de los laboratorios Novartis y Glaxo; y el 2 de octubre se pronunció también sobre la seguridad y eficacia de la tercera vacuna de Baxter. Unos días más tarde, la Comisión Europea hizo pública también su decisión de autorizar la comercialización de dicha vacuna en todos los Estados miembros de la Unión Europea. Es decir, los datos de los ensayos clínicos realizados a nivel internacional apuntan a la efectividad y seguridad de la vacuna que vamos a administrar en nuestro país. Con estos datos ya disponibles, el próximo consejo interterritorial del 22 de octubre también va a abordar la definición del calendario de vacunación frente a la gripe A H1N1 en nuestro país. Como he señalado anteriormente, se podrá iniciar la campaña a mediados de noviembre, una vez que todas las comunidades autónomas hayan finalizado la vacunación de la gripe estacional. También quiero anunciarles que tengo intención de proponer al pleno del consejo interterritorial, una vez sea considerado también por la Comisión de Salud Pública, la autorización de la disponibilidad a partir del próximo día 1 de noviembre de los medicamentos antivirales en las oficinas de farmacia para que puedan ser dispensados siempre con receta médica.

Señorías, acaba de celebrarse un consejo extraordinario de ministros de Sanidad de la Unión Europea, reunido en Luxemburgo este lunes pasado, para analizar las últimas novedades sobre la evolución de la gripe pandémica A H1N1. Las conclusiones de esta cumbre reconocen el importante trabajo realizado conjuntamente por todos los Estados miembros y la importancia de la coordinación en las actuaciones. Igualmente, las conclusiones inciden en la necesidad de continuar con una acción coordinada a nivel europeo en el marco de las directrices técnicas que los organismos sanitarios de la Unión Europea están estableciendo en función de la evolución de la epidemia. Es decir, se ha acordado mantener la coordinación entre países así como la alerta de nuestro sistema sanitario y nuestros sistemas de vigilancia epidemiológica, porque no hay que olvidar que debemos ser cautos, debemos ser precavidos y tener en cuenta que durante el invierno podría presentarse una situación más compleja para la que hemos de estar preparados y atentos, y así lo hemos previsto en el marco de nuestro Sistema Nacional de Salud sobre todos con planes de contingencia de los servicios sanitarios. Por

último, quiero señalar que el consejo ha ratificado los grupos de riesgo propuestos por el Comité de seguridad de la Unión Europea y que ya fueron adoptados por España en el pleno del consejo interterritorial del pasado 31 de agosto.

Señorías, no quisiera terminar mi intervención sin avanzarles las líneas de la segunda fase de la campaña informativa puesta en marcha por el Ministerio de Sanidad y Política Social, y que tendré la oportunidad de presentarles públicamente en los próximos días. Si bien inicialmente nuestro objetivo fue trasladar un conjunto de consejos preventivos básicos eficaces dirigidos a la población general, en esta segunda fase los elementos principales serían, en primer lugar, reforzar la confianza de los ciudadanos en el Sistema Nacional de Salud y, en segundo lugar, insistir en la necesidad de hacer un uso adecuado y responsable de los servicios sanitarios. La campaña mostrará también, mediante la presentación de personas que ya han padecido la nueva gripe, que es una enfermedad benigna en la gran mayoría de los casos.

Señorías, he querido expresamente hacer una comparecencia breve y no extenderme en explicar medidas que ya han sido adoptadas por el Gobierno y las comunidades autónomas y que ya son ampliamente conocidas por sus señorías. En todo caso, quisiera resaltar especialmente el importante ejercicio de responsabilidad que todos hemos practicado estas últimas semanas para no generar una alarma social injustificada que pudiera confundir a la población. Insisto una vez más en la necesidad de trasladar este mensaje de tranquilidad a los ciudadanos, y estoy segura de que en este empeño puedo contar con la colaboración de todos ustedes, como así ha ocurrido hasta el momento. No tenemos que cambiar nuestros hábitos de vida. Las autoridades sanitarias, sí; estamos vigilantes, estamos atentas en el día a día, estamos en alerta y estamos preparadas para reaccionar ante cualquier eventualidad. Y ahora, presidente, señorías, quedo a su disposición para ampliar la información que ustedes me requieran así como para considerar todas aquellas sugerencias que SS.SS. quisieran hacerme llegar.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señora ministra, por su exposición y por su brevedad. A continuación toca el turno de los grupos parlamentarios y, en primer lugar, del grupo petionario, el Grupo Popular. Tiene la palabra doña Ana Pastor.

La señora **PASTOR JULIÁN**: Señora ministra, sea usted de nuevo bienvenida a esta Comisión de Sanidad y a esta casa, a su casa, al Parlamento. He escuchado muy atenta su intervención y, como en ocasiones anteriores, en nombre del Grupo Parlamentario Popular al que represento, mi intervención va a estar basada y marcada por la responsabilidad y por la lealtad institucional ante un asunto de salud pública que nos ocupa a todos. Esta pandemia está afectando, como sabe, ministra, y va a afectar a la salud de miles y miles de españoles; está

afectando al funcionamiento de los servicios sanitarios y desde aquí quiero agradecer especialmente a todos los profesionales sanitarios su dedicación a lo largo de toda esta crisis de la pandemia.

Usted ha hecho, señora ministra, un análisis de la situación, de los datos epidemiológicos, y yo tengo algunas preguntas que hacerle al respecto. Mis preguntas se van a circunscribir al ámbito de la morbimortalidad, al ámbito de los antivirales, al ámbito de las vacunas y al ámbito de la prevención. Con respecto a la morbilidad —usted ha dado algunos datos y hay datos publicados—, yo le preguntaría unas cuantas cosas. Primero, ¿cuál es el número total de afectados por la gripe A en España? Segundo, ¿cuántos de los afectados son niños? Tercero, ¿cuántos son embarazadas? Cuarto, ¿qué tasa de ataque tienen estos grupos específicos de embarazadas y de niños? Quinto, ¿qué opinión le merece que no todas las comunidades autónomas tengan red de médicos centinela?

Segundo bloque, protocolos. ¿Son comunes los protocolos de control de infección en los servicios sanitarios? ¿Y los de manejo de la nueva gripe en las UCI? ¿Y los de manejo clínico en atención primaria? ¿Y el uso de pruebas de diagnóstico? ¿Hay un protocolo de prevención de la nueva gripe en mujeres embarazadas, sobre todo en los centros de trabajo?

Tercer bloque, antivirales. En julio en esta Cámara dijo usted que los antivirales —y entrecomillo— se administran dentro de las primeras 48 horas desde el inicio de la enfermedad. Yo le preguntaría: ¿Está en condiciones de asegurarnos que los criterios de aplicación de antivirales son los mismos en los casos y en los contactos en todo nuestro país? ¿Por qué a muchos de los afectados se les ha dado antivirales más allá de las 72 horas del inicio del cuadro clínico? Y hablando de antivirales, señora ministra, comparto con usted —se lo había propuesto en las anteriores comparecencias— que los antivirales vuelvan al canal farmacéutico, porque los medicamentos en España los prescriben los médicos y se dispensan en las farmacias, lo cual da seguridad y garantías a nuestro Sistema Nacional de Salud. Bienvenida sea, señora ministra, esa decisión. Pero, con respecto a los antivirales le quería hacer una pregunta que ahora ya, cuando usted ha hecho este anuncio, posiblemente tenga solución, y es si sabía usted que personas que pertenecen a las mutualidades de funcionarios civiles o militares estaban teniendo dificultades para el acceso a los antivirales; me refiero a los que son de Muface, de Isfas o de Mujejo. Siguiendo pregunta: ¿Cómo se está asegurando el adecuado adiestramiento y utilización de estos fármacos para evitar la aparición de resistencias? Hablo de antivirales.

