



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2011

IX Legislatura

Núm. 745

SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL Y CONSUMO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. GASPAR LLAMAZARES TRIGO

Sesión núm. 42

celebrada el martes 29 de marzo de 2011

Página

ORDEN DEL DÍA:

Comparecencias:

Del señor secretario general de Sanidad (Martínez Olmos), para informar sobre:

- Las políticas de calidad y equidad que se desarrollan en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. A propuesta del Gobierno. (Número de expediente 212/001429.) 2
- El calendario, mecanismos administrativos y cuantos aspectos sean de interés, en relación con la integración en el Ingesa del personal que presta sus servicios en el Hospital Militar de Melilla. A petición del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 212/000505.) 2

— Las actuaciones que está realizando el Gobierno con el fin de buscar una salida legal a los médicos mestos (médicos especialistas sin título oficial) y a los farmacéuticos especialistas en farmacia hospitalaria sin título oficial. A petición del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió). (Número de expediente 212/000633.)	2
— La situación del Pacto de Estado en la sanidad y perspectiva de acuerdo. A petición del Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds. (Número de expediente 212/000894.)	2
— La evaluación encargada de la Comisión de Sanidad, Política Social y Consumo del Congreso de los Diputados, sobre formas de gestión y principios del Sistema Nacional de Salud con relación al informe de universalización. A petición del Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds. (Número de expediente 212/000967.)	2
— La revisión en el precio y la promoción de medicamentos genéricos en el Sistema Nacional de Salud. A petición del Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds. (Número de expediente 212/001084.)	3
— El estado actual del proceso de consolidación previsto para el personal interino, enfermeras, auxiliares de enfermería y celadores del Hospital Comarcal de Melilla, provenientes del Hospital Militar. A petición del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 212/001345.)	3
Del señor presidente de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (Sabrido Bermúdez), para informar sobre el plan de actividades para 2011, aprobado por el consejo de dirección de la agencia, así como documentación aneja. A propuesta del Gobierno. (Número de expediente 212/001406.)	25

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

COMPARECENCIAS:

DEL SEÑOR SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD (MARTÍNEZ OLMOS), PARA INFORMAR SOBRE:

- LAS POLÍTICAS DE CALIDAD Y EQUITAD QUE SE DESARROLLAN EN EL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. A PROPUESTA DEL GOBIERNO. (Número de expediente 212/001429.)
- EL CALENDARIO, MECANISMOS ADMINISTRATIVOS Y CUANTOS ASPECTOS SEAN DE INTERÉS, EN RELACIÓN CON LA INTEGRACIÓN EN EL INGESA DEL PERSONAL QUE PRESTA SUS SERVICIOS EN EL HOSPITAL MILITAR DE MELILLA. A PETICIÓN DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 212/000505.)

- LAS ACTUACIONES QUE ESTÁ REALIZANDO EL GOBIERNO CON EL FIN DE BUSCAR UNA SALIDA LEGAL A LOS MÉDICOS MESTOS (MÉDICOS ESPECIALISTAS SIN TÍTULO OFICIAL) Y A LOS FARMACÉUTICOS ESPECIALISTAS EN FARMACIA HOSPITALARIA SIN TÍTULO OFICIAL. A PETICIÓN DEL GRUPO PARLAMENTARIO CATALÁN (CONVERGÈNCIA I UNIÓ). (Número de expediente 212/000633.)
- LA SITUACIÓN DEL PACTO DE ESTADO EN LA SANIDAD Y PERSPECTIVA DE ACUERDO. A PETICIÓN DEL GRUPO PARLAMENTARIO DE ESQUERRA REPUBLICANA-IZQUIERDA UNIDA-INICIATIVA PER CATALUNYA VERDS. (Número de expediente 212/000894.)
- LA EVALUACIÓN ENCARGADA POR LA COMISIÓN DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL Y CONSUMO DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS, SOBRE FORMAS DE GESTIÓN Y PRINCIPIOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD CON RELACIÓN AL INFORME

DE UNIVERSALIZACIÓN. A PETICIÓN DEL GRUPO PARLAMENTARIO DE ESQUERRA REPUBLICANA-IZQUIERDA UNIDA-INICIATIVA PER CATALUNYA VERDS. (Número de expediente 212/000967.)

- **LA REVISIÓN EN EL PRECIO Y LA PROMOCIÓN DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. A PETICIÓN DEL GRUPO PARLAMENTARIO DE ESQUERRA REPUBLICANA-IZQUIERDA UNIDA-INICIATIVA PER CATALUNYA VERDS. (Número de expediente 212/001084.)**
- **EL ESTADO ACTUAL DEL PROCESO DE CONSOLIDACIÓN PREVISTO PARA EL PERSONAL INTERINO, ENFERMERAS, AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y CELADORES DEL HOSPITAL COMARCAL DE MELILLA PROVENIENTES DEL HOSPITAL MILITAR. A PETICIÓN DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 212/001345.)**

El señor **PRESIDENTE**: Se abre la sesión. Hemos dado los cinco minutos de cortesía, pero parece que el cambio de horario está influyendo en el trabajo de las comisiones. En todo caso, habíamos convocado a las diez y media por las dificultades de la Comisión anterior, a las diez de la mañana.

Saben ustedes que tenemos dos comparecencias, en primer lugar, del secretario general de Sanidad, el señor Martínez Olmos, para responder, por una parte, a una comparecencia a petición propia, en relación con las políticas de calidad y equidad que se desarrollan en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y, por otra parte, a una serie de peticiones de comparecencia, como es habitual, de los grupos parlamentarios. Hay dos del Grupo Parlamentario Popular, relativas al Ingesa; una del Grupo Parlamentario de Convergència i Unió, relativa a los Mestos; tres del Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds, relativas al Pacto de Estado, a formas de gestión y principios del Sistema Nacional de Salud y promoción de medicamentos genéricos. Estas son las comparecencias que tenemos en el día de hoy. Como ven ustedes, es un temario extenso. Comenzaremos con una primera intervención, como es habitual, por parte del secretario general de Sanidad, a continuación daremos la palabra a los grupos parlamentarios, inicialmente por un tiempo de quince minutos, y si hubiera temas que quedasen pendientes, daríamos una breve intervención final con una dúplica por parte del secretario general de Sanidad.

Tiene la palabra el señor secretario general de Sanidad, señor Martínez Olmos.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Martínez Olmos): Quiero dar las gracias a sus señorías por su cálida acogida, que, como siempre, hace que sea un placer, además de un honor, estar aquí hoy con todos ustedes.

Comparezco para informar sobre las políticas de calidad y equidad que se desarrollan en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y lo hago con la convicción de que compartimos todos una valoración positiva sobre la calidad de nuestro Sistema Nacional de Salud, como lo atestigua el hecho de que ofrece servicios y prestaciones de enorme calidad, permitiendo que podamos disponer de unos indicadores de resultados en salud que hacen que nuestra sanidad se pueda situar entre las mejores del mundo desarrollado y que nuestros ciudadanos señalen al servicio sanitario como el servicio público mejor valorado en todos los estudios sociológicos. Junto a ello, el Sistema Nacional de Salud se constituye en la primera empresa del país, tanto en términos de generación de empleo y riqueza como en términos de impulso a iniciativas vinculadas a la investigación, el desarrollo y la innovación. Estas cuestiones cobran especial relevancia en tiempos de crisis como los que vivimos. Es precisamente la crisis económica y sus consecuencias en los ingresos de las administraciones públicas, junto al envejecimiento poblacional y la cronicidad de las enfermedades, lo que hace que, por mi parte al menos, valore la situación del Sistema Nacional de Salud no solo en términos positivos, como acabo de señalar, sino también como una situación en la que hemos de ser capaces de superar una serie de desafíos derivados precisamente de dicha crisis y de la necesidad de dar respuesta a los retos del envejecimiento y de la cronicidad. No es mi postura, por tanto, una postura de autocomplacencia, sino una postura que aspiro a que sea de responsabilidad y de apelación a la responsabilidad de todos para hacer posible que ganemos los desafíos actuales y para que consigamos los objetivos compartidos mayoritariamente, y me atrevería a decir que unánimemente, de hacer posible que nuestro Sistema Nacional de Salud sea también en el futuro un sistema de calidad, equitativo y donde la cohesión territorial siga siendo una realidad. Estos objetivos fueron marcados por el pleno del consejo interterritorial el pasado 18 de marzo de 2010 y suponen una buena hoja de ruta para el trabajo compartido en la búsqueda de estas aspiraciones.

Señorías, pretendo basar mi exposición en el principio político de la mayor honestidad en el análisis y la mayor apertura a la crítica constructiva, que permita que unos y otros, ustedes y nosotros, abordemos las acciones de futuro para nuestro sistema, lo más alejadas posible de los planteamientos electoralistas a los que podríamos estar sometidos por los tiempos políticos que vivimos en la actualidad, a poco menos de dos meses de las elecciones autonómicas y municipales del 22 mayo. Será más fácil superar con éxito los retos de nuestro sistema si somos capaces de generar un marco de actuación que

supere la pura confrontación partidista, como acertadamente señaló que había que hacer el propio pleno del consejo interterritorial en marzo de 2010.

Señorías, quiero expresar ante esta Comisión, como hace muy pocos días hice en la sede del Consejo Económico y Social, mi firme creencia en la sostenibilidad de nuestro Sistema Nacional de Salud, que, a mi entender, es el más firme pilar de la cohesión social en España. Creo que es posible asegurar la sostenibilidad, porque no puede admitirse políticamente, sin ruborizarse por ello, que el coste de un sistema sanitario como el que disfrutamos, que supone una inversión aproximada de 1.500 euros por habitante y año, no pueda ser asumido por un país como España. Es para eso, para que sea sostenible, para lo que hemos de seguir trabajando todos, porque el Sistema Nacional de Salud se ha convertido en estos veinticinco años transcurridos desde la aprobación de la Ley General de Sanidad en abril de 1986 en un patrimonio de la sociedad española. Por eso mismo, velar por la equidad en el acceso, la calidad en las prestaciones y la eficiencia en la gestión constituyen objetivos esenciales del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. En una época difícil como la que atravesamos, es una obligación de todos encontrar el camino para construir el futuro de un sistema fuerte, de calidad, equitativo, cohesionado y sostenible. Creo que existe un amplio margen no solo para mantener, sino también para mejorar el sistema, sin merma alguna en la calidad de las prestaciones, aun en un escenario de restricciones presupuestarias como el actual. Por eso, la actividad de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud se vuelve hoy más importante que nunca, desde su creación en 2003, liderando el Plan de calidad del Sistema Nacional de Salud, que, como sus señorías saben, está centrado en los pacientes, orientado a la equidad y a la mejora de la excelencia clínica. El Plan de calidad es una herramienta llamada a facilitar la sostenibilidad interna del Sistema Nacional de Salud, por cuanto contribuye a mejorar la efectividad y la eficiencia de los procedimientos, a vigilar la introducción de nuevas tecnologías, midiendo su coste-efectividad, y a priorizar las intervenciones que aportan el mayor valor en términos de salud. A través del Plan de calidad estamos desarrollando distintas estrategias cuyo denominador común es su orientación hacia una práctica clínica basada en el mejor conocimiento científico disponible. Este camino de mejora que supone el Plan de calidad no puede ser de ninguna manera ajeno al desarrollo de la sociedad de la información. Las nuevas tecnologías y la innovación son hoy los medios necesarios para la construcción del futuro. Garantizar la igualdad en el acceso a los servicios sanitarios de los ciudadanos, garantizar su movilidad, exige la previa garantía de la circulación de la información clínica y de la gestión de determinadas prestaciones en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, superando el ámbito del servicio de salud que es propio del ciudadano por razón de su domicilio. A su vez, el Sistema Nacional de Salud en su conjunto precisa de

datos agregados a nivel estatal sobre la atención prestada, si queremos hacer efectiva una planificación de estrategias de salud coordinadas que mejoren la salud de todos los españoles. Esta es la razón a la que obedece la apuesta del ministerio por el programa Sanidad en Línea, que desarrolla el Instituto de información sanitaria de la Agencia de calidad. Sanidad en Línea es un conjunto de proyectos que comprenden una serie de iniciativas tecnológicas, unas ya preexistentes y otras redefinidas con esta ambición en el sistema sanitario, que se orientan a mejorar el acceso y el uso de los servicios sanitarios por los ciudadanos. Sanidad en Línea, que se basa en un sistema fiable de identificación de los ciudadanos, la tarjeta sanitaria individual, ya totalmente implantada en España desde el pasado año, está desarrollando la informatización de los registros clínicos de cada usuario o paciente, para que cada uno de ellos tenga una historia clínica digital y un sistema que soporte y relacione entre sí todos los procesos que es necesario realizar para hacer efectiva la prestación farmacéutica a través de la receta electrónica. Trabajamos para aumentar la calidad asistencial y la seguridad del paciente, para que cuando los ciudadanos se desplacen de una comunidad a otra puedan ser atendidos por unos profesionales de la salud que tengan acceso a la información más relevante de su historia clínica. Sin ningún ánimo triunfalista, quiero romper una lanza a favor de la profesionalidad y el buen hacer del personal del ministerio. El departamento, con medios propios exclusivamente, ha puesto en marcha la infraestructura necesaria para garantizar la interoperabilidad del sistema, el nodo central del Sistema Nacional de Salud, que es la base imprescindible para el proyecto Sanidad en Línea, un proyecto que coloca a España como uno de los países líderes en la Unión Europea en el desarrollo de la *e-health*.

Nuestros esfuerzos se concentran, también dentro del Plan de calidad, en la priorización de intervenciones que reorienten el sistema hacia mejoras organizativas y profesionales, mejoras que aporten eficiencia y calidad, reduciendo cuidados inapropiados y potenciando la seguridad del paciente. Estoy refiriéndome al trabajo que desarrolla la Oficina de planificación y calidad de la agencia, liderando la elaboración de las estrategias del Sistema Nacional de Salud, la elaboración de los estándares y recomendaciones para unidades y servicios y la garantía de la calidad de los centros y servicios a través de la acreditación de las unidades de referencia que tenemos ya funcionando en España, 132 para atender 35 patologías y procesos diferentes, entre los que quiero señalar: la de quemados críticos, la de reconstrucción del pabellón auricular, la de glaucoma congénito y glaucoma en la infancia, la de alteraciones congénitas del desarrollo ocular, la de tumores extraoculares en la infancia, la de tumores ordinarios, la de retinopatía del prematuro avanzada, la de transplante renal infantil, la de trasplante hepático infantil, la de transplante pulmonar infantil y adulto, etcétera. Son un conjunto de procedimientos de los que todos los responsables del

Sistema Nacional de Salud podemos estar orgullosos y que conforman la más amplia red de unidades de referencia de toda Europa.

Sus señorías conocen ya las estrategias de salud elaboradas en el marco del Plan de calidad, como las de cáncer, cardiopatía isquémica, diabetes, ictus, salud mental, cuidados paliativos, EPOC y enfermedades raras, que están siendo implementadas por las comunidades autónomas y sometidas a evaluación y reelaboración en los tiempos establecidos por el consejo interterritorial. La oficina de planificación aborda ahora la elaboración de una base de datos sobre experiencias de buenas prácticas en estrategias de salud en nuestro sistema sanitario, con el propósito de proceder a su difusión a través de la web. En 2011, la Agencia de calidad aborda un proyecto clave para la reorientación del Sistema Nacional de Salud, dando cumplimiento con ello al compromiso que asumió la ministra Pajín ante esta misma Comisión hace escasamente dos meses. Me refiero a la elaboración de la Acción estratégica transversal para el abordaje de la cronicidad del Sistema Nacional de Salud. Los comités institucional y técnico de esta acción estratégica se reunirán por primera vez en la primera quincena del mes de abril. La oficina de planificación ha elaborado ya un documento preliminar, que recoge las líneas maestras, los puntos clave, los objetivos y las áreas de actuación de esta acción estratégica que se presentaron al Grupo de estrategias en salud en el foro que para esta finalidad se creó en relación con los acuerdos del consejo interterritorial del año pasado. Sobre la importancia de esta iniciativa solo quiero mencionar aquí que un cambio en la cultura organizacional y la transformación hacia un modelo mejor preparado para prevenir y gestionar enfermedades crónicas son imprescindibles si queremos que el Sistema Nacional de Salud siga cumpliendo su función social de forma satisfactoria. Esto es importante debido al envejecimiento y la cronicación de las enfermedades. Es una acción estratégica en la que la atención primaria tiene que tener un protagonismo esencial, una acción que varias comunidades autónomas ya están implementando en sus territorios.

Me permitirán que haga un aparte en mi intervención para destacar que la Secretaría General de Sanidad está cumpliendo ya otro de los compromisos que la ministra hizo suyos en su intervención ante la Comisión, como es la organización de una conferencia sobre atención primaria y salud en España, que pretende actualizar y reforzar los objetivos definidos en la estrategia AP-21. El Foro médico de atención primaria ha celebrado ya una primera reunión con las direcciones generales de la Agencia de calidad y de ordenación profesional, Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección para determinar contenidos de esta conferencia que el ministerio y el foro están de acuerdo en convocar para el próximo mes de julio. Me complace anunciar también que el ministerio aplaude la iniciativa del foro para celebrar el próximo día 12 de abril el Día de la atención primaria, que consideramos como una excelente oportu-

nidad para hacer visible la importancia capital que este nivel adquiere en la reorientación del Sistema Nacional de Salud.

La ministra asumió otro compromiso ante esta Comisión cuando expuso su intención de abordar acciones frente al tratamiento del dolor en los servicios de salud. La Agencia de calidad lo afrontará mediante la elaboración de un documento de estándares de calidad y seguridad en el tratamiento del dolor, que incluirá la perspectiva de género y la atención a la infancia desde un enfoque multidisciplinar. Tenemos prevista la celebración de una jornada técnica en esta materia de atención al dolor para el próximo mes de mayo.

La infraestructura de calidad del Sistema Nacional de Salud, cuya elaboración y mantenimiento corresponde a la Agencia de calidad, es otra de nuestras preocupaciones en este ejercicio. La Oficina de planificación sanitaria está ya trabajando, con el concurso de expertos y de sociedades científicas, en otros documentos de estándares y recomendaciones dedicados al cáncer, neurociencias, aparato digestivo, imagen y laboratorios. A través del Observatorio de salud de las mujeres, el ministerio ha prestado una especial atención a los problemas derivados de la violencia de género. Fruto de este empeño ha sido el protocolo común para la atención de la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud, cuya problemática ha sido examinada hace tan solo quince días en una jornada técnica y constituirá también el objeto de un encuentro internacional que se celebrará en el mes de junio en la Universidad Menéndez Pelayo de Santander. El observatorio está trabajando asimismo en el establecimiento de un protocolo para la atención a mujeres en situación de especial vulnerabilidad o con mayor riesgo de padecer violencia de género y también —es importante señalarlo— en un protocolo para la atención de hijas e hijos de mujeres maltratadas, con la finalidad de proponer modelos de reorganización de los servicios sanitarios y definir los roles profesionales para su atención integral. Es especialmente importante el papel que pueden jugar los servicios sanitarios en la detección precoz de este problema.

Un área de interés que no puedo dejar de mencionar es el esfuerzo de participación informada de los pacientes en los cuidados de su salud, en las decisiones sobre la atención sanitaria que les afectan, en las medidas de seguridad y prevención de incidentes adversos y en la formulación y evaluación de las estrategias de salud en las que sus representantes están presentes. La agencia tiene prevista la celebración de una nueva conferencia internacional de seguridad de pacientes para el último trimestre del año.

He destacado para sus señorías algunos de los principales compromisos y de las áreas prioritarias de actuación de la Agencia de calidad del Sistema Nacional de Salud para este año 2011, pero cabe añadir que junto a estos hitos importantes de su actividad, no lo son menos las obligaciones que tiene atribuidas en la estructura del ministerio. De este modo, el Instituto de Información

Sanitaria recaba, elabora y difunde información objetiva, fiable y comparable para valorar la consecución de los objetivos del Sistema Nacional de Salud, respondiendo a las necesidades de conocimiento que tienen sus entidades y facilitando datos a la sociedad con transparencia a través del portal estadístico del Sistema Nacional de Salud, que todos los ciudadanos interesados pueden consultar en la página web del ministerio. El instituto ha suscrito un convenio con el Instituto Nacional de Estadística para la realización de la Encuesta Nacional de Salud 2011, aborda la publicación de un informe con el análisis de los resultados de la Encuesta Europea de Salud 2009 y dará continuidad al desarrollo de foros sobre el sistema de información del Sistema Nacional de Salud. Quiero informarles también de que la ministra tiene previsto presentar en fechas próximas los resultados del último barómetro sanitario, de los que puedo avanzarles el alto grado de satisfacción ciudadana respecto a los servicios de salud.

En lo que se refiere a la Oficina de planificación sanitaria, señalaré que entre sus actividades se encuentra la de impulsar políticas de salud sexual y reproductiva, fortalecer el enfoque de género en las políticas de salud y establecer convenios con las agencias de evaluación de tecnologías para la elaboración de las guías de práctica clínica. En este sentido, tengo que reseñar que a través del proyecto del consejo interterritorial, Guía Salud, en la página web están disponibles cerca de ochenta guías de práctica clínica para los profesionales del Sistema Nacional de Salud, lo cual permite fomentar el uso de las prestaciones con evidencia científica, teniendo en cuenta la efectividad e incluso el análisis económico de las tecnologías sanitarias que utilizan los profesionales de la sanidad.

En lo que se refiere a la política farmacéutica, permítanme señorías que les comente los criterios generales que estamos aplicando; después, me referiré a las políticas específicas que estamos desarrollando. En primer lugar, incidiré en algo que, a fuer de ser obvio, a veces se nos olvida, y es el hecho de que la política farmacéutica es una competencia exclusiva del Estado, una competencia del Gobierno de España. Es de la máxima importancia que esto sea así, porque, por un lado, es la manera de garantizar la igualdad efectiva de todos los españoles en lo que respecta a la prestación farmacéutica, que todos los ciudadanos tengan las mismas posibilidades de acceder a los medicamentos que les hagan falta para hacer frente a sus problemas de salud, y por otro lado, es imprescindible mantener la unidad del mercado farmacéutico, porque, si no, no seremos capaces de articular políticas integrales en relación con el medicamento, con sus lógicas y negativas consecuencias en materia de salud, en materia de I+D+i y también en el terreno industrial.

Como todas sus señorías conocen, el Gobierno desarrolla una política farmacéutica que persigue asegurar la calidad, incorporando aquellos avances científicos que se producen en el mundo del medicamento, y esto es

absolutamente esencial. Ningún avance en términos farmacológicos puede quedar fuera de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud, pero al tiempo hay que hacer posible asegurar la eficiencia del gasto. Como resultado de nuestra acción, puedo señalar que desde el mes de abril de 2004, mes en el que el gasto farmacéutico creció al 11,02 por ciento interanual, hasta ahora, febrero de 2011, en el que este dato se ha situado en un decrecimiento interanual del —4,06 por ciento, el gasto en medicamentos ha tenido una evolución en la que los datos son suficientemente expresivos, ya que son resultados nunca conseguidos en la historia de la gestión del Sistema Nacional de Salud español.

Especialmente relevantes son las medidas derivadas del pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, celebrado el pasado 18 de marzo de 2010, en el que se adoptó por unanimidad un histórico acuerdo que incluía medidas a corto plazo para hacer frente a las necesidades más perentorias de nuestro sistema sanitario público, pero también medidas a medio y largo plazo para garantizar la sostenibilidad del mismo. Entre las medidas a corto plazo, quiero recordar que se incluyeron medidas tendentes a disminuir el gasto farmacéutico, que tuvieron su concreción legal en los reales decretos-leyes 4 y 8/2010, decretos que comenzaron a surtir su efecto a partir del 1 de junio. Desde el 1 de junio de 2010, nuestra factura farmacéutica pública mediante recetas ha descendido en casi nueve puntos porcentuales, pasando de un crecimiento del 4,8 por ciento interanual, al último dato del mes pasado que acabo de señalarles, el —4,06 por ciento, lo que supone, en términos dinerarios, un menor gasto de 1.600 millones de euros. A partir del pasado 1 de marzo tiene efectos económicos la nueva orden de precios de referencia, que calcula estos con el coste tratamiento/día más barato de los medicamentos que componen cada uno de los conjuntos homogéneos y no con el promedio de los tres más baratos como ocurría hasta ahora. Esto va a hacer que continúe la tendencia descendente de la factura farmacéutica hasta alcanzar los 2.500 millones de euros de menor gasto que el Gobierno había previsto y que va a contribuir de manera notable a equilibrar las cuentas públicas de las comunidades autónomas, porque estas son medidas que benefician a los presupuestos de las comunidades autónomas. En definitiva, señorías, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad está aplicando las medidas que se decidieron de acuerdo con las comunidades autónomas y está generando los impactos buscados y esperados.

