



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2011

IX Legislatura

Núm. 772

SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL Y CONSUMO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. GASPAR LLAMAZARES TRIGO

Sesión núm. 44

celebrada el miércoles 4 de mayo de 2011

Página

ORDEN DEL DÍA:

Comparecencias en relación con el proyecto de ley general de salud pública. Por acuerdo de la Comisión de Sanidad, Política Social y Consumo. (Número de expediente 121/000115):

— Del técnico de salud pública (López Díaz). (Número de expediente 219/000791.)	2
— Del señor presidente de la Sociedad Española de Epidemiología, SEE (García Benavides). (Número de expediente 219/000792.)	5
— Del señor presidente de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, Sespas (Segura Benedicto). (Número de expediente 219/000793.)	7
— Del investigador en el Instituto Municipal de Investigación Médica, IMIM-Hospital del Mar, de Barcelona y catedrático en la Universidad Autónoma de Barcelona (Porta Serra). (Número de expediente 219/000794.)	11

	Página
— Del señor presidente de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene y catedrático de medicina preventiva y salud pública de la Universidad de Málaga (Fernández-Crehuet Navajas). (Número de expediente 219/000795.)	16
— Del señor presidente de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Semfyc (Basora Gallisa). (Número de expediente 219/000796.)	22
— Del señor presidente del Consejo General de Colegios Veterinarios (Badiola Díez). (Número de expediente 219/000797.)	28
— De la señora presidenta del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (Peña López). (Número de expediente 219/000798.)	35

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

COMPARECENCIAS EN RELACIÓN CON EL PROYECTO DE LEY GENERAL DE SALUD PÚBLICA. POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL Y CONSUMO. (Número de expediente 121/000115):

— **DEL TÉCNICO DE SALUD PÚBLICA (LÓPEZ DÍAZ). (Número de expediente 219/000791.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, señores comparecientes, vamos a comenzar la sesión. Tenemos una tarde muy larga y antes de empezar con la primera comparencia, les voy a decir el método que vamos a seguir, que ya es conocido por sus señorías, pues se ha utilizado en otros trámites. Para cada una de las comparencias que vamos a realizar durante la tarde de hoy se ha establecido media hora, con lo cual la propuesta y casi casi el tiempo es de veinte minutos para el compareciente y preguntas por parte de los grupos parlamentarios, preguntas; para fijar posiciones o para debates y reflexiones de fondo tendremos oportunidad en la ponencia y en la Comisión y probablemente también en el Pleno. Por tanto, en este trámite será intervención del ponente por veinte minutos y preguntas por parte de los diputados, de tal manera que podamos cumplir el compromiso de media hora por cada comparencia.

Empezamos con diez minutos de retraso, la primera comparencia estaba prevista para las cuatro de la tarde. El compareciente es don Ángel López Díaz, técnico de salud pública, exdirector de Salud Pública del Principado de Asturias, a quien sin más le doy la palabra para esos veinte minutos de intervención y posteriormente se formularán las preguntas que consideren los grupos parlamentarios.

EL TÉCNICO DE SALUD PÚBLICA (López Díaz): Gracias al presidente y a la Comisión por haberme invitado a exponerles mi opinión acerca de este proyecto de ley. Voy a ser muy esquemático, por dos razones: una por el tiempo y otra por ser la primera intervención, probablemente a contracorriente de lo que será el resto de las intervenciones, y en esa medida creo que cuanto más breve, mejor.

En primer lugar no voy a hablar de lo positivo que tiene la ley, creo que es innecesario: lo que es positivo en la ley está ya en la ley. Tampoco voy a hablar del anteproyecto de ley, aunque a nadie se le escapa que una correcta interpretación del proyecto de ley y de las circunstancias que lo rodean se deriva de la propia existencia de ese anteproyecto. Empezaré con un considerable nivel de abstracción y preguntándome si la visión de la realidad que transmite esta ley es la única posible. La respuesta directamente es no. Eso no significa que esta ley no transmita una visión determinada —de eso no cabe la menor duda—, pero no es la única posible. De hecho, la duda asalta desde el mismo momento en que uno se plantea si el propio concepto de salud pública es un concepto claro y distinto. En este caso la respuesta, a mi juicio, también es negativa: no. Creo que el concepto de salud pública es un concepto oscuro y confuso. Si es un concepto oscuro y confuso, significa que ni se distingue de los otros conceptos que lo rodean ni están claros cuáles son los elementos que lo componen internamente. Por eso, en el marco de la salud pública encontramos cosas tan dispares como la epidemiología y la gestión; estructuras lógicas tan diferentes como la de la estadística aplicada o la de la ideología de la promoción de la salud. Un concepto tan confuso y tan oscuro no puede funcionar, en términos de diálogo, a no ser que sea armado ideológicamente, y eso es esencialmente lo que transmite, a mi juicio, el proyecto de ley; sin embargo lo hace de una manera extraordinariamente devaluada, y la única explicación o, mejor dicho, la única versión extendida de esa ideología estaba en el anteproyecto.

Una visión ideológica que se convierte en propuesta legal necesita de un impulsor, y ese impulsor es un colectivo socialmente estructurado. Esencialmente, a mi juicio, está conformado por lo que podríamos llamar claramente el *lobby* de la salud pública, que en este país esencialmente está vertebrado en un eje que recorre la costa mediterránea y que es extraordinariamente potente en términos científicos, en términos de influencia en la disciplina en el ámbito sanitario e incluso en la sociedad, y que además incorpora probablemente muchos de los mejores valores del desarrollo de la sanidad española en los últimos años, pero que, no obstante, no deja de ser un colectivo, es decir, un conjunto de intereses bien estructurados.

En este sentido, adquiere ya alguna virtualidad el hecho de que se plantee una ley de salud pública, porque alguien se ha preocupado de ponerla encima de la mesa; sin embargo, como decía al principio, caben otras visiones de la realidad, una de las cuales pasaría por retirar la prioridad a la propia ley. Es posible que el sistema sanitario necesite otras intervenciones, otras estructuras legales de forma más perentoria que una ley de salud pública. A este respecto considero que el proyecto de ley que se nos presenta es un proyecto de ley fallido, y fallido con relación a su antecedente inmediato, que es el anteproyecto; fallido porque se plantea en una coyuntura económica que no lo va a hacer posible y también fallido porque en su estado actual es extraordinariamente inane. Si uno se lee el articulado detenidamente, la ley no da de sí nada, no aporta ninguna novedad, no aporta ninguna nueva posibilidad de trabajo, se ha quedado prácticamente en nada, incluso en relación con esa visión ideológica, muy legítima y muy bien armada, del *lobby*, por llamarlo así, de la salud pública. Por eso digo que probablemente esta ley es una ley fallida.