Cuarto bloque, vacunas. He escuchado lo que usted nos ha dicho con respecto a las comisiones de los técnicos, de los directores de salud pública y de la comisión de vacunas. Por cierto, usted sabe que en la reunión de directores había algunos que opinaban que los antivirales fueran al canal farmacéutico y otros no. Me parece bien

que usted, que es la ministra, en aquellas cosas que entienda que son preferentes y urgentes tome decisiones, a pesar de que algunos pensarán que los antivirales no deberían volver al canal farmacéutico. Con respecto a las vacunas, usted a lo largo de las comparecencias celebradas nos ha hablado de la Unión Europea —hoy lo ha vuelto a hacer—, de la OMS, y ha hablado de los criterios del consejo interterritorial y de los consejos de la Comisión de Salud Pública. Usted recuerda bien —ha pasado un poco de tiempo; usted vino aquí a final de julio, luego hubo un consejo interterritorial, etcétera— que aquí, en esta Comisión, se ha hablado de incluir en los grupos de riesgo a algunos colectivos, por ejemplo, a los maestros, y después se dijo que no; aquí se dijo —y entrecomillo— que se vacunaría a los niños, y después se dijo que no; sabemos, por ejemplo, que el 60 por ciento de los afectados son menores de dieciocho años y que el niño es el gran diseminador. Yo le pregunto si el criterio va a cambiar o va a seguir siendo el mismo. Por otra parte, usted nos ha dicho —no hoy; nos lo dijo en la anterior comparecencia— que se han comprado aproximadamente 37 millones de dosis de vacuna. Mi pregunta —se la he hecho por escrito pero se la formulo hoy aquí— es cuántas dosis son de vacuna adyuvada y cuántas de vacuna no adyuvada, dentro de esos 37 millones; y con qué fecha tomó la decisión de comprar vacuna no adyuvada; y por qué optó en primera instancia por comprar 37 millones de dosis de vacuna adyuvada. Usted nos dijo entonces también —me refiero al 27 de julio— que iba a vacunar a los trabajadores sanitarios y a los de otros servicios esenciales, a las mujeres embarazadas, a los niños, dijo que muy probablemente hasta los catorce años, y la pregunta ahora es a quiénes se va a vacunar finalmente y cuáles son los servicios esenciales de la comunidad. Por ejemplo, ¿pertenecen a servicios esenciales los funcionarios de prisiones o no? ¿Los niños sanos o no? ¿Los maestros o no? ¿Pertenecen a estos grupos de riesgo los discapacitados que trabajan en centros especiales de empleo o no? ¿Cómo valora la ministra que muchos profesionales no quieran vacunarse? Tengo algunas preguntas más, señora ministra, con respecto a los centros sanitarios y a los Presupuestos Generales del Estado y la gripe.

El funcionamiento de los servicios sanitarios, especialmente los centros de salud y los servicios de urgencia, están estos días con una carga asistencial elevada. Mi pregunta es, ¿han pensado en la posibilidad de poner en marcha un mecanismo ágil para la tramitación de las bajas laborales de los trabajadores y así hacer que los profesionales sanitarios tengan más tiempo para atender a los pacientes y menos para el tema burocrático? ¿Tienen elaborado algún informe sobre la repercusión hasta ahora de las bajas laborales? ¿Se sabe cuántas bajas por gripe ha habido hasta hoy, cuántos partes de IT se han emitido por esta causa?

Presupuestos Generales del Estado para 2010. Hemos leído atentamente los presupuestos en todos sus extremos y vemos que la gripe no está en la memoria de los

mismos. Pensamos que sería muy razonable que hubiera una partida presupuestaria abierta para la gripe A, sobre todo en previsión de las necesidades que pueda haber a lo largo de 2010. Así lo plantearíamos en las enmiendas a los presupuestos.

En los minutos que me quedan, y con la benevolencia del presidente, señora ministra, voy a exponerle, después de estas preguntas, algunas propuestas. Creo que en la labor de oposición es fundamental hacer preguntas sobre cuestiones que no conocemos, pero también hacer propuestas, y algunas ya las conoce, señora ministra. Primera propuesta, sigo insistiendo en los protocolos clínicos comunes, sobre todo, como le he dicho, en los criterios de administración de antivirales. La verdad es que una cosa es que digamos todos que se hacen criterios comunes y otra es que haya criterios comunes, porque no es lo mismo; una cosa es decirlo y otra que lo haya. El objetivo no es otro, señora ministra, que conseguir que todas las personas que tengan el mismo riesgo clínico tengan el mismo tratamiento clínico. Alguien habló un día en esta Comisión de si somos más o menos autonomistas. Esto no tiene nada que ver con el modelo constitucional del Estado autonómico, que es en el que creemos y en el que nos sentimos tan cómodos, sino con criterios clínicos, por eso, ante una pandemia creo que los criterios deben ser los mismos.

Segunda propuesta, las vacunas. Usted nos ha dicho que hay pendiente un consejo interterritorial y ayer hubo una reunión de directores de Salud Pública. Curiosamente, señora ministra —se lo decía antes—, en la anterior comparecencia habló de unos grupos de riesgos, en la Comisión de Salud Pública se habló de unos grupos de riesgo, dentro del consejo interterritorial se habló de otros grupos de riesgo y, finalmente, fuera del consejo interterritorial se dijo otra cosa; es más, hubo consejeros que hablaron de grupos distintos a vacunar. Por eso ya sabe que ha habido un poco de confusión, pero yo voy a ser muy clara. Con la evidencia científica que tenemos, con la prevalencia que tenemos y la tasa de incidencia que hay sobre todo en niños entre 6 meses y 14 años, nuestra propuesta es vacunar a estos niños y además hacerlo, si es posible, con vacuna no adyuvada. También —y esta es otra propuesta muy importante— hay que vacunar a las embarazadas, como todos sabemos, pero con vacuna no adyuvada. Por eso le preguntaba antes que si los 37 millones de dosis eran todos de vacuna adyuvada, por qué no se pensó desde un primer momento que tenía que haber vacuna no adyuvada, como han hecho otros países. Esto lo digo porque con respecto a las embarazadas las fichas técnicas tanto de Pandremix como de Focetria dicen lo mismo: Embarazo y lactancia: actualmente no hay datos disponibles relativos al uso de Pandremix durante el embarazo. Los datos obtenidos en mujeres embarazadas que han sido vacunadas con diferentes vacunas estacionales inactivadas no adyuvadas no sugieren malformaciones o toxicidad. En todo caso, hablan de no adyuvadas. En el caso de Focetria, la ficha técnica dice lo mismo.

Cuarta propuesta. Hay que cerrar los servicios esenciales y por eso propongo que se vacune a las personas pertenecientes a algunos servicios esenciales. Voy a poner tres ejemplos, aunque podría poner más: los funcionarios de prisiones; las personas que trabajan en el servicio de transportes, como las ambulancias, en el caso de llevar personas afectadas; en los centros de discapacidad, como ha pedido Conace, en los centros especiales de empleo. Quinta propuesta. Debe haber —estoy segura, señora ministra, de que los técnicos del ministerio y de las comunidades están trabajando en ello— un plan especial de farmacovigilancia sobre posibles reacciones adversas, que entiendo que lo tienen pensado y puesto en marcha. Sexta propuesta. Es necesario el inicio de la vacunación. Sé que ayer hablaron de que podría empezar el día 8 o el día 22. Creo que sería bueno, dado que es una pandemia, que ese inicio de campaña se hiciera, si es posible, en la misma fecha en toda España —lo digo por mandar un mensaje único a la población en toda España—, que se hiciera el mismo día o al menos en la misma semana. Séptima propuesta. A mi juicio es necesario decir que hay que hacer un seguimiento permanente de las áreas especialmente sensibles de los centros sanitarios, de las UCI, de los servicios de pediatría o de urgencias. Sé que estaban haciendo un balance del número de respiradores que hay en el Sistema Sanitario y a lo mejor nos puede comentar si se ha comprado ya el número suficiente de respiradores, porque me consta que hay muchos centros que los están comprando, y si se han establecido los servicios médicos esenciales en el caso de que haya personal sanitario afectado. Séptima propuesta. Que haya protocolos de atención a lactantes y menores de 2 años que sean, repito —perdón por mi insistencia—, comunes y únicos.