Otras medidas que se contemplaban en el acuerdo del consejo interterritorial y que se recogieron en los reales decretos-leyes ya citados son las que se corresponden con las compras centralizadas o agregadas para el conjunto del Sistema Nacional de Salud o la adecuación de la dispensación de medicamentos a las necesidades específicas de los pacientes prescritas por los médicos. En estos momentos estamos ultimando la convocatoria del primer concurso para la compra agregada de vacunas

para la gripe estacional correspondiente a la campaña 2011-2012. Estoy seguro de que esta experiencia será el comienzo de una línea de actuación que se desarrollará en el futuro con éxito y que tendrá su continuidad con más productos y más comunidades autónomas, en función de los intereses compartidos que podamos tener en este ámbito. La compra agregada de determinados productos para el conjunto del Sistema Nacional de Salud no solo tiene ventajas económicas, producto de la economía de escala, sino que también refuerza los elementos de equidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud y, si me permiten, señorías, da un mensaje nítido a la sociedad de que desde el Sistema Nacional de Salud estamos dispuestos a generar medidas de eficiencia y de ahorro, independientemente de los ámbitos competenciales de cada una de las administraciones. Por ello, quiero agradecer a las comunidades autónomas que en esta primera iniciativa se hayan implicado en este proceso.

También les quería comentar el proyecto de desarrollo de la modificación de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos, que va a permitir al personal de enfermería indicar, usar y autorizar la dispensación de medicamentos. Estamos ultimando el proyecto de real decreto que va a regular la elaboración de guías y protocolos y el proceso de formación y acreditación de los profesionales de enfermería que establece la ley, proyecto que esperamos llevar al siguiente consejo interterritorial. Es un proceso que requiere un alto grado de consenso entre administraciones y profesionales, pero sobre todo debe garantizar la competencia adecuada de los profesionales de enfermería para que puedan desarrollar estas labores relacionadas con el medicamento con el máximo nivel de seguridad y de calidad para los pacientes.

Para terminar este capítulo dedicado a la política farmacéutica, quería referirme al Plan sectorial para la industria farmacéutica, industria puntera en I+D+i, con una participación creciente en las exportaciones españolas y que da trabajo directo a cerca de 40.000 personas, trabajo altamente cualificado, predominantemente en el ámbito de la mujer. Este plan fue comprometido por el presidente del Gobierno de España y va a ser presentado esta misma semana por las ministras de Sanidad, de Política Social e Igualdad y de Ciencia e Innovación, conjuntamente con los principales responsables de la industria farmacéutica en España. Los objetivos principales de este plan se centran en impulsar la investigación y la innovación biomédica relacionada con medicamentos y en favorecer un marco estable y predecible que permita a la industria investigar, producir, exportar y crear empleo, en definitiva, crear el marco adecuado para maximizar las aportaciones de la industria farmacéutica a la sociedad española en términos de salud y en términos sociales y económicos. Vamos a establecer un procedimiento de trabajo compartido que permitirá diagnosticar los problemas en cada uno de los ámbitos de interés, potenciar la investigación clínica, más pre-

sencia de plantas de producción en España, generación de mecanismos que incrementen las exportaciones y todo aquello que pueda mejorar el empleo y decidir de manera conjunta las áreas a mejorar para conseguir estos objetivos. En resumen, se trata de un plan que pretende hacer compatible la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud con sacar el máximo provecho del esfuerzo que hacen los presupuestos públicos en esta materia y también conseguir mejoras en el ámbito de la investigación, el desarrollo y la innovación. En resumen, señorías, tenemos una prestación farmacéutica que por su cobertura universal, su amplitud, su calidad y su eficiencia es de las mejores del mundo, por no decir la mejor. Nuestro reto más importante es mantenerla, reforzarla y mejorarla, haciéndola sostenible a medio y largo plazo. En esta materia, hemos de enfatizar los esfuerzos para continuar desarrollando una política para el futuro que tenga el máximo consenso.

Señorías, en lo que se refiere a las materias relacionadas con ordenación profesional, cohesión y alta inspección, que también están asignadas a la Secretaría General de Sanidad, les señalaré algunos aspectos relevantes como los que se refieren a las siguientes cuestiones. En aplicación de sus normas reguladoras se están realizando, a través de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación, la evaluación previa de técnicas, tecnologías y procedimientos, la detección de las emergentes y la priorización de otras para su incorporación. En función de estos trabajos se ha ampliado la cartera de servicios en aspectos referidos a la prestación ortoprotésica, extendiendo las indicaciones de las prótesis mioeléctricas a los amputados unilaterales; se ha clarificado que en el caso de los implantes cocleares que también se encuentran incluidos los componentes externos de los mismos; se ha revisado la atención de los donantes en caso de trasplante de vivo y se han introducido los módulos de L-serina para los trastornos del metabolismo de la serina a los pacientes que la precisan. Además, se ha autorizado el uso tutelado de los tratamientos quirúrgicos de la lipoatrofia facial asociada a VIH/sida mediante el Real Decreto 207/2010, por el que se establecen las condiciones del uso tutelado y se modifica el Real Decreto 1207/2006, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria para hacer efectivo este procedimiento, lo cual nos convierte en uno de los pocos países que tienen esta prestación aplicable a estos pacientes.

En marzo de 2010 se inició el uso tutelado de estos tratamientos quirúrgicos de lipoatrofia facial asociada a VIH/sida en el que participan actualmente veintidós centros de doce comunidades autónomas, con la dirección técnica de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III. De este modo, mediante todas estas iniciativas, avanzamos poco a poco, de manera coordinada con las comunidades autónomas, en la actualización de la cartera de servicios, de manera que se garantice una evaluación previa de las nuevas técnicas, de tal forma que podamos seguir garan-

tizando equidad y accesibilidad con una adecuada atención sanitaria.

Quiero realizar una mención específica en relación con la prestación ortoprotésica. El Comité asesor para la prestación ortoprotésica ha analizado diversas solicitudes de actualización de la cartera de servicios, iniciando trabajos sobre importes máximos de financiación de ortoprétesis; se ha acordado el protocolo de indicación de prótesis mioeléctricas y se han finalizado los trabajos de actualización de la guía descriptiva de la prestación ortoprotésica, que permite conocer al detalle el contenido de esta prestación en el ámbito del Sistema Nacional de Salud. Igualmente, en relación con la prestación de productos dietéticos, se está trabajando en la mejora de la oferta que hace el Sistema Nacional de Salud y en este momento se está revisando toda la oferta de manera que se estima que la aplicación de los precios determinará un ahorro anual de unos 10,5 millones de euros a precio de venta al público, lo que supone aproximadamente un 3 por ciento del total del consumo al precio de venta al público del año 2010.

Señorías, cuando hablamos de prestaciones la equidad está asociada a la accesibilidad. Nuestro Sistema Nacional de Salud en general está muy valorado por la población, como comenté al principio de mi intervención, aunque no por ello los ciudadanos dejan de manifestar su apreciación sobre aspectos en los que consideran que deben introducirse mejoras. En esta línea debo mencionar las listas de espera, que constituyen quizá la circunstancia que tiene mayor impacto entre los ciudadanos. Es legítimo aspirar a ser atendido en plazos razonables y tolerables. En consonancia con las aspiraciones de los ciudadanos, desde el ministerio se está promoviendo un marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. Quiero recordar que en función del acuerdo adoptado en el pleno del consejo interterritorial en marzo de 2010, el pasado mes de octubre se presentó también al consejo interterritorial un borrador de real decreto, que está tramitándose en la actualidad, que tiene por objeto establecer un marco de garantía para los usuarios de los tiempos máximos de acceso a las prestaciones sanitarias, de tal manera que pueda realizarse en condiciones de igualdad efectiva y en un plazo adecuado. La aplicación de esta norma va a garantizar, por primera vez, unos tiempos máximos de espera en toda España para una serie de intervenciones seleccionadas, si bien se podrán mantener los tiempos máximos ya establecidos para los mismos procesos por las comunidades autónomas, siempre y cuando sean iguales o inferiores a los que en ella se establecen. Los tiempos máximos de acceso garantizado a los usuarios del Sistema Nacional de Salud, definidos por el conjunto del consejo interterritorial, son de 180 días para las intervenciones quirúrgicas inicialmente seleccionadas, cirugía cardiaca valvular, cirugía cardiaca coronaria, cataratas, prótesis de cadera y prótesis de rodilla. Esta selección constituye una primera fase en el desarrollo dinámico de

estas garantías para establecer tiempos máximos de acceso para otras intervenciones, como pueden ser, en el futuro, las consultas externas de atención especializada y determinados procedimientos diagnósticos o terapéuticos. Es previsible que la norma tenga un impacto sanitario positivo, constituyendo una medida más para garantizar la equidad en el acceso a nuestras prestaciones.

Hablando de prestaciones, no puedo dejar de hacer una breve referencia al Plan de salud bucodental que el ministerio está impulsando y que incluye una amplia serie de medidas preventivas y asistenciales dirigidas a la población infantil, incidiendo en aspectos educativos para promover hábitos saludables en materia de dieta e higiene bucodental. El objetivo del plan es asegurar la equidad en el acceso a la prestación, de forma que todos los niños y niñas del país, sin distinción del lugar de residencia, tengan derecho a una mejor salud bucodental. Como saben, el plan se inició en el año 2008 y ha continuado en 2009 y 2010 con la publicación de los reales decretos concretos que regulan la concesión de subvenciones a las comunidades autónomas para atender a los niños. En 2008 fueron los niños de 7 y 8 años. El número de niños y niñas atendidos a lo largo de este año fue de 432.000, cuya cobertura fue del 89 por ciento del total de la población. En 2009, las subvenciones fueron para la atención a niños de 7 y 10 años, contemplando la cofinanciación de las actuaciones al 50 por ciento entre el ministerio y las comunidades autónomas. El número de niños atendidos fue de 435.000. En 2010 la atención se dirigió a niños de entre 7 y 12 años. El número de niños atendidos fue de 454.000. Este año está previsto continuar con el Plan de salud bucodental incluyendo dos nuevas cohortes, las de 7 y 14 años.

Por otra parte, desde el Ministerio de Sanidad se está poniendo a disposición del sistema una serie de plataformas informáticas de soporte a información agregada de interés general que inciden en la cohesión del sistema y, por qué no, también en la equidad, por ejemplo, el registro nacional de instrucciones previas. La Ley 41/2002, que regula el documento de instrucciones previas, establece que cada servicio de salud regulará el procedimiento para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona, que constará siempre por escrito. La equidad en el respeto a la voluntad del paciente, esto es, la efectividad de este derecho, exige que el documento de instrucciones previas, independientemente del lugar donde haya sido formalizado, pueda ser conocido precisa y oportunamente por los profesionales de la salud a los que, en su momento, corresponda la responsabilidad de la asistencia sanitaria que deba prestársele. Para desarrollar y dar cumplimiento a esto se aprobó el Real Decreto 124/2007 que regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal. Desde la creación de este registro el Ministerio ha trabajado coordinadamente con las comunidades autónomas, bien

apoyándolas para la creación de sus propios registros, bien para la adaptación de los que ya estaban funcionando, con el fin de lograr una sincronización de todos ellos, el deseado automatismo que permita el conocimiento en tiempo real en cualquier centro sanitario del país de las instrucciones previas emitidas por nuestros ciudadanos e inscritas en cualquier registro autonómico. En el momento actual, todas las comunidades autónomas han publicado su propia normativa sobre los registros de instrucciones previas con más de 75.000 inscripciones. El funcionamiento a nivel autonómico está operativo y la mayor parte de los registros, salvo cuatro, están sincronizados. Los responsables autonómicos nos aseguran que estos cuatro registros pendientes podrán estar trabajando *on line* en un corto espacio de tiempo. En ese momento podremos ya asegurar a todos los ciudadanos plenamente este derecho a que en cualquier centro sanitario de nuestro territorio se pueda acceder a esta inscripción.

En el ámbito de los recursos humanos, señorías, se está trabajando también en la actualización del estudio de necesidades de especialistas médicos y simultáneamente se está realizando el primer estudio de necesidades de cuidados de enfermería, que incluye a los auxiliares de enfermería, a los enfermeros y enfermeras de cuidados generales y a los especialistas. Ambas actuaciones suponen herramientas de planificación de necesidades para el Sistema Nacional de Salud. Estamos ultimando con las comunidades autónomas el borrador de real decreto que definirá un nuevo planteamiento de la formación médica especializada con los criterios de troncalidad asumidos por el consejo interterritorial.

He de poner de manifiesto, igualmente, las actuaciones realizadas en el ámbito de la Alta Inspección del Estado en materia sanitaria. Bajo la dependencia del consejo interterritorial, la Comisión de coordinación de la Inspección ha acordado una serie de proyectos comunes de utilidad para la Inspección sanitaria en el Sistema Nacional de Salud. Las líneas se agrupan en tres ámbitos: garantía en las prestaciones; prestaciones específicas e instrumentos de inspección. Asimismo, se está realizando la evaluación de la implantación de la carta de derechos y deberes en el Sistema Nacional de Salud y también se están realizando trabajos referentes a la coordinación y control de la incapacidad temporal, en que se han acordado los indicadores que formarán parte de un sistema de información específico que recogerá los datos agrupados de todo el sistema por periodos trimestrales. Está previsto que este sistema de información de la IT esté funcionando a partir del segundo trimestre de 2011 y también a lo largo de este año se realizarán los trabajos de campo de la evaluación de la historia clínica.

Las funciones de la Alta Inspección del Estado en materia sanitaria poseen una notable trascendencia desde el punto de vista de la equidad en el acceso y las garantías de calidad de las prestaciones que oferta nuestro sistema sanitario, así como en las garantías de igualdad

de trato del ciudadano que se desplaza a lo largo del territorio del Estado. Se trata de una función de verificación para instar, en su caso, los controles constitucionales y una potestad para evitar diferencias en la ejecución del bloque normativo que constituye la legislación básica del Estado en materia sanitaria. Materialmente, su actuación se refleja en comprobaciones y en informes. Esta verificación se lleva a cabo mediante la recopilación, el seguimiento y el análisis de la producción normativa sanitaria de las comunidades autónomas con el fin de supervisar la adecuación de proyectos y normas de las mismas al orden constitucional de distribución de competencias. Fíjense que anualmente se revisan unas tres mil disposiciones, elaborándose los informes jurídicos correspondientes que pueden concluir en la modificación de dichas normas por parte de las comunidades autónomas o, en su caso, en la formulación de los pertinentes recursos de inconstitucionalidad o contenciosos-administrativos.

Finalmente, en esta comparecencia sobre equidad y calidad no puedo dejar de mencionar lo que para el ministerio ha sido y es una prioridad en el ámbito de la salud pública, que establecimos como compromiso de la legislatura, que es la reducción de las desigualdades en salud. Existe un amplio consenso en torno a la idea de que la salud de la población está fuertemente condicionada por determinantes sociales como la educación, las condiciones de vida, la profesión, el nivel de ingresos o el acceso a una atención sanitaria de calidad. Sabemos también que los problemas de salud son, al mismo tiempo, causa y consecuencia de dificultades socioeconómicas. Esta relación depende de factores sociales y medioambientales adversos que afectan a toda la población, pero de manera desproporcionada a las personas con bajos ingresos. El objetivo global de una agenda de equidad es conseguir, en el contexto de los cambios estructurales y políticas universales, romper la inercia de la distribución desigual de la salud a lo largo de la escala social, prestar especial atención al ciclo de la pobreza y la exclusión social, protegiendo y fortaleciendo los recursos y oportunidades personales y sociales de la población que crece o vive en zonas con múltiples carencias y actuando con políticas preventivas antes de que el ciclo se inicie. En definitiva, una agenda de equidad exige que articulemos mecanismos para garantizar que toda la ciudadanía pueda disfrutar de su máximo potencial de salud. En este sentido, España ha tenido una larga tradición en el estudio de las desigualdades en salud, que conllevó la creación, ya en el año 1993, de una primera Comisión científica de estudio de las desigualdades sociales en salud, que tenía la responsabilidad de documentar y analizar las desigualdades en toda España y recomendar cómo mejorar la salud de los españoles y de las españolas a través de políticas públicas que disminuyeran las desigualdades. El informe «Desigualdades sociales en salud en España» que realizó esta comisión, fue presentado al Parlamento en el año 1996. Además, muchas de nuestras leyes, fundamentalmente

las que vertebran nuestro sistema sanitario, educativo y social, cuentan con principios básicos de equidad entre sus objetivos, la Ley General de Sanidad, la Ley de Cohesión y Calidad o la Ley de Ordenación del Sistema Educativo, entre otras. En consecuencia, también los planes de desarrollo de estas normativas cuentan con la equidad como un valor transversal a garantizar en la acción pública, tal como está recogido en nuestra Constitución.

Al inicio de esta legislatura se renovó el compromiso del Gobierno con la reducción de las desigualdades sociales en salud, y en noviembre de 2008 se constituyó una nueva Comisión nacional sobre desigualdades que presentó en 2010 una propuesta de medidas de intervención a corto, medio y largo plazo para disminuir las desigualdades en salud en España, identificando áreas y medidas de intervención prioritaria, así como cuáles son las instituciones implicadas en el desarrollo de las mismas. A partir del informe de esta comisión, el Ministerio de Sanidad ha priorizado nueve medidas que constituyen el inicio de la estrategia nacional de equidad en el Sistema Nacional de Salud. La priorización de estas nueve medidas ha sido refrendada por la Comisión de salud pública del consejo interterritorial. Las comunidades autónomas están trabajando, asimismo, en su propia priorización de medidas para reducir las desigualdades en salud.

Otro instrumento para avanzar en la equidad en salud es el proyecto de ley general de salud pública, puesto que recoge entre sus principios básicos la reducción de las desigualdades sociales en salud y la equidad en todas las acciones de salud pública. Señorías, creo que tenemos una gran oportunidad. En este momento contamos con un escenario mundial más consciente del coste social y económico de la inequidad y de sus repercusiones en el bienestar y desarrollo de los países. De hecho, alcanzar la equidad en salud actuando sobre los determinantes sociales de la salud se está convirtiendo en una prioridad en la agenda internacional tanto de la Unión Europea como de la Organización Mundial de la Salud. En esta línea, una de las prioridades de nuestro ministerio para la Presidencia española de la Unión Europea, que tuvo lugar a lo largo del primer semestre de 2010, fue la innovación en salud pública y la monitorización de los determinantes sociales. El principal resultado de esta prioridad fueron las conclusiones sobre equidad y salud en todas las políticas que fueron aprobadas el pasado 8 junio en el Consejo de Ministros de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumo de la Unión Europea.

Siguiendo en el ámbito de la salud pública, quiero referirme a la promoción de estilos de vida saludables. La Secretaría General de Sanidad considera una estrategia prioritaria la promoción de la salud, por lo que continúa trabajando en las siguientes acciones para promocionar estilos de vida saludables. En primer lugar, asesoramiento, apoyo y participación en el Plan integral para la actividad física y el deporte, que fue presentado en junio de 2009 por el Consejo Superior de Deportes,

contando con la estrecha colaboración de las comunidades autónomas y expertos de diferentes instituciones. En el año 2010 se firmó un convenio marco de colaboración entre el ministerio y el Comité Olímpico Español para favorecer la promoción y la difusión de hábitos saludables unidos a los valores del deporte y el olimpismo. En segundo lugar, como se recogió ya en 1986 en la Carta de Ottawa, uno de los principios básicos para la promoción de la salud es la creación de entornos saludables. En este marco, tanto en la Red española de ciudades saludables como en la Red española de universidades saludables y de escuelas promotoras de la salud, en las que el Ministerio de Sanidad ejerce una labor de coordinación y participa activamente, se tiene en cuenta la promoción de estilos de vida saludables dentro de las líneas estratégicas. En este sentido, son de destacar las actividades siguientes. En primer lugar, potenciación de la Red española de ciudades saludables, financiando políticas encaminadas a la promoción de la salud. Desde el año 2003 se vienen realizando convenios; en el último, firmado en el año 2010, se refuerza este tipo de acciones y está pendiente la firma de un nuevo convenio en el año 2011. En segundo lugar, potenciar la promoción de la salud y la prevención en el ámbito de las universidades, que es el tema elegido para trabajar este año en la red, en concreto en la promoción de la actividad física. Estas actuaciones se enmarcan también en un convenio en proceso de firma entre el Ministerio de Sanidad, el de Educación y la Conferencia de rectores de universidades de España para el desarrollo de esta Red española de universidades saludables. También cabe señalar la colaboración en las estrategias de promoción y educación para la salud en la escuela. Se ha continuado con la implementación de las recomendaciones de la guía para ganar salud en la escuela y de los Criterios de calidad para el desarrollo de programas de actuaciones de promoción y educación para la salud en el sistema educativo. **(La señora vicepresidenta, Aburto Baselga, ocupa la Presidencia.)**

Otro ámbito en el que estamos incidiendo es en la promoción de la salud de los trabajadores y trabajadoras a través de la mejora de su entorno. Como avalan diferentes organizaciones internacionales, el lugar de trabajo el sitio perfecto para desarrollar iniciativas que mejoren la salud y la calidad de vida. El empleo de las escaleras es una de las ocasiones cotidianas más propicias para cumplir con la recomendación de realizar actividad física. En el año 2010 se han realizado y colocado carteles que fomentan el uso de las escaleras. Esta propuesta y los diseños realizados para la misma se han puesto ya a disposición de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y de la Red española de universidades promotoras de la salud y se facilitarán a otras instituciones que lo soliciten para dar la máxima difusión a esta iniciativa. Dentro de la estrategia nacional de equidad en salud dirigida a la población gitana, que se puso en marcha en el año 2003, se ha trabajado y se continúa trabajando en la promoción de estilos de vida saludables en dicha

comunidad. Actualmente, el área de salud del Plan de acción para el desarrollo de la población gitana 2010-2012 recoge entre sus objetivos la promoción de estilos de vida saludable en la población gitana y se está trabajando en el desarrollo y la implementación del mismo.

Voy finalizando, señorías. La Organización Nacional de Trasplantes es otra área que aporta elementos importantes de equidad y calidad al Sistema Nacional de Salud. En los últimos tiempos la medicina ha avanzado a pasos agigantados en muchos campos, siendo los trasplantes uno de los mejores ejemplos de la medicina de vanguardia. En un mundo que está en continua evolución, cuando parece que se está al límite sobre lo que se puede alcanzar con los trasplantes, solemos asistir siempre a un nuevo logro que parecía imposible. Hasta hace poco los trasplantes multitejido de miembros o de cara eran algo unimaginable y hoy son una realidad en los hospitales de nuestro país. España se ha posicionado entre los países de vanguardia en estas terapias realizando en el último año nada menos que tres de los catorce trasplantes de cara que se han hecho en el mundo y es uno de los solo cuatro países donde se han llevado a efecto. En un país descentralizado como el nuestro, la Organización Nacional de Trasplantes tiene otro mérito añadido: ha sido capaz de implantar un sistema de gestión y coordinación sumamente eficaz que requiere trabajo en equipo y la perfecta sincronización de un buen número de profesionales sanitarios. También ha sabido implicar a toda la sociedad española en una cultura de donación de órganos, de la que carece la mayor parte de los países de nuestro entorno. Su trabajo no se ha ceñido a nuestro país, también se ha distinguido por su labor para lograr extender los trasplantes en todo el mundo. Nuestro país, como saben, ha liderado la Directiva Europea de Trasplantes, aprobada recientemente por el Parlamento Europeo durante la Presidencia española de la Unión Europea, directiva que permitirá a 500 millones de personas mejorar su acceso a estas terapias. También garantiza la misma calidad para todos los trasplantes que se efectúen en Europa. Esta directiva, que se acompaña de un plan de acción, redactado a imagen y semejanza del modelo español de trasplantes y gracias al cual se están comenzando a formar coordinadores de los veintisiete países miembros de la Unión Europea por parte de la Organización Nacional de Trasplantes, tiene como fin aumentar los índices de donación en toda Europa. Aquí el mérito es de todo el Sistema Nacional de Salud, de los profesionales y especialmente de los ciudadanos españoles, que son claramente los más solidarios del mundo.

No quisiera finalizar, señorías, sin referirme a dos proyectos legislativos de especial interés para el Sistema Nacional de Salud. Me refiero a los futuros anteproyectos de ley de universalización del Sistema Nacional de Salud y de cuidados paliativos y muerte digna, que estamos ultimando en el ministerio desde la Secretaría General de Sanidad. El anteproyecto de ley de universalización está en fase muy avanzada y espero que en breve

pase a aprobación del Consejo de Ministros para ser remitido a las Cortes Generales. Con esta iniciativa se pretende dar cumplimiento al acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de marzo de 2010 e integrar a los colectivos que en este momento no tienen cobertura sanitaria en la red sanitaria pública, cerrando con ello el diseño de universalización establecido en la Ley General de Sanidad. Por su parte, el anteproyecto de ley de cuidados paliativos y muerte digna pretende reforzar una respuesta equitativa y de calidad en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, asegurando una atención sanitaria de calidad y la dignidad en la atención a los pacientes y sus familiares cuando han de enfrentarse al proceso final de la vida, dando las máximas garantías jurídicas a los pacientes y a los profesionales. Es una propuesta que va aprovechar las iniciativas legales en nuestro país —Andalucía, en primer lugar y Aragón recientemente— y también aprovechará el consenso técnico y político que tenemos en la estrategia de cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud. Buscamos el máximo consenso profesional, el máximo consenso ciudadano y, cómo no, el máximo consenso institucional en una materia donde los ciudadanos en general esperan afianzar nuevos derechos que esperamos que sean una realidad antes de finalizar la legislatura.