¿Qué es lo que en realidad una ley —que además se llama ley general de salud pública— debería haber contemplado o, mejor dicho, qué desarrollos legales está necesitando el sistema sanitario español más que una ley de salud pública? No es tema de esta comparecencia ni de esta Comisión y además en esta Comisión se trató el pacto de Estado por la sanidad, en el que se expusieron de una manera muy detallada cuáles eran las principales necesidades del sistema. Sin embargo, el proyecto de ley es un hecho, se va a trabajar con él y lo único que cabría ahora sería votar en contra o intentar mejorarlo en aquello que pudiera hacerse.

Para ir lo más rápido posible voy a exponer unos cuantos puntos en que, a pesar de lo anteriormente dicho, creo que la ley puede ser mejorada. En una actitud pragmática creo que es lo que corresponde y, en función del resultado final, habría que hacer una valoración global de si merece la pena o no apoyar la ley. Creo que al texto hay que quitarle un poco de metafísica, pues tiene bastante metafísica, es decir, palabras que no dicen nada y hacen referencia a realidades inexistentes. Por ejemplo, la definición de salud es absolutamente folclórica; la visión holística de la salud es un concepto vacío. El

lenguaje se desliza, insensiblemente, por una senda economicista, que creo que también le sobra.

En segundo lugar, la ley pasa de puntillas, prácticamente sin hacer referencia —y en último extremo la referencia que hace, en una redacción muy confusa, es a que se desarrollará en un reglamento posterior— al tema central, que es el tema del poder; el tema de la participación nuevamente es dejado de lado, no aparece como principio —sería una idea muy interesante— y creo que debería ser extensible a todas las políticas que son directamente sanitarias, no solo a la de salud pública. Cuando se contempla como derecho, la redacción es realmente confusa y además está muy pobremente desarrollada, prácticamente haciendo de los ciudadanos entes que participan en las acciones de salud pública, no entes que deciden o controlan las acciones de salud pública.

En tercer lugar, otro punto que se podría mejorar y aprovechar es el relativo a la declaración de intereses, sobre la que ya en su día hubo polémica tras una comisión aquí sobre el pacto por la sanidad, y es que se vuelve a ser muy timorato con relación al conflicto de intereses. Creo que hay que ir más allá: cuando hay conflicto de intereses no es viable la colaboración, es decir, la declaración del mal no evita el mal. Esta es una falacia en la que vivimos instalados cómodamente. Yo puedo declarar mi conflicto de intereses, y todos tan contentos. Si hay conflicto de intereses, lo hay, es objetivo, y entonces se deslegitima una posición, a mi juicio. Ahí se podría haber hecho una regulación, aprovechando que el Pisuerga pasa por Valladolid, un poco más fuerte de la que hay hasta ahora.

El consejo interterritorial en el artículo 18 queda extraordinariamente diluido: el calendario de vacunas, unas cuantas prestaciones y se acabó. Si no se le da el marco legal adecuado al consejo interterritorial, tal y como está en este momento y la potencia que tiene, se ha perdido otra posibilidad. Ahí sí se podría avanzar. Un tema que a mí me parece extraordinariamente delicado —y lo digo porque era una de las posiciones que defendía el anterior director general de Salud Pública y que defienden las sociedades científicas a las que yo pertenezco, como la Sespas, la SEE o la Sociedad de Medicina de Familia— es la identificación de la gestión como una acción de salud pública. Creo que esto es un error; probablemente no es un error táctico, pero sí es un error estratégico. Precisamente porque el concepto de salud pública es oscuro y confuso, cabe cualquier cosa, y como cabe cualquier cosa, cualquiera puede meter lo que le conviene para sus intereses. Debe delimitarse muy claramente lo que es la gestión de lo que son las políticas de salud pública, entre otras cosas porque si algún día los ciudadanos llegaran a controlar las políticas de salud pública, deberían de controlar a los gestores, y estos no deberían contar con la legitimación ideológica de la salud pública para hacer colar sus intereses de gremio. La gestión es una cosa y la salud pública otra. El consejo asesor que prevé la ley tiene que desarrollarse más, está absolutamente caquético, el articulado da pena.

El desarrollo profesional es otro de los temas importantes en los que, a mi juicio, el proyecto se ha venido abajo. Hay una sola referencia a que se regulará o cambiará por un decreto para hacer viable la multiprofesionalidad. Aquí venimos a caer exactamente en lo mismo que decía antes referido a la gestión. No distinguir claramente las áreas que compondrían esa unidad intencional que llamamos salud pública hace que por ejemplo en el tema de la profesión se esté trabajando con unos niveles de indefinición enormes y creo que con un peligro importante para la devaluación del propio papel de los profesionales de salud pública.

Por último, en cuanto a la investigación se ha vuelto a perder la oportunidad de recuperarla para la sanidad. La investigación se ha entregado al Ministerio de Ciencia e Innovación, el Ministerio de Sanidad ha cedido sistemáticamente desde hace muchos años su papel y vuelve a estar postergada. Independientemente de que el Ministerio de Ciencia e Innovación tenga un papel relevante a nivel general, una parte muy sustancial de la investigación en este país o es militar o es sanitaria, y el sistema sanitario no puede quedar al margen de la dirección de esas políticas, porque es irreal, es una devaluación muy importante.

Estos serían los aspectos más concretos para que pueda haber un poco de discusión si ustedes quieren. Les llamo la atención sobre un tema del que no he hablado, de la agencia, que es uno de los caballos de batalla que se ha caído en el camino del anteproyecto al proyecto y del proyecto supongo que a la ley. No he hablado de esa agencia de salud pública a nivel nacional porque es una apuesta de una envergadura suficiente como para tratarla con mucha prudencia. Si se ha caído, es que no va a haber agencia, y si no va a haber agencia, es un dato político que cada uno tendrá que examinar. A mí lo que me parece es que los aspectos anteriormente citados son previos a la definición o a la configuración de la estructura orgánica que atendería a una ley de salud pública distinta y mejorada y que, por tanto, requeriría un tratamiento específico, y probablemente van a transcurrir unos años antes de que eso sea posible dadas las circunstancias económicas y las posiciones de los ministerios y las consejerías relacionadas con la Hacienda pública.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Algún grupo parlamentario quiere hacer alguna pregunta? ¿Grupo Parlamentario de Convergència i Unió? (**Pausa.**) ¿Grupo Parlamentario Popular?