La octava propuesta es la financiación finalista para atender la pandemia en el presupuesto de 2010. La novena es la atención domiciliaria y evaluar si está funcionando o si siguen acudiendo muchas personas a los servicios de urgencia. De la undécima ha hablado usted, que es el plan de comunicación, esa segunda parte. Solo dos propuestas, señora ministra: que en la campaña haya argumentos sólidos sobre la seguridad de la vacuna, a la vista del contenido de la ficha técnica y de la garantía del proceso de autorización, como debe ser en un país como el nuestro, que da garantía de todo lo que se pone a disposición de los ciudadanos. También le pregunté, señorita, en la anterior comparecencia cómo estaban los trabajos del Ministerio de Agricultura. Hoy le sigo preguntando cómo van esos trabajos, cómo se está comportando la gripe en aves y si se ha asegurado la coordinación entre los sistemas de vigilancia humana y animal.

Concluyo, señora ministra. He procurado poner sobre la mesa aquellos temas que me parecen más relevantes. Quiero decirle que vamos a seguir trabajando con lealtad y arrimando el hombro, como lo están haciendo las comunidades autónomas, todos los partidos políticos y todas las instituciones. Usted el otro día terminaba su intervención —a la que yo no pude

asistir, desafortunadamente, porque estaba Turquía— con una frase de Churchill, un gran político; hoy también le traía yo una frase de este político insigne que decía que el político debe ser capaz de predecir lo que va a pasar mañana, el mes próximo y el año que viene y de explicar después por qué fue que no ocurrió lo que él predijo. Yo no le voy a pedir lo que dijo Churchill para los políticos, a lo mejor se puede decir en el resto de los ámbitos de la política, pero posiblemente no en sanidad; no estamos para predecir, pero sí que estamos, desde luego, con lo que ya sabemos, con la evidencia clínica, con la evidencia científica, para poner en marcha algunas actuaciones que son para ya.

Gracias, señora ministra. Estamos a su disposición para seguir trabajando y apoyándola en esta crisis.

El señor **PRESIDENTE**: A continuación intervendrán los grupos no peticionarios de menor a mayor.

Tiene la palabra por el Grupo Mixto, Nafarroa Bai, doña Uxue Barkos.

La señora **BARKOS BERRUEZO**: Empezaré agradeciendo la comparecencia de la ministra, amén de la petición hecha por los grupos parlamentarios, por traer un referente de la situación actual, más allá de las puntualizaciones que solicitaba de manera detallada —difícil competir con ello— la portavoz del Grupo Parlamentario Popular. Si acaso, señora ministra, quisiera solicitar una visión más global —amén de esos detalles que todos recibiremos con gusto o de esa información más detallada que solicitaba la señora Pastor— de cómo se va a afrontar esta que no sé si se puede llamar tercera fase, pasado el arranque del curso escolar, la vuelta al trabajo este mes de septiembre con una cierta normalidad generalizada, y en algo que, frente a las voces más críticas o aquellas que auguraban un arranque de la crisis en el mes de septiembre, parece —y es la primera valoración que quisiéramos oír de su boca— que no ha sido tal.

Nos apunta la señora ministra en su comparecencia de hoy que va a insistir en esa colaboración sectorial, con OMS y Unión Europea y en esa coordinación con las comunidades autónomas. ¿Va a ser así en vacunación? Lo digo porque con respecto al arranque de los centros educativos no fue así. Desde la circunscripción que me toca representar no puedo hacer otra cosa que recordarle que en Navarra se realizó la entrada en los centros escolares de una manera escalonada. De poco ha servido porque finalmente no se ha producido, quizá por la climatología del mes de septiembre, en ningún punto de la geografía y no solo ya en los centros escolares, sino en todo el arranque a la vida normal y ordinaria, una situación de crisis que hiciera prever una propuesta de estas características. Le pregunto de nuevo si tiene ya el compromiso de todas las comunidades autónomas de que la vacunación será de manera coordinada, no solo con respecto a las fechas, sino con respecto a los grupos de riesgo; y esto me parece fundamental. Me gustaría saber si la decisión es unánime, si el compromiso es

unánime, a propuesta del ministerio o de cualquiera de los representantes de la conferencia, la decisión será en el conjunto del territorio.

En relación con la vacuna nos ha señalado que los datos de los ensayos clínicos apuntan la fiabilidad de la vacuna. No sé si es ya manía, por deformación profesional, pero ese apuntar, ¿implica un confirmar, implica un garantizar o apuntar implica que la fiabilidad de la vacuna es un parece que y lo terminaremos viendo en su aplicación? Por último, quiero repetirle la pregunta que le he hecho anteriormente, si ese consenso con las comunidades autónomas respecto a la vacuna será ratificado también en torno a los grupos de riesgo.

Agradezco su presencia. Señor presidente, tal y como habíamos señalado, he intervenido con brevedad en nombre del Grupo Mixto.

El señor **PRESIDENTE**: A continuación por el Grupo Parlamentario Vasco, PNV, don Joseba Agirretxea.

El señor **AGIRRETXEA URRESTI**: Muchas gracias, señora ministra, por haber acudido una vez más a esta Comisión. Me sumo a las palabras de mis anteriores compañeros que se lo han agradecido también. Su intervención no necesitaba ser más amplia en cuanto a tiempo porque lo que había que decir se puede hacer brevemente.

No voy a ser tan profuso ni tan científicamente correcto como la compañera del Grupo Popular cuya batería de propuestas y preguntas es insuperable. Por lo tanto, solo comentaré tres cuestiones que me interesan porque aquí estamos para hacer un, llamémosle así, control de la evolución política del asunto. Somos políticos, no somos los que nos dedicamos técnicamente a la cuestión. En cuanto a la evolución de la enfermedad, me gustaría saber si tiene información sobre la evolución en otros países de la Unión Europea o de fuera de ella, para ver si en España la evolución está siendo pareja a la de otros países; es decir, si la extensión, no extensión, reducción o ampliación de la enfermedad es, de alguna manera, fiel reflejo de lo que está siendo en otros países cercanos a nosotros; tanto en el número de afectados como en el número de fallecidos, porque quizás otros países puedan tener más afectados y menos fallecimientos o a la inversa, menos afectados pero más mortalidad que la que se está teniendo en España. Por lo tanto, en ese eje, España qué lugar ocuparía.

Por otra parte, me gustaría saber también si se está investigando o se está aprovechando —en el mejor sentido de la palabra— esta coyuntura para investigar ciertas cuestiones en torno a esta enfermedad. Por ejemplo, ¿se está investigando a qué tipo de enfermos está atacando más? Se está diciendo constantemente: Ha muerto de gripe A pero tenía otras patologías. Casi todas las personas que han fallecido hasta ahora tienen de origen una gripe A que luego deriva en otras enfermedades que ya de por sí tenían esos pacientes. Más o menos, ¿podemos decir que afecta más a gente que tiene enfermedades

renales o tiene problemas de diabetes o tiene problemas cardiovasculares, etcétera? Más o menos qué mapa podemos tener, qué tipo de personas son las que una vez atacados por la gripe pueden tener más riesgos. Por último, tenía una pregunta escrita antes de su intervención y usted ya ha dado parte de la respuesta. Me gustaría saber si la evolución de la gripe ha hecho que los grupos de riesgo sigan siendo los mismos o los criterios de grupos de riesgo van cambiando también. Ha dicho que se ha definido ya cuáles son los grupos de riesgo, me gustaría que me los dijera o cuáles son a día de hoy los que se han definido como perfectamente identificables grupos de riesgo. Diferencio grupos de riesgo, a la hora de a quienes afecta, y grupos de riesgo con relación a qué gente, una vez atacada la gripe, está siendo más afectada en cuanto a la mortalidad.

Como soy alérgico al centralismo de por sí, me gustaría decirle que no es por criticar pero creo que las autonomías ya son mayores de edad y tienen que tener capacidad de poder decidir por sí mismas en ciertas cuestiones. Una cosa es la coordinación, una cosa es que se tengan unos criterios básicos que sirvan para todos, pero la mayoría de edad de las comunidades autónomas —o por lo menos de las que yo conozco— está justificada y son suficientemente capaces de tomar ciertas decisiones sin que papá Estado tenga que decidir por ellas.