En definitiva, señorías, muchos retos para la calidad, para la equidad y para la sostenibilidad de nuestro Sistema Nacional de Salud que requieren mucho esfuerzo de diálogo, mucho trabajo, mucho trabajo decidido que, en nuestro caso, en el caso del Gobierno, que creo que tenemos acreditado un compromiso por el Sistema Nacional de Salud, se tiene la firme convicción, tenemos la firme convicción de que esos retos y estos desafíos pueden ser superados satisfactoriamente por nuestra sociedad. Convocamos a ello a los profesionales, a los ciudadanos, a las comunidades y, cómo no, a los grupos parlamentarios.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Gracias, señor secretario general por su extensa exposición de todos los problemas.

Tienen ahora la palabra los grupos que han pedido la comparecencia.

El señor **MINGO ZAPATERO**: Creía que iba a agrupar todas las comparecencias.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Si les parece, agrupamos las comparecencias.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Martínez Olmos): Quedan pendientes varias comparecencias.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Continuamos con las comparecencias del secretario general.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Martínez Olmos): Voy a seguir un orden, que creo que es el que me han pasado, comenzando por el punto que tiene que ver con la integración en el Ingesa del personal que presta sus servicios en el hospital de Melilla.

El personal civil del hospital de Melilla que reunía las condiciones establecidas por el Ministerio de Defensa para su estatutarización optó voluntariamente por integrarse en el hospital comarcal del Ingesa de Melilla. Dicha integración se produjo el 1 de mayo de 2010. Este personal, concretamente cuarenta y tres profesionales, fueron objeto de un plan de acogida y actualización profesional que está posibilitando su incorporación funcional a la dinámica de trabajo del hospital de Melilla. Esta incorporación no ha implicado desplazamientos de personal fijo ni finalización de contratos del personal interino. En el momento actual se ha iniciado el procedimiento para el reconocimiento de los niveles de carrera profesional que les corresponda, de forma similar al que se ha llevado a cabo por el personal del Ingesa. Esto es en relación con la integración del personal que presta sus servicios en el hospital de Melilla.

Hay otra petición de comparecencia en relación con el proceso de consolidación previsto para el personal interino, enfermeras, auxiliares de enfermería y celadores del Hospital Comarcal de Melilla, procedentes del hospital militar. Como acabo de comentar, ha habido una primera integración voluntaria en el Ingesa del personal civil del hospital militar de Melilla, que ha quedado incorporado al hospital comarcal del Ingesa. También hay un proceso relativo al personal del Ingesa que tiene que ver con un proceso de consolidación de empleo temporal que se inició en 2008 y que ha culminado en su totalidad con la toma de posesión de las cincuenta y una categorías convocadas para el total del Ingesa en el pasado mes de febrero. En este proceso de consolidación, al igual que cualquier proceso selectivo, y de acuerdo con lo establecido en el estatuto marco del personal estatutario, la toma de posesión de los propietarios ha podido suponer el cese del personal interino que venía ocupando la plaza anteriormente. En estos supuestos existe un pacto de reubicación firmado en mesa sectorial entre el Ingesa y las organizaciones sindicales presentes en la misma que se está cumpliendo en todos sus términos con arreglo a las necesidades asistenciales. Puedo señalar que el Ingesa ha cumplido todos los compromisos suscritos en esta materia, concluyendo el proceso de consolidación de empleo temporal, porque se ha dado estabilidad a un gran número de trabajadores de todas las categorías profesionales.

También había una comparecencia sobre qué actuaciones está realizando el Gobierno con el fin de buscar una salida legal a los médicos Mestos y a los farmacéuticos especialistas en farmacia hospitalaria sin título oficial. Esta petición era del Grupo Parlamentario Catalán. Como usted sabe, señoría, el procedimiento de obtención ex novo del título de especialista, en el caso que nos ocupa médicos y farmacéuticos, se regula en los

artículos 20 y 22 de la LOPS que generaliza como único sistema formativo de especialista en ciencias de la salud el denominado sistema de residencia que reúne unas características muy distintas de las que tienen los procedimientos excepcionales de acceso a dicho título, como fue el conocido Decreto Mestos, basado fundamentalmente en un ejercicio profesional sin título, que hoy en día no está contemplado ni en la legislación española ni en la normativa comunitaria que resulta de su aplicación.

Hay que tener en cuenta que la situación especial de este colectivo en España se debió a circunstancias excepcionales de nuestro sistema sanitario, como consecuencia de la denominada bolsa histórica resultante del desequilibrio existente durante muchos años entre el número de estudiantes que salían de las facultades y el número de plazas de especialistas en formación que ofertaba el sistema de residencia. La mayor parte de estas personas que hoy están en esta situación lo están o bien porque no superaron el proceso excepcional y extraordinario que se realizó en su momento o bien porque no se presentaron. Es voluntad del ministerio, y estamos haciendo gestiones ante la Comisión Europea, explorar si hay posibilidades jurídicas que permitan una solución para este colectivo, porque entendemos que la que podamos dar desde el ámbito del Estado español tiene que ser, lógicamente, respetuosa con las normativas española y comunitaria. En este sentido, le diré que estamos haciendo gestiones ante la Comisión Europea para ver si hay una salida jurídica que pudiera permitir una salida más política, como sé que su señoría plantea.

También hay una petición de comparecencia del Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds sobre la situación del Pacto de Estado en la sanidad y perspectiva de acuerdo. Como su señoría sabe, el 30 de septiembre pasado, después de dos años de comparecencias y debates, los miembros de la subcomisión del Congreso, en la que se planteaba un Pacto de Estado para la sanidad, finalmente no lograron un acuerdo. El Partido Popular y CiU votaron en contra del informe elaborado por la Presidencia de la subcomisión, informe que tenía el apoyo del Grupo Socialista, mientras que el PNV se abstuvo. Entendemos que el pacto es una iniciativa útil para solventar los desafíos que tiene el Sistema Nacional de Salud, que en mi anterior comparecencia comenté. En mi opinión, no es competencia del Ministerio de Sanidad que haya un pacto de Estado, aunque lógicamente tenemos algo que decir. Hay un planteamiento en el ámbito parlamentario, donde los grupos tienen su trabajo, su misión y su espacio. Lo que nosotros estamos haciendo es propiciar el máximo diálogo posible. Como decía anteriormente, el acuerdo que adoptó el consejo interterritorial en marzo del año pasado supone, en nuestra opinión, una hoja de ruta importante para superar desafíos, que podía verse complementada con un pacto de los grupos parlamentarios. Creo que hay que seguir trabajando en esa línea. Mientras eso sea posible, hay

que aplicar los acuerdos del consejo interterritorial que fueron adoptados por unanimidad y que tienen horizonte hasta 2013. De hecho, prácticamente todos los acuerdos adoptados en ese consejo interterritorial están en ámbito de desarrollo. Algunas de las medidas están tomadas y otras están en fase avanzada. Estamos desarrollando todas las líneas de actuación aprobadas. Nuestra responsabilidad, al menos desde el ministerio, es propiciar que las medidas y los desafíos que tenemos se resuelvan previo diálogo y, si es posible, previo consenso de todos.

Hay una petición relativa a la evaluación sobre formas de gestión y principios del Sistema Nacional de Salud con relación al informe de universalización. Como acabo de comentar, en relación con la universalización, estamos ultimando el proyecto de normas que el Consejo de Ministros pueda aprobar para remitir a las Cortes y que permita conseguir este objetivo, que sé que es ampliamente apoyado. Las comunidades autónomas también lo avalaron en los acuerdos de marzo del año pasado y nuestra previsión es que en pocas semanas esta norma de universalización pueda ser aprobada por el Consejo de Ministros, para que pueda ser debatida en las Cortes Generales.

En relación con el estudio de nuevas formas de gestión y su impacto, en los próximos cuatro meses esperamos poder enviarles los resultados del trabajo que se está realizando. Tenemos una primera información que describe y analiza las diferentes formas de gestión del Sistema Nacional de Salud puestas en marcha —si su señoría quiere, se la podemos remitir—, pero al informe de evaluación todavía le resta un tiempo. Estimamos que antes de cuatro meses puede tenerlo a su disposición, al mismo tiempo que el resto de los grupos parlamentarios.

Finalmente —es la última, si no entiendo mal—, hay una petición en relación con la revisión del precio y la promoción de medicamentos genéricos en el Sistema Nacional de Salud. Como sus señorías conocen —ya me he referido a ello en mi intervención—, una de las medidas acordadas en el marco de actuación del consejo interterritorial fue el impulso de los medicamentos genéricos. Aparte de la rebaja de precios que hemos realizado, algunas de las acciones adicionales que merece la pena señalar tienen que ver con la agilización de los procedimientos. Hay muchos procedimientos de genéricos que se realizan ya de manera automática, de tal forma que el tiempo entre la aparición de un genérico y su puesta en el mercado se ha reducido de una manera ostensible, pero también hemos desarrollado una estrategia de información, con campañas de concienciación dirigidas a los ciudadanos y a los profesionales. A finales del año pasado pusimos en marcha una campaña en los medios de comunicación al respecto. Para que se entienda lo que voy a decir a continuación, hay que señalar que el mercado de genéricos español tiene una peculiaridad. Tenemos medicamentos denominados genéricos, autorizados como tales, y tenemos medicamentos que no

tienen ya la patente y, en esos términos, son genéricos, pero en cuanto al precio ambos grupos tienen la misma afectación, de tal manera que a finales del año pasado, del consumo total de medicamentos que había en España por receta y, por tanto, dispensación en oficinas de farmacia, la cifra de consumo, en términos de precio, de medicamentos genéricos propiamente dichos o bien de marcas sin patente y que, por tanto, tienen un precio similar fue de cerca del 43 por ciento. Estamos consiguiendo objetivos importantes para el conjunto del Sistema Nacional de Salud y son consecuencia del conjunto de acciones que tanto el Ministerio de Sanidad como las propias comunidades autónomas desarrollan en su política económica.

Con esto espero haber dado satisfacción a las peticiones de comparecencia que se me habían hecho. En cualquier caso, estoy a su disposición para ampliar y profundizar en cualquier detalle.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Pasamos al turno de los grupos. Por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds tiene la palabra el señor Llamazares.

El señor **LLAMAZARES TRIGO**: Quiero agradecer la comparecencia del señor secretario general de Sanidad y plantearle algunas cuestiones que preocupan a mi grupo parlamentario.

En primer lugar, coincido en la apreciación de la calidad de nuestro sistema, tanto en términos de resultados en salud como en términos de buena valoración de los ciudadanos. Sin embargo, quiero plantear una serie de preocupaciones. Es la primera ocasión en la que el sistema sanitario se ve ante un ajuste de las características del actual, que incluso ha provocado la reducción del salario de los trabajadores y de los profesionales. Este ajuste, sin lugar a dudas, tiene repercusiones en el sistema sanitario y crea incertidumbre sobre el futuro del mismo. En este contexto de crisis y de ajuste, se están produciendo una serie de iniciativas que dan la impresión de un sálvese quien pueda. Es decir, nos preocupa lo que puede suponer el ajuste en la calidad de la atención a la ciudadanía y en la lucha contra las desigualdades en materia sanitaria, pero al mismo tiempo nos preocupa la dirección del conjunto del sistema sanitario, con iniciativas que dan la impresión de un sálvese quien pueda entre comunidades autónomas con respecto al ajuste. Por otra parte, da la impresión, señor secretario general, de una relativa inercia —por decirlo de alguna forma— en el funcionamiento y en la dirección del sistema sanitario. El ministerio, con sucesivos cambios en su dirección política, parece no ser en estos momentos una prioridad del Gobierno. Parece que el Gobierno gravita más sobre el Ministerio de Economía y Hacienda que sobre otros ministerios de carácter social. Da la impresión, señorías, de que en estos momentos para el Gobierno y para el Ministerio de Economía y Hacienda somos solamente

un gasto y no una inversión ni tampoco la primera empresa del país. En nuestra opinión, da la impresión de que hay una visión muy reduccionista de lo que significa el Ministerio de Sanidad, de lo que significa el Sistema Nacional de Salud y eso nos preocupa.

Paso a explicar algunos aspectos muy puntuales de esta primera valoración, que es una valoración política que puede no ser compartida, pero que, en todo caso, es la nuestra. En primer lugar, con respecto a la calidad, a las estrategias de salud, el señor secretario general ha anunciado diversas estrategias con las que estamos de acuerdo —cronicidad, conferencia en relación con la estrategia AP21 y a su puesta en marcha— y en las que no me voy a detener. Son estrategias compartidas. La pregunta no es sobre las estrategias que vamos a poner en marcha, sino sobre la eficacia de las estrategias actuales en la dirección sanitaria del sistema. Les voy a poner un ejemplo, el de la estrategia de salud mental. La estrategia de salud mental es la primera cuya evaluación se conoce. Es decir, el problema que tenemos, por una parte, es de información sobre las estrategias, que no es solamente información al Ministerio de Sanidad, a las comunidades autónomas y a los centros sanitarios, sino información en muchos casos transversal a otros ámbitos de la sociedad civil. Por tanto, tenemos un problema de información. Tenemos otro problema de formación. Por ejemplo, la estrategia de salud mental no ha entrado a formar parte del programa de formación de los residentes en psiquiatría, programa que se hace precisamente después de la primera evaluación de la estrategia de salud mental. Creo que en la formación las estrategias tampoco están teniendo un papel significativo y, en conclusión, no da la impresión de que las estrategias en la atención sanitaria sean una dirección para los profesionales, para los equipos sanitarios. Con ello, las estrategias no cumplen su función. Se ponen en marcha, pero cumplen su función, en mi opinión, de manera deficiente. Las estrategias eran la alternativa en un sistema descentralizado a los planes de salud, al Plan estatal de salud que contemplaba la Ley General de Sanidad, pero da la impresión de que las estrategias, que podrían ser un instrumento de dirección del sistema, bien por falta de coherencia, bien por falta de asunción por parte del conjunto del sistema no están siendo una dirección sanitaria del mismo y, en ese sentido, habría que hacer una reflexión sobre su aplicación, además de desarrollar las ya previstas.

Otra de las cuestiones que habíamos planteado en nuestra petición de comparecencia era la relativa al pacto de Estado. Podríamos llamarle pacto de Estado o acuerdos de 2010; de alguna manera, el pacto de Estado era el complemento político y parlamentario a los acuerdos de 2010. Tenemos una visión crítica con respecto a los acuerdos de 2010. Es significativo que a uno de los acuerdos fundamentales, el que tiene que ver con la universalización del sistema sanitario, que ha sido reclamado en distintas ocasiones por parte de esta Comisión y del Pleno del Congreso y asumido por las comu-

nidades autónomas, le esté pasando algo. Algo le pasa, porque no es entendible que desde septiembre del año pasado vengán diciendo que va al próximo Consejo de Ministros, pero no vaya a los consejos de ministros. ¿Hay alguna razón? ¿Hay alguna razón en la elaboración de esa norma, que es una norma técnicamente sencilla, para que no se ponga en marcha esa demandada y aplazada universalización del sistema sanitario? Hoy, de nuevo, se nos vuelve a decir que vendrá en las próximas semanas, pero llevamos meses, por no decir años, esperando la aprobación de la modificación de las leyes para la universalización del sistema sanitario y no tiene lugar. Y si ese es uno de los compromisos simbólicos del Pacto de Estado por la sanidad o uno de los compromisos simbólicos del acuerdo de marzo de 2010, podemos interpretar como están los demás. Otros —lo comentarán los compañeros de la Comisión—, como por ejemplo la nueva ordenación de nuestras especialidades, están continuamente en boca de todos los sectores sanitarios, con presiones de unos y otros para ver cómo queda lo suyo, pero tampoco esa nueva ordenación troncal de las especialidades sanitarias sale adelante. En nuestra opinión, eso es preocupante.

Por otra parte, señorías, la cuestión relativa a la política de gasto farmacéutico es uno de los ámbitos donde, en nuestra opinión —diciéndolo en negativo—, hay más margen de ineficiencia en nuestro sistema sanitario. Somos un sistema muy medicamentado. En ese sentido, si bien en los últimos años se ha producido un punto de inflexión con respecto al gasto farmacéutico, que hay que reconocer, da la impresión de ser un punto de inflexión coyuntural; tiene más que ver con medidas coyunturales que con medidas estructurales. En nuestra opinión, queda todavía por definir que aprobación de un fármaco no es incorporación al sistema sanitario público, es una relación —llamémosle— con respecto a la posible utilidad del mismo, pero en el sistema sanitario público hay otros valores. El fármaco tiene que ser coste eficaz y, en nuestra opinión, este trámite, ese ítem todavía no está claro. Por otra parte, si nos fijamos en cuáles son los fármacos que más suponen al sistema, los fármacos que hoy mismo, el mes pasado, más han supuesto al sistema, veremos que son fármacos que ya tienen genérico en el sistema. Cuestan al sistema fármacos que hasta anteayer eran innovadores, pero que ahora ya tienen genérico en el sistema. En mi opinión, esa es una demostración de que hay problemas estructurales en la política farmacéutica. Esperábamos que el Gobierno pusiera en marcha, además de la ley, medidas de cambio de nuestro sistema farmacéutico para igualarnos al menos con el modelo europeo, tanto en gasto farmacéutico como en la relación entre genéricos y fármacos innovadores. En nuestra opinión, queda todavía un largo tramo por completar.

Por otra parte, señorías, planteábamos la cuestión de la evaluación de las formas de gestión. Es un tema muy polémico en el marco de las comunidades autónomas. De alguna manera se está haciendo con los ojos tapados,

sin tener realmente datos sobre la mesa, basándose fundamentalmente en criterios ideológicos o en prejuicios, pero no en datos objetivos. El Gobierno no puede retrasarse más en relación con esta iniciativa que viene de principios de esta legislatura. Es decir, hay un mandato para la elaboración de un informe de evaluación de los modelos de gestión, para ver si se corresponden con los principios generales del sistema. Me alegro de que el secretario general nos diga que ese mandato se cumplirá dentro de cuatro meses, pero echo de menos una mayor agilidad en relación con esta materia.

Termino, señorías, refiriéndome a algunas cuestiones concretas. A mi grupo le preocupa el desarrollo de la Ley de interrupción voluntaria del embarazo y salud sexual. En primer lugar, quiero reconocer que, sin lugar a dudas, la accesibilidad ha mejorado, sobre todo la accesibilidad y la gratuidad del sistema, sin embargo da la impresión de que se están configurando distintos subsistemas, no en función del desarrollo de la ley, sino en función de las posiciones, legítimas, ideológicas de cada una de las administraciones sanitarias. Ahí echamos de menos una mayor coordinación y una mayor homogeneidad en relación con la política de interrupción voluntaria del embarazo que fue aprobada por esta Cámara recientemente.

Nos gustaría saber también cuál es la valoración que hace el Gobierno respecto a la aplicación de la Ley de Prevención del Tabaquismo, que ha sido seguida de manera más favorable de lo que incluso el más optimista podía pensar. Creemos que ha sido un éxito. En ese sentido, nos gustaría que el secretario general nos informase sobre ella.

Coincidimos con la petición del Grupo Parlamentario de Convergència i Unió con relación a los Mestos. Nos parece que es un tema que hay que desbloquear. En estos momentos no hay más dificultades que las que había en el momento en el que se hizo la legislación extraordinaria. La reglamentación europea es prácticamente similar. No creemos que haya demasiadas barreras para esto. Además, sería una fórmula de formación continuada, porque permitiría mejorar la calidad de nuestro sistema sanitario con un personal que en estos momentos está ejerciendo ya su labor dentro de él.

Termino, señorías, refiriéndome a la ley de salud pública, que es tan larga en extensión como —no quiero decirlo de manera dura— líquida en su contenido, por utilizar los términos de Bauman, conocido sociólogo. Yo esperaba que en esta ley de salud pública saliera adelante el impacto en salud pública, saliera adelante la agencia de salud pública, saliera adelante el carácter transversal de la salud pública y, por tanto, saliera adelante la salud pública en todas las políticas. Ha sido una oportunidad, pero creo que corre el riesgo de ser una oportunidad perdida y no quisiera que lo fuera. Desde luego, los temas profesionales no se abordan, porque parecen tan espinosos que no deben abordarse. En definitiva, no preocupa mucho que esta ley de salud pública sea real-

mente un salto en la salud pública en nuestro país y no una nueva oportunidad perdida.

Esas son las preocupaciones de mi grupo parlamentario y quería transmitirselas al señor secretario general porque estamos en el último año de legislatura. Por tanto, de lo que el señor secretario general plantee hoy y de lo que se asuma a partir de esta comparecencia veremos cuál es el calendario final de esta legislatura en materias muy importantes.

Termino. No quería preguntarle por el pacto en el ámbito del Congreso, que ya sé de sus cuitas, sino por el desarrollo del pacto en el ámbito del acuerdo con las comunidades autónomas. Creemos que va muy lento. Esa es la opinión de nuestro grupo parlamentario. Por tanto, emplazo al secretario general a que dé la mayor importancia al cumplimiento de ese pacto, que, en nuestra opinión, es un pacto por el futuro del sistema sanitario público de nuestro país, por su calidad y por su mayor eficiencia, que nos parecen retos de la mayor importancia.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Gracias, señor Llamazares, por atenerse al tiempo.

Es el turno de Convergència i Unió. Tiene la palabra la señora Tarruella. **(El señor presidente ocupa la Presidencia.)**

La señora **TARRUELLA TOMÀS**: Señor secretario general, quiero agradecer su comparecencia y la explicación que nos ha dado sobre todo lo correspondiente al primer punto del orden del día, es decir, las políticas de calidad y equidad que se desarrollan en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Ha explicado algunas de las estrategias y, como en la mayoría de las veces en las que usted comparece y nos explica todas las propuestas, la música suena muy bien; otra cosa es que después se lleven a cabo, se cumplan y se realicen las evaluaciones, que en algunas cuestiones cuesta más sacar adelante que en otras. La música suena bien, pero quiero poner aquí el granito de arena de la advertencia, porque en muchas de las propuestas que usted nos dice que se quieren llevar a cabo, en muchas de las cuales podemos coincidir, hay que tener en cuenta las competencias de la mayoría de las comunidades autónomas, que después tienen que desarrollarlas. Una vez más tengo que hacer hincapié aquí en el tema de la lealtad institucional. En todas las medidas que las comunidades autónomas han de poner en marcha, hay que tener en cuenta el coste económico, que se ha de cuantificar y se ha de transferir. Eso lo decimos siempre y en esta Comisión sale a relucir muy a menudo, pero en la práctica muchas veces no estamos tan satisfechos de ese cumplimiento como deberíamos estarlo. Esperemos que no sea así, que esto se tenga en cuenta y que no tengamos que repetirlo en cada nueva ley que aprobemos o en cada parte de estas estrategias que tengan que aplicar las comunidades autónomas.

Para ceñirme al tiempo voy a ir un poquito rápida. En el tema de las políticas farmacéuticas, que usted ha explicado, sabe que nuestro grupo parlamentario ha mostrado muchas veces su preocupación por contener el gasto, por un lado, y por no dañar a las industrias farmacéuticas, principalmente españolas, que están en nuestro territorio, por otro, porque si se les deja escaso margen tendrían que abordar algunos ERE y, lo que es más importante para nosotros, rebajar el concepto de I+D, lo que supondría no sacar productos innovadores, que todos necesitamos. Nuestro grupo está siempre a favor del equilibrio entre la contención del gasto y dejar que las empresas continúen con sus programas de investigación y saquen al mercado nuevos medicamentos innovadores. Quiero aprovechar también para recordarle lo que cuesta sacar adelante las autorizaciones de estos medicamentos. Me consta que se está trabajando en este aspecto. Vamos a darles ese margen de confianza, para que si hay algún escollo en un momento determinado pueda solucionarse y puedan seguir adelante. Somos conscientes de que el gasto farmacéutico, después de la reunión del consejo interterritorial en marzo de 2010, ha bajado, sobre todo en primaria, aunque no ha sido así en el gasto hospitalario. Lo que se ha hecho en el gasto hospitalario a veces ha sido el trasvase de un sistema al otro. El gasto hospitalario es un tema de preocupación hoy en día, porque en los hospitales es donde normalmente se usan más los productos innovadores, productos que la sociedad reclama y que tenemos que hacer llegar a la población siempre que sea necesario, pero no a costa de otros aspectos.

Voy a ceñirme más al otro punto. Hace meses pedimos su comparecencia para hablar del trabajo que habían hecho sobre los médicos especialistas sin titulación oficial, los Mestos. Las circunstancias han querido que, de forma coincidente, hoy tratemos en el Pleno una proposición de ley conjunta de varios grupos, que confiamos que obtenga la unanimidad de todos, para poner un grano de arena en la solución de este tema. Esta tarde vamos a hablar más de ello, pero en este momento solo quiero recordarle que en el año 2008 se presentó una proposición no de ley y que en 2009 le hicimos aquí unas preguntas parlamentarias. En la respuesta que me dio a mi pregunta parlamentaria de 2009 —tengo el «Diario de Sesiones»— sobre lo que se estaba haciendo y el resultado del estudio sobre los Mestos, me venía a decir casi lo mismo que me ha dicho ahora: el tema europeo y la excepcionalidad de la convocatoria. Me gustaría aclararle que excepcional significa simplemente que no es un proceso ordinario y alternativo, pero ya se hizo una vez y estamos convencidos de que, con la modificación que esperamos aprobar esta tarde, se puede llevar a cabo otro proceso excepcional. Lo que buscamos es que estos profesionales, tanto los Mestos como los Festos, los farmacéuticos hospitalarios, puedan tener la salida que por años, por formación y por trabajo les corresponde. Los Mestos solo piden poder demostrar que su formación y su ejercicio profesional cumplen con esas directivas

europeas, solo piden que se les dé la oportunidad de que se les reconozca mediante un examen o mediante otra medida que se pueda establecer. Por tanto, le agradezco su respuesta, pero esperamos que este proceso pueda seguir adelante y podamos hacerlo una realidad.