El señor **MINGO ZAPATERO**: Agradezco el análisis de don Ángel López Díaz, le he escuchado con muchísima atención y la verdad es que me ha dejado sorprendido: el proyecto de ley es inane, es fallido, definición metafísica, el concepto de salud es oscuro, esto pudo ser pero no fue, el consejo interterritorial está diluido, el consejo asesor no sabemos qué es, no hay investigación, qué pasa con la agencia, el análisis del poder, el análisis de la participación... Es toda una crítica

durísima al proyecto de ley. Y yo le digo, bien, es posible que coincidamos en algunos puntos. Solamente le digo, uno, ¿cuál es la alternativa? Dos, le ruego, por favor, que haga llegar a los grupos parlamentarios posibilidades de enmiendas, porque se lo agradeceré extraordinariamente. Le quiero felicitar por su análisis.

El señor **PRESIDENTE**: ¿El Grupo Parlamentario Socialista quiere hacer alguna pregunta?

La señora **GRANDE PESQUERO**: Señor López Díaz, para no querer criticar demasiado la ley, la verdad es que casi no ha dejado títere con cabeza. Efectivamente cualquier proyecto de ley que entra en las Cortes es, como todo en la vida, mejorable, pero yo me uniría a la pregunta del compañero portavoz del Grupo Popular sobre cuál sería la alternativa, sobre todo en las grandes líneas de la ley, mas allá del detalle, sobre el que nos podríamos extender en el desarrollo a la hora de comentarlo. Esa sería la pregunta central.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra brevemente el señor López Díaz, porque el desarrollo de la alternativa ya nos lo envían por escrito los comparecientes.

El **TÉCNICO DE SALUD PÚBLICA** (López Díaz): Lo primero que he dicho es que no iba a hablar de lo positivo; por tanto mi intervención puede haber parecido dura, pero es pura apariencia. La ley y esa ideología que hay tras la salud pública suponen valores que son irrenunciables y que más allá de que se configuren y se estructuren como una ideología con muchos elementos metafísicos, tienen valores materiales que son irrenunciables. No voy a insistir en lo positivo de la ley. Si no hubiera nada positivo, no habría desplegado algunas reflexiones en torno a qué cosas se pueden mejorar de la ley.

Ya que me preguntan cuál es la alternativa, creo que es relativamente sencilla en términos de expresión, aunque muy compleja en términos de acción política. En mi opinión, este país no necesita una ley de salud pública. Lo que necesita es una ley del Sistema Nacional de Salud, y meterse en harina significa hablar del reparto del poder y de tomar decisiones que van a afectar a determinados colectivos y a cambiar los vectores y las relaciones de poder. Si se quiere hacer, ese es el camino: la ley del Sistema Nacional de Salud. La ley de salud pública, para mí, en principio no sería necesaria. Eso no significa que aprovechando su existencia no se puedan convertir en leyes algunas ideas que pueden tener interés o que pueden mejorar la estructura legal de la sanidad. Por eso la actitud pragmática del final de mi intervención de aportar —y en su día lo haré llegar al presidente de la Comisión como propuestas de enmiendas a la ley— lo que se pueda mejorar en el texto. Pero el auténtico desafío no es la ley de salud pública, no, no. Es más, si ustedes me apuran, mi interpretación final es que la ley de salud pública obedece en esqueleto a los intereses

—insisto, intereses no solo legítimos sino además con un enorme valor social— del *lobby* de la salud pública en el que yo me cuento. Obedece a esos intereses, que son tremendamente interesantes, por un lado, y, por otro, a una circunstancia política en la que de un anteproyecto nos hemos pasado a un proyecto de ley y hay que salir como se pueda de esta situación. Me van a perdonar, pero yo no tengo por qué ser excesivamente cuidadoso en los análisis. Si no fuera por esto, podríamos hablar de la ley del Sistema Nacional de Salud, no de una ley de salud pública que se nos va a quedar en nada como no se le hagan tales correcciones que creo que serán muy difíciles en el proceso de tramitación. Resumiendo, esa es la visión que tengo.

— **DEL SEÑOR PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGÍA, SEE (GARCÍA BENAVIDES). (Número de expediente 219/000792.)**

El señor **PRESIDENTE**: Vamos a pasar a la segunda comparecencia, que es de don Fernando García Benavides (**La señora vicepresidenta, Aburto Baselga, ocupa la Presidencia.**)

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): El siguiente compareciente es don Fernando García Benavides, catedrático de salud pública de la Universidad Pompeu Fabra y presidente de la Sociedad Española de Epidemiología. Tiene la palabra.

El señor **PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGÍA, SEE** (García Benavides): Gracias sobre todo por la oportunidad de estar aquí y compartir con sus señorías algunas reflexiones en nombre de la Sociedad Española de Epidemiología; aunque como decía la señora presidenta soy catedrático de salud pública de la Universidad Pompeu Fabra, aquí represento a una sociedad que tiene treinta y tres años, con más de mil socios; además formamos parte de Sespas, cuyo presidente intervendrá en nombre de todas las sociedades federadas en la misma.

Para los epidemiólogos españoles esta es una gran oportunidad. El actual proyecto de ley de salud pública es una excelente oportunidad, porque solo el hecho de estar aquí hablando de esta ley nos parece tremendamente positivo. La actual redacción introduce elementos nuevos que nos merecen una valoración positiva. Por ejemplo, habla de salud y equidad en todas las políticas, no solo en el Sistema Nacional de Salud, que también, sino más allá del Sistema Nacional de Salud, que es uno de los objetivos que pretende esta ley, poner la salud en el centro de otras políticas: las económicas, las de movilidad, las de urbanismo, las de agricultura, etcétera. Poner esto en un texto legal, que esto salga en el Boletín Oficial del Estado, humildemente, como ciudadano me parece tremendamente importante. Además introduce nuevos derechos para los ciudadanos, como por ejemplo

estar informado sobre riesgos que no son solo individuales: la contaminación ambiental o los alimentos son derechos nuevos que esta ley introduce. Nos parece que es una gran oportunidad para todos contribuir a que estos derechos sean efectivos.

Introduce también la evaluación del impacto en salud. Hemos hablado durante mucho tiempo en España de la evaluación del impacto ambiental, lo que es tremendamente positivo. La práctica siempre es difícil, pero el hecho en sí contribuye a mejorar el bienestar de los ciudadanos. Evaluar el impacto no solo ambiental sino en salud es algo más. No solamente están los patos, que hay que proteger, sino también las personas, que son un valor tremendamente importante que todos compartimos. Que exista una estrategia específica de salud pública, que se propongan objetivos generales específicos es positivo. Eso ya está en la ley, está en el borrador actual del proyecto, no en la ley. Perdonen mis imprecisiones lingüísticas porque soy, como todos pueden imaginar, absolutamente nuevo en este foro.