El señor **PRESIDENTE**: A continuación el Grupo Parlamentario Catalán de Convergència i Unió; la señora Tarruella.

La señora **TARRUELLA TOMÀS**: Señora ministra, una vez más, cómo no, bienvenida a esta Comisión y también bienvenido el buen equipo que le acompaña.

Nuestro grupo, en relación con el tema objeto de su comparecencia de hoy, la gripe A, quiere una vez más felicitarla por cómo se ha ido llevando este asunto en cuanto a coordinación con las comunidades autónomas. Al mismo tiempo, vamos a plantearle algunas de nuestras dudas al respecto para ver si nos las puede ir aclarando. No nos preocupa tanto la homogeneidad de los tratamientos, de los protocolos, es decir, que sean todos iguales en todas las comunidades autónomas, sino que nos preocupa más que estos protocolos sean reales, fáciles de cumplir, ágiles, consensuados con los expertos y con los profesionales. No nos cabe duda de que van a ser así ni de que van a ser consensuados con todas las comunidades autónomas. Siguiendo el hilo de mi compañero del Partido Nacionalista Vasco que acaba de terminar, una vez consensuado con todas las comunidades autónomas en el consejo interterritorial, si la forma en que las comunidades autónomas ven junto con sus profesionales y sus expertos cómo deben aplicarlos no es exactamente igual en una que en otra, tampoco nos preocupa mientras, repito, sean eficaces, reales, ágiles y fáciles de aplicar.

Lo que nos preocupa en cuanto a las vacunas es que —lo voy a decir con otras palabras más fáciles— las vacunaciones de algunos de estos grupos específicos de riesgo —embarazadas, personas inmunodeprimidas, en tratamiento con quimioterapia— sean con virus muertos, es decir, no adyuvantes, que creo que es la palabra científica y correcta, aunque yo lo diga en otro lenguaje más coloquial. No habíamos preguntado nunca al respecto y sinceramente confiamos en el criterio de la OMS, del ministerio y de la comisión interterritorial de que entre las dosis de las vacunas que se hayan comprado haya de todos los tipos, que sean las correctas y que científicamente se puedan utilizar en todos los grupos de aplicación. De una manera especial nos preocupa la respuesta de dicha vacuna sobre todo en las personas con tratamientos de quimioterapia o con tratamientos inmunodepresores, con algunas enfermedades neurológicas o de otro tipo, que esté realmente probada, ya que esta población es la que primero conviene proteger.

En cuanto a las vacunaciones de los niños, se había dicho aquí que las aplicarían hasta los de 14 años. No nos preocupa que se vacune a todos los niños, a los de riesgo sí, pero en cuanto a los demás ha de ser su pediatra de cabecera que conoce la historia de los niños y según su criterio, de su comunidad o de su médico, quien tiene que hacerlo; no nos preocupa tanto eso sino que haya vacunas para los casos necesarios y pueda llegar a todos con facilidad, y también la respuesta ágil y fácil de todo el sector sanitario, principalmente de la primaria, y los mensajes que se lancen a la población. Usted dice que estas últimas semanas ha bajado el nivel de preocupación entre la población; vemos que en estas últimas semanas no se ha mencionado tanto en prensa, los comentarios parece que también han disminuido y además vemos que la gente ya se está mentalizando y lo está asumiendo, pero nos preocupa si siguen aumentando los casos —que probablemente así será— que se siga transmitiendo esta campaña que usted ha anunciado que va a hacer; que quede muy claro quién debe acudir a su centro sanitario, quién no y los números de teléfonos o los sitios donde puedan acudir en caso de necesidad.

Por nuestra parte y debido a la brevedad que nos han pedido en la Comisión y a que algunas de las preguntas que nos hubiera gustado hacer han sido formulado antes, por los compañeros que me han precedido en el uso de la palabra, simplemente quiero agradecerle una vez más su intervención y decirle que continúe trabajando sobre todo en esta línea de coordinación

Muchas gracias, señora ministra.

El señor **PRESIDENTE**: A continuación por el Grupo Parlamentario Socialista, doña Pilar Grande.

La señora **GRANDE PESQUERO**: Señora ministra, bienvenida de nuevo a esta Comisión y muchas gracias por toda la información y también por las primicias que hoy nos ha anunciado, como la de la propuesta que va a hacer de la venta de los antivirales en las farmacias

y la nueva campaña informativa que nos ha comentado. Para mi grupo es una muestra del enorme respeto que S.S., desde que tomó posesión como ministra de Sanidad y Política Social, ha mostrado a esta Cámara en la que se encuentran los representantes de la ciudadanía; y le agradecemos que solo cuarenta y ocho horas después de la última cumbre europea sobre la gripe A que tuvo lugar en Luxemburgo la tarde del lunes, haya venido a esta Comisión para compartir con nosotros la información y para escuchar sugerencias y propuestas como nos ha solicitado al final de su intervención. Es en efecto su quinta comparecencia monográfica sobre esta materia, y tras los meses que han transcurrido desde que se declaró la pandemia y todo lo que se ha publicado relacionado con ella, me gustaría aprovechar esta ocasión para hacer algunas reflexiones sobre lo que ha supuesto esta crisis de salud pública, porque más preguntas yo ya no le voy a hacer, le han hecho tantas como para aprobar un máster en salud pública, algunas pertinentes en esta Comisión y algunas otras la verdad es que no tanto, pero yo estoy convencida de que usted va a contestar como se merece a todas las preguntas que se le han hecho esta tarde.

Entre los factores que influyen de manera decisiva en la conformación de una crisis sanitaria se encuentran los relacionados bien con el desconocimiento del problema al que nos enfrentamos, bien con los riesgos directos para la salud, la gravedad, las formas de transmisión y también la repercusión nacional e internacional, como el caso de esta pandemia, y desde luego la resistencia social a asumir a veces un cierto nivel de riesgo. En la percepción social del riesgo para la salud influye de manera importante el derecho, el acceso a la información de los ciudadanos y el papel que desempeñan los medios de comunicación en las sociedades democráticas como es la nuestra. En el caso de la gripe A la percepción social del riesgo ante la pandemia ha oscilado a veces entre las expresiones de extrema banalidad, por parte de algunos, y las del miedo irracional por parte de otros; sin embargo resulta bastante curioso que se acepten sin ningún temor otras situaciones de la vida cotidiana con un riesgo sobre la salud elevado y demostrado, como ocurre por ejemplo con el riesgo que supone el tabaquismo, que convive con nosotros todos los días. Esta sensación de vulnerabilidad social exige de los responsables de salud pública un planteamiento equilibrado que responda a la demanda de protección colectiva mediante una gestión eficaz.

Eso es exactamente lo que creemos que se ha venido haciendo, desde el primer momento en nuestro país, por parte tanto de su ministerio, de usted misma, como de los responsables de las diferentes comunidades autónomas. De tal manera que la respuesta ante la pandemia de la gripe A ha supuesto la vertebración del conjunto de nuestro sistema sanitario, con un trabajo coordinado entre los profesionales de distintos ámbitos y poniendo de manifiesto una enorme potencialidad para responder a nuevos problemas de salud pública que se nos puedan presentar no en el presente sino también en el futuro. Al

fin y al cabo se ha sabido aprovechar la oportunidad de esta crisis sanitaria para fortalecer los servicios de salud pública, y hacerles capaces de responder no solo a su utilidad social y sanitaria sino a su finalidad principal, que es en definitiva proteger la salud colectiva de la población. Y es esta la sensación que ha cundido entre la población española, ya que en este momento, a pesar del enorme nivel de impacto que los medios de comunicación han mantenido durante bastante tiempo como han comentado otros portavoces que me han precedido en el uso de la palabra, la ciudadanía responde con normalidad y con absoluta tranquilidad ante la gripe A. Y creemos que todo este buen trabajo hecho constituye un factor fundamental para ahora afrontar otra etapa muy importante como es la de la vacunación, sin bajar la guardia en ningún momento, como usted bien ha dicho, en cuanto a los planes de prevención y a la respuesta sanitaria del día a día del sistema sanitario nacional. Afortunadamente parece que ha cundido la idea que tantas veces ha repetido: que hay que mantener la alerta pero sin provocar la alarma. En esta nueva fase que nos acaba de plantear en su intervención será muy importante la buena planificación de la estrategia de vacunación en la que, como nos ha dicho, se fijen claramente los objetivos de proteger, primero, a las personas más vulnerables, conseguir limitar la propagación del virus y mantener los servicios esenciales de la comunidad. Y como dicen muchos expertos en esta materia, la confianza pública y por tanto el éxito de cualquier campaña de vacunación dependerá de una comunicación activa y transparente sobre los beneficios y riesgos de cualquier vacunación. Confiamos en que de nuevo se acertará en transmitir mensajes específicos y validados científicamente a la población en general y a los grupos de riesgo en particular. Todos estamos convencidos de que las vacunas son una de las mejores herramientas para la prevención, ya que pueden evitar la diseminación de la cepa pandémica y por tanto reducir el impacto de la enfermedad. Por fortuna en esta ocasión la comunidad científica ha dispuesto de manera inmediata y segura de un elemento que puede disminuir de manera importante el impacto de una pandemia gripal de estas características en el ámbito sanitario, pero también en el social y con el impacto económico que ello conlleva.