Me voy a referir muy por encima al Pacto de Estado por la sanidad. Aquí se llegó a un consenso con las comunidades autónomas, pero era muy importante llegar a un consenso político y ese consenso político está en estos momentos dormido o al menos me gustaría pensarlo así, porque no acepto de ninguna manera que lo demos por perdido. Aunque fuera al final de la legislatura, me gustaría que nos lo tomáramos en serio. No hace muchos días, en esta Comisión, hablando de otro tema, lo decíamos y hoy me gustaría volverlo a remarcar. De una vez por todas, todos los grupos políticos debemos ser sinceros y tomar en serio las medidas que sean necesarias. Creo que el mayor escollo para llegar al pacto por la sanidad es hablar de la financiación y de la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, pero si nos ponemos a ello en serio y lo hablamos, quizás podamos llegar a un acuerdo. En estos momentos preelectorales es difícil, pero tendríamos que intentarlo. El pacto por la sanidad debería ser también un pacto político, como nos reclaman los sectores sanitarios muchísimas veces.

Quiero referirme un momento a la Ley Antitabaco. Es una ley, como ha dicho el señor Llamazares, beneficiosa para la salud. Todos podemos estar satisfechos de su aplicación. Los índices que nos están dando de estos dos primeros meses de su aplicación no muestran las catástrofes que nos anunciaban algunos sectores, al contrario, parece que en ningún momento ha influido en pérdidas para el sector, que era un tema que nos preocupaba. Ha sido una ley positiva. Mañana va a salir de esta Comisión para ir al Senado la ley de seguridad alimentaria. Esperemos que en la ley de salud pública que estamos analizando también podamos hallar algunos puntos de acuerdo o de mejora para que el problema de salud pública pueda resolverse con el consenso de la mayor parte de los grupos políticos.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Popular tiene la palabra el señor Mingo.

El señor **MINGO ZAPATERO**: Señor secretario general de Sanidad, bienvenido, una vez más, a esta Comisión.

Cuando le escuchaba estaba pensando que usted es el único alto cargo del ministerio del Gobierno del Sr. Rodríguez Zapatero que permanece en el cargo desde el año 2004. Ha tenido usted cuatro ministros, distintos directores generales y subsecretarios, pero usted es el único que permanece. Supongo que eso demuestra su inteligencia y su preparación para el cargo. Esto puedo afirmarlo, puesto que hemos llegado a muchos acuerdos cuando usted estaba en la oposición y cuando usted está ya en el Gobierno, y hemos sido interlocutores, mientras usted ha sido el secretario general de Sanidad o yo he

sido el portavoz de la oposición. Por tanto, cuando sentamos criterios comunes en el ámbito sanitario y hablamos de ideología común en lo que es cohesión, calidad, derechos, nos vamos a poner de acuerdo. Pero no sólo es filosofía política y derechos para los pacientes, para los ciudadanos, para los profesionales y mejorar la calidad sino que es la actualización y la valoración de lo que se ha hecho.

Hoy viene usted a la Comisión de Sanidad para debatir sobre siete temas, y ha dedicado casi cincuenta y cinco minutos que usted ha pedido, pero solo ha dedicado ocho minutos a otros tan trascendentes como los Mestos, como el Ingesa, como las fórmulas de gestión del Sistema Nacional de Salud, como la universalización, como la revisión del precio de los medicamentos, como la promoción de los medicamentos genéricos. Es decir, usted hace la elección de su tiempo, yo no puedo hacerlo porque tengo quince minutos, y a eso me voy a ajustar. ¿Qué recoge usted en el año 2004? ¿Qué propuestas había en el desarrollo de las dos leyes que pactamos, la LOPS y la Ley de Cohesión? ¿Cuál es la realidad hoy? Usted y los cuatro ministros que han venido por esta Cámara han repetido año tras año en sus comparecencias y en los debates presupuestarios que iban a cumplir los siguientes objetivos en el desarrollo de la ley. Tarjeta sanitaria que nos permita desplazarnos a todos los ciudadanos por todo el territorio español; no existe. Una historia clínica digitalizada que sirva para todos los ciudadanos y que evite disfunciones, duplicaciones de pruebas diagnósticas, que mejore los resultados terapéuticos; no existe. Una receta electrónica que sea común para todos los ciudadanos españoles; no existe. Libre elección de médico y centro para todos los ciudadanos; no existe. Segunda opinión para todos los ciudadanos españoles; no existe. Un registro de los profesionales como marca la LOPS; no existe. El desarrollo de la troncalidad y las nuevas especialidades de los médicos; no existe. Áreas de capacitación específicas como marca la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias, como elemento estructural de verdadera eficacia para el sistema y para la gestión de salud; no existe. Desarrollo profesional; no existe. Una carrera profesional homogénea en todo el sistema nacional; no existe. Listas de espera. Un acuerdo global, unos acuerdos mínimos de espera máxima; no existe, aunque afortunadamente hay que reconocer que ahora parece que se van a conseguir para cinco patologías y con un tiempo, no nos pongamos demasiado eufóricos, de ciento ochenta días de espera, que hay que ver. Como ustedes no cumplen con su responsabilidad, yo me reitero sistemáticamente en mis intervenciones. La Organización Mundial de la Salud dice: ¿Cuáles son los puntos débiles del Sistema Nacional de Salud español? Las listas de espera y la participación de los pacientes. Desarrollo de la LOPS. Foro profesional, foro del diálogo social, la participación de los pacientes. Nada. Por tanto, una cosa es en lo que podemos estar de acuerdo, que lo estamos en muchas cosas, y otra es que lo estemos en el resultado de la gestión.

Llevamos cuatro años hablando de atención primaria y seguimos sin una sola modificación en relación con la atención primaria y la relación de los pacientes en la atención primaria y en atención especializada; seguimos sin tener autonomía de los centros, con una disminución importante de las posibilidades que hay de gestión. Salud pública, tercer borrador, que afortunadamente es mejor que el primero, se ha llevado por delante al director general de Salud Pública, espero que lleguemos a acuerdos como hemos hecho sistemáticamente. Habla de universalización. Ya lo aprobó el Pleno del Congreso de los Diputados en septiembre de 2009. Ya dijeron ustedes, la ministra anterior y la actual, que lo iban a traer. Tráiganlo.

Señor secretario general —olvidándonos de las elecciones autonómicas y municipales del próximo 22 mayo, estamos en el tema nacional—, lo más importante que tenemos hoy en nuestro Sistema Nacional de Salud es la sostenibilidad, porque debemos mucho dinero; tenemos verdaderos problemas y hay que afrontarlos. Para mí sí es un problema, para usted no, ahí discrepamos. Usted ha afirmado hoy que no le preocupa la sostenibilidad. A mí sí, y me preocupa la deuda que tiene el Sistema Nacional de Salud, porque quiero que siga teniendo calidad y más equidad y más cohesión. Pero para ello hacen falta recursos. Si usted dice que vamos a tener más calidad y la herramienta más importante, que es el fondo de cohesión, no es que siga congelado sino que ha disminuido el dinero público para hacer más cohesión y calidad en el Sistema Nacional de Salud que teníamos en el año 2004, esto no es coherente. **(La señora vicepresidenta, Aburto Baselga, ocupa la Presidencia.)**

Medicamentos genéricos —y voy terminando porque no tengo más tiempo y me tengo que centrar en las distintas comparecencias—. No hay un adelanto evidente en la utilización de medicamentos genéricos en los últimos años. ¡Si por primera vez desde el año 2008 hay menos nuevos genéricos que nuevas marcas! Señor secretario general, en este momento en España por unidades se utiliza el 22 por ciento de genéricos; en Europa, el 50 por ciento. Por gasto, en España se utiliza el 8,7 por ciento por valor y en Europa el 20 por ciento. Usted dice que hay que agilizar los genéricos, agilícelos, como habría que agilizar el modelo de precios de referencia, que antes tardaban tres años en entrar, luego dos, luego uno y con nosotros inmediatamente. Lo que le pido es transparencia y potenciación de la política de genéricos. Le pregunto, ¿cuáles son las razones para que haya habido un retraso en la incorporación de genéricos en relación con determinados fármacos del PDF a lo largo de este año? En relación con el valsartán, el escitalopram y el esomeprazol, ¿cuáles son los problemas para la aparición de genéricos? Eso significa bajar rápidamente el precio de referencia y la financiación del fármaco.

En cuanto a los Mestos, tengo que decirle que espero que esta tarde nos pongamos todos de acuerdo y podamos solucionar de una vez, con esta proposición de ley que hemos firmado todos los grupos parlamentarios, a la que

espero que se incorpore el Grupo Socialista, el problema de los médicos, de los farmacéuticos y de los psicólogos clínicos que están en la situación de ejercer su profesión como especialista sin tener el título.

En relación con Melilla, tengo que hacerle varias preguntas y si no me puede contestar hoy espero que me responda por escrito. ¿Cuál es la situación actual de la integración del personal del hospital militar en el hospital comarcal? ¿Qué servicios concretos desempeña el personal procedente del hospital militar en el hospital comarcal? ¿Se ha consolidado ya la realización de servicios del personal del hospital militar en el hospital comarcal? ¿Nos puede informar si ya está en marcha la equiparación de sueldos del personal del hospital militar y del hospital comarcal? ¿Qué modificaciones ha sufrido la plantilla de destino tras la integración del personal del hospital militar en el hospital comarcal? Por último, ¿cuál es la previsión futura que tienen ustedes del personal integrado en el hospital comarcal, desde el punto de vista de la estabilidad laboral, en los departamentos y en los servicios del hospital comarcal? Espero que me haga llegar la contestación a estas preguntas.

En el ámbito farmacéutico tengo que decirle que todas las comunidades autónomas están enormemente preocupadas por el dinero, por el gasto. Es razonable, porque tienen problemas. El gasto en medicamentos, en cuanto a receta, es verdad que ha disminuido, y eso significa una buena gestión. Hemos apoyado el Real Decreto 4/2000 y hemos debatido en innumerables ocasiones sobre esto, y desde luego la competencia en el ámbito farmacéutico la tiene que tener el Estado, por supuesto, también lo compartimos. Pero lo mismo que ustedes cuando estaban en la oposición y nosotros cuando estábamos en la oposición, creemos —ya se lo dijimos en 2006 en relación con la Ley del medicamento— que las comunidades autónomas debían tener mayor participación en la toma de decisiones; no digo la responsabilidad sino mayor participación. Con independencia del color político que tengan las comunidades autónomas, el Gobierno podría agilizar los trámites y modificar los procedimientos y las leyes para hacer más rápida la introducción de genéricos y para mejorar las posibilidades del uso, porque —y es otra de las preguntas que le quiero hacer— parece que el gasto en medicamentos en cuanto a farmacias se refiere está controlado en los últimos meses, pero el gasto de medicamentos en relación con la política hospitalaria ha sufrido un incremento extraordinario. Es un tema que debemos valorar. Le quiero preguntar su opinión en este sentido

La señora **VICEPRESIDENTE** (Aburto Baselga): Por el Grupo Socialista tiene la palabra doña Pilar Grande.

La señora **GRANDE PESQUERO**: Señor secretario general, bienvenido de nuevo a esta Comisión. Quiero agradecerle, como han hecho otros portavoces que me han precedido en el uso de la palabra, su amplia y

exhaustiva exposición. Desde luego, podremos estar más o menos de acuerdo con lo que usted ha dicho, pero después de su intervención no hay quien pueda dudar de que están haciendo cosas. Me ha resultado curioso, y además un verdadero ejercicio de buena voluntad, que en su exposición manejara algunos términos como el de honestidad en el análisis y en la crítica de la situación actual del Sistema Nacional de Salud para abordar acciones a acometer en el futuro, alejados de los planteamientos electoralistas. Creo que ha dicho algo así. Pues bien, señor Martínez Olmos, ya ve que tras la intervención del representante del principal partido de la oposición tendremos que seguir esperando a que nos digan de una vez cuál es su modelo para el Sistema Nacional de Salud. La verdad es que yo también esperaba que aprovecharan esta ocasión, adecuada e idónea, la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados, para decirnos de una vez cuál es su propuesta para la sostenibilidad de Sistema Nacional de Salud, cuál es su aportación para el mantenimiento de la calidad y la equidad del sistema. Porque, pensando rápidamente, la intervención del portavoz del Grupo Popular me sugiere dos cosas. En principio, un *déjà vu*, porque ha dicho exactamente lo mismo que el 8 de junio de 2006, en la comparecencia de la entonces ministra Elena Salgado para hablar del Plan de calidad; después, volvió a repetir lo mismo en mayo del año 2007. Además, me recuerda a los padres cuando los niños hacen una cosa buena o una cosa mala. Cuando los niños hacen una cosa buena dicen: Qué bueno es mi niño. Pero cuando hacen una cosa mala, le dice el marido a la mujer o la mujer al marido: Qué malo es tu niño. Lo bueno lo hacen las comunidades autónomas del Partido Popular y lo malo parece ser que lo hacen el Gobierno del Estado y el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Yo esperaba que al menos nos hablara de sus propuestas en general y que nos aclarasen y mencionaran si están de acuerdo con las afirmaciones realizadas ayer mismo por uno de sus barones electorales, el presidente de la Comunidad de Murcia, señor Valcárcel, que ni corto ni perezoso dijo que los ciudadanos deberían pagar por servicios como la sanidad y la educación. Además, lo dijo delante del jefe, a quien no se le movió ni un pelo de la barba ni dio muestra de que no estuviera de acuerdo. Y como decía mi abuela que el que calla otorga, por fin sabemos algo de su modelo para el mantenimiento de la sanidad: ni más ni menos que los pacientes paguen. Viva el copago y el repago para el Partido Popular y muera la solidaridad, la equidad y la gratuidad del sistema sanitario español.

Señorías, en lo que el secretario general ha basado su intervención ha sido en el trabajo que se viene haciendo para mantener los pilares básicos del Sistema Nacional de Salud, como son la equidad, la eficiencia, la calidad, la cohesión y la sostenibilidad. En nombre de mi grupo parlamentario quiero mostrar nuestro apoyo a este trabajo que viene desarrollando el Ministerio de Sanidad y Política Social desde que en el año 2004 llegó al Gobierno

el Partido Socialista, porque en estos años hemos conseguido, desde luego con el esfuerzo de muchos, mantener y mejorar un sistema sanitario que es el servicio público mejor valorado, año tras año, por los ciudadanos, y por lo que usted nos ha anunciado y nos ha adelantado hoy así continúa o así parece ser que va a continuar siendo

Quiero recordar que el 8 de junio de 2006, la entonces ministra de Sanidad, Elena Salgado, en las comparencias a las que antes me refería, presentó ante esta Comisión el Plan de calidad del Sistema Nacional de Salud, en cumplimiento de uno de los compromisos que adquirió el presidente Zapatero en el discurso de investidura de su primera legislatura, compromiso que también conviene recordar que se concretó con ocasión de la II Conferencia de Presidentes celebrada en septiembre del año 2005, destinándose 50 millones de euros cada año a este plan. El Plan de calidad se sustentaba sobre seis grandes áreas, que creo que todos conocen, que se concretaron en doce estrategias, cuarenta y un objetivos y casi ciento ochenta y nueve proyectos de acción que fue consensuado con sociedades científicas, con responsables de comunidades autónomas y con asociaciones de pacientes, y en los que también participaron las universidades e institutos de investigación. Pues bien, aquel gran proyecto dio lugar a un gran número de logros para el Sistema Nacional de Salud, algunos de los cuales unos años después son ya realidades y otros están todavía en desarrollo, como nos ha expuesto el secretario general. Pero, sin duda, todos ellos han contribuido a la mejora de la excelencia, de la calidad y de la consolidación y pervivencia del sistema sanitario español, ya que no solo son importantes las consideraciones financieras, que por supuesto lo son, sino que también lo son su flexibilidad para adaptarse a los cambios de la sociedad a la que sirve, la utilidad del sistema para ofrecer a los ciudadanos lo que necesitan en cada momento y su eficacia, de la que los españoles podemos presumir, para obtener de los recursos que se utilizan resultados que puedan ser medidos en salud y, sobre todo, en calidad de vida de los ciudadanos. Sobre todo, quiero destacar el trabajo efectuado en estos últimos años, porque hemos visto que es posible, con el esfuerzo de todos, adoptar medidas de ahorro sin que sufra la calidad de la asistencia sanitaria.

Señor Martínez Olmos, cuando ha recorrido a lo largo de su intervención los avances en ahorro farmacéutico, alrededor de unos 2.500 millones de euros desde junio de 2010, cuando habla de fortalecer la atención primaria para poder conseguir un nuevo modelo de atención que contemple un giro hacia lo crónico, cuando habla de la participación de los pacientes en las decisiones y de la actualización de las prestaciones ortoprotésicas, por cierto, tan reivindicadas por los pacientes que las necesitan, o de establecer una norma general aprobada por un real decreto que establezca un marco de garantía para los usuarios en cuanto a tiempos máximos de espera para el acceso a las prestaciones del Sistema Nacional de

Salud —por cierto, a ver si este real decreto lo cumplen algunas comunidades como Madrid, que en sus listas de espera se salta a la torera el decreto del año 2003—, me hace recordar con todas sus explicaciones un documento de conclusiones elaborado tras un año largo de comparencias de expertos en todos los ámbitos de la sanidad española en el seno de la subcomisión del Pacto por la sanidad que se constituyó en esta Comisión y que desgraciadamente no pudo ser aprobado; pacto al que se ha referido alguno de los portavoces que me ha precedido en el uso de la palabra. Quiero recordar que este documento, amplio y abierto, no fue apoyado por la mayoría de los grupos parlamentarios presentes, porque el PNV se abstuvo y CiU y el Partido Popular votaron en contra, a pesar de que en sus conclusiones recogía puntos fundamentales para la mejora y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud; medidas como las que usted también ha citado y en las que no solo el ministerio sino las comunidades autónomas están trabajando. Voy a citar algunas de ellas porque creo que merece la pena.

El documento hablaba de financiación adicional de la sanidad para asegurar la suficiencia financiera del Sistema Nacional de Salud; del rechazo del copago en la asistencia sanitaria y del tique moderador; de desarrollar y reforzar el carácter vinculante de los acuerdos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud; de reforzar la función evaluadora de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud sobre la calidad de las prestaciones y la equidad y cohesión del sistema, de lo que usted también nos ha hablado; de la evaluación del impacto en salud de la gestión de los servicios sanitarios, de cualquier tipo de gestión de los servicios sanitarios; de establecer los canales de coordinación necesarios entre dos de los pilares del Estado del bienestar: el sistema sanitario y el sistema de apoyo social. La subcomisión consideraba inaplazable la constitución de un operador nacional de compras para el conjunto del Sistema Nacional de Salud y los servicios de salud de las comunidades autónomas. Hablaba de racionalizar el gasto de la prestación farmacéutica y de adoptar medidas de uso racional del medicamento. Recomendaba elevar la función de participación a un primer lugar en la agenda política de los gobiernos nacional y autonómicos. Reconoce la atención primaria como eje básico del sistema e insta a desarrollar sus capacidades en la línea enmarcada en la estrategia AP21 y el potencial de la salud pública entendida como estilos de vida o como determinantes de salud frente a lo meramente asistencial. También hablaba de establecer una norma común de garantía de tiempos máximos de acceso al Sistema Nacional de Salud, un calendario vacunal único y la extensión de eHealth e historia clínica digital común. Definir nuevas estrategias de salud conjuntas entre los distintos servicios autonómicos de salud que continúen garantizando la calidad y la equidad de la atención sanitaria a todos los usuarios, reforzando los mecanismos de evaluación.

Sinceramente, señorías —y estos son solamente algunos de los puntos porque no quiero ser más exhaus-

tiva—, no termino de entender cómo no se puede apoyar un documento que contiene, entre otras, medidas tan necesarias como las que acabamos de enumerar. Después de ir relejendo estas conclusiones, que creo que tienen plena vigencia, merecería quizá la pena que los grupos reflexionáramos seriamente y que fuésemos conscientes de que todos los actores del sistema sanitario estarían mucho más tranquilos sobre el futuro del Sistema Nacional de Salud, más aún en estos momentos de crisis económica, si fuéramos capaces de suscribir de una vez una declaración de intenciones en la que expresáramos ese compromiso por la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, de la que todos hablamos pero en la que permitimos que entren declaraciones como las que he citado hace un momento. Señorías, mi grupo está convencido de que ese es el camino y a ese consenso responsable estamos llamados por la ciudadanía, señor Mingo, también por la ciudadanía de Madrid, por la de Murcia y por la de Valencia. Por ello, una vez más, les invito a ese consenso.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Tiene la palabra para contestar a todas las intervenciones el señor Martínez Olmos.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Martínez Olmos): Gracias, señorías, por sus intervenciones, por el tono, por la acogida, como siempre. Espero dar respuesta ahora brevemente a todas las cuestiones. Concretamente, señor Mingo, con respecto a los temas de Melilla, como algunas preguntas han sido nuevas me comprometo a enviarle la respuesta por escrito para que tenga cumplida información de ello.

Aunque luego trate de responder a cada uno de los portavoces, creo que hay un denominador común en cuanto al compromiso de encontrar respuestas para asegurar la sostenibilidad de la sanidad. Me parece un punto de partida importante, aunque por diferentes motivos nos falte todavía camino que recorrer para concretar un consenso, como aquí se ha comentado. Tenemos el punto de partida, tenemos el acuerdo del consejo interterritorial y creo que algunas reflexiones que se han hecho aquí son enormemente útiles para esa finalidad.

El portavoz de Izquierda Unida planteaba algunas cuestiones de opinión. Yo no tengo más remedio que cuestionar la afirmación de que la sanidad no es una prioridad para el Gobierno por el hecho de que cambien los titulares del departamento. No me parece que ese sea un argumento. Se puede cuestionar, pero no me parece que sea un argumento para decir que no hay prioridades del Gobierno en una política, en la cual, con acierto o con errores, he desarrollado aquí un montón de acciones concretas con resultados concretos: el sistema de definición de unidades de referencia en el Sistema Nacional de Salud, política farmacéutica, incluso las cosas que no van tan bien, pero son acciones que estamos desarrollando; somos uno de los departamentos, uno de los sectores que más acciones conjuntas realiza con las

comunidades autónomas. Tenemos una gran trayectoria en el sistema sanitario desde el año 1986. No creo que se pueda afirmar eso; se puede estar insatisfecho, como siempre, y se puede aspirar a que todo vaya mejor. De las afirmaciones que hace el señor Llamazares me quiero quedar con su apunte en relación a cómo mejorar la eficacia de las estrategias de salud. Recojo la cuota parte que nos toca en el ministerio y la voy trasladar a la que les toca a las comunidades autónomas. Me parece una aportación muy relevante, como todas, pero la quiero señalar porque es verdad que aunque que avancemos en evaluación de resultados en estrategias tenemos que ser más ágiles en la difusión de esa información a todos los niveles para que se pueda aprovechar. Creo sinceramente que hay posibilidades de mejorar la formación, y no tengo ninguna duda de que la atención se está mejorando porque las comunidades aplican esos avances. Todo lo que podamos mejorar ahí me parece especialmente importante, sobre todo cuando se refiere a temas como la salud mental.

Ley de salud pública. Los portavoces de los grupos parlamentarios han hecho referencia a las posibles insuficiencias del texto. Esto siempre es opinable. Sinceramente creo que la cuestión está en aprovechar. Me parece que tenemos una buena oportunidad en el trámite parlamentario para que seamos capaces de conseguir la ley que queremos que exista durante muchos años. Esa es mi opinión. Esto nos obliga a un esfuerzo de consenso entre todos, pero creo que especialmente con el Partido Popular. Ahí tendremos que trabajar para hacer posible que ciertas mejoras o carencias que tenga el texto se puedan corregir de mutuo acuerdo, pero no quiero dejar de valorar el trabajo que se ha hecho por los equipos que han trabajado en el texto de la ley y las aportaciones que desde la Comisión de salud pública han hecho las comunidades autónomas para tener un texto base que poder discutir aquí buscando ese consenso. Creo que hay una gran oportunidad. Tenemos una magnífica experiencia como sistema de salud en las cuestiones que aborda la ley: desigualdades, determinantes en salud, políticas preventivas, políticas de promoción; etcétera. Sabemos dónde están nuestras áreas de mejora. Vamos a aprovechar el trámite y a ver si conseguimos que la ley general de salud pública tenga la misma larga vida que ha tenido la Ley General de Sanidad. Nuestra voluntad es llegar a un consenso, y así lo hemos trasladado siempre.