Esta ley viene a modernizar lo que estábamos celebrando recientemente, el 25.º aniversario de la Ley General de Sanidad, y viene a modernizar lo que quedó aparte con la Ley de calidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud. Esa ley de 2003 moderniza la Ley General de Sanidad de 1986, moderniza la evaluación y calidad del Sistema Nacional de Salud y quedaba pendiente la parte de salud pública. Creemos que este proyecto de ley puede ayudar a modernizar la parte que quedó pendiente en 2003 y que podemos celebrar la Ley General de Sanidad —todos lo hemos hecho recientemente—, mejorando, actualizando y modernizando esa parte de la salud pública que quedó un poco al margen. Está dentro de la Ley de calidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud de 2003, pero creemos que merece la pena un texto normativo específico.

La ley general de salud pública puede ayudar mucho a la efectividad y eficiencia del Sistema Nacional de Salud. La crisis actual que padecemos puede ser una oportunidad si tenemos un instrumento normativo como la ley general de salud pública, porque la salud pública nos parece, modestamente, que debe estar en el mando estratégico del Sistema Nacional de Salud. Hay que reducir el consumismo sanitario, y la ley de salud pública puede contribuir modestamente a ese objetivo, en el que creo que todos estamos de acuerdo. La salud pública puede contribuir —es un paso más— al Estado del bienestar. Tenemos el sistema sanitario, tenemos el sistema educativo, pero creemos que una ley de salud pública, que es diferente a la sanidad pública, puede contribuir a ampliar e incrementar la cohesión social y la productividad de los ciudadanos.

Nuestra valoración general es positiva por todos estos motivos y además porque esta ley aporta valor añadido. En este momento están aprobadas las leyes de Salud Pública de Valencia, que fue la primera, la de Cataluña, el 23 de noviembre pasado se ha aprobado la de Castilla y León y el 4 de febrero la de Baleares. Están en curso

leyes de salud pública en otras comunidades autónomas. Necesitamos una ley que coordine, normalice y establezca las bases. La actual redacción corresponde a una ley de bases. Ha perdido parte de esa hojarasca, creo que bien perdida, y lo hablamos con la doctora Pastor en una reunión que tuvimos el presidente de Sespas y yo en su despacho en este edificio hace ya algunos meses. El anteproyecto era demasiado académico, estábamos de acuerdo. Ahora ha perdido toda esa hojarasca y se ha quedado en lo esencial. Insisto en que nos parece algo positivo.

¿Qué le falta? Les dejaremos a los portavoces de los grupos parlamentarios al finalizar esta sesión unas propuestas de enmienda concreta, firmadas tanto por la Sociedad Española de Epidemiología como por la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, donde recogemos con detalle, por títulos, por capítulos y por artículos, dichas propuestas, en algunos casos más específicas, más elaboradas, en otros menos. Sucinta y brevemente, para tener tiempo de contestar a sus preguntas y poder debatir, diré que a la actual redacción le falta gobierno, le falta gobernanza. Necesitamos que estos principios, que estos objetivos estén bien gobernados. La propuesta que hacemos es que esta ley incorpore una comisión interterritorial de salud pública donde estén representadas no solo las comunidades autónomas, que también, no solo la Administración sanitaria, que también, sino otras administraciones importantes que tienen que ver. Estamos viendo que uno de los grandes triunfos de este país ha sido la reducción de los accidentes de tráfico; por tanto, Interior, Agricultura o Fomento tienen que estar, pues nos parece que tienen mucho que decir en la defensa y en la protección de la salud de los ciudadanos. Creemos que se debería incorporar la definición de un órgano de gobierno. Y le falta también un órgano gestor. No se puede garantizar la coordinación de las agencias que se están creando en otras comunidades autónomas si desde el Gobierno central, desde la Administración General del Estado no hay un órgano potente, con competencia, con capacidad, para poder llevar a la práctica estos principios. Por tanto, creemos que es necesario incorporar al articulado una agencia española de salud pública. Sin esto es posible que en alguna de las propuestas que valoramos positivamente no quede más que la declaración de principios y sería una pena y una oportunidad histórica perdida.

Con estas propuestas y alguna más con relación a la necesaria profesionalización de los recursos que necesita la salud pública, porque la salud pública se ejerce a través de recursos humanos, de profesionales, sean o no corporativos, se indica que necesitamos un nivel, definir una carrera profesional y reconocer su trabajo al mismo nivel que el resto de los profesionales del Sistema Nacional de Salud. Creemos que hace falta un desarrollo algo más preciso en el artículo 45 de los aspectos de carrera profesional.

Me pongo a su disposición para contestar a las preguntas que me quieran hacer y de aquí hasta que esta ley,

esperemos, sea felizmente aprobada por sus señorías. Nos gustaría que fuera por unanimidad porque ello garantizaría que esta fuese una ley de largo recorrido, no puede ser una ley de diez años, de cinco años o de un año. La primera ley de sanidad en este país es de 1822, fue bien en 1950, fue bien en la república, después viene la de 1986; ahora tenemos una gran oportunidad. Pensemos en una ley a cincuenta años vista, y si hay que sacrificar alguna exigencia creo que sería bienvenida, pero esto es trabajo de sus señorías y como ciudadano, evidentemente, lo respeto. Lo que sí hago es agradecer esta excelente oportunidad y ponerme a su disposición para seguir contribuyendo todas las veces que haga falta.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Es el turno de los grupos. Por Convergència i Unió la señora Tarruella tiene la palabra.

La señora **TARRUELLA TOMÀS**: Quiero dar las gracias al señor presidente de la Sociedad Española de Epidemiología. He escuchado con atención todas sus advertencias y los aspectos más positivos y negativos de este proyecto de ley. Tendremos en cuenta las consideraciones que nos ha hecho y le agradeceremos que nos haga llegar las enmiendas concretas.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Tiene la palabra el señor Martínez Soriano, del Grupo Parlamentario Popular.

El señor **MARTÍNEZ SORIANO**: Quiero agradecer también la presencia del señor García Benavides y su exposición y decirle que la sensación muy negativa que ha dado el primer interviniente respecto al proyecto de ley ha sido la contraria a lo que usted ha transmitido: que es muy positivo este proyecto de ley. Sin embargo, a mí me ha faltado saber su opinión sobre el papel de los ayuntamientos en esta ley y también echo de menos el papel de la salud pública en la asistencia primaria. Creo que hay mucho que decir sobre ello y usted puede aportar bastante. Las enmiendas las estudiaremos con cariño y viendo que se puede incorporar de las mismas. Le agradecemos de antemano su trabajo y su presencia aquí esta tarde.