Termino, señor presidente, expresando la confianza de mi grupo en que este nuevo periodo se va a seguir gestionando de manera transparente y eficaz y basándose en las evidencias científicas, como ha venido haciéndose hasta el momento; y tenemos la absoluta confianza de que las decisiones con respecto a los grupos de riesgo y a la campaña de vacunación en general se tomarán también de manera consensuada con todos los actores, con las sociedades científicas y las comunidades autónomas con las que se reunirá usted la próxima semana en el consejo interterritorial del día 22. Estamos convencidos de que nadie que necesite la vacuna se quedará sin ella, como usted nos ha dicho en muchas ocasiones.

Señora ministra, cuenta una vez más con nuestro apoyo y la colaboración del Grupo Parlamentario Socialista.

El señor **PRESIDENTE**: Hemos terminado el turno de intervenciones de los grupos parlamentarios. Tiene la palabra la señora ministra de Sanidad y Política Social.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL** (Jiménez García-Herrero): Señorías, en primer lugar quisiera agradecer de manera general el tono de sus intervenciones, agradecerles su colaboración, su sentido de la responsabilidad, la permanente coordinación que hemos tenido la oportunidad de realizar con las comunidades autónomas y los distintos grupos políticos que están al frente de ellas, y los comentarios y preocupaciones que se han podido presentar en el marco de esa Comisión de Salud Pública que seguro nos va a permitir poder avanzar en ese marco de consenso común, despejar algunas dudas e incorporar algunas propuestas que han venido realizando a lo largo de esta comparecencia. Me voy a permitir empezar con alguna de las preguntas que hacía la portavoz del Grupo Popular, doña Ana Pastor. En primer lugar, en cuanto al número total de afectados, como sabe, señora Pastor, en este momento no se cuenta caso por caso. Tenemos tasas estimadas, de las tasas que nos ofrece el Servicio de Vigilancia Epidemiológica, que lo conforman los médicos centinela. Aunque no se cuenta caso por caso, e insisto en que son tasas estimadas, la estimación que hacemos en este momento en el Ministerio de Sanidad y Política Social es que podríamos estar alrededor de los 250.000 casos estimados, teniendo en cuenta la información que nos proporciona el Servicio de Vigilancia Epidemiológica que está establecido en nuestro país, pero insisto en que es una estimación. En cuanto a la pregunta que hacía también la señora Pastor sobre la tasa de ataque, desde el inicio de la epidemia en niños hasta 14 años ha sido del 1 al 1,5 por ciento; en mujeres embarazadas ha sido del 0,1 al 0,5 por ciento; son estimaciones porque en ese momento no se cuenta.

Respecto a la pregunta que me hacía sobre los médicos centinela, señora Pastor, la red centinela cubre todas las comunidades autónomas. Ya sabe que son 400 médicos de atención primaria y 200 médicos pediatras. Galicia tiene un sistema que no es exactamente el de médicos centinela, pero es equivalente y así lo aceptó —insisto y es importante que se conozca por esta Comisión— el Subcomité de Vigilancia y la Comisión de Salud Pública; tiene un sistema similar que no está integrado formalmente en el sistema de médicos centinela, pero que nos proporciona una información y una vigilancia epidemiológica.

Sobre los protocolos, le quiero insistir, señora Pastor, como he hecho desde el primer día, en que quizá somos el país donde hay una mayor precisión de protocolos de actuación en todos y cada uno de los casos que tienen que enfrentar y tratar los médicos. Hay unos protocolos

muy precisos, son protocolos comunes y están hechos para embarazadas, para neumonías, para UCI, para pruebas diagnósticas —entre otras—, y además son protocolos que se actualizan permanentemente. Se está haciendo un trabajo extraordinario por parte de la Comisión de Salud Pública. Es un trabajo hecho con muchísimo rigor y la prueba está en que, si comparamos la situación epidemiológica en nuestro país con la de otros países de la Unión Europea, si bien aumentan el número de casos —lo cual era previsible, como en el resto de países—, ha bajado el número de casos graves, porque los protocolos permiten a los médicos detectar de una manera muy precisa cuáles podrían derivar en un caso clínico de mayor gravedad. Los protocolos están perfectamente establecidos para cada uno de los casos que nos encontramos. También hay protocolos de uso de antivirales; están aprobados por la Comisión de Salud Pública y están a disposición de todos los médicos, de la señora Pastor y de todo el que los requiera. Son protocolos perfectamente establecidos y ello favorece la vía de un uso común con criterios comunes. Señora Pastor, luego hay una práctica clínica que, como bien sabe porque es profesional, exige que los profesionales actúen de acuerdo a sus criterios, pero los protocolos de administración de antivirales están perfectamente establecidos por la Comisión de Salud Pública, aunque después los clínicos tienen que tener ese margen de libertad para determinar caso por caso, porque la administración de un antiviral hay que determinarla caso por caso. Evidentemente están ya establecidos los protocolos para los antivirales. Se dan antivirales más allá de las cuarenta y ocho horas, como usted también conocerá por la práctica clínica, bajo vigilancia clínica en casos graves, que es lo que ha definido la Comisión de Salud Pública, que los antivirales se suministren en los casos graves, porque en la inmensa mayoría de los casos la enfermedad cursa con cuadro clínico leve, que se cura con un tratamiento convencional de paracetamol, pero el protocolo viene establecido por la Comisión de Salud Pública. Por tanto, en el comité científico —de hecho, se ha evaluado con suficiente minuciosidad como para ser objeto de publicaciones científicas internacionales y compartir la experiencia— se ha dicho que se den los antivirales, si son necesarios, más allá de las cuarenta y ocho horas bajo vigilancia clínica en los casos graves.

Respecto al acceso al Tamiflú en las mutualidades, usted comparte —además me lo ha planteado en otras ocasiones— que volvieran los antivirales al canal privado, al canal de farmacias. Como han cambiado las circunstancias, esa es una decisión que podremos estar en condiciones de adoptar, pero quisiera compartir con las comunidades autónomas esta decisión, aunque es competencia exclusiva del Estado. En cualquier caso, esta es una propuesta en firme y consensuada lo suficiente como para compartirla con su señoría. Quiero decirle que ha habido Oseltamivir en todos los hospitales, en los públicos y en los privados; no se nos ocurriría dejar fuera del canal privado un fármaco y no facilitar el acceso

al Oseltamivir a los hospitales. Todos han tenido el mismo acceso y es la Agencia Española del Medicamento la que controla y autoriza el Tamiflú para hospitales públicos y privados. Vuelvo al tema de las cuarenta y ocho horas, porque es importante que quede bien claro. Se recomienda, señora Pastor, iniciar el tratamiento en las primeras cuarenta y ocho horas —esta es la recomendación— y tratar durante cinco días pero, como bien sabe, eso no significa que si un paciente grave llega más allá de las cuarenta y ocho horas en que se le han empezado a notar los síntomas no se le vaya a tratar, se le trata con total seguridad y además sabiendo que tiene utilidad. Insisto en que hay publicaciones científicas al respecto que nos avalan en estos algo más de cinco meses que llevamos conociendo la enfermedad.