También ha habido alguna referencia en relación con la Ley de Prevención del Tabaquismo. Es una reflexión compartida que su aplicación ha sido un éxito hasta ahora. Desde el punto de vista de la salud pública, comprobar que hay un altísimo grado de cumplimiento de la ley nos hace pensar que con el paso del tiempo podremos demostrar con indicadores los resultados en salud. Hay algunos datos que apuntan en esa dirección, como la disminución del consumo y de la venta de tabaco y, por tanto, disminución de tabaquismo. Con el tiempo consolidaremos esos datos, pero esto, de entrada, me lleva a hacer una valoración positiva. Creo que esto es un

mérito de la sociedad española. Hay que agradecer especialmente a los fumadores y también al sector de la hostelería en general el esfuerzo que hacen por cumplir la ley. No me corresponde como responsable sanitario, pero los datos de empleo en el sector que publica el INE desmienten los peores augurios, como puede ver quien quiera que examine los datos que están publicados. Afortunadamente, no se ha hecho realidad el augurio de que esto podría tener impacto en el empleo, porque los datos de ahora no son diferentes de los de los años anteriores. En cualquier caso, tenemos que seguir trabajando no solo en la normativa en relación con el hábito de fumar en los lugares públicos cerrados, sino también en educación y prevención, sobre todo en las edades jóvenes. Es una política global que tenemos que desarrollar, pero compartimos la satisfacción por el grado de cumplimiento y quiero dejar constancia, como decía, de nuestro agradecimiento a la población, especialmente a los fumadores y al sector hostelero.

Hablando de sostenibilidad y en relación con las referencias que ha hecho el portavoz del Grupo Popular, quiero precisar lo que he dicho, porque lo tengo escrito y lo he leído. He dicho: Quiero expresar ante esta Comisión, como hace muy pocos días hice en la sede del Consejo Económico y Social, mi firme creencia en la sostenibilidad de nuestro Sistema Nacional de Salud. A mi entender, es el más firme pilar de cohesión social de España. Y he dicho: Creo que es posible asegurar la sostenibilidad, porque no puede admitirse políticamente, sin ruborizarse por ello, que el coste de un sistema sanitario como el que disfrutamos, que supone una inversión aproximada de 1.500 euros por habitante y año, no pueda ser asumido por un país como España. Esto expresa una posición firme del Gobierno de que la sanidad tiene que ser sostenible. Decía también en mi intervención que el Gobierno socialista —no digo que sea el único— tiene una acreditada trayectoria de defensa del Sistema Nacional de Salud. Esto está expresando una posición de que el sistema tiene que ser sostenible; tiene que ser sostenible haciendo que sea eficiente, como lo estamos haciendo entre todos, y haciendo un debate sobre el modelo de financiación, como ustedes dicen, no sobre la financiación, sino sobre el modelo de financiación. El otro día planteaba una reflexión en la sede del Consejo Económico y Social que les traigo aquí. No es lo mismo que cuando el Gobierno, en uso de sus competencias —como las comunidades cuando toman medidas en uso de las suyas—, toma la decisión de rebajar el coste del Sistema Nacional de Salud en torno a 4.500 millones de euros anuales con las medidas de recorte del gasto farmacéutico, de recorte del salario de los profesionales, etcétera, deje esos recursos en el presupuesto o los quite del presupuesto. Situándome en la piel de un consejero de Sanidad, no es lo mismo, porque si me los dejan en el presupuesto, puedo pagar deuda, pero si me los quitan del presupuesto, no puedo pagarla. Esa es una decisión de las autonomías, condicionada por el modelo de financiación. Por tanto, como no es lo mismo A que B, para

la sostenibilidad no es lo mismo seguir como estamos que cambiarlo. A mí, como secretario general de Sanidad, eso no me compete; me compete hablar de esto, pero es a los grupos parlamentarios y a las instituciones del Estado a quienes compete definir qué modelo de financiación quieren para la sostenibilidad del Estado de bienestar y en concreto de la sanidad. Lo que no puedo admitir es que si las decisiones que toma el Gobierno no repercuten en los presupuestos porque las autonomías lo deciden así, la responsabilidad se me impute a mí. Eso no es razonable, no por una cuestión de responsabilidad en términos de imagen, sino porque para la sostenibilidad hay que hablar con claridad de financiación y de modelo de financiación. Hay un punto de partida muy importante, que es el acuerdo que establece el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en el que los responsables sanitarios nos pronunciamos por que las financiaciones adicionales y los ahorros que se produzcan se queden de manera finalista en el Sistema Nacional de Salud. Esa es una posición política de los responsables de sanidad de España, pero eso no tiene por qué traducirse en una decisión jurídica. Para eso habrá que hablar en otros términos. Por eso digo que quien plantee que esta sanidad no es sostenible con el coste que tiene, debe ruborizarse, en mi opinión. Si esto costará el doble de lo que cuesta en Europa o algo más de lo que cuesta en Europa se podría entender que se dijera que no se puede sostener, pero es que cuesta menos, porque somos eficientes. En ese sentido, hay que reclamar el mérito que tiene el conjunto del sistema y, como esto va a tener que resolverse en los próximos tiempos, no está de más que hagamos este tipo de reflexiones, sumadas a alguna que aquí también se ha hecho, coincidente con la mía, de que además del Sistema Nacional de Salud se constituye en la primera empresa del país que genera riqueza y empleo, aparte de cohesión social y bienestar, incluso hay estudios de cuánto se genera por cada euro invertido. Yo reclamo, desde Sanidad, hablar del presupuesto sanitario como inversión y acepto que se nos reclame la máxima eficiencia en el uso de nuestros recursos, pero insisto, como muchas veces he planteado incluso aquí, en que pocos sectores públicos pueden presentar una hoja de servicios —entre comillas— en materia de eficiencia en el uso de los recursos como la del sector sanitario. Por tanto, cuando se afirma que es necesario el copago porque no se puede sostener, corremos el riesgo de perjudicar a ciudadanos que, por tener que pagar por su cuenta, se equivoquen en relación con el uso o no de los servicios. Además, no trasladamos a los ciudadanos la idea de que, si no cambiamos el modelo de financiación, no se garantiza que ese hipotético ingreso se quede en sanidad. Los ciudadanos deberían saber esto. Cuando alguien diga que es bueno el copago, debería decir cuánto quiere que se pague y qué piensa hacer con esos recursos, porque yo, como ciudadano, lo valoraré de forma diferente si se quedan en sanidad que si se van fuera de sanidad y lo valoraré de forma diferente si es mucho dinero que si es

poco dinero. No deberíamos poner en riesgo algo que la sociedad española tiene bien asumido cuando expresa su opinión sobre el sistema sanitario. En mi opinión, es muy simple: Paga más el que más gana —los impuestos— y usa más el que más necesita. Este es el consenso político y social que hay en España y no deberíamos ponerlo en riesgo, porque nuestro modelo de financiación y la crisis económica, a la que no quiero quitar importancia, condicionan la disponibilidad de recursos. Sería una pena que este país perdiera el aval de experiencia que ha podido conseguir con la gestión del Sistema Nacional de Salud en estos veinticinco años, por más que haya muchas cosas que mejorar.

Señor Mingo, le cojo el guante. Creo que en la política farmacéutica podemos seguir avanzando y podemos consensuar. Sin ninguna duda, merece la pena tener en cuenta lo que ustedes plantean, aunque algunas de sus afirmaciones no se corresponden con los datos que nosotros manejamos, y no tengo ningún inconveniente en que los estudiemos conjuntamente. En el tema de genéricos, las cifras que usted ha dado no se corresponden con la realidad, pero no merece la pena detenerse en esto, porque no es una cuestión de saberse las cifras con exactitud; a veces, lo que sucede es que los responsables tenemos acceso a más información que ustedes. Lo que sí le puedo decir es que en genéricos hemos hecho mucho y hemos hecho bien y se puede seguir haciendo. Es una labor que podemos hacer con las comunidades autónomas también. Le diré que de cada cien medicamentos que incorporamos a la financiación, setenta y ocho son genéricos, es decir, estamos dándonos mucha risa y estamos aprovechando lo más posible. Si se puede mejorar, estamos dispuestos a hacerlo, y en ese sentido no es baladí lo que le decía. Aunque nuestros datos de ventas de genéricos se sitúan en torno al 11 por ciento, cuando en 2004 lo hacían en el 6 por ciento, el precio de los medicamentos sin cobertura de patente nos lleva a que casi el 43 por ciento de nuestras ventas sean de precio de genéricos. Todo lo que podamos mejorar con el trabajo de las comunidades y con el concurso de los profesionales estará bien. Además, esto nos permitirá estar tranquilos con respecto a la innovación. En el ámbito hospitalario también se ha contenido el gasto. No dejen ustedes de tener en cuenta que cuando el año pasado, en el real decreto-ley correspondiente, impusimos un descuento obligatorio del 7,5 por ciento a los medicamentos no cubiertos con patente, esto afectaba también a medicamentos que se vendían en los hospitales, aunque los hubieran comprado las autonomías mediante concurso, porque el concurso también se tenía que hacer con ese descuento. Desde esa perspectiva, el gasto hospitalario no ha subido, pero es verdad que muchas de las innovaciones son para patologías graves que se suelen resolver en el ámbito hospitalario. Esa es una razón por la que el gasto hospitalario sube, precisamente porque son medicamentos más caros. También hay una razón que a veces merece la pena analizar —y en esto creo que las comunidades lo están haciendo en

general bien—, y es cómo se están utilizando los medicamentos. No es diferente lo que pasa en España, pero hay un porcentaje alto de utilización fuera de indicación autorizada. Esta es una cuestión profesional que merece la pena trabajar con guías de práctica clínica y con políticas de calidad. En cualquier caso, compartimos la necesidad de seguir avanzando. Creo que el balance que se puede hacer es bueno. Si podemos avanzar en política farmacéutica para que haya más eficiencia, estamos dispuestos a hacerlo y a hacerlo con consenso, si es posible. Por nuestra parte, nos brindamos a ello. **(El señor presidente ocupa la Presidencia.)**

Quiero hacer una reflexión en relación con los Mestos. La voluntad del Gobierno es solucionar el problema, pero esto tiene que hacerse en el marco de la normativa española y de la normativa europea, porque estamos obligados. Estamos en un contexto, que es la Unión Europea, y tenemos un marco jurídico, que, si no se cumple, puede tener como consecuencia una sanción económica —por cierto, muy fuerte, como cualquier incumplimiento de directiva— o que se ponga en duda todo el modelo de formación especializada de los profesionales sanitarios. En ese marco seguimos trabajando, porque al final, como dicen muchas veces en los pueblos las gentes que saben: No es cómo empiezan cosas, sino cómo terminan. La actitud del Gobierno no es estar en contra de solucionar el problema, sino estar a favor de solucionarlo bien y, por tanto, que si se soluciona, no tenga costuras que en un momento determinado nos puedan sacar los colores a todos o que la solución no sea eficaz. Por tanto, sigamos trabajando en esa dirección, pero quiero que quede claro que es nuestra voluntad explícita buscar una solución compatible con el marco jurídico.

Es verdad, señora Tarruella, que sobre todo en este momento es importante que las medidas que se adopten tengan como principio la lealtad institucional. Esa es una trayectoria que tenemos acreditada en nuestro balance de trabajo. Incluso hay retrasos en decisiones sobre algunas de las cosas que ustedes han señalado aquí que, en su opinión, no van en los plazos que les hubiese gustado, que tienen que ver con el respeto institucional, porque a veces hay intereses diferentes y posiciones diferentes y no creemos que la forma sea forzar para cumplir el plazo, salvo que estuviéramos hablando de cuestiones fundamentales. En ese sentido, creo que en este momento es más importante la lealtad institucional, lealtad institucional lógicamente recíproca, que en general recibimos. En ese sentido, está bien hecho ese apunte. Esto nos lleva a veces a ser un poquito más lentos, pero también más seguros.

Señor Mingo, quiero señalarle que en el listado de incumplimientos que ha relatado hay algunos que no nos competen. Usted dice que no hay suficiente autonomía de gestión en los centros sanitarios y yo puedo compararlo con usted, pero no es cuestión de que yo quiera que haya más autonomía, sino de cómo se organizan las comunidades autónomas. Algunos temas no nos com-

peten nada y otros menos. Otros sí nos competen y reconozco alguna crítica que usted plantea. En el tema de la tarjeta sanitaria, hay alguna cuestión que no me deja tranquilo. A la hora de hablar de la tarjeta sanitaria, yo veo dos modelos: quien quiere una tarjeta sanitaria única en toda España y lo que dice el Sistema Nacional de Salud, que dice que no es eso lo que quiere, sino que la tarjeta sea interoperable. Son dos modelos diferentes, modelos en el sentido de concreción. El modelo por el que ha optado el Sistema Nacional de Salud, por petición —además muy bien planteada— de las comunidades autónomas es que las tarjetas autonómicas sirvan sin tener que cambiarlas. Eso ya se ha conseguido. Hemos conseguido, con el trabajo ímprobo de las autonomías, que tenían en algunos casos una gran dificultad técnica, identificar a cada ciudadano español de una manera unívoca. Eso ya está en el nodo central del Sistema Nacional de Salud y permite que esa información pueda interoperar. ¿Hay retrasos en la receta electrónica o en la historia clínica digital? Sí. ¿Imputables al ministerio? A veces sí y otras veces no. Si no hay receta electrónica en un territorio no será porque no hayamos puesto dinero y no será porque no queramos, será porque la comunidad autónoma no lo ve oportuno, no puede o le cuesta más trabajo de lo previsto. Esa es una realidad. No obstante, en relación con la historia clínica digital común, estamos terminando el piloto entre Baleares y Valencia, que nos va a mostrar prácticamente si funciona bien para luego poder extenderlo, porque como la tarjeta ya es interoperable, sería posible. Estamos en un planteamiento de fases, pactadas con las comunidades autónomas. Lógicamente, queremos dar pasos en los que no nos metamos en ofrecer a los ciudadanos algo que luego tuviera un problema técnico de funcionamiento. Comparto que puede ir un poquito más lento de lo que quisiéramos todos, pero estamos trabajando en ello. Sinceramente, a veces no podemos ir más rápido, porque no debemos ir más rápido, porque tenemos que hacerlo de la mano de las comunidades autónomas. Admito que algunas cuestiones que usted plantea en relación con la gestión son mejorables. No somos perfectos, aunque llevemos el mismo tiempo que el presidente del Gobierno, pero en alguna medida, con propuestas concretas, estaremos en disposición de mejorar nuestra gestión y de hacer posible el avance.

En cualquier caso, señorías, agradezco sus intervenciones y, en cualesquiera de las cuestiones que hemos planteado, estamos abiertos a seguir dialogando.

El señor **PRESIDENTE**: Muy brevemente, porque después tenemos otra comparecencia, pueden intervenir los grupos parlamentarios. ¿Convergència i Unió quiere hacer uso de la palabra? (**Pausa.**) Entonces tiene la palabra el Grupo Parlamentario Popular. Señor Mingo.

El señor **MINGO ZAPATERO**: Señor presidente, quiero agradecer la intervención del secretario general y agradecerle a usted la réplica, pero también quiero

pedir permiso a la Presidencia para contestar la intervención de la portavoz socialista, que, como es habitual, se dirige no al interpelante, no al Gobierno, sino al Grupo Parlamentario Popular y a mí sin ninguna opción de respuesta.

El señor **PRESIDENTE**: Hágalo en pocos minutos.

El señor **MINGO ZAPATERO**: Muy brevemente.

Entiendo que en el juego político vale todo y vale poner en la boca del otro lo que el otro no ha dicho. Vale todo en determinada gente, en determinadas personas, pero no vale todo en relación con la ética. Señora portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, es verdad que ayer el presidente de Murcia hizo una serie de declaraciones, pero inmediatamente, por la noche, fueron contestadas por distintas personas con responsabilidad en el ámbito del Partido Popular. Hemos defendido en esta casa y en numerosas ocasiones que estamos en contra del copago. Esto ha sido aprobado por una proposición en esta Comisión de Sanidad y lo llevamos en el programa marco. Hay afirmaciones de nuestra responsable, Ana Pastor, diciendo que está en contra del copago sanitario y lo hemos repetido en la propuesta del pacto de Estado. Por tanto, poner en la intencionalidad política del Partido Popular el copago sanitario es poco ético y muy poco propio de usted, señora Grande, se lo digo sinceramente. Es exactamente lo mismo que si yo dijera que doña Trinidad Jiménez, cuando era ministra de Sanidad quería el copago por las declaraciones que hizo: Hay dudas suficientemente amplias para no adoptar la medida en este momento. O por lo que dijo en junio de 2010: Si lo que queremos es disuadir a la gente de que vaya a los centros de salud cuando no haga falta, lo que tendremos que pensar es si necesitamos introducir algún tipo de tasa para aumentar la recaudación y hacer más sostenible el sistema. O por lo que dijo el secretario de Hacienda: El copago se planteó también para ser incluido en el real decreto de reducción del déficit aprobado el pasado viernes, pero finalmente no se hizo, porque para reducir el gasto de sanidad se aprobó otra medida como la rebaja en los precios de los medicamentos. O por lo que volvió a decir el propio secretario de Hacienda: En este momento, a 31 de enero de 2011, no está en la agenda inmediata, por más que se utiliza en muchos países. No será en este momento, pero es algo que habrá que reconsiderar en el futuro. Y por último, la intervención del secretario general de Sanidad, ponderada, hoy en esta Cámara. Le pido, señora Grande, que rectifique en relación con la afirmación que ha hecho.

Finalizo ya desde un ámbito muy político. El Grupo Parlamentario Socialista va a seguir insistiendo en sus debates políticos en sus acusaciones en comunidades como Madrid, Murcia y Valencia, que son comunidades gobernadas por el Partido Popular. Pues cuánto más insistan ustedes en esa crítica —esta es una sugerencia que les hago y un consejo que les doy—, más diferencia va a haber en el resultado electoral y más confianza van

a dar los ciudadanos al Partido Popular en demérito de ustedes.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra la señora Grande.

La señora **GRANDE PESQUERO**: Señor Mingo, ya sabe que usted y yo siempre aprovechamos estas ocasiones para debatir. Es lógico y normal que un partido que está gobernando en este momento y otro partido que ha gobernado anteriormente y que tiene opciones de gobierno —ya veremos, porque ustedes han vendido la piel del oso antes de cazarlo— debatan sobre cosas tan importantes como el mantenimiento de un Sistema Nacional de Salud que fundamentalmente ha de ser equitativo y solidario. El copago acabaría con esas dos características.

Mire usted, yo no me invento absolutamente nada; le enseñado la prensa y todos los medios de comunicación que ayer rugían con las afirmaciones del señor Valcárcel. También sé que por la tarde-noche salió la señora Pastor, pero al que no he escuchado ha sido al señor Rajoy. Cuando el secretario de Estado de Hacienda dijo lo que dijo, que usted ha leído y que no es incierto, el presidente del Gobierno salió al día siguiente diciendo que no habría copago mientras gobernara el Partido Socialista. Lo dijo bien clarito. Sin embargo, yo no he escuchado a su líder decir nada sobre el copago, simplemente le he oído decir sobre el señor Valcárcel: gran capacidad de gestión y previsión a medio y largo plazo. Mire usted, me he quedado superpreocupada, porque el que tiene la visión a medio y largo plazo es el señor Valcárcel y está hablando de copago en educación y en sanidad en Murcia. No sé si eso le dará más votos en Murcia, pero aquí no estamos hablando de votos. Las elecciones son autonómicas. Tanto sus compañeros como los míos deben ocuparse de explicar a los ciudadanos en las comunidades autónomas qué modelos tenemos cada uno para mantener los pilares básicos del Estado de bienestar, uno de los cuales es la sanidad. La habitual incomparecencia de su líder político en temas tan importantes como éste me deja bastante preocupada. Sé que usted, porque lo ha dicho en esta Comisión, y la señora Pastor, la responsable de su partido, que también lo ha dicho en esta Comisión y un día además se enfadó muchísimo conmigo, dicen que no al copago, pero mi preocupación es que hay varones con mucha autoridad que dicen lo contrario y todavía no he escuchado a su líder. El día en que el señor Rajoy diga algo sobre este tema, lo volvemos a debatir, pero mientras me quedo bastante preocupada.

En esta Comisión hemos hablado de innovación. Desde luego, sus compañeros de algunas comunidades autónomas sí que son innovadores, porque se han gastado 151 millones de euros para hacer un aeropuerto para las guaguas. Eso es fantástico, de verdad. Eso es ser responsable en el gasto, ahorrar en medicamentos por un lado para despilfarrar por otro. Señor Mingo, este será el debate de las elecciones que tenemos a la vuelta de la

esquina, pero como nos pidió el secretario general en sus primeras frases, no vamos a aprovechar el momento. Lo único que quiero poner de manifiesto es mi preocupación sobre el punto de vista de algunos de sus compañeros más relevantes en un tema tan importante como el copago, el repago o llamémoslo como queramos del Sistema Nacional de Salud.

El señor **PRESIDENTE**: Para cerrar la comparecencia, tiene la palabra el secretario general de Sanidad.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Martínez Olmos): Con la intervención del señor Mingo, me ha quedado la duda de si él ha entendido que yo tengo dudas sobre el copago. Sinceramente, no. Aparte de que suscribo la posición del presidente del Gobierno, mi posición como secretario general de Sanidad, como he dicho antes, es que debe pagar más el que más gana —eso son los impuestos— y debe utilizar más el que más necesita. Hay quien lo plantea para la sostenibilidad, con lo cual, si nos fijamos en lo que debe el conjunto de las administraciones sanitarias, habría que ir a un cobro de tasas por encima de 100 euros para poder incorporar tantos recursos. Hay quien lo plantea para disuadir y que sea un precio pequeñito, lo que nos lleva a ingresos de 500, 700 u 800 millones de euros, que no sirven para la sostenibilidad, aunque puedan disuadir. Como ni una ni otra fórmula garantizan que los ingresos vayan a quedar en sanidad, no estoy de acuerdo, y como cualquiera de las dos fórmulas puede terminar afectando a la decisión de las personas a la hora de usar los servicios y a veces las personas se equivocan decidiendo sobre su salud, prefiero que no haya ningún riesgo de equivocación. La otra cuestión es cómo organizamos los servicios sanitarios para poder atender a personas que a lo mejor desde la perspectiva sanitaria no deberían estar allí, pero para eso se organizan los servicios sanitarios. Es una decisión, en el mejor sentido del término, política con mayúsculas, de accesibilidad. Queremos que la gente pueda acceder a los servicios de salud. Queremos que los usen lo mejor posible, tenemos que hacer campañas de información, pero el copago, sacado en este momento, al hilo de la insuficiencia financiera del Sistema Nacional de Salud, tiene trampa, porque no se está explicando públicamente lo que supone, que es perder, potencialmente hablando, una ganancia que ha tenido este país aunque seamos menos eficientes. Que no haya ninguna barrera para el acceso sanitario es un avance que ya quisieran muchos países poder mostrar con nuestros mismos niveles de insuficiencia financiera. Lo digo para que no quede ninguna duda de que yo no soy partidario del copago. Soy partidario de más eficiencia, soy partidario de más transparencia, soy partidario de más exigencia en las tecnologías e incluso de más exigencia con nuestros profesionales, que lo hacen bien y lo pueden seguir haciendo bien. Todos esos ámbitos los podemos trabajar y no me importaría discutir sobre financiación

vía impuestos; como ciudadano de a pie, me gustaría poder hacerlo. Ese es el debate que tiene que haber. En cualquier caso, si alguien plantea el copago, que diga si lo hace para cobrar mucho o para cobrar poco, si pone límite o no, si el dinero tiene que ir obligatoriamente a sanidad o no. Todos esos elementos son necesarios para que el ciudadano pueda posicionarse. A mí eso me parece muy importante.

Voy a añadir una cosa en relación con lo de ayer. Yo le pediré a cualquier responsable político, aunque sea de mi partido, que tome una posición al respecto, porque si tiene capacidad para hacer palacios de congresos, carreteras, etcétera, no puede ser que en la problemática de la financiación de su comunidad autónoma no tenga ninguna responsabilidad. Alguna tiene. Cualquiera de los responsables autonómicos, alguna tiene. Por tanto, cuando digo que no se use la sanidad para recaudar lo digo bien. Los recursos de sanidad se tienen que utilizar para mejorar la sanidad, pero tengo la experiencia de los últimos siete años, que he vivido directamente, y en ocasiones se han reclamado recursos para la sanidad que no siempre han ido a la sanidad, por lo que me queda la sensación de si se ha utilizado la sanidad para reclamar financiación insuficiente también en otros ámbitos. Estas reflexiones son importantes para la ciudadanía.

El señor **PRESIDENTE**: Terminamos esta primera comparecencia. A continuación, saludaremos al presidente de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. (Pausa.)

DEL SEÑOR PRESIDENTE DE LA AGENCIA ESPAÑOLA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIÓN (SABRIDO BERMÚDEZ), PARA INFORMAR SOBRE EL PLAN DE ACTIVIDADES PARA 2011, APROBADO POR EL CONSEJO DE DIRECCIÓN DE LA AGENCIA, ASÍ COMO DOCUMENTACIÓN ANEJA. A PROPUESTA DEL GOBIERNO. (Número de expediente 212/001406.)

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, continuamos con la comparecencia prevista del presidente de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, don Roberto Sabrido Bermúdez, para informarnos sobre el Plan de actividades para 2011, aprobado por el consejo de dirección de la agencia, así como de la documentación aneja.

Tiene la palabra el señor Sabrido.