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

La señora **GRANDE PESQUERO**: Señor García Benavides, es un placer tenerle aquí, verle de nuevo, y es un doble placer porque que el presidente de la Sociedad Española de Epidemiología valore la ley con una actitud tan positiva como la que usted ha mostrado, a nosotros, que es a los que nos toca debatir y mejorar esta ley, como he dicho en la intervención anterior, porque todo es mejorable, nos anima y nos estimula para trabajar e

intentar hacer un texto lo mejor posible y sobre todo lo más útil posible para poder realizar una buena labor en cuanto a la salud pública de nuestro país. El enfoque que ha dado en algunas de las pinceladas de su intervención, sobre que esta ley recoge nuevos derechos, que es modernizadora, que disminuirá en alguna parte el consumismo sanitario, que tiene valor añadido, etcétera, me parece que son puntos de vista bastante novedosos y que debemos tener muy en cuenta.

Entendemos perfectamente la parte crítica y vamos a leer con todo cuidado las enmiendas que nos va a hacer llegar. Quiero decirle que por parte de mi grupo estaremos dispuestos a incorporar todo lo que sea posible para mejorar la ley. Muchísimas gracias por su punto de vista y sobre toda gracias por los ánimos que nos ha dado para seguir trabajando y hacerlo bien.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Tiene la palabra para responder a las preguntas el señor García Benavides.

El señor **PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGÍA, SEE** (García Benavides): **(Comienza su intervención en catalán.)** Muchas gracias también a la diputada socialista. Para la Sociedad Española de Epidemiología es un honor estar aquí y ver que ha habido receptividad a nuestras propuestas. Los ayuntamientos son claves y lo definimos como uno de los órganos fundamentales en esa comisión interterritorial de salud pública o como quieran llamarla. Nos parece que tienen que intervenir porque en los entes locales hay competencias; la Ley de Bases del Régimen Local recoge que tienen competencias muy importantes en seguridad alimentaria, en control de aguas, etcétera. Por tanto son fundamentales y deben participar en los órganos de gobierno de una agencia española o como queráis llamarla —eso es competencia del Congreso de los Diputados— que recoja los recursos que ya existen; conocemos la actual situación, no somos profesionales o académicos que estamos en la torre de marfil, sabemos cuál es la situación que vive el país. Esta agencia, desde nuestra modesta opinión, tiene que estructurarse sobre recursos ya existentes, muchos de los cuales están en los ayuntamientos o en la atención primaria, o está en el Carlos III, que posiblemente estarían mejor en esta agencia, como el Centro Nacional de Epidemiología, como la Escuela Nacional de Sanidad, como la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo o el Centro de Salud Ambiental; esos recursos están ahí, no hay que crear y estructurar una agencia de salud pública ex novo, se trata de resituar algunos recursos que ya existen en los ayuntamientos, en la Administración General del Estado, coordinándolos con las comunidades autónomas, y no se trata de que la agencia sea proveedora, los proveedores pueden ser los ayuntamientos o las diputaciones o las comunidades autónomas; lo que tiene que hacer la agencia es dirigir la salud pública a nivel de toda España. Desde nuestro punto de vista es así como actuaría esa

agencia, que se desarrollaría mediante un reglamento o real decreto. Creo que la actual estructura de la redacción del proyecto es muy coherente como ley de bases. Ya vendrán los desarrollos cuando sean oportunos, pero no perdamos la oportunidad de incluir la agencia española de salud pública en la actual redacción. Seguro que saldremos de la crisis y saldremos más fuertes, al menos esta es mi optimista visión del futuro.

Gracias de nuevo.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Muchas gracias señor presidente de la Sociedad Española de Epidemiología.

— **DEL SEÑOR PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA, SESPAS (SEGURA BENEDICTO).** (Número de expediente 219/000793.)

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Señorías, continuamos con la comparecencia de don Andreu Segura Benedicto, presidente de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, que tiene la palabra.

El señor **PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA, SESPAS** (Segura Benedicto): En nombre de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, es decir, de los cuatro mil profesionales que estamos afiliados a las once sociedades que componen Sespas, una de ellas la Sociedad Española de Epidemiología, de hecho la más importante, queremos agradecer en primer lugar la oportunidad que se nos brinda de poder compartir con ustedes algunas reflexiones y espero y deseo sobre todo contribuir a la mejora del proyecto de salud pública.

No voy a repetir las valoraciones positivas que ha hecho mi compañero Fernando García Benavides anteriormente, aunque las comparto, porque ya están hechas y me parece que lo importante es ver qué partido le podemos sacar a este proyecto de ley que con tantas complicaciones se ha presentado en este Parlamento. Y lo quería hacer recordando que hace unos días celebrábamos —no sé si es la palabra mejor— el trigésimo aniversario de una de las epidemias de intoxicaciones alimentarias más importantes, la más importante que hemos tenido en Europa, la epidemia del síndrome del aceite tóxico. Aquí hay dos fotografías, las garrafas de cinco litros; esto empezó el 1 de mayo, con el niño Vaquero que fue atendido en el hospital y murió. Por lo menos dos decenas de miles de personas afectadas, entre tres y cuatro centenares de fallecidos directamente por la intoxicación. De manera que está claro que la salud pública tiene importancia, mucha importancia, para la sociedad. La otra fotografía es del juicio en la Casa de Campo en 1987-1988. Tuve la oportunidad de participar

convocado por el ministerio fiscal como perito, y el privilegio de acompañar a sir Richard Doll en el juicio. Si no estoy equivocado el juicio sentenció indemnizar a los afectados con unos 2.400 millones de euros, lo que viene a ser unos 52 euros por español, que es el doble, más o menos, de lo que se gastó el Sistema Nacional de Salud español el año pasado en salud pública. Creo que esta es una información relevante para ver la importancia que puede tener la salud pública en el contexto del sistema sanitario y de la sociedad.

Espero que ustedes estén de acuerdo conmigo en que la salud pública puede ser útil en otros menesteres, además de en este que es tan básico de la protección de la salud, sobre todo en el seno del propio sistema sanitario, sin ir más lejos. Una sanidad, la española, que además de las innegables virtudes que tiene y que todos estamos orgullosos de ella, adolece de algunos problemas importantes, que no son únicamente nuestros, sino de la medicina occidental: la iatrogenia —los efectos perjudiciales para la salud que tienen las intervenciones sanitarias, parte de los cuales además son prevenibles pero parte no— y el consumo inapropiado, consumo inapropiado que no solo comporta despilfarro sino que tampoco se libra de la iatrogenia y un consumo inapropiado que por desgracia es notorio en el caso de las actividades clínicas preventivas, que son poco equitativas, poco eficientes y que además comportan una excesiva medicalización. Pues bien, les quería comentar que estos 52 euros, que vienen a ser más del doble, se calculan sobre esta información que tienen ustedes sobre gastos en programas organizados de salud pública y prevención en Europa, de OCDE o por la aportación de uno de los capítulos del informe Sespas que acabamos de presentar y que tuve el privilegio de acompañar a uno de sus editores para presentárselo a ustedes en la Comisión de Sanidad del pasado 16 de febrero. Aquí tienen una estimación de lo que nos estamos gastando por comunidades autónomas en los servicios de salud pública. Apenas el 2 por ciento del gasto corriente.