Sobre los grupos de riesgo, quiero que quede bien claro, porque quedó bien claro el día 31 de agosto cuando nos reunimos con el consejo interterritorial, que se definieron de manera clara y definitiva los grupos de riesgo. —Con esto contesto también al portavoz del PNV—. Lo que hicimos fue seguir el criterio de la recomendación del Comité de Seguridad de la Unión Europea y es lo que se ha aprobado con carácter general en todos los países de la Unión Europea: en primer lugar, estaría el personal sanitario; en segundo lugar, los enfermos crónicos a partir de seis meses, con unas patologías definidas y aprobadas en el marco de la Comisión de Salud Pública y en el marco del consejo interterritorial —si quiere le detallo exactamente cuáles son esas patologías—; en tercer lugar, las mujeres embarazadas —determinadas también como grupo de riesgo, que se determinó ese día a propuesta de la Comisión de Salud Pública— y, por último, el personal de servicios esenciales, en los cuales ya se definió y se incluyó en ese consejo interterritorial a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y al personal de Protección Civil. Un poco más tarde, a la semana siguiente, la Comisión de Salud Pública incluyó también al personal de prisiones por la especial vulnerabilidad que tenían y porque se les consideró como agentes de seguridad. Esa es la definición que se hizo en el marco del consejo interterritorial, que quedó cerrada. Eso es lo que han hecho en todos los países de la Unión Europea. No tenemos constancia formal, expresa y pública de que hayan ampliado en ningún país a otros grupos de riesgo o a población diana —que no serían ya grupo de riesgo—; no ha habido una incorporación de otro tipo de población. Es verdad que algunos países han hecho planteamientos genéricos para vacunar a un mayor porcentaje de población, pero a día de hoy no ha habido definición de inclusión de mayores grupos de riesgo o población diana. Todos se han quedado circunscritos a esta recomendación basándose en que la situación general nos permite actuar con una cierta proporcionalidad, porque si bien es una epidemia, una pandemia que tiene un alto nivel de contagio, la enfermedad en la inmensa mayoría de los casos presenta síntomas leves, y la proporcionalidad es lo que lleva a

la inmensa mayoría de los países a no ampliar en este momento los grupos de riesgo, por tanto, estos son los grupos de riesgo.

Es verdad, señora Pastor, que en la comparecencia que tuve en el mes de julio propuse a la Comisión de Salud Pública la posibilidad de que se incorporara también como población diana a los niños sanos en edad pediátrica, es decir, hasta los 14 años. Pero el debate científico, el debate de los expertos, las recomendaciones de la Unión Europea y la necesidad de conocer lo que se había hecho en otros países es lo que me hizo saber la Comisión de Salud Pública, que por el momento lo que teníamos que hacer era definir a esos primeros grupos de riesgo; y con un mayor conocimiento experto, teniendo en cuenta la evolución de la enfermedad, y con una recomendación más definitiva de los científicos poder incluir eventualmente que en ese momento no era preciso; porque, aunque hay un índice de contagio algo superior en los niños por ser población que se agrupa y que tiene un mayor nivel de relación, en todos los casos cursa de manera leve. Afortunadamente mayor contagio no significa mayor gravedad ni mayor peligrosidad. Los consejeros y consejeras de las comunidades autónomas lo decidieron de manera unánime, fue ese consejo interterritorial, y yo valoro muchísimo el consenso, el acuerdo y la unanimidad. Puede que haya debate científico en el marco de la Comisión de Salud Pública y que haya otras aportaciones que puedan hacer los directores de salud pública, pero cuando la mayoría se ponen de acuerdo sobre determinados grupos el resto acepta, de manera concluyente, lo que propone la mayoría.

Eso fue lo que decidimos el 31 de agosto y lo que aceptaron todos los consejeros y consejeras. No hay un criterio político ni un criterio restrictivo, porque hemos comprado 37 millones de dosis, hemos reservado otros tantos millones de dosis, hasta completar casi el 60 por ciento de la población y, además, existe la posibilidad de que con una dosis sea suficiente como para inmunizar. Con lo cual, como entenderá, señora Pastor, no hay un criterio de restricción en la administración de la vacuna, sino de fundamento y evidencia científica, de necesidad, de equilibrio, de ecuación entre el riesgo y el beneficio. Y nunca tomaré una decisión como ministra de Sanidad, aunque fuera doctora en medicina y en farmacia, si esa recomendación no viniera avalada por las sociedad científicas, por los expertos, por el comité de salud pública. Incluso la Sociedad Española de Pediatría, en su página web, en las conclusiones sobre un estudio sobre vacunación, que publicó el 5 de octubre, dice exactamente: En el momento actual no existen pruebas convincentes, con validez científica sólida y resultados clínicos de interés suficiente, de que las vacunas antigripales en niños puedan reducir la mortalidad, los ingresos hospitalarios, las complicaciones graves y la transmisión de la gripe en la comunidad. Esto lo dice la Sociedad Española de Pediatría. Por tanto, hay suficientes elementos de incertidumbre como para actuar con precaución y con cautela. Esa es la única razón, el único fundamento por el cual,

y usted lo sabe, no debería tomar esa decisión si no fuera con una base científica, una claridad y una seguridad que nos permita hacer ese tipo de recomendación.

Siguiendo con los grupos de riesgo, los discapacitados se vacunaran en función de que tengan o no patologías crónicas que son las definidas también en el marco del consejo interterritorial. Muchas personas con discapacidad tienen esas patologías crónicas. Bajas laborales. Aunque es una competencia de la Seguridad Social en una comparecencia que tuve en el Senado a principios de septiembre, me comprometí con la Comisión de Salud Pública en trasladar a los responsables de la Seguridad Social, al Ministerio de Trabajo, la necesidad de buscar una fórmula de agilización que permitiera que no hubiera ningún tipo de bloqueo en la tramitación de la misma. Y así lo hicimos. En cuanto a la farmacovigilancia, que también es importante, quiero decir, señora Pastor, que existe un plan europeo de la Agencia Europea del Medicamento, en el que colabora la Agencia Española del Medicamento, y a España especialmente le ha tocado hacer un seguimiento con un registro especial del síndrome de Guillain-Barré, pero existe un comité de farmacovigilancia que nos aporta todos los datos necesarios y sobre todo los importantes, cualquier efecto adverso que pueda producir la vacuna.

En cuanto a la partida presupuestaria sobre gripe A, en todo momento hemos querido actuar con proporcionalidad a la situación. Esto significa que si nos encontramos con un virus nuevo, con una pandemia sobre la que la OMS nos alerta que tenemos que estar preparados, hemos ido tomando todas y cada una de las decisiones que se nos han indicado. Incluso en algún momento se nos ha dicho que, quizá, hemos tomado demasiado en serio las recomendaciones. Nos hemos tomado en serio las recomendaciones que se nos hacían desde la OMS, porque nuestra obligación, como autoridad sanitaria, como Gobierno responsable es prever todos los escenarios, aunque después en el transcurso de la epidemia no tengamos que utilizar todos los mecanismos ni todas las actuaciones que ya tenemos previstas. Hemos aprobado un crédito extraordinario en un consejo de ministros del mes de agosto de 333 millones de euros, que, como se sabe, una parte importante iba para pagar las vacunas, 280 millones de euros; otro tanto importante era pagar el aumento de la reserva estratégica de antivirales que hacía el Gobierno de seis millones de dosis más, y otra parte para la campaña de vacunación. Le insisto, señora Pastor, en que el Gobierno pondrá a disposición de las comunidades autónomas, que son los encargados de gestionar los servicios sanitarios, todo aquello que sea necesario para atender y responder frente a la pandemia de gripe.