El señor **PRESIDENTE DE LA AGENCIA ESPAÑOLA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIÓN** (Sabrido Bermúdez): Señorías, quiero manifestar, como siempre, en primer lugar, que para mí supone un gran honor poder comparecer de nuevo en esta Comisión y saben ustedes que estoy a su entera disposición para cualquier tema que soliciten. Lo hago, señorías, en esta ocasión con el fin de poder presentarles, en líneas generales, el Plan de actividades que la Agencia Española de

Seguridad Alimentaria y Nutrición ha diseñado para este año 2011, un año especial para nosotros, puesto que la agencia cumple 10 años desde que inició su andadura. Somos, por tanto, un organismo joven, pero con mucha ilusión y ganas de hacer las cosas bien. En cumplimiento de la legislación vigente, hemos procedido como cada año a desarrollar el Plan de actividades, aprobado en el consejo de dirección de la agencia, e informado también favorablemente en la comisión institucional de la misma. El Plan de actividades de este año 2011 pretende dar continuidad a las acciones políticas de seguridad alimentaria y nutrición, enmarcadas en el ámbito definido por la estrategia de seguridad alimentaria y nutrición 2008-2012.

Brevemente, antes de proceder a describir el desarrollo del plan de este año, me gustaría comentarles la evaluación de las actividades de 2010 que también presenté en esta Cámara. De las treinta y dos acciones previstas que presentamos se ha cumplido el 86 por ciento de las mismas. Hay que destacar que entre las que no ha sido posible su total ejecución muchas de ellas eran acciones cuyo cumplimiento no dependía exclusivamente de esta agencia, como, por ejemplo, el programa comunitario de seguimiento de prevalencia de listeria monocytogenes, que retomaremos este año y que quedó aparcado por la propia comisión. Me gustaría simplemente remarcar algunas acciones que se han cumplido por la trascendencia que creo que tienen las mismas. Una es la elaboración del Plan nacional de control oficial de la cadena alimentaria 2011-2015, del que luego hablaré, aunque, señorías, creo que este plan por sí mismo puede merecer, en su caso, una sesión monográfica. Otra es la elaboración y aprobación por unanimidad en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud del documento de consenso técnico sobre alimentación en centros escolares.

Entraré ya en las actividades del año 2011 con las que tratamos de propiciar, como siempre, la colaboración y coordinación de las administraciones públicas competentes en materia de seguridad alimentaria y nutrición, a nivel tanto de la Unión Europea como de las comunidades autónomas y otros departamentos de la Administración General del Estado. Comenzaré con iniciativas que tienen que ver con la Unión Europea. Así, les diré que queremos avanzar en un aspecto que consideramos importante, como es la regulación de otras sustancias distintas de vitaminas y minerales como complementos alimenticios. El objetivo de esta actuación es que dado que, como sus señorías conocen, existe el principio de reconocimiento mutuo dentro del funcionamiento del mercado interior de la Unión Europea, cualquier producto autorizado en otro país puede comercializarse en el conjunto de los veintisiete. La Comisión solo tiene armonizadas y legisladas las vitaminas y los minerales, a pesar de las reiteradas peticiones realizadas por la mayoría de los Estados miembros y el considerable aumento de complementos alimenticios compuestos por lo que denominaremos otras sustancias. Ante este hecho,

varios Estados miembros hemos reaccionado con la intención de elaborar normas que regulen la adición de estas otras sustancias. En España lo queremos hacer también con el objeto de mejorar el nivel de protección de nuestros consumidores y crear normas claras para los operadores comerciales y las autoridades de control. También a nivel europeo trataremos de desarrollar nuevas actividades en el marco de la iniciativa comunitaria de una mejor formación para una alimentación más segura, con la implantación de sistemas de enseñanza *e-learning* y la implicación del personal de control oficial mayoritariamente por parte de las comunidades autónomas. Asimismo, señorías, seguiremos participando en el programa comunitario, que retomaremos, de prevalencia de listeria monocitogenes en determinados alimentos listos para consumo humano. En el año 2011, como he dicho, se ha reanudado el programa y del total de muestras que nos toca tomar en España, unas ochocientas, a fecha de hoy ya tenemos realizadas doscientas cincuenta y nueve. Por supuesto, facilitaremos el seguimiento y promoveremos la participación de expertos de las comunidades autónomas en los grupos de la Comisión y de la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria. Con esto tratamos de contar siempre con los mejores expertos, independientemente de la administración donde trabajen.

Señorías, uno de los objetivos fundamentales de la existencia de esta agencia, dada la distribución competencial en España en seguridad alimentaria, es establecer líneas de colaboración y coordinación con las comunidades autónomas, como administraciones responsables del control oficial. Dentro de este marco de trabajo vamos a avanzar en fortalecer esa coordinación, poniendo en marcha acciones que unifiquen procedimientos en estas labores de control que son, como he dicho, competencia exclusiva de las comunidades autónomas. Esas acciones que hemos de emprender se concretan en la realización de una serie de jornadas técnicas de trabajo que persiguen que estas actuaciones sean lo más homogéneas y equivalentes posibles en todo el Estado, incidiendo en aquellos temas en los que por su novedad o complejidad requieran mayor atención en este sentido. Así, tenemos programada una jornada sobre los registros oficiales relacionados con la seguridad alimentaria. La legislación sobre alimentos en la Unión Europea contiene disposiciones relativas al registro por la autoridad competente de las empresas alimentarias, exigiendo que además los procedimientos del registro sean eficaces y transparentes. El registro es una herramienta importante para la realización de los controles oficiales. El pasado 18 febrero aprobó el Consejo de Ministros el Real Decreto sobre el Registro general sanitario de empresas alimentarias y alimentos, que fue publicado en el Boletín Oficial del Estado el 8 de marzo de 2011, para adaptar los procedimientos de registro de empresas y alimentos a las exigencias de las directivas parlamentarias. En este real decreto se indica que el registro estará conectado y se coordinará con los restantes registros existentes de

empresas y productos implicados en la cadena alimentaria, con objeto de buscar la unidad de datos mediante la economía de actuaciones y así conseguir mayor eficacia administrativa. Con este nuevo real decreto aceleramos el proceso de inscripción al simplificar considerablemente los procedimientos administrativos.

Los cambios más importantes que establece este real decreto son que se elimina la exigencia de autorización previa para la puesta en funcionamiento de empresas y establecimientos alimentarios; al mismo tiempo, por excepción, este real decreto no contempla la inscripción de aquellas empresas y establecimientos que tengan como objeto de su actividad los detergentes, desinfectantes y otros plaguicidas que ya están duplicados en otros registros. Se distingue, en función del nivel de ámbito territorial de la actividad económica, entre las empresas y establecimientos que deben inscribirse en el Registro General Sanitario, de ámbito estatal, que está adscrito a la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, de una parte, y los que deben inscribirse en los registros autonómicos correspondientes, por otra parte.

Otra de las iniciativas programadas es una jornada técnica sobre alegaciones nutricionales y de las propiedades saludables de los alimentos. Señorías, el Reglamento 1924/2006, sobre declaraciones nutricionales y de propiedades saludables de los alimentos, continúa siendo objeto de desarrollo nivel europeo con constantes revisiones y ampliaciones de plazos. El conocimiento de estos cambios es necesario para su correcta aplicación por los órganos de control encargados de comprobar el adecuado cumplimiento de esta legislación en los productos alimentarios puestos a disposición del consumidor final. La complejidad del reglamento, junto con el hecho anterior, hace necesaria la celebración de una reunión entre la agencia y las comunidades autónomas, donde se pongan sobre la mesa los avances realizados en la aplicación y desarrollo de la citada norma y las posibles dudas o problemas a los que se enfrentan los órganos de control.

En cuanto a la industria de los materiales en contacto con los alimentos, he de decirles también que esta está en continua innovación en la búsqueda de nuevos materiales destinados para este fin, como pueden ser nuevos plásticos, materiales activos e inteligentes, que redundan en la mejora de la conservación del alimento envasado, pero también obliga a regular aspectos necesarios para garantizar la seguridad alimentaria. La legislación actual es muy extensa y ha sufrido un importante desarrollo en los últimos cinco años, por lo que se encuentra justificada la realización de estas reuniones para contribuir a una mejora en el conocimiento de esta materia. Esta jornada queremos hacerla extensiva además de a las comunidades autónomas a la propia industria, a los fabricantes y a los consumidores.

Como sus señorías conocen, la evaluación del riesgo es una etapa crucial dentro del análisis del riesgo que marcan las decisiones a tomar en seguridad alimentaria.

En este sentido, y una vez valorado el informe de la Comisión al Consejo y al Parlamento en relación con la experiencia adquirida en la aplicación de los reglamentos europeos de higiene de 2006, destaca como aspecto a tener en cuenta en el futuro el desarrollo de los sistemas de inspección de la carne basados en el riesgo. Se ha solicitado a la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria un informe en relación con los riesgos de salud pública que deben ser cubiertos por esta inspección, esperándose el primer dictamen en relación con la especie porcina para junio de este año. De manera paralela, se está trabajando en foros internacionales en las bases de la modernización de la inspección de la carne en mataderos. Por ello, con el fin de coordinar el debate a nivel nacional, hemos propuesto celebrar unas jornadas conjuntas por la Aesan y el Consejo General de Colegios Veterinarios en el segundo semestre de este año, en la que participen todas las partes implicadas y así poder obtener conclusiones sobre el futuro enfoque de la modernización de la inspección de la carne en los mataderos y de esta forma poder llevar la postura que tenemos que aportar como Estado miembro y que la misma sea fruto del consenso entre todas las partes implicadas, Administración, profesionales e industrias.

Señorías, con objeto de facilitar el cumplimiento de los reglamentos comunitarios, se está fomentando también que la industria agroalimentaria diseñe y actualice guías de prácticas correctas de higiene y la aplicación de los sistemas de análisis de peligros y puntos de control crítico. La revisión y elaboración de estas guías se hará mediante un procedimiento que hemos acordado con todas las comunidades autónomas, que fue aprobado en la comisión institucional, de modo que se garantice que las guías estatales cumplen con todos los requisitos establecidos en los reglamentos comunitarios. También daremos continuidad a una labor que consideramos importante, como es la revisión de las reglamentaciones técnico-sanitarias que ya iniciamos en 2010. Esto lo hacemos con la tramitación oficial de los proyectos normativos que haremos tras esta revisión. Estamos ultimando estos proyectos legislativos que contemplan, después de toda la revisión que hemos hecho, la derogación o modificación nada más y nada menos que de cincuenta reglamentaciones técnico-sanitarias existentes. Con ello pretendemos evitar la posible confusión que actualmente existe en algunos sectores debido a ciertas discrepancias entre la propia normativa de la Unión Europea y las reglamentaciones técnico-sanitarias nacionales. El objetivo que perseguimos no es otro que evitar estas posibles duplicidades legislativas que se puedan producir y así facilitar a la industria agroalimentaria su cumplimiento. En otros casos, también la revisión la hacemos con el objetivo de simplificar trámites administrativos.

Quiero destacar también que una de las tareas que vamos a acometer en este año 2011, que me parece muy relevante y que entraña una gran complejidad técnica, es la realización de un simulacro de crisis alimentaria.

Al igual que el reglamento europeo de alerta rápida lo llevó a cabo recientemente, en la agencia consideramos necesario para garantizar un nivel de respuesta óptima a una posible crisis alimentaria realizar este simulacro con la participación de todos los agentes implicados. Como ya hemos comentado otras veces, entre nuestras prioridades está también el desarrollo y puesta a punto de una red de laboratorios de seguridad alimentaria, y para ello llevaremos a cabo una ampliación global de la acreditación de laboratorios mediante la transferencia, por parte del Centro Nacional de Alimentación de las nuevas técnicas acreditadas y mediante la realización de cursos específicos de intercambio técnico-analítico.

Señorías, como un elemento fundamental de la seguridad alimentaria les voy a hablar a continuación, aunque sea brevemente, del Plan nacional de control oficial de la cadena alimentaria 2011-2015, que fue aprobado el pasado año. Este plan creo que es la herramienta fundamental de coordinación, ya que en él quedan reflejadas todas las actividades que se realizan por todas las administraciones competentes en seguridad alimentaria en todo el Estado español, actuaciones que se hacen para verificar y comprobar que los operadores económicos cumplen la legislación comunitaria y estatal en relación con la seguridad de alimentos y piensos, con la sanidad animal, con la sanidad vegetal y el bienestar de los animales. Es pues, como les he comentado, un instrumento imprescindible en cuanto a la planificación y coordinación de la seguridad en toda la cadena alimentaria, desde la producción primaria hasta la transformación y distribución, y ha sido un trabajo intenso, arduo y muy fructífero al final con la colaboración de todas las comunidades autónomas y el Ministerio de Medio Ambiente, y Medio Rural y Marino. Este plan está integrado por un total de veintiocho programas correspondientes a tres secciones, que son: programas de control en comercio exterior; programas de control oficial en agricultura, ganadería, pesca y alimentación y los programas de control oficial en establecimientos de alimentación. Para ultimar todo lo que tiene que ver con este plan, es por lo que vamos a realizar también una jornada de presentación del mismo, que servirá, además, como punto de partida.

Señorías, a continuación paso a describirles, también brevemente, actividades que vamos a llevar a cabo en el ámbito de la nutrición, en especial en la prevención de la obesidad. Como saben, nuestro objetivo es planificar coordinar y desarrollar estrategias y actuaciones que fomenten la información, la educación y la promoción de la salud en este ámbito. En este sentido, vamos a organizar ya la quinta edición de la convención de la estrategia NAOS, de nutrición, actividad física y prevención de la obesidad, un encuentro anual que se viene realizando desde el año 2007, que sin duda se ha consolidado como punto de encuentro entre profesionales y que, además, aúna diferentes sectores involucrados en la promoción de hábitos saludables, y en el que se ponen

en común experiencias y conocimientos relacionados con los objetivos de la estrategia NAOS.

Un hecho que gustaría destacar de las actividades de este año es que estará concluido el estudio epidemiológico sobre prevalencia de la obesidad infantil. Dispondremos así de datos recientes que nos facilitarán la toma de decisiones en el futuro inmediato para seguir plantando cara al tema de la obesidad infanto-juvenil. Presentaremos, casi con toda seguridad, los resultados de este estudio en el otoño de este año. El estudio abarca una muestra de 7.500 niños y niñas de 6 a 10 años y dado el tamaño muestral será significativo también a nivel de comunidades autónomas. Al mismo tiempo, hemos incluido este estudio en proyectos de la Organización Mundial de la Salud, lo que nos permitirá comparar más fidedignamente la prevalencia de obesidad infanto-juvenil española con la de otros países europeos, ya que todos los estudios que se han integrado en la Organización Mundial de la Salud estamos utilizando la misma metodología. He de remarcar que se trata de una metodología pesando y midiendo, aparte de otras actuaciones; es decir, los datos no serán autorreferidos, como suele ser en la encuesta nacional de sanidad, o sea, lo que contestamos a lo que nos preguntan, sino que serán datos objetivos.

Por otro lado, también continuaremos con el Plan de reducción del consumo de sal y vamos a apostar este año por establecer las condiciones de uso de una marca de calidad/logotipo que potencie la reducción del contenido de sal en los alimentos, con el fin de que el consumidor reconozca aquellos productos en los que se ha disminuido el contenido de sal de manera significativa y según las condiciones que para ello establece el reglamento europeo de declaraciones nutricionales y de salud. Este distintivo se otorgaría para aquellos productos cuyo contenido en sal sea como mínimo un 25 por ciento inferior al promedio de su categoría. Hemos iniciado en este sentido diferentes reuniones con representantes de empresas, industrias y distribución, organizaciones de consumidores, expertos en nutrición, en tecnología de los alimentos y expertos en salud pública. Otra de las líneas que también incorporaremos a este Plan de reducción de la sal será el diseño de una página web específica que sirva como valiosa herramienta de información y divulgación para el ciudadano donde difundir y recoger estudios y publicaciones sobre la relación entre sal y salud y las acciones desarrolladas para reducir su consumo en la población.

Otro de los aspectos muy importantes que queremos empezar también este año es actuar sobre el contenido de grasas y azúcares. Para ello nos vamos a poner manos a la obra en la reformulación de determinados grupos de alimentos. Esta es una de las líneas principales de trabajo dentro de la estrategia NAOS cuando ya se llegó a definir. Pretende que los ciudadanos dispongan de una oferta alimentaria con menor contenido energético, lograda a través de una reducción progresiva en el contenido de grasas y azúcares, además de la sal.

Presentaremos y haremos la evaluación de los resultados de un proyecto europeo en el que participa España, junto con Francia, Bélgica, Italia, Suecia y la República Checa, que es el proyecto Food, un proyecto europeo, como he dicho, en el que también hay actuaciones privadas, que se dirige a mejorar la calidad nutricional de los menús del mediodía ofrecidos, sobre todo, en los restaurantes de empresas de los comedores de trabajo que están adheridos al programa. Se hace actuando sobre los gerentes de dichos comedores para que la oferta sea adecuada y mediante la formación de los trabajadores en temas de nutrición, con el fin de conseguir que sean consumidores bien informados que demanden ofertas saludables de alimentación durante los días en los que comen su empresa. Lógicamente también daremos continuidad a nuestra labor divulgativa, tratando de difundir la necesidad de llevar a cabo hábitos alimenticios saludables.

Señorías, el propio articulado de la Ley que crea la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, establece como uno de los grandes objetivos de la misma ofrecer garantías e información objetiva a los consumidores y agentes económicos del sector agroalimentario, de ahí que entre las actividades a desarrollar esté la de realizar un análisis del tratamiento de la seguridad alimentaria por parte de los medios de comunicación, con objeto de poder conocer cómo se transmite este tipo de información a la población y poder diseñar así estrategias de comunicación más adecuadas para disponer, al final, de una herramienta tipo observatorio, que creemos que puede ser de gran utilidad. Además, en esa labor que tiene la agencia de establecer líneas de colaboración entre las administraciones públicas y los distintos sectores interesados, incluidas las asociaciones de consumidores, el sector productivo y otros agentes, pretendemos seguir profundizando en diferentes actuaciones, como las siguientes. Realización de jornadas con las asociaciones de consumidores; este año, además, presentaremos el nuevo apartado de la página de la agencia, que es el «Rincón del consumidor». Con la creación de este espacio, en el que durante el año 2010 y también este año 2011 se ha venido trabajando también con el Consejo de consumidores y usuarios, pretendemos facilitar el acceso a la información más demandada por las asociaciones de consumidores y que sea así, además, un punto de encuentro específico. Queremos realizar jornadas con los medios de comunicación, con el objetivo de dar a conocer, de forma monográfica, temas específicos relacionados con la seguridad alimentaria y la nutrición, con el fin de que los medios de comunicación amplíen su área de conocimiento y ello les facilite el tratamiento de las noticias relacionadas con estos campos, que a veces tienen excesiva complicación científica. Ayer mismo tuvimos la oportunidad de llevar a cabo una de estas jornadas con los medios de comunicación en la que se abordó el tema de los plaguicidas.

Otra de las importantes funciones de la agencia es trabajar en la evaluación del riesgo, con objeto de esta-

blecer un marco de referencia dado que, señorías, la evaluación, junto con la gestión y la comunicación, conforman los tres pilares básicos de lo que conocemos como análisis del riesgo, que es la referencia a la hora de tomar decisiones en seguridad alimentaria. En este sentido, señorías, una herramienta muy valiosa a tener en cuenta para futuras evaluaciones del riesgo es la recientemente elaborada encuesta nacional de ingesta dietética española. Esta encuesta nos aporta un gran conocimiento de qué comemos los españoles y las españolas. Este estudio tiene el gran valor de ser el primero que se realiza en España mediante entrevista personal y con recuerdos, para estimar la dieta de una muestra muy representativa de la población adulta; se han hecho más de tres mil encuestas. Se han hecho estudios previos en España empleando metodología diferente, tipo cesta de la compra, incluso algunos se realizaban en ámbitos geográficos o poblacionales más reducidos o en colectivos concretos. Pretendemos que se pueda efectuar una explotación de esta encuesta conjuntamente con la base de datos española de composición de alimentos, que también presentamos el año pasado y que estamos relacionando. Todo ello nos posibilitará terminar el estudio de dieta total que permitirá valorar la exposición a contaminantes, metales pesados y algún otro tipo de contaminante, con la alimentación tal cual se va a consumir, es decir, una vez cocinada y elaborada.

La Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria lleva a cabo tareas de evaluación del riesgo con la colaboración de todos los Estados miembros. Para llevar a cabo estas funciones es esencial el papel que desempeñan en España las comunidades autónomas. Por ello se ha diseñado una jornada de trabajo en la que la Autoridad Europea, las comunidades autónomas y esta agencia debatamos sobre las mejores formas de colaboración, para que así las evaluaciones del riesgo sean lo más acertadas posibles. Como sus señorías conocen, de esta agencia dependen dos laboratorios; uno de ellos es el Laboratorio europeo de biotoxinas marinas de Vigo, del que estamos pendientes de realizar el traslado a su nueva sede; el otro es el Centro Nacional de Alimentación, situado Majadahonda, donde pretendemos este año elaborar el Plan estratégico del Centro Nacional de Alimentación 2011-2015, con el fin de abordar los nuevos aspectos, los nuevos retos de seguridad alimentaria a los que tendrá que hacer frente, para que de esta manera siga siendo un referente científico claro a nivel de todo el Estado. Este plan estratégico tendrá que establecer las ampliaciones de nuevas técnicas y el incremento del alcance de acreditación en las áreas de toxinas, material en contacto con alimentos, microbiología, plaguicidas, residuos de antibióticos, organismos modificados genéticamente, alérgenos y alimentos irradiados.

Señorías, para concluir, como les comenté al principio de mi intervención, este año celebramos el 10.º aniversario de creación de la agencia. En consideración a estos diez años, con motivo de este aniversario, llevaremos a

cabo actos conmemorativos que aprovecharemos para promocionar la seguridad alimentaria y la nutrición.

Nada más. Quedo a su entera disposición.

El señor **PRESIDENTE:** A continuación, tienen la palabra los grupos parlamentarios.

Por el Grupo Parlamentario Popular tiene la palabra doña Belen do Campo.

La señora **DO CAMPO PIÑEIRO:** Muchas gracias, señor presidente.

Señor Sabrido, una vez más le agradecemos desde el Grupo Parlamentario Popular, al que represento, su comparecencia ante esta Comisión, en este caso para presentarnos el Plan de actividades que desde la Aesan que usted preside van a desarrollar a lo largo del año 2011. De la misma manera le reitero que nos hubiera gustado que hubiera realizado un balance más concreto, más amplio de las actuaciones que han llevado a cabo en el año 2010 y que no se hubiera quedado simplemente en ese porcentaje del 86 por ciento de actuación al que usted ha hecho referencia. Por tanto, tendrá que entender que esta portavoz, independientemente de que soy consciente de que usted venía a hablarnos del año 2011, le pregunte también sobre las acciones del año pasado, sobre todo cuando usted mismo ha reconocido en algunas de sus intervenciones, incluso hoy mismo, que muchas de las acciones que se desarrollan año tras año no se agotan en un solo ejercicio y que continúan en el siguiente; es más, algunas ya vienen de las legislaturas pasadas. Por ello, nos gustaría plantearle algún tema que para nosotros es de gran interés.

Es lógico que en esta comparecencia haya hecho referencia a la ley de seguridad alimentaria y nutrición, que casualmente, como usted sabe, vamos a debatir en esta Comisión mañana mismo y por ello, tampoco le voy a dedicar mucho tiempo hoy. Pero sí quisiera manifestar una queja y se la expongo a usted como responsable de esta agencia y como clara contradicción a sus intenciones de colaboración y de transparencia. Señor Sabrido, hace un año en una comparecencia similar a esta le solicité no sólo para este grupo parlamentario sino para el resto de los grupos que nos hiciesen llegar las ochenta y siete alegaciones que se habían presentado al anteproyecto de ley de seguridad alimentaria y nutrición, aportadas desde diferentes comunidades autónomas, colectivos, representantes del sector de la alimentación y de los consumidores. Pero no solo se lo solicite verbalmente en marzo del año 2010 sino que, incluso amparándome en el Reglamento de esta Cámara, lo solicité por escrito con fecha 3 de mayo de 2010. Señor Sabrido, hace ya casi un año que se lo hemos solicitado y todavía no nos lo han remitido. Han presentado el proyecto de ley en el Congreso; se ha reunido la ponencia, mañana se reúne la Comisión y estas alegaciones no han llegado. Sinceramente, desconozco el porqué de este oscurantismo no solo hacia esta diputada sino hacia lo que representa esta

Cámara. Espero que hoy nos pueda dar una explicación a esto.

Por otro lado, hace un año usted nos decía que no iba a hacer falta incrementar el presupuesto por parte del Gobierno central a la hora de desarrollar esta ley. Una vez más, desde nuestro grupo, constatamos cómo aprobamos leyes que van a suponer nuevamente una carga presupuestaria para las comunidades autónomas. Le voy a poner solo un ejemplo. Usted mismo lo reconoce cuando se habla de la red de laboratorios. Le pregunto si tiene previsto qué comunidades autónomas van a recibir un trasvase presupuestario y cómo se va a compensar ese trasvase entre comunidades autónomas y la Administración General del Estado.

Continúo interesándome por la seguridad alimentaria. Le pregunto en qué medida el Gobierno de la nación va a seguir desarrollando el esqueleto normativo en cuanto a información nutricional al consumidor, nuevos alimentos y productos dietéticos. Usted anunció —y hoy ha dicho que una sesión monográfica en esta Comisión sería ideal—, un plan nacional de controles oficiales de la cadena alimentaria 2011-2015 para planificar y coordinar la seguridad en la cadena alimentaria. ¿Nos puede decir concretamente qué es lo que van a desarrollar en este año 2011?