En relación con el consumo inapropiado, les decía que la aplicación de los principios de precaución y de seguridad de los que menciona el proyecto de ley, el fomento de la prevención cuaternaria y sobre todo una cuestión que a veces parece un poco extraña que es la coordinación efectiva entre los servicios de atención colectiva de la salud pública y los asistenciales, básicamente de atención primaria como su señoría ha preguntado anteriormente, puede permitir un abordaje mucho más racional, como ilustra claramente este planteamiento que debemos a una epidemióloga originaria de Puerto Rico, Ana Díez-Roux, que ha publicado algunos artículos con el profesor García Benavides, en relación con la salud y los barrios y la importancia que tiene atender, como hacemos, desde la asistencia los factores de riesgo medicalizándolos además: la hipertensión, el colesterol, etcétera, gastándonos casi el 17 por ciento de la factura en farmacia en hipotensores e hipolipemiantes, sin que ni el sedentarismo ni el exceso de peso disminuyan, al revés. Una

intervención que es muy costosa desde el punto de vista no solo económico sino también de esfuerzo asistencial y que podría mejorar su eficiencia y su impacto sobre todo si se limitaran estas intervenciones a aquellas que son necesarias, que algunas sí que lo son, y se complementara con actividades comunitarias con intervenciones que no son estrictamente sanitarias, que facilitan la movilización de las personas en las ciudades, que facilitan una alimentación más saludable, etcétera, actividades que vienen recogidas en el proyecto de ley general de salud pública y en todas las políticas. Algo que es muy antiguo, muy propio de la salud pública moderna. Esta proposición de salud en todas las políticas de los finlandeses cuando ostentaron la Presidencia de la Unión Europea, hace ya algunos años, o la Carta de Ottawa que insta precisamente a incidir en la comunidad. Esto es algo que no se cansa de repetir, por ejemplo, sir Michael Marmol, que en la actualidad es el representante de los médicos ingleses, pero ha sido, como ustedes han podido ver en alguna de sus publicaciones, un adalid de la importancia de los determinantes colectivos y sociales sobre la salud de las personas y de las poblaciones. Y no deja de ser sino el legado de los grandes maestros: de Chardwick, el representante de la burguesía victoriana; de Virchow, joven revolucionario en su juventud, aquel que dijo que la sanidad no es más que política en el mejor sentido de la palabra; o de Charles Edward Wilson, el primero que definió salud pública, que tiene alguna definición, no sé si oscura pero alguna definición sí que tiene, en relación con el esfuerzo que la sociedad se plantea y no solo en el sistema sanitario; un planteamiento que Breslow y Detels, los editores de la enciclopedia de salud pública más prestigiosa definen de esta manera, como un proceso de movilización y de implicación de los recursos tanto locales como nacionales e internacionales, que viene determinado por el conocimiento científico y también por la disponibilidad política, por el interés político. De manera que creo que queda muy clara la justificación, el interés y la importancia de este planteamiento que trasciende el sistema sanitario de salud en todas las políticas.

Cuando se acaban de cumplir veinticinco años de la Ley General de Sanidad y de la Ley de medidas especiales en salud pública, que la precedió unos días, y también se acaban de cumplir ocho años de la Ley de calidad y cohesión, en Sespas nos parece que, como estamos inmersos en una profunda crisis económica y social, esta es una iniciativa gubernamental, que ahora está en sus manos, de mucha trascendencia. Nos parece que a la sociedad española le conviene disponer de una ley que por un lado el sistema sanitario sirva de referencia y de marco a los procesos legales que ya están en marcha, y que los ha mencionado mi colega anteriormente: Valencia, Cataluña, Castilla y León, Baleares y otras comunidades que está en proyecto como Andalucía, Aragón, etcétera. La otra cuestión muy importante para los que trabajamos en salud pública es que la ley permita facilitar la reforma organizativa que necesitamos para

que la salud pública pueda prestar a la población los servicios que necesita desde el punto de vista de la salud comunitaria, de los servicios colectivos. Unas prestaciones que son tradicionales, inveteradas y que las formas organizativas de los servicios no son las más adecuadas; nos falta modernización, nos falta capacidad para dar respuesta a la provisión de servicios y creo que además las comunidades autónomas, que tienen la responsabilidad desde 1979, y las administraciones locales que la tienen desde mucho antes, la necesitan como agua de mayo. Todas estas cuestiones, vuelvo a repetir, no se pueden llevar a cabo sin fomentar la profesionalidad, sin exigir que el trabajo de los profesionales sea de la máxima calidad posible. Para ello primero hay que exigirlo y facilitarlo, naturalmente, pero para la sociedad también es muy importante porque va a suponer por un lado quizá una cierta racionalización del sistema sanitario, que nos conviene a todos. No queremos que la sanidad sirva para ahorrar pero sí nos parece que una racionalización del sistema sanitario puede ahorrar algún despilfarro actual y sobre todo que permita que nuestra población sea más saludable.

En Sespas, como ustedes saben, tenemos la pretensión de mejorar la salud de la población a partir de la salud pública y sobre todo disminuir las desigualdades que son injustas y que son evitables en salud, hemos hecho algunas aportaciones, hemos jugado algún papel en este sentido. Les hemos traído a cada grupo parlamentario un ejemplar de nuestros informes bienales; pueden ustedes acceder a nuestra página web pero aquí están. El último informe bienal que tuvimos la ocasión de presentar aquí se titula precisamente La salud pública en la sociedad española: hacia la salud en todas las políticas. Unos cuantos de sus capítulos les pueden aportar material y reflexiones —algunos serán más útiles que otros y a lo mejor algunos tendrán errores y cosas a discutir—, pero ahí están como una aportación nuestra. No hemos hecho solamente esto, hemos intentado participar de una forma más proactiva y cuando supimos que el departamento responsable del Gobierno estaba preparando una iniciativa legislativa, llevamos a cabo un trabajo —este es un seminario en el que tienen el informe monográfico que editó Rosa Urbanos, de la Sociedad de Economía de la Salud—, o incluso el documento de alegaciones que presentamos al anteproyecto y que está también en nuestra web. Estas cuestiones están a su disposición.