En este momento, todas las decisiones están adoptadas, antivirales, vacunas, protocolos de actuación en el ámbito laboral, pero la clave —y usted lo sabe bien— está en los servicios sanitarios. Ahí es donde está la clave, en la buena actuación de los servicios sanitarios. Y es ahí donde estamos respondiendo y marcando la

diferencia con respecto a otros países por la accesibilidad de nuestro servicio, por la universalidad, por la gratuidad, por la capacidad de nuestros profesionales, que siempre reconoceré, ya que ellos mantienen en todo momento la capacidad para detectar posible gravedad. De hecho estaba mirando ahora cuántos casos graves tenemos en UCI y, a pesar de que tenemos una tasa estimada de alrededor de 250.000 personas contagiadas, el total de personas que están en UCI a fecha de hoy son 27. Esto significa que ha bajado, proporcionalmente la incidencia de los casos graves. Es una buena noticia y lo achaco al buen funcionamiento y a la buena actuación de nuestros profesionales sanitarios.

Respecto a las propuestas que me ha hecho la señora Pastor, y se lo agradezco porque me ha parecido una muy buena recopilación de las actuaciones y decisiones que hemos venido tomando, los protocolos clínicos comunes, definición de grupos de riesgo, respuesta de las vacunas, servicios esenciales, comité de farmacovigilancia, todo eso lo hemos adoptado, señora Pastor, con las comunidades autónomas. Están también sus propios compañeros representados, contando con su colaboración en todo momento que ha sido necesario, y hemos hablado, definido y expuesto algunas preocupaciones. Están los protocolos y las decisiones tomadas. Está hecho todo lo que hay que hacer. Esta es la razón por la cual creo que hemos conseguido infundir confianza y seguridad a la población. Por tanto, hemos conseguido entre todos bajar una alarma que existía y una vez que se ha conocido más la enfermedad nos hemos permitido tomar decisiones de una manera más precisa; es la razón por la cual ha resultado el buen trabajo que hemos hecho entre todos, además de las alertas que entre todos hemos señalado. Me preguntaba también por la atención domiciliaria; todo eso está definido en los protocolos y las comunidades autónomas lo están haciendo muy bien.

Por último, para no extenderme excesivamente, también me preguntaba la señora Pastor sobre la comunicación con el Ministerio de Agricultura. La comunicación es muy precisa, porque somos conscientes de que —no ahora— se han producido reacciones o casos episódicos en granjas del virus que ataca a las aves. Por tanto, en todo momento estamos trabajando con el Ministerio de Agricultura. En el mismo momento en que se produce la detección por parte del Ministerio de Agricultura de un virus que afecta a las aves, que ha matado a las aves en una granja en Guadalajara, en ese momento se comunica al Ministerio de Sanidad. Se acuerdan las actuaciones con la Junta de Castilla-La Mancha y el Ministerio de Agricultura y se toman todas las decisiones y a nosotros se nos informa. Por tanto, está establecido un sistema de vigilancia que no es de ahora. Es muy preciso desde hace muchos años. Y ha habido casos en Alemania, en Italia, en Reino Unido, en Estados Unidos, en Canadá. Afortunadamente, el caso detectado en la granja de Guadalajara no es el virus de la gripe aviar, pero es un virus que tiene una alta mortalidad entre aves pero que no se transmite y rarísima vez se puede producir una

transmisión de aves a humanos. Por tanto, hay un sistema de control de vigilancia muy preciso que, insisto, no es de ahora sino el de siempre, sobre todo en los últimos años a raíz de la aparición de la gripe aviar que se trabaja con muchísima solvencia y muchísima seguridad. Espero haber respondido a todos los planteamientos que me ha realizado la señora Pastor, si no después tendremos ocasión para poder seguir conversando.

También quisiera responder a la portavoz de Nafarroa Bai, señora Barkos. Cuando me pide un comentario general, entiendo que me pregunta, una vez que ya tenemos un conocimiento más amplio de la propia epidemia y lo que se ha producido en otros países y cómo está en este momento nuestro país, qué evaluación podemos hacer. Yo le diría, señora Barkos, aunque yo actúo siempre con mucha precaución porque todavía tenemos que conocer la evolución futura, que en este momento la pandemia presenta menor gravedad de lo que en un principio parecía. ¿Por qué? Porque cuando aparece en México y el nivel de contagio es tan alto, también mucha mortalidad se achacó a la gripe A y finalmente se supo que alguna de estos fallecimientos no eran computables a gripe A. Fue razonablemente pronto cuando lo supimos. Pero después hemos tenido ocasión de conocer la evolución de la enfermedad sobre todo en el hemisferio sur, donde ya se ha producido el invierno, y lo que hemos detectado es que la incidencia ha sido menor que la de la gripe estacional, que la gripe A prácticamente ha desplazado a la gripe estacional en algunos países en mayor medida que en otros, pero en todos se sitúa en un 70 u 80 por ciento de gripe A, en nuestro país ya se empieza a situar en torno al 90 ó 95 por ciento, vamos a ver cómo evoluciona, y la tasa de mortalidad ha sido más baja que la tasa de mortalidad que presenta la gripe estacional. Por tanto, es algo menos grave de lo que se pensaba en un principio, pero tenemos que seguir manteniendo la alerta y la vigilancia porque no sabemos qué puede ocurrir en el futuro. De hecho, el conocimiento científico, lo que nos dicen los expertos, los análisis, las publicaciones que estamos conociendo, siempre nos alertan de una posible recombinación de este virus A con el del virus de la gripe aviar o con una posible mutación del virus.

Hay una parte que, evidentemente, preocupa siempre, y es a quién ataca de una manera especial este virus o quiénes tienen una mayor vulnerabilidad en contacto con ese virus, que es también la pregunta que me hacía el portavoz del PNV. En el caso de España —insisto—, quizás por el buen hacer de nuestros profesionales y por la capacidad de ir perfilando los protocolos, en este momento todas las personas que han fallecido, que son cuarenta y tres, más uno que hemos conocido en el día de hoy, son personas que presentaban patologías de base. Es decir, enfermos que estaban incluidos dentro de los grupos de riesgo que tenían patologías subyacentes. Ahora bien, lo que nos indican los informes de otros países es que hay un porcentaje de población contagiada que fallece que son personas sanas y son jóvenes, lo que

se califican adultos jóvenes. Ese también es el elemento que a nosotros, como autoridad sanitaria, nos preocupa de una manera especial. Digamos que se habla de una horquilla de mayor incidencia de mortalidad entre personas de 20 a 40 años. Pero —insisto— en nuestro país no se ha producido ningún caso de estas características, porque todas las personas que han fallecido con relación a la gripe A son personas que tenían patologías subyacentes. Evidentemente, tenemos la obligación de vigilar a este grupo de población porque es la única diferencia respecto a la gripe estacional, porque aunque la incidencia sea menor y la tasa de mortalidad sea menor, el hecho de que afecte a ese nuevo grupo de población es objeto de mayor preocupación por parte de las autoridades sanitarias.

Me preguntaba también si vamos a vacunar al mismo tiempo en todo el territorio español. Le contesto que sí, y también contesto a algún planteamiento que me ha hecho la portavoz del Partido Popular. Hasta ahora hemos coordinado las acciones. No hay ninguna pretensión de tutelaje por parte de las comunidades autónomas porque, primero, son los competentes exclusivos de la gestión de los servicios sanitarios, porque hay magníficos profesionales y la competencia de los consejeros y consejeras está fuera de toda duda, son enormemente competentes y tengo una gran confianza en las decisiones que puedan tomar. Pero hemos decidido actuar de manera conjunta, hemos decidido actuar de manera consensuada. Por tanto, al igual que decidimos empezar la vacunación de la gripe estacional fechas en un tramo parecido, eso nos ha permitido ahora también concluir la fecha de vacunación de la gripe estacional y empezar la de la gripe pandémica. La semana que viene, el día 22 de octubre, cuando me reúna con los consejeros y consejeras, les voy a proponer que empecemos también en la misma fecha y, por supuesto, no le quepa la menor duda de que se va a vacunar a los mismos grupos de riesgo. Ninguna comunidad autónoma va a hacer una propuesta diferente a la que se acuerde en el marco del consejo interterritorial. Existe ese compromiso, lo hemos hablado personalmente, pero, además, es lo razonable ante una situación de salud pública que es complicada de manejar desde el punto de vista de la comunicación pero también desde el punto de vista de controlar el riesgo. El asunto de empezar el colegio de manera escalonada en la Comunidad Foral de Navarra para mí fue una cuestión más anecdótica, porque hay comunidades autónomas que también tienen la costumbre y el hábito de empezar el curso escolar de manera escalonada. Todos empezaron más o menos en las mismas fechas y se decidió por parte de Navarra empezar de manera escalonada, pero vi que lo hacían también otras comunidades autónomas.