Con respecto al plan de acción basado en las recomendaciones de la Oficina Alimentaria y Veterinaria de la Unión Europea, y teniendo en cuenta la auditoría general que se llevó a cabo en 2008, que había puesto de manifiesto ciertas lagunas, ¿qué han hecho desde la Aesan para subsanarlas? Por ejemplo, en recursos humanos en los laboratorios, así como la actividad de formación. ¿Se han corregido? ¿Qué seguimiento están realizando en la actualidad? Estamos de acuerdo en que son las comunidades autónomas las que tienen la responsabilidad del control oficial de los alimentos, pero nos gustaría saber qué se ha hecho o qué pretenden hacer desde la Aesan para que exista una uniformidad de criterios a la hora de hacer esta tarea entre las diferentes comunidades autónomas.

Si hablamos de manipuladores de alimentos, hemos de decir que cada día más la industria traslada la diversidad de criterios en cuanto a requisitos existentes entre las comunidades autónomas, haciendo constar que la formación es diferente en cada una de ellas. Usted nos decía el año pasado que era un tema por el que se habían tomado mucho interés y que las comunidades autónomas quieren homogeneizar. Yo le pregunto. ¿No cree usted que la ley de seguridad alimentaria sería el lugar idóneo para dar por fin una solución a este tema y establecer unos mínimos?

Con respecto a los análisis de peligros y puntos de control críticos, ¿han elaborado algún código de buenas prácticas que sirva de referencia a todas las comunidades autónomas? ¿Va a ser dirigido a todo tipo de producción? ¿Han previsto algo para facilitar a las pequeñas y medianas empresas la aplicación obligatoria de los Appcc? Y hablando de controles, una vez que se ha

detectado en muestras que se habían superado los límites legales de seguridad de productos contaminados por listeria y dado que el índice de mortalidad entre los afectados es alto —usted mismo ha reconocido hoy aquí que no se han cumplido los objetivos que tenían—, ¿qué actuaciones se han llevado a cabo desde la agencia para reforzar la prevención y control, aparte de esas doscientas cincuenta y nueve muestras y qué es lo que pretenden hacer en este año 2011?

Nuestro grupo parlamentario entiende, por otro lado, que es necesaria una coordinación de información rápida de alerta alimentaria y para ello los sistemas informáticos son necesarios, pero también creemos que las bases de datos de composición de alimentos deberían estar unificadas. ¿No cree usted que eso debería ser así? ¿Se ha logrado, señor Sabrido, integrar todos los datos de las universidades y de los grupos de investigación en una sola base de datos? Y en caso afirmativo, ¿se ha compatibilizado esa base con las bases de datos europeas?

Con respecto a los complementos alimenticios, ¿nos puede decir si desde la Aesan han hecho algo para normativizar y ordenar su uso, para no confundir al consumidor, sobre todo cuando se utilizan como productos milagro? Por otro lado, ¿nos podría decir qué se ha hecho con respecto a los productos dietéticos?

Por lo que se refiere a la gestión del riesgo, nos gustaría saber en qué medida han modernizado y mejorado las técnicas de soporte informático del Registro sanitario de alimentos. Usted nos habla ahora de la evaluación del riesgo, de una encuesta que van a hacer, pero ¿nos podría decir qué reglamentaciones han revisado, han derogado o pretenden hacerlo en un futuro, tras la publicación del Libro Blanco de seguridad alimentaria y la publicidad de reglamentos de higiene de los alimentos?

Si hablamos de la comunicación de los riesgos, ¿qué propuesta tiene la Aesan a la hora de abordar situaciones de crisis alimentaria? ¿Hay un criterio único en toda Europa? De la misma manera y siendo conocedores de que en la actualidad nos encontramos con diferentes modelos, usted hace un año nos decía que con motivo de la Presidencia europea, que nos correspondía, quería alcanzar un acuerdo del Consejo en esta materia. Por fin, señor Sabrido, ¿vamos a tener un modelo único en la Unión Europea? Nos puede decir también cuándo van a presentar el real decreto sobre etiquetado en Braille de los productos anunciados por la ministra el pasado 18 de noviembre. Usted hoy no ha hecho mención a ello, pero la nueva señora ministra en su comparecencia nos dijo que se iba a hacer. Como nos adelantó usted hace un año, aprovechando que presidíamos el Consejo y que coordinábamos la postura de la Unión Europea en los siete comités del Códex alimentario, ¿se acordó alguna norma alimentaria internacional?

Antes de entrar en la parte de nutrición, me gustaría, señor Sabrido, que nos contestase también algunas preguntas concretas que no solo me preocupan a mí, como diputada gallega, sino que preocupan al Grupo Popular. Usted ha pasado por encima el tema del Laboratorio de

referencia de biotoxinas marinas y nos gustaría que nos concretase una serie de cosas. ¿Nos puede asegurar en esta Cámara que el Laboratorio de referencia de biotoxinas marinas, al que usted se ha referido, conservará la referencia comunitaria? Al Grupo Popular le consta que hay algunas maniobras para que esto no sea así y tiene que entender que una diputada gallega esté preocupada, porque si esto ocurriese podría suponer una pérdida de liderazgo para España, sobre todo teniendo en cuenta que Galicia es el cuarto productor mundial de moluscos y el primero en la Unión Europea. ¿Nos asegura que no existe ningún riesgo para el laboratorio de referencia de Vigo? Por cierto, nos habla de un traslado que nos anunció ya el año pasado. ¿Para cuándo va a ser ese traslado del laboratorio? En un mundo en constante evolución, en el que aparecen toxinas nuevas producidas por dinoflagelados u otros microorganismos, ¿podría decirnos qué ha pasado para que ustedes hayan cambiado su postura con respecto al cambio de método de análisis de las biotoxinas? Usted hace un año nos hablaba de que eso iba para largo. Es más, en su comparecencia en el Senado llegó a decir que el método de bioensayo tenía todavía una vida larga en la Unión Europea. Sin embargo, ahora vemos que esto va a entrar en vigor el 1 de julio de este año. ¿Usted cree sinceramente que el método químico va a cubrir todo el espectro de toxinas que en la actualidad cubre el bioensayo? ¿Nos lo puede garantizar en esta Cámara? ¿Cree realmente que la falta de especificidad del bioensayo es un inconveniente o más bien podríamos decir que la muerte del ratón nos está asegurando a los consumidores una mejor evaluación del riesgo de toxicidad de los moluscos sin necesidad de detallar el tipo de toxina? ¿Por qué razón, señor Sabrido, se abstuvieron en la votación de la reunión del 17 de noviembre de 2010, donde se aprobó el borrador de reglamento referente a la modificación de métodos de análisis para la detección de toxinas lipofílicas? ¿Por qué este desmarque, sabiendo lo que esto supone para un sector importante para la economía gallega y que pone en riesgo la actividad de más de 12.000 personas y una generación económica anual de más de 130 millones de euros? Usted sabe bien que la Xunta de Galicia ha solicitado que se interponga un recurso por parte del Reino de España de anulación contra el Reglamento de la Unión Europea 15/2011, relativo a los métodos de análisis reconocidos para detección de biotoxinas marinas en moluscos bivalvos vivos. ¿Por qué razón el Ministerio de Sanidad no apoyó esto? Tenemos que agradecer que la Abogacía del Estado accediera finalmente a interponer el recurso para defender los intereses gallegos, pero el Ministerio de Sanidad no lo hizo. Nos gustaría también pedirle, a ver si tenemos en esta ocasión más suerte, una copia del informe final del estudio de validación del método químico, que fue tratado en el Comité permanente de la cadena alimentaria de sanidad animal. Si no nos lo pueden hacer llegar, se lo solicitaremos por escrito. Por otra parte, tiene que entender nuestra otra preocupación, porque ya tenemos un cambio de método, un

método que va a ser más caro, porque va a multiplicar por 20 los costes de realización de los controles; más lento, porque los tiempos se van a multiplicar por tres o por cuatro, y menos fiable, porque se van a reducir las garantías por haber menos controles en las depuradoras. Señor Sabrido, no queremos alarmar con este tema, pero visto lo visto nos preocupa que hagan un cambio en esta materia. ¿Ha habido alguna variación a día de hoy en la posición de la comisión o del ministerio sobre la modificación de los límites vigentes máximos permitidos para los diferentes grupos de biotoxinas?

Me gustaría hacerle algunas preguntas en relación con las inspecciones en frontera y en concreto sobre los puntos de inspección fronteriza. Ya sé que una vez más nos va a decir que no es responsable de los PIF, que lo sabemos, pero también sabemos que la propia Constitución otorga competencia exclusiva al Estado en el sistema de control de importaciones, en concreto al Ministerio de Sanidad del que usted depende. ¿Nos podría contestar qué propuestas tienen desde el Ministerio de Sanidad para homogeneizar los PIF? Usted es consciente de que sigue habiendo problemas, de que existen claras diferencias en el control entre unos puntos de inspección y otros y, por tanto, nos gustaría que nos dijera si se han reforzado en el año 2010 y cuáles tienen previsto reforzar este año. Nos preocupa, señor Sabrido, que la Comisión Europea nos diga que en España hay que mejorar, por ponerle solo un ejemplo, el control aduanero de alimentos animales en Algeciras, como lo denunció nuestro compañero, el diputado Landaluce, que ha formulado una serie de preguntas al Gobierno. ¿Qué le parece lo que los inspectores de la Comisión Europea puntualizaron, esto es, que unos 130.000 contenedores de productos de origen animal permanecían en el puerto anualmente durante más de siete días sin que se notificara a los puestos de vigilancia fronteriza y, como consecuencia, sin que se les realizaran exámenes veterinarios? De la misma manera y siendo como es un tema de actualidad, nos preocupa en qué medida el Gobierno de la nación y, en concreto, el Ministerio de Sanidad va a extremar los controles sobre los alimentos procedentes de Japón, en qué medida concreta los va a incrementar y, sobre todo, si tiene datos del porcentaje de importaciones de productos alimenticios que vienen hoy en día de Japón. En los medios de comunicación se nos dice que Rusia prohíbe la importación de alimentos procedentes de cuatro prefecturas de Japón, que Alemania extremará los controles sobre los alimentos procedentes de Japón, que Italia prohíbe la importación de productos procedentes de Japón ante el temor de que puedan estar contaminados. Queremos saber qué medidas concretas se han tomado desde el Gobierno de la nación.

Señor Sabrido, para finalizar, entro brevemente en el tema de la nutrición, para plantearle algunas cuestiones sobre el programa Perseo, la obesidad, el consumo de sal y el código PAOS, al que usted también ha hecho referencia. Entiendo que todos compartimos la idea de que es necesaria una alimentación equilibrada y combi-

nada a su vez con ejercicio físico regular, pero de la misma manera pensamos que hay que seguir haciendo esfuerzos en esa materia. Vemos positivo que el Gobierno, junto con las comunidades autónomas, promocioe el consumo de fruta y verdura en las escuelas. Nos gustaría, se lo hemos dicho el año pasado, que se hiciese lo mismo con el consumo de pescado. Entendemos que hay que incidir en ello, sobre todo en los comedores escolares. Con respecto al programa Perseo, ateniéndonos a que todavía existe un alto porcentaje, en torno al 50 por ciento de comedores escolares —es el dato que yo manejo, si no es correcto, nos lo puede corregir—, en los que no existe una dieta adecuada y teniendo en cuenta que en este momento son seis las comunidades autónomas que están participando en este programa, ¿nos puede decir si en este año 2011 van a incorporarse otras comunidades autónomas a él y si tienen ya el documento de consenso con propuestas que anunció el año pasado en su comparecencia? ¿Nos podría dar información sobre el análisis de los resultados de ese estudio epidemiológico sobre la prevalencia de la obesidad, en concreto en la población infantil, y sobre los datos que manejan hoy día desde la Aesan?

Respecto a la reducción del consumo de sal, materia en la que vemos que siguen trabajando, es conocido que la OMS recomienda no consumir más de 5 gramos al día, pero la realidad es que en España más del 80 por ciento de la población consume más sal de la recomendada, en torno a 9,7 gramos. ¿Han realizado en 2010 algún otro estudio que nos informe de la rebaja del consumo o seguimos igual a pesar de las acciones que se han hecho desde la Aesan? Con respecto a la sal oculta en los alimentos, entiendo que hay que hacer más esfuerzo. Usted nos ha hablado ahora de un distintivo para que nos alerte de la cantidad de sal que contienen los productos, pero aparte de las jornadas científicas que usted nos anuncia y que creemos que son positivas, ¿qué objetivos concretos se ha marcado la Aesan con sociedades científicas, con representantes de la industria e incluso con la estrategia de gestión sanitaria para que se reduzca el consumo de sal? Vemos positivo lo que nos ha anunciado, que se haga un estudio referente al consumo de grasas y azúcares. Creo que eso es bueno para los propios consumidores.

Por otro lado, el Grupo Popular considera que el tema de la publicidad es un asunto que hay que seguir desarrollando y que también nos viene marcado por la OMS, dentro de la estrategia NAOS. En este sentido, sabiendo que estas medidas están dirigidas a menores de 12 años, ¿han modificado o pretenden modificarlo para ampliarlo a otros jóvenes a los que van dirigidos en gran medida los mensajes publicitarios? ¿Se va a poder ampliar a esa edad? Nos habla usted de unas jornadas y de actividades con asociaciones de consumidores y nos habla de nuevo, porque ya lo había anunciado el año pasado, del Rincón del Consumidor. Vemos que no lo han hecho, que ha sido un incumplimiento de lo anunciado el año pasado y que ahora lo van a hacer.

Finalizo. Después de seis años del código PAOS, ¿cuál es el futuro que nos presenta sobre la regulación de la publicidad de alimentos y bebidas para menores? ¿Qué datos maneja con respecto a 2010? ¿Qué número de consultas previas ha habido sobre proyectos de anuncios? ¿Puede darnos el dato de cuántos han sido rechazados y cuántos han sido modificados? ¿Van a llevar a cabo alguna acción nueva con respecto a este año 2011? Nos gustaría saber, y lo volvemos a reiterar, qué pasa con el emplazamiento de productos. Son cada día más las series televisivas en las que se introducen productos que nos entran por los ojos y queríamos saber si desde la Aesan se está haciendo algo o si pretenden establecer alguna medida al respecto.

Para finalizar, señor Sabrido, ¿nos puede dar su opinión con respecto al informe de la Comisión Mixta para las Relaciones con el Tribunal de Cuentas sobre la fiscalización del ejercicio 2006, que indica que el presupuesto de la Aesan está recibiendo un exceso de financiación por parte del Ministerio de Sanidad y, por otro lado, nos revela que el inventario de bienes de inmovilizado presenta diversas deficiencias? nos gustaría saber, como presidente de esta agencia, su opinión sobre este tema.

Por último, hay un tema que usted ha planteado y que nosotros habíamos planteado el año pasado. ¿Considera usted viable la eliminación de inspectores veterinarios en los mataderos? Espero que no nos volvamos a llevar otro susto en esta materia y nos venga un reglamento de la Unión Europea en el que se eliminen los inspectores en los mataderos.

El señor **PRESIDENTE:** A continuación, por el Grupo Parlamentario Socialista tiene la palabra doña Guadalupe Martín.

La señora **MARTÍN GONZÁLEZ:** Señorías, en primer lugar quiero dar la bienvenida al presidente de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Bienvenido de nuevo a esta Comisión, señor Sabrido.

En muchas ocasiones, en esta Comisión, recurrimos a introducir nuestras intervenciones haciendo mención al artículo 43 de nuestra Constitución de 1978. Recordamos que este artículo reconoce el derecho a la protección de la salud y encomienda a los poderes públicos la organización y la tutela de la salud pública. El día 25 abril celebraremos los veinticinco años de la aprobación de la Ley General de Sanidad, la Ley 14/1986. Esta ley, aprobada durante un Gobierno socialista, con el ministro Ernest Lluch, dio respuesta al mandato constitucional y, concretamente, en lo que respecta a la salud alimentaria, estableció, en su artículo 18, una de las actuaciones sanitarias del sistema de salud y marcó la seguridad alimentaria como una tarea a desarrollar por las administraciones públicas, a través de los servicios de salud, encomendándoles el control sanitario y la prevención de los riesgos de la salud derivados de los productos alimentarios. Quisiera aprovechar esta introducción para

felicitar al Sistema Nacional de Salud y para felicitarnos todos por el aniversario de esta importante iniciativa, que marcó un antes y un después en nuestro sistema sanitario, porque fueron muchas las garantías que se ofrecieron a los ciudadanos con esta ley, de las que destacaré, sin lugar a dudas, su universalidad, que se completará de nuevo con un Gobierno socialista, y su gratuidad. En un momento en el que se cuestiona la sostenibilidad de nuestro sistema y se plantean dudas sin ningún rubor sobre la participación económica de los ciudadanos en el gasto sanitario, conviene resaltar que estamos orgullosos de los veinticinco años de esta ley y que estamos dispuestos a desear que cumpla muchos años más sin poner en duda el sistema.

El concepto de seguridad alimentaria ha ido evolucionando en estos años, tanto a nivel nacional como comunitario. Se han producido importantes cambios organizativos y, desde luego, cambios normativos en nuestro país y en Europa. Por otra parte, la demanda social, siempre preocupada por su salud, ha exigido que estas cuestiones se regulen adecuadamente y siempre ha exigido las máximas garantías. En el año 2001, como usted ha mencionado y, por qué no decirlo, durante el Gobierno del Partido Popular, se crea la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, precisamente para promover la seguridad alimentaria y ofrecer esas garantías que los ciudadanos demandan. Felicidades también por el 10º aniversario de la agencia. Desde entonces son muchas las iniciativas que han desarrollado desde la agencia y todas muy positivas sin ninguna duda. La influencia de decisiones del espacio europeo al que pertenecemos y la influencia también de los efectos de compartir nuestra vida en un espacio global han creado la necesidad de hacer nuevos ajustes organizativos y normativos. Nos ha hecho una amplia exposición de las líneas estratégicas de la agencia que usted preside. Son muchas y todas muy interesantes. Agradecemos su exposición exhaustiva y muy clarificadora para todos los grupos, porque en un momento en el que a veces escuchamos alguna propuesta para la desaparición de la agencia, que recordemos se creó gobernando en Partido Popular, el Grupo Socialista y otros grupos estamos muy convencidos de la conveniencia de la continuidad de la Agencia de Seguridad Alimentaria. Estamos convencidos de la necesidad de una mayor coordinación de todas las comunidades autónomas en decisiones tan importantes como las que la agencia impulsa y coordina con gran eficacia, desarrollando su plan de acción hasta el año 2015. Estamos convencidos de la necesidad de coordinación con los países europeos de nuestro entorno y estamos también convencidos de la necesidad de coordinación para desarrollar las iniciativas que parten de la Organización Mundial de la Salud. En definitiva, señorías, estamos convencidos de la necesidad de seguir dando prioridad a los aspectos de seguridad a lo largo de toda la cadena alimentaria, como bien dice el presidente de la agencia y repite en muchas ocasiones, desde la granja hasta la mesa.

Quiero incidir en la mención de la iniciativa legislativa en la que está trabajando esta Comisión. Estamos avanzando en los trabajos previos a la aprobación de la que será la nueva Ley de Seguridad Alimentaria. Todos los grupos estamos trabajando con intensidad, de forma comprometida, para hacer la mejor ley posible y esperamos que en un breve tiempo pueda aprobarse en esta Comisión, si es posible, de forma unánime. Ese es el deseo del Grupo Socialista y espero que también lo sea para el resto de los grupos. Esta ley va a introducir nuevos conceptos para el incremento de las garantías de seguridad alimentaria que nos demandan los ciudadanos y recoge un aspecto muy importante, que es el compromiso de los diferentes actores que intervienen en la cadena alimentaria —los productores, las empresas distribuidoras, las administraciones, los medios de comunicación, el personal docente, el personal sanitario—, pero implica también a las familias para que todos seamos garantes del mejor nivel de salud para los ciudadanos, especialmente para nuestros menores, cada uno en el ámbito que le corresponde.

Quisiera finalizar mi intervención, que dada la hora he intentado que sea breve, agradeciéndoles a usted y a todo su equipo el trabajo que realizan. Esperamos que los objetivos que se van consiguiendo con su dedicación logren una mejor salud para todos. Me gustaría que pudiera ampliarnos brevemente —insisto en lo de muy brevemente, porque tampoco quiero que adelante muchos de esos resultados— la información del estudio que ha mencionado que está realizando la agencia sobre la incidencia y prevalencia de la obesidad infantil en nuestro entorno, estudio que está siendo muy interesante, muy oportuno y extremadamente riguroso en su metodología. Aunque ya nos ha dicho que completará la información del estudio en unos meses, si pudiera adelantarnos algo de los resultados que se van obteniendo, sería para nosotros muy valioso.

Muchas gracias por su intervención, señor Sabrido; muchas gracias, señorías, por su atención y, sobre todo, gracias a usted por la atención que nos dedica en todos los momentos en los que se lo solicitamos.

El señor **PRESIDENTE**: A continuación, tiene la palabra el presidente de la Aesan, para responder a las preguntas.

El señor **PRESIDENTE DE LA AGENCIA ESPAÑOLA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIÓN** (Sabrido Bermúdez): Intentaré, no sé si seré capaz —en algunas ya les digo que no— de responder a todas las cuestiones que me ha planteado el Grupo Popular.

En cuanto a la petición de un balance más amplio, señoría, la tendré en consideración. Si tengo la oportunidad, en futuras comparecencias así lo haré, a expensas de alargar el tiempo. Creo que merece la pena. En las próximas comparecencias intentaré hacer un balance más amplio de las actuaciones del año anterior.

En relación con la solicitud de las 87 alegaciones, sinceramente, créame, no tengo idea de que le hayamos denegado nada. Pienso que no habrá llegado por los cauces oficiales. No lo sé. Si ha llegado por los cauces oficiales, dudo mucho que no le hayamos contestado. En cuanto llegue a la agencia miraré si ha sido así, porque en estos momentos no lo tengo claro. Desde luego, oscurantismo ninguno, porque son superconocidas y, además, más de la mitad han sido planteadas por comunidades autónomas gobernadas por el Partido Popular, con lo cual se pueden saber muchas. Lo miraré, porque, si tenemos una solicitud formal según los trámites reglamentarios, en estos momentos no tengo conciencia de por qué no se ha enviado.

Cuando dije que no hacía falta incrementar el presupuesto en la red de laboratorios, evidentemente estaba hablando de incremento del presupuesto global a nivel de todo el Estado. Queremos hacer la red de laboratorios con los recursos existentes. Lo mencionaba su señoría. Una de las críticas que nos hace la Oficina Alimentaria Veterinaria Europea cuando viene —este año lo ha hecho menos— es que tenemos que incrementar nuestra capacidad laboratorial. Analizados los laboratorios que tenemos, la verdad es que no tenemos poca capacidad laboratorial. En algunos casos tenemos poca acreditación y en otros casos duplicidad de acreditaciones. En esta red se trata precisamente de eso, de conseguir a nivel de todo el Estado español que nos repartamos las técnicas acreditadas —por así decirlo— de tal manera que no haga falta que todos tengamos de todo, porque hay técnicas que son muy costosas; primero, el proceso de acreditación es complejo y, luego, la técnica es muy costosa. Se establecerá un sistema de compensación que hará moverse al presupuesto de cada comunidad autónoma y también al de la Administración General del Estado, porque nosotros también participamos en esa red con los laboratorios que dependen de esta agencia. A nivel del paquete presupuestario, será una compensación en la que habrá menos gastos propios en unos sentidos, pero esto se compensará con la distribución de presupuesto a otros. Por tanto, no tiene por qué haber más presupuesto —lo sigo diciendo— sino mejor aprovechamiento de los recursos.

En cuanto al Plan nacional de control oficial 2011-2015, me preguntaba qué vamos a desarrollar en 2011. Decía al principio de mi intervención que casi requiere una actuación monográfica. Es una documentación muy exhaustiva, que no he traído en este momento, pero no tengo ningún inconveniente en hacerlo. Además, el proyecto de ley que mañana van a votar en esta Comisión establece la obligatoriedad de comparecer y de dar a esta Comisión informe del cumplimiento de este plan nacional, con lo cual esa información la tendrán puntualmente. Sin embargo, señoría, no le puedo decir todo lo que vamos a desarrollar en 2011, porque es un documento muy extenso que no tengo en estos momentos y, además, nos llevaría mucho tiempo, pero no tengo ningún inconveniente, si se solicita —se lo digo a la

Presidencia— formalmente esa documentación, en entregarla.

En cuanto a los manipuladores de alimentos —ya no utilizamos esta terminología—, tenemos que tener en cuenta que hay un cambio importante. Ya no es la Administración la que forma, son las empresas las que tienen la obligación de formar y de presentar a las administraciones públicas competentes que lo autorizan, que son las de control oficial, es decir, las comunidades autónomas, su plan de formación. Hemos llegado a un acuerdo en la Comisión institucional sobre los mínimos que van a exigir todas las comunidades autónomas cuando las empresas les presenten el plan de formación del personal en contacto con los alimentos en los diferentes procesos de la industria de que se trate. Ahí sí que hemos avanzado. Además, los empresarios se dirigieron a la agencia, a través de sus asociaciones más representativas, mostrando su satisfacción por el acuerdo que habíamos tomado en la Comisión institucional en la que están representadas todas las comunidades autónomas.

En relación con los sistemas de análisis de puntos de peligro y control crítico y las guías de buenas prácticas, no es que no haya; las hay, pero las vamos a actualizar y a modificar, porque hay nuevas tecnologías. Lo hacen las empresas. ¿Qué tenemos previsto para que se aplique? Tenemos previsto que lo apliquen los operadores económicos, que es su obligación. Un sistema de APPCC entero es muy costoso para una pequeña industria y de ahí viene el sistema de las guías, por eso se desarrolla a través de guías de buenas prácticas de higiene. ¿Cómo se tendrían que hacer? A petición de la propia industria. Los nuevos reglamentos y las nuevas directivas dicen que es la industria la que nos tiene que plantear las guías y nosotros las revisamos. Nos hemos puesto de acuerdo con todas las comunidades autónomas en la Comisión institucional sobre cómo vamos a hacer el procedimiento de acreditación de esas guías. ¿Qué estamos haciendo? En el contacto habitual que tenemos con el sector, que está representado en el consejo de dirección de la agencia, no esperamos cruzados de brazos a que llegue la industria y nos presente una guía de buenas prácticas o nos presente el análisis de puntos de control crítico que ha hecho, sino que instamos a la industria a que haga algunas, la industria nos presenta otras y así, en función de los que las comunidades autónomas detectan como industrias más críticas, vamos completando estas guías de buenas prácticas, que están colgadas en toda Europa, por lo que cualquiera puede acceder en la página web de nuestra agencia o en la página web de la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria a todas las que existen en Europa en todos los sectores.

En cuanto a la listeria, no lo hicimos el año pasado porque era un programa europeo que la Unión Europea quería poner en marcha al mismo tiempo en toda la Unión. Había hecho un presupuesto, porque esto tiene un coste, en el que a España le correspondían unas cantidades. Luego nos comunicó que había habido problemas fundamentalmente administrativos de la propia

Comisión a la hora de fiscalizar estos gastos y nos los difirió al año 2009. ¿Con qué objetivo? Tener un mapa cada vez más claro de lo que está pasando con la listeria. El análisis de fuentes y tendencias, que se hace público todos los años y que tienen sus señorías en la página web de la Aesan, contiene toda la información de zoonosis que existe en la Unión Europea. Ahí se puede ver que España es uno de los países que tiene una incidencia de listeria más baja.

En cuanto a la base de datos de composición de alimentos, ya lo estamos haciendo con la encuesta de ingesta que hemos elaborado. Ya la hemos integrado dentro del programa europeo EuroFIR. Ahí está la base de datos. También está disponible en nuestra página web e integrada en la Unión Europea. Cualquier ciudadano puede acceder a cualquier composición de los quinientos alimentos que están ahí ahora mismo y que estamos ampliando. Si uno quiere saber la composición exhaustiva de nutrientes de un tomate, puede acceder y le saldrá todo lo que tiene. Esto se hace conjuntamente con la encuesta. Por la encuesta ya sabemos lo que comemos y la verdad es que nos ha salido que comemos un poco mal; estamos bien en pescado, en hortalizas, en lácteos, en ovoproduitos, pero tenemos que comer un poco más de verdura, de fruta y menos grasas, sobre todo grasas saturadas, porque lo que desequilibra la dieta en España, según lo que ha salido, es un consumo mayoritario de carne magra, no tanto de carne blanca, como la de conejo o de pollo, lo que significa un consumo más alto de ácidos grasos saturados. Lo que se ha puesto de manifiesto, porque también lo hemos preguntado, es que el sedentarismo sigue siendo un problema muy muy grave en España.

Tenemos la encuesta de lo que comen los españoles, tenemos la encuesta de composición de lo que comen, ahora vamos a ver —ya lo estamos haciendo en el CNA— qué es lo que tomamos una vez frito, cocinado, guisado. Eso todavía no se ha hecho, lo hemos impulsado ahora desde la agencia con el ministerio. Esos datos aquí no existen y existen en pocos países de Europa, porque sabemos la composición de una manzana, pero no la de la compota de manzana, es decir, cómo queda después de haberla pasada por el microondas; queremos saber qué contaminantes tiene, cuál es el nivel de plaguicidas que hay una vez que se ha cocido una verdura, si el acto de cocer elimina plaguicidas o no, si concentra más o menos. Son datos que iremos obteniendo en ese estudio de dieta total. Este estudio lo vamos a integrar con los estudios de dieta total que están desarrollando otros países europeos, a nivel de la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria, para que cuando hagan la evaluación de riesgo —por ejemplo, la que hizo de los mejillones, que se la rebatimos— tengamos ahí claramente cuáles son los consumidores extremos en España o cuál es el consumo medio, por ejemplo, de ese molusco.

Me preguntaba por los complementos alimenticios y los productos milagro. Un producto milagro es ilegal y

lo que nosotros hacemos es lo que hace todo el mundo, cada uno dentro de sus competencias. Si alguien detecta la publicidad de un producto milagro lo que tiene que hacer es denunciarlo y la administración de control oficial de la comunidad autónoma debe abrir el expediente oportuno. En España está prohibido por real decreto hacer alegaciones de adelgazar, de que crece el pelo o de que nos hace más estilizados. Esto no debemos relacionarlo con complementos alimenticios. El problema de estos complementos es que como a nivel europeo solo está regulado lo relativo a vitaminas y minerales hay otros países que están regulando otras cosas y por reconocimiento mutuo, porque viene con todos los estudios de evaluación de riesgo y con los certificados de ese país, entra en España, porque estamos en un mercado único. Eso puede suponer que para que un productor español pueda poner en el mercado un complemento alimenticio diferente a las vitaminas y los minerales se tenga que ir a pedirlo a Bélgica. Nos parece que esta situación no es racional y por eso queremos hacer este año un real decreto que permita facilitar el trabajo a nuestra industria, que está en desarrollo, que tiene complementos alimenticios.

¿Qué hemos hecho con los productos dietéticos? Los productos dietéticos no existen, es igual que cuando hablan de alimentos funcionales. Son formas de hablar, no son conceptos científicos, por ejemplo, una manzana es un producto dietético. En este caso, lo que estamos haciendo con aquellos productos que prometen cosas para la salud es aplicar el reglamento sobre alegaciones nutricionales y de salud, que es complejo y está sometido a cambios. Precisamente por eso una de las actuaciones es seguir estudiando con las comunidades autónomas, como autoridad de control, el desarrollo de este reglamento. ¿Qué persigue este reglamento con esos periodos largos, como a veces tiene la Unión Europea? Que nadie pueda publicitar que algo hace algo a la salud si no lo ha demostrado previamente. Estábamos esperando la publicación de unas alegaciones en 2009 y todavía no se ha producido. ¿Por qué? Porque se han presentado más de 40.000 alegaciones. La Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria las está estudiando y todavía no ha dictaminado. Además, por elementos de competencia entre las propias industrias se llegó al acuerdo entre todos los miembros de la Unión Europea de hacer todas las publicaciones al mismo tiempo para evitar ventajas competitivas. Llevamos un retraso en ese caso concreto, pero en otros aspectos está plenamente en vigor y es lo que se hace. ¿Qué reglamentaciones vamos a derogar? Cincuenta, aunque no tengo los nombres concretos. España se había ido desarrollando a través de las reglamentaciones técnico-sanitarias y en el año 2006 se ponen los llamados reglamentos comunitarios del paquete de higiene, que son los que marcan las condiciones mínimas sanitarias de la mayoría de los productos. Es verdad que cuando llegamos a la agencia nos dimos cuenta de que a veces había problemas de interpretación, que generaban difi-

cultades de control oficial y hemos visto que la mejor manera de solucionarlo es revisarlas; ha costado mucho trabajo porque hay muchísimas reglamentaciones técnico-sanitarias. Ha sido una manera de legislar —por otra parte lógica— cuando no existían los reglamentos. Ha habido que hacer un trabajo conjuntamente con las comunidades autónomas y ahora vamos a derogarlo con tres proyectos: uno que va a modificar, uno que va a derogar y otro que va a modificar algunos aspectos administrativos.

Hacía también referencia su señoría al etiquetado, a que queríamos alcanzar un acuerdo. Efectivamente, queríamos alcanzar un acuerdo. Luego me preguntaba que cuándo vamos a tener el modelo único de etiquetado. Lo que le puedo contestar es: eso quisiera yo saber. Si dependiese de esta agencia o de esta administración le podría dar una contestación más fidedigna, pero depende de veintisiete Estados miembros, del Consejo, de la Comisión y además el proceso de legislación nuevo que tienen los reglamentos después del Tratado de Lisboa es mediante conciliación con el Parlamento. Precisamente estamos en esa fase. Está en el Parlamento Europeo en segunda lectura. Es verdad que hemos conseguido avanzar. A veces, cuando explicamos estas cosas los ciudadanos pueden pensar: tanto discutir para eso. Hemos discutido mucho si poner sal o sodio, muchísimo. Al final hemos conseguido que se ponga sal y que no se ponga sodio. Se ha discutido muchísimo sobre el tamaño de letra y eso lo conseguimos bajo Presidencia española. Ahora hay otros avances. Ya se ha conseguido que figure obligatoriamente sal, grasas y azúcares; dentro de las grasas, las grasas saturadas. Nosotros seguimos insistiendo como Estado miembro en que queremos que también figuren en el etiquetado no solo las grasas saturadas sino las grasas trans. Actualmente lo que la Comisión ha presentado es que figure voluntariamente, pero nosotros seguimos insistiendo. En esta segunda lectura todavía están presentando enmiendas en el Parlamento Europeo. Por tanto, le queda una tramitación, pero saldrá antes que algunos otros reglamentos sobre los que seguimos discutiendo mucho, como es el reglamento de los animales clonados, que ahora está en conciliación en el Parlamento Europeo. En definitiva, ¿cuándo lo vamos a tener? No me atrevo a que figure en acta una fecha y que luego no se cumpla, porque no depende de mí.

Me preguntaba sobre el etiquetado en Braille que estaba desarrollando el ministerio; se está haciendo a través del Instituto Nacional de Consumo, dentro del cumplimiento de la normativa europea. Siempre que el etiquetado obligatorio no lo establezca un único Estado miembro se puede hacer etiquetado voluntario. Sé que en esa línea estaba trabajando el Instituto Nacional de Consumo.

Me preguntaba por las normas internacionales aprobadas. En total han sido unas veinticinco en el año 2010, fundamentalmente en revisiones de aditivos y de límites

máximos de residuos de plaguicidas. El códex abarca todos los Estados; en muchos de ellos uno de los mayores riesgos sigue siendo el uso no regulado de ciertos plaguicidas en la producción y por eso el códex se está centrando mucho en esas materias. También me preguntaba por las biotoxinas marinas. Me decía que si puedo asegurar que conservará el laboratorio la referencia comunitaria y dice que hay maniobras. No conozco esas maniobras. No lo sé. Lo que le puedo asegurar es que en estos momentos en la agencia no tenemos ninguna comunicación poniéndonos alguna pega de mal funcionamiento del laboratorio de biotoxinas marinas; todo lo contrario, las comunicaciones formales e informales que tenemos con la Dirección General de Salud y Consumo, a través de las unidades correspondientes, indican que están contentos por cómo va la evolución del laboratorio de biotoxinas marinas. Tiene usted razón en que llevamos un retraso en el cambio, porque nos habían dicho que el sitio donde están era muy pequeñito. Estamos ultimando con la universidad el cambio al Citexvi. Ya está todo cerrado y estamos ultimando algunos aspectos administrativos. Esa era una de las pegas que nos ponía la Comisión y ya les hemos dicho que este año se va a solucionar. Yo no le puedo asegurar que se conservará la referencia, entre otras cosas porque esa decisión no depende de mí, pero lo que sí le puedo asegurar es que en la agencia y en el ministerio estamos haciendo todo lo posible y lo imposible por que no se pierda esa referencia.

En cuanto al método de bioensayo hablaba de nuestro cambio de postura. Nosotros nunca hemos cambiado de postura. Decíamos que el bioensayo tenía un periodo de vida largo, y en la última reunión del Comité permanente de la cadena alimentaria, donde participamos los veintisiete Estados miembros, conseguimos incluso más tiempo de convivencia de los dos métodos. Por eso nos abstuvimos. La Comunidad Autónoma de Galicia nos dijo: creemos que hay que hacer una evaluación más real de los costes y les dijimos: posiblemente nos opongamos. Bien es verdad que nos hubiese dado lo mismo a efectos prácticos. ¿Por qué? Porque los otros veintiséis Estados miembros votaron a favor, el único que se abstuvo fue España. Nos abstuvimos porque les hicimos dos peticiones: que queríamos incrementar el periodo de convivencia, y no lo aceptaron; también les dijimos que lo paralizasen en un poco hasta que hubiese una evaluación más clara de los costes; no nos lo aceptaron. Nos aceptaron el 50 por ciento y por eso creímos que lo más oportuno era abstenernos.

Sobre el informe de validación definitivo que usted me pedía, insisto en que si me lo piden formalmente no hay ningún inconveniente. Hace poco tiempo me lo pidió la consellera do Mar del Gobierno de Galicia y se le ha enviado el documento. No se lo puedo decir con total seguridad, pero creo que está colgado en la página web de la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria, que tiene una política de transparencia total en este aspecto.

Quizá el que esté colgado en la página web esté en inglés, pero nosotros publicaremos uno en castellano.

No creemos que se ponga en riesgo la actividad del sector, ni mucho menos, porque no hay que mezclar el método con los límites. Ya le dije que teníamos una carta de la Comisión en la que decía que no los iba a modificar. El día 7 abril tengo una reunión en Parma, donde está situada la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria, para hablar de cómo va esta situación. Después les podré transmitir más información. Repito que la comunicación que tenemos por escrito es que la Comisión no piensa modificar los límites. En cuanto al método, también tenemos datos. Los expertos nos dicen que no es más caro, no es más lento y no es menos fiable. La Comisión y los científicos que han hecho estos métodos, que los han validado expertos en laboratorio y expertos en biotoxinas marinas —lo cual le aseguro, señoría, que yo no soy—, han dicho que no es ni más caro ni más lento ni menos fiable. Me extraña mucho que toda la Unión Europea tomase la decisión de hacer un método menos fiable y así disminuir las garantías de sus consumidores. Lo que pasa es que cuando se dice que es más caro, más lento y menos fiable sin haberlo desarrollado todavía, habrá que demostrarlo luego. Por conversaciones que tengo con las autoridades de control de la Comunidad Autónoma de Galicia, que es la más afectada, de la Comunidad Autónoma de Andalucía, que también está afectada, es que una vez realizada la inversión inicial después no se requiere tanto personal como ahora. Hacer afirmaciones de que es más caro, más lento y menos fiable puede contribuir a poner en riesgo al sector, porque la gente puede dudar si comprar o no comprar, si tomar o no tomar. Me parecen unas afirmaciones muy arriesgadas porque, desde mi punto de vista, esto sí que puede poner en riesgo la actividad del sector.

En cuanto las inspecciones en fronteras, sé que su señoría me ha vuelto preguntar, y lo volverá a hacer todas las veces que quiera. Yo le contestaré amablemente que no soy la ministra de Sanidad y Consumo, que sí que puede responder por todo el departamento. Yo me encargo de la parcela de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, porque la Administración, como su señoría sabe, se divide en departamentos para intentar abarcar y ser más eficaces en la profundidad de los temas. En la comparecencia anterior a la mía ha tenido usted aquí al secretario general de Sanidad, del cual depende la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior, y si usted se lo pide seguro que no tendrá ningún inconveniente en informarle sobre todo aquello que tiene que ver con los PIF, que dependen directamente de la Secretaría General de Sanidad y dentro de ella, más concretamente, de la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior, que ese es su nombre.

Simplemente daré una pincelada contestando a su pregunta sobre qué vamos a hacer con lo de Japón. Ha

habido reuniones del Comité permanente de la cadena alimentaria —insisto—, aunque lo conoce más directamente la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior, pero tengo que decirle que las medidas que vamos a tomar en España son semejantes a las que se van a tomar en Alemania, en Italia, porque Europa funciona como un mercado único e Italia por su cuenta y riesgo no puede prohibir, salvo, y no tengo noticias de que lo haya hecho, que se enfrente a una denuncia de los tribunales de la Unión Europea. Ningún país europeo puede tomar medidas unilaterales en este sentido; lo puede hacer, pero contraviniendo la legislación europea que se ha comprometido a cumplir. Por eso se reúnen todos los Estados miembros y se acuerdan las medidas que se van a adoptar. Cuando un producto entra en Alemania debemos ser conscientes de que ha entrado en España, y cuando entra en España de que ha entrado en Francia, en Italia y en Alemania. Así está establecido; nos podrá gustar más o menos, pero en la Unión Europea existe el mercado único y los puntos de inspección fronterizos son europeos, aunque la gestión es del Estado miembro. Lo que entra por puntos de inspección fronterizos europeos entra en cualquier Estado miembro. Insisto en que las medidas que se están tomando son adecuadas a nivel de todos los Estados miembros. Hace poco ha habido una reunión en el ámbito europeo para hablar de este tema. Usted me preguntaba por las importaciones y yo no tengo los datos exactos, pero le puedo decir que aproximadamente se importan de Japón unas 2.000 toneladas de productos alimenticios, de los cuales unas 1.500 toneladas corresponden a pescado congelado, grandes túnidos: atún claro, tiburón, pez espada, etcétera. Si pensamos que importamos más de 350.000 millones de toneladas, como ya se ha dicho en algún sitio, nos damos cuenta de que esta cantidad no llega ni al 0,01 por ciento de lo que consumimos los españoles.

En cuanto a los datos de prevalencia de la obesidad, a lo que también se refería el Grupo Parlamentario Socialista, no es que no se los quiera dar, es que no los tengo. Ahora mismo se está trabajando en los colegios, se está pesando y midiendo. Podría haber accedido a algunos datos si se los hubiésemos pedido, pero no lo hemos hecho, porque estamos esperando que terminen el trabajo. Leí hace poco un estudio que ha realizado no sé si la Junta de Andalucía en Sevilla o el Ayuntamiento de Sevilla. Normalmente los datos objetivos con los datos autorreferidos llevan un incremento al menos de tres puntos. Con los datos manejados hasta ahora de encuestas autorreferidas, es decir, en las que se pregunta cuánto pesa usted, cuánto mide —porque todos nos creemos más guapos, más delgados y más altos— si estamos entre sobrepeso y obesidad en un 27,6 por ciento de los niños menores de 18 años, calculo —esto es especular— que con seguridad vamos a estar por encima del 30 por ciento. Tan preocupantes son unos datos como los otros. Posiblemente nos preocuparan más los otros cuando los tengamos.

Me hablaba del programa Perseo, de los problemas de la dieta. Precisamente por eso he recalcado que uno de los logros es el documento de consenso que las comunidades autónomas pueden aplicar, independientemente de que amplíemos o no el Perseo. Ese es un documento de consenso técnico que fue adoptado en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ahí están los menús escolares, las ventas que se pueden o que se deben hacer dentro de los colegios, y algunas comunidades como Murcia incluso legislaron antes de sacar este documento de consenso técnico y ya prohíbe en los colegios públicos de Murcia que se vendan chuches —digo chuches porque se pone así en el decreto—, productos con alto contenido en grasas, sal y azúcares. Como documento técnico la comunidad autónoma lo puede poner en práctica cuando quiera, porque es un documento consensuado.

En cuanto a la sal, efectivamente daba usted el dato de los 9,7 gramos que el año pasado publicamos en el estudio. El objetivo de este año, como decía, es tener ese logo, siempre que el producto tenga una reducción del 25 por ciento de promedio con respecto a los productos de su misma categoría. Ese es el objetivo que nos hemos marcado, para lo que se fijará un acuerdo y un compromiso con la propia industria, con la que ahora mismo estamos hablando.

En relación con la publicidad destinada a menores de 12 años, nos pregunta si vamos a modificar el código PAOS que tenemos en marcha. Como sabe su señoría, en el propio proyecto de real decreto hay un artículo que dice que queremos elevarlo hasta los 15 años, de acuerdo con la Federación de Industrias de Alimentación y Bebidas, que es con los que estamos ahora en el código. Si sus señorías aprueban mañana ese proyecto decimos que si en el plazo de un año no nos hemos puesto de acuerdo para incrementar hasta los 15 años este código, automáticamente la Administración podrá legislar según crea más oportuno. Me pedía algún dato del código PAOS. En el año 2011, las consultas previas de anuncios dirigidos a niños de hasta 12 años han sido 429 y desde que funciona el código en total han sido 2.167. Es decir, hay un volumen importante de anuncios que salen con el visto bueno. Hablaba del emplazamiento de productos y decía que qué piensa hacer la Aesan. Intervenimos solamente en publicidad de alimentos dirigidos a niños de hasta 12 años. El emplazamiento está regulado en la Ley General Audiovisual que el año pasado aprobó el Congreso de los Diputados.

Hablaba de la fiscalización del ejercicio 2006, el exceso de financiación. Había una serie de alegaciones del Tribunal de Cuentas que hemos rebatido con nuestra información. Ese exceso de financiación —qué más quisiera yo— se debía fundamentalmente a la incorporación de remanentes que se hacen en momentos diferentes en el presupuesto, pero está todo perfectamente contestado y aclarado, igual que el inventario, ante el Tribunal de Cuentas.

Me hacía la última pregunta sobre si es viable la eliminación de inspectores veterinarios en los mataderos. Este que le habla cree que no, pero la decisión la tomarán los veintisiete Estados miembros. Lo que yo quiero, como he puesto en el programa de trabajo, es que la posición que lleve el Estado español, cuando toque, esté consensuada entre las diferentes administraciones autonómicas y estatal, la industria y los profesionales; en este caso los profesionales afectados son los veterinarios y por eso el trabajo lo vamos a hacer conjuntamente con el Consejo General de Colegios de Veterinarios.

Creo que he contestado a la mayoría de las cuestiones planteadas. Si me he dejado alguna, insisto en que la remitiré por escrito si así se solicita.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra la señora do Campo, únicamente para alguna cosa que haya quedado sin responder, porque llegamos a la hora de comer.

La señora **DO CAMPO PIÑEIRO**: Señor presidente, gracias por su benevolencia.

Quiero dar las gracias sinceramente al presidente de la agencia, porque es verdad que me ha contestado a casi todo lo que le habíamos preguntado. Le solicitaremos por escrito las informaciones concretas. Nos alegramos de su postura con respeto a que no se elimine a los inspectores veterinarios en los mataderos. Esperamos que la opinión de las comunidades autónomas, del sector, en este caso de los veterinarios, vaya consensuada. En ese sentido, podemos estar un poco tranquilos.

Nos gustaría saber por qué en la Comisión de seguimiento y de coordinación de las actuaciones ante el Tribunal de Justicia de la Unión Europea el Ministerio de Sanidad no apoyó interponer el recurso ante este tribunal, que era una cosa que había solicitado el Gobierno gallego, y que gracias —lo reitero otra vez— a la Abogacía del Estado se va a recurrir. ¿Por qué el Ministerio de Sanidad ha adoptado esa postura concreta?

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Sabrido.

El señor **PRESIDENTE DE LA AGENCIA ESPAÑOLA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIÓN** (Sabrido Bermúdez): En cuanto a los veterinarios tengo que aclarar una cosa. Nadie ha planteado todavía que se elimine a los veterinarios de los mataderos. En algunos foros técnicos alguien está proponiendo que sean auxiliares veterinarios, pero, repito, nadie ha planteado que se elimine a los veterinarios de los mataderos. He dejado muy clara mi opinión.

El señor **PRESIDENTE**: Mejor decir que se supriman.

El señor **PRESIDENTE DE LA AGENCIA ESPAÑOLA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIÓN** (Sabrido Bermúdez): Efectivamente, que se supriman. Gracias, señor presidente.

En cuanto a que por qué no lo hemos apoyado, le diré que el Estado español, en terminología europea el Reino de España, ha decidido interponer un recurso ante el Tribunal de Luxemburgo por este reglamento. Lo ha decidido el Reino de España a través de su Gobierno, no la Abogacía del Estado, porque esta ha hecho sus informes lógicos, oportunos, puesto que es un organismo que tiene el Estado y al cual consulta. La decisión la ha tomado el Gobierno de España. El Ministerio de Sanidad, a través de esta agencia, no apoyó ni dejó de apoyar ese recurso. En un informe escrito —está en los archivos de la agencia— de la comisión que se reunió, que firmó este presidente, se decía que había que tener en cuenta que nos abstuvimos porque se había

aumentado, pero también que no habían cedido a esperar un poco para hacer la evaluación económica que nos pedía el Gobierno de Galicia. Por ese motivo, en el informe que se evacuó ante la Abogacía del Estado la agencia decía que había argumentos, si se decidía así por quien tenía la capacidad de decisión, que es a través de la Secretaría de Estado de Relaciones con Europa, para recurrirlo. Pero también decíamos que evidentemente había sido apoyado por veintiséis Estados miembros. La postura está claramente puesta por escrito y firmada.

El señor **PRESIDENTE**: Agradecemos la comparecencia del presidente de la Aesan y también la presencia de los diputados.

Se levanta la sesión.

Eran las dos y treinta 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**