Junto con la Sociedad Española de Epidemiología hemos preparado algunas propuestas de enmienda. Sabemos que no es nuestro trabajo, que no somos expertos, pero hacemos el esfuerzo de contribuir. Ustedes, naturalmente, pueden hacer con ellas lo que les parezca mejor, faltaría más, pero hemos hecho este esfuerzo, aunque lo que nosotros podemos hacer mejor es reflexionar sobre estas cuestiones como profesionales, como académicos o como científicos. Desde este punto de vista yo quería resaltar tres grandes propuestas de enmiendas para que la aplicación de esta ley tenga más consecuencias prácticas. La primera, instituir algún

órgano de gobernanza que facilite esta implicación de los diferentes departamentos del Poder Ejecutivo, esta comisión interterritorial que se haga cargo de la estrategia de salud pública, que pueda llevar adelante esta propuesta política que es de todo el Ejecutivo, lo que Virchow decía muy claramente: sanidad es política en el mejor sentido de la palabra. Pues bien, de salud en todas las políticas y de evaluación del impacto en salud. Creemos que la salud pública española necesita también un órgano de gobierno y de gestión que facilite la coordinación y, como dice mi colega, el profesor Porta, que creo que luego insistirá y además lo publicó ayer en el diario *El País*, la coordinación entre las administraciones que tienen responsabilidad e implicación, y desde luego la calidad de la práctica profesional que a nosotros nos parece que pasa básicamente por un aumento de la productividad, de los recursos humanos, una mejora de la eficiencia, lo que quiere decir cuidar los recursos humanos, y lamentablemente el ejercicio laboral de la salud pública en estos momentos es poco atractivo para los profesionales. En este sentido les quería decir que aparte de que los profesionales que trabajamos en salud pública en el sistema sanitario recibimos un trato distinto y no mejor que los del conjunto del Sistema Nacional de Salud, actúa como una especie de penalización el interés en la salud pública, algo que incluso afecta a los médicos internos y residentes en su programa de especialización, porque como pueden hacer menos guardias cobran menos sueldo y tienen menos experiencia y esta es una cuestión que tiene mucho que ver con la elección de la especialidad cuando les toca, como en estos días, escoger especialidad médica. Garantizar, pues, un trato laboral igual nos parece imprescindible para no provocar una desafección artificial.

Para acabar quería decirles que considero muy positivamente, como otros contenidos del proyecto, la disposición adicional primera en el sentido que ya les ha referido un compareciente anterior, que permita ampliar la especialización en salud pública al conjunto de profesiones sanitarias. Pero les quería advertir que tal vez pueda incurrir en cierta contradicción con los contenidos del proyecto de ley que está circulando por los departamentos autonómicos en el sentido del decreto de troncalidad que adscribe la especialidad de salud pública y medicina preventiva al tronco médico. Esto sería un obstáculo para conseguir este planteamiento que nos parece que requiere mucho más trabajo y propuestas que gocen de más consenso entre la población, pero de entrada nos parece bien que se reconozca esta multiprofesionalidad de la salud pública en la ley y que se den pasos para que se pueda materializar. La salud pública, obviamente, no es solo multidisciplinar, es también transdisciplinar, de manera que compartir alguna etapa de formación especializada entre los distintos profesionales que vienen de mundos diferentes, nos parece que es una experiencia interesante.

No sé si sus señorías tienen alguna previsión en cuanto a la posible fecha de culminar todos los trámites parla-

mentarios, pero les quería anunciar nuestro próximo congreso que será el decimocuarto y la vigésimo novena reunión anual de la Sociedad Española de Epidemiología, que se va a celebrar en Madrid y que precisamente va a hablar de salud y equidad de todas las políticas. Creo que puede ser oportuno en el momento procesal —entre comillas— para incluso hacer alguna aportación más desde la profesión a esta iniciativa que nos parece que va a tener mucha trascendencia. Quiero lamentar una situación desgraciada y es que la presidenta del comité organizador de este congreso falleció en Valencia el pasado 9 de abril y por eso para nosotros, los profesionales de salud pública, que fuimos compañeros y amigos suyos, el congreso es un reto especial. Les invito a acompañarnos en el congreso si ustedes lo desean, naturalmente.

Muchas gracias.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Muchas gracias, señor Segura. Tiene la palabra la señora Tarruella Tomàs, de Convergència i Unió.

La señora **TARRUELLA TOMÀS**: Doctor Segura, como siempre y una vez más, encantados de escucharle. Le agradecemos sus opiniones y su comparecencia. Desde Sespas siempre nos aportan muchísimos temas positivos, que tendremos en cuenta en la valoración de esta ley. No sé cómo estará el trámite de la ley, veremos cómo vamos, deprisa o sin prisa, pero tanto si está en trámite la ley o para hablar después procuraremos poder acompañarles durante este importantísimo congreso y más celebrándose en Madrid. Gracias por sus aportaciones. Como al compareciente anterior le decimos que respecto a las enmiendas, aunque ya nos han dado unas cuantas, si hay alguna cosa más de aquí a que termine el plazo de enmiendas, estaremos encantados de que nos las hagan llegar.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Tiene la palabra el portavoz del Grupo Popular.

El señor **RAMÍREZ DEL MOLINO MORÁN**: En primer lugar quiero agradecer al doctor Segura su presencia aquí. Creemos que la Sociedad Española de Epidemiología es fundamental a la hora de indicarnos su punto de vista en muchos de los aspectos de este borrador del anteproyecto de ley. Compartimos muchas de las ideas que usted ha expuesto aquí, al igual que el tema de la agencia de salud pública que estaba incluida en el borrador pero que luego desapareció en el anteproyecto de ley. También creemos positiva no solo la medicina preventiva sino los hábitos preventivos para evitar ciertas enfermedades y, por supuesto, ciertos usos de medicamentos, lo que también sería un ahorro en todo el sistema sanitario. Creemos que sus aportaciones van a ser indudables, y le ruego que nos haga llegar las enmiendas y las aportaciones nuevas que puedan aparecer durante el trámite de la ley.

Muchísimas gracias por su presencia hoy aquí.

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

La señora **GRANDE PESQUERO**: Señor Segura, últimamente nos vemos mucho, afortunadamente, y hemos escuchado hoy sus aportaciones interesantes, como siempre, y también la última vez que nos visitó para presentarnos el informe bienal que tiene mucho que ver con esta ley, y lo que hemos oído algunos nos suena mucho a una música que también hemos visto en esta ley. Le agradezco mucho su punto de vista positivo, punto de vista que, como le decía antes al doctor García Benavides, nos anima a seguir trabajando y a trabajar mejor. Había leído sus enmiendas, ahora las estaba repasando de nuevo, y me gustaría, aunque el tiempo que tenemos es breve, preguntarle si la enmienda desarrolla lo que sería la agencia española de salud pública. Todos sabemos y conocemos que el momento económico en nuestro país no es el adecuado para crear nuevos organismos que supongan impactos económicos, pero en su intervención me ha parecido escuchar que hablaba de aprovechar los recursos ya existentes. Me gustaría que nos pudiera decir, si no ahora mismo que nos lo mandara por escrito, cómo sería para usted una agencia de salud pública con la competencia gestora pero sin un impacto económico como el que tendría un órgano como este de nueva creación.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Tiene la palabra el profesor Segura.

El señor **PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA, SESPAS** (Segura Benedicto): Muchísimas gracias a todos ustedes por su gentileza al escucharme y por su amabilidad al intervenir. La cuestión de la agencia me parece básica en nuestra sociedad, creo que es un poco la prueba del algodón en el sentido de lo que sería el brazo ejecutivo de la política, porque sin brazo ejecutivo es muy difícil cambiar las cosas.

La pregunta es muy pertinente. ¿Cómo se hace en época de recesión? Habría que pedirle al sistema sanitario una redistribución. Ustedes han visto y yo lo he expuesto aquí sin ninguna inocencia, la distribución del gasto sanitario, y en Europa en el año 2008 es del 2,9 por ciento, me parece, en relación al gasto sanitario total, en los servicios de salud pública. En nuestro país, como decía en nuestro informe, hay comunidades que están sobre el 2 por ciento y hay comunidades que están sobre el 1,2. Lo que tendríamos que hacer sería una redistribución, y una redistribución a partir de la aplicación de los compañeros de atención primaria que son los que tienen más sensibilidad y más posibilidad seguramente de ir sustituyendo actividades que son muy onerosas desde el punto de vista económico y también organizativo por otro tipo de abordajes, como el de la salud comunitaria, y esto se podría articular. Pero es que

además —ya lo ha dicho antes Fernando García Benavides— la agencia podría empezar a funcionar aprovechando recursos existentes de la Administración española, como el Centro Nacional de Epidemiología o el Centro de Sanidad Ambiental, o la Escuela de Medicina del Trabajo y la Escuela Nacional de Sanidad, pero es que hay recursos también en el conjunto del territorio, recursos en las comunidades autónomas, en los ayuntamientos y en las administraciones locales que yo creo que se pueden utilizar, sobre todo teniendo en cuenta que una modernización en la gestión podría dar lugar a que buena parte de las actividades que llevan a cabo los servicios de salud pública tuvieran una repercusión económica, son tasas, son servicios de los que los ciudadanos y las empresas se benefician, por lo que podrían contribuir al mantenimiento, que al final sería de todos. Yo no soy un experto, pero si desde la Comisión de Sanidad del Congreso nos lo piden Sespas va a hacer un esfuerzo para presentar una propuesta de viabilidad de la agencia de salud pública española en tiempos de crisis, precisamente con la idea de que nos ayude a superar la crisis y, sobre todo, a que nuestro sistema sanitario pierda algunos de los lastres que tiene, que no son pocos, en mi opinión.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Muchas gracias profesor Segura. Con esto damos por terminada su comparecencia y le agradecemos su presencia.

— **DEL INVESTIGADOR EN EL INSTITUTO MUNICIPAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA, IMIM-HOSPITAL DEL MAR, DE BARCELONA, Y CATEDRÁTICO EN LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BARCELONA (PORTA SERRA).** (Número de expediente 219/000794.)

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): La siguiente comparecencia es del investigador en el Instituto Municipal de Investigación Médica, IMIM-Hospital del Mar, de Barcelona, y catedrático en la Universidad de Barcelona, señor Porta, que tiene la palabra.

El señor **INVESTIGADOR EN EL INSTITUTO MUNICIPAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA, IMIM-HOSPITAL DEL MAR, DE BARCELONA, Y CATEDRÁTICO EN LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BARCELONA** (Porta Serra): Creo que hay muchas cosas que compartimos en los a veces muy alejados pero otras veces muy cercanos mundos de la salud pública y de la política y entre ellos creo que hay una cierta pasión por lo público, por la mejora de la sociedad. Mi intervención va a intentar combinar algunas propuestas concretas pero creo que es procedente contarles algunas ideas de fondo que pienso que en este momento pueden ser interesantes. A medida que el proceso vaya

avanzando podremos entrar en cuestiones más concretas.

Les voy a decir algo que quizá les pueda sorprender, para ilustrar las enormes dificultades que tenemos ante un proyecto tan apasionante como el que en estos momentos estamos discutiendo. A veces hablamos con mucha ligereza de que hay una gran oportunidad, pero nosotros en salud pública creemos que estamos ante una oportunidad excepcional, en unos momentos que son extraordinariamente difíciles para el mundo y para España en particular. Ustedes son perfectamente conscientes —no se lo tengo que recordar— de la gravísima crisis social y económica, en todos los sentidos, que estamos sufriendo en España y las profundísimas transformaciones que vive el mundo, y esto tiene un impacto en el bienestar de la gente, en su salud, porque todos entendemos la salud de un modo amplio. Creo que estamos ante una oportunidad extraordinaria de hacer política, de hacer pedagogía sobre las dificultades a las que nos enfrentamos en el mundo, pero también sobre los enormes beneficios que está generando la actividad de esta casa constantemente. Sepan —no tienen por qué saberlo— que yo soy un defensor constante de la clase política española, de la actividad política que ustedes desarrollan, y me van a permitir que les diga que creo que España tiene la lengua muy fácil a la hora de hablar de lo mal que está el mundo, hablar de lo mal que va todo, y hablar mal de los políticos porque es culturalmente muy aceptable hablar mal de las cosas sin aportar soluciones. Luego la gente no cree que las cosas estén tan mal ni que los políticos lo hagan tan mal, y este es un discurso que repito casi semanalmente porque no me parece bien, no me parece honesto, no me parece real, no me parece justo.

Cuando hablamos de los beneficios de la salud pública, de los beneficios sociales que esperamos que tenga esta ley, podemos pensar básicamente en dos cosas: en las causas del enfermar o en algo que cuesta más visualizar, que son precisamente el bienestar, la salud y el ahorro que conllevan muchas políticas públicas y privadas. Pero hablar de las causas del enfermar tampoco es tan lejano para la gente, porque todo el mundo conoce un caso cercano de infertilidad, de un niño con retraso escolar, de diabetes juvenil o adulta, de cáncer, de alzheimer, de enfermedades cardiovasculares, de parkinson; todo el mundo lo conoce y la gente se relaciona con esto. Hay que hacer un ejercicio, que no siempre es fácil, y decir: esto tiene causas, la enfermedad no es un fatalismo; otra cosa es que muchas veces no lo sepamos, porque sobre las causas de estas enfermedades sabemos muy poco desgraciadamente, en especial sobre las causas sociales y ambientales, pero eso no significa que tengamos que resignarnos —con un fatalismo que es impropio del siglo