Me pregunta sobre la vacuna y si es completamente segura. Veo alguna sonrisa por parte de alguno de los profesionales, porque realmente ningún profesional sanitario le dirá que es el cien por cien segura, porque todo fármaco o toda vacuna conlleva siempre un riesgo,

aunque sea mínimo, de efecto adverso. Por eso se ponen en marcha los comités de farmacovigilancia y por eso hemos tenido la capacidad de detectar algunos efectos adversos; el de Guillain-Barré es un efecto adverso que se produjo hace algunos años para la gripe estacional. Pues bien, es verdad que esta vacuna, aunque ha tenido menos tiempo de prueba y, por tanto, de ensayo, es cierto, es una variante de la vacuna que ya se probó el año pasado. Es decir, cuando ya la EMEA autoriza la vacuna es porque tiene las garantías de seguridad y eficacia necesarias para que se ponga en el mercado, siempre con esa necesidad de mantener la vigilancia, por supuesto. Pero, evidentemente, hay un margen que nosotros tenemos siempre que mantener. Y esta es una de las razones. Porque si se tratara de una enfermedad muy grave, una enfermedad infecciosa muy grave, evidentemente haríamos una recomendación más amplia de vacunación. Esta es la razón por la que en esa ecuación riesgo-beneficio que tiene que haber siempre en la administración de un fármaco, de una vacuna, hemos pensado que en este momento solamente se vacunará a aquellas personas que presentan un riesgo real de que en contacto con el virus puedan hacer un cuadro clínico de mayor gravedad.

Me preguntaba también el portavoz del PNV si la situación que hay en España es similar al resto de los países, y se lo confirmo, es similar, aunque la tasa de incidencia en España es menor. Quizás sea menor porque gozamos de un clima más benigno y se ha prolongado el verano, pero la tasa de incidencia es menor en nuestro país que en el resto de países de nuestro entorno, en todos los sentidos, tanto de mortalidad, proporcional y relativamente respecto a los casos de contagio, etcétera. España ocupa un lugar que está en la tasa media de lo que ocurre en países como Francia, como Italia, como Portugal, Reino Unido se encuentra algo más por encima, Bélgica y Países Bajos también, pero han ido cambiando, varían algo las tasas en función de la evolución de la propia epidemia.

También me preguntaba el portavoz del PNV a qué personas está afectando de una manera especial. Quiero diferenciar entre los que son contagiados —son muchos en este momento, el contagio es amplio, eso siempre lo teníamos previsto— de los que tienen un cuadro clínico de mayor gravedad. Podemos hoy afirmar que el 70 por ciento de los contagiados que presentan síntomas de mayor de gravedad tienen patologías de base y el 30 por ciento de los que ingresan en UCI, que también son casos graves, son personas que no tienen patología de base. Pero, insisto, ese 30 por ciento ha superado la crisis, que es el cuadro clínico de mayor gravedad, y no ha tenido efecto ninguno. Además, las personas que pasan la crisis de la gripe A se curan, y ya la han pasado. ¿A quiénes afecta en mayor medida? A las personas que tienen patologías subyacentes. Ahí hay una relación de personas con mayores problemas. La gripe A al final desemboca en una neumonía viral primaria. Por tanto, las personas que tienen enferme-

dades pulmonares de mayor gravedad son las que están más expuestas a esa posibilidad, a esa derivación de ese cuadro clínico. También las personas que tienen una obesidad mórbida son personas de alto riesgo, sobre todo, porque tienen dificultad para respirar y porque tienen otras muchas patologías subyacentes; las personas con enfermedades cardiovasculares graves, pero también personas con algún tipo de diabetes. Insisto en que en nuestro país, tal y como se ha desarrollado la epidemia hasta ahora, y es el dato que le puedo dar, no ha fallecido ninguna persona sana y el 70 por ciento de los que ingresan en UCI, es decir, con cuadros clínicos más graves, son personas que tienen patologías subyacentes. Los grupos de riesgos ya se los he definido. El margen de decisión no es tanto de las comunidades autónomas sino de los clínicos, para ser más precisos, que son los que tienen la capacidad para tener ese margen de decisión. Ninguna de las decisiones que adoptamos son políticas, afortunadamente son decisiones de los clínicos.

Se me olvidaba contestar a la señora Tarruella porque no la veo ahora. Hay otra cuestión que también ha planteado la señora Pastor, la portavoz del Grupo Popular, sobre las vacunas con adyuvantes o sin adyuvantes y también lo ha planteado la señora Tarruella. En primer lugar, las vacunas son de virus muertos —lo digo para la señora Tarruella porque usted lo sabe, señora Pastor—, son de virus inactivados, como las estacionales. Eso es algo que quiero que quede bien claro. Además, son fracciones del virus, con virus incompletos y que no se puede coger la gripe por la vacuna, lo digo para que no quede la duda. A lo mejor todos ustedes los saben, pero que no quede la duda.

En cuanto a la preocupación en embarazadas, en personas inmuno-deprimidas, sobre si tienen adyuvante o no tienen adyuvante. Con carácter general, cuando la EMEA habla de la seguridad de una vacuna, habla de la seguridad de una vacuna para esos grupos de riesgos que están definidos. Por tanto, la seguridad y la eficacia de la vacuna se deciden con carácter general, para todos. No obstante, en el ámbito del Gobierno, cuando decidimos que se hiciera la compra de las vacunas, de los 37 millones de dosis, hablamos con las empresas farmacéuticas para que una parte de dichas dosis encargadas fueran sin adyuvante para que, en el caso en que tuviéramos que utilizar vacunas sin adyuvante, pudiéramos disponer de las mismas. Por tanto, quiero ofrecer tranquilidad sobre este tema. Hemos hablado hace ya algún tiempo con las empresas farmacéuticas para que en ese encargo de vacunas que hemos hecho hubiera una determinada cantidad sin adyuvante para que, en el caso de que fuera necesario poner vacunas sin adyuvante, estuviéramos en condiciones de hacerlo. Espero haber sido exhaustiva en respuesta a sus planteamientos.

Quiero contestar a la señora Grande, portavoz del Grupo Socialista. Le agradezco muchísimo su apoyo, el recuento y el relato que ha hecho de todas las decisiones que se han venido tomando porque esto también nos

ayuda a todos a saber exactamente cuál ha sido el proceso, cuáles han sido las iniciativas, cuáles han sido las decisiones. Yo quiero de nuevo agradecer a todos los portavoces el apoyo leal y el esfuerzo que han realizado porque todos aquellos planteamientos y dudas que se han hecho en el marco de esta Comisión de Sanidad nos han permitido a nosotros poder ir avanzando. Coincido —por no alargarme demasiado en mi respuesta, señor presidente— en que la comunicación activa, permanente y sobre todo transparente ha sido un factor clave para evitar una especulación que pudiera generar alarma social. La confianza en la gestión tiene una derivada fundamental, que es que cualquier decisión esté basada en la evidencia científica. Esto ha sido algo en lo que todos hemos extremado el cuidado, para que cualquier

decisión estuviera amparada por esa evidencia científica, de tal manera que ofreciéramos la mayor garantía y seguridad a nuestros ciudadanos. Todo esto ha sido gracias al trabajo conjunto, al trabajo de todos.

De nuevo quiero concluir mi intervención agradeciendo su colaboración, sus sugerencias, sus aportaciones y el trabajo leal que hemos podido realizar entre todos nosotros.

El señor **PRESIDENTE:** Gracias, señora ministra. Gracias, señoras y señores diputados. Las preguntas han sido exhaustivas, las respuestas también. Por tanto, levantamos la sesión.

Eran las seis y diez 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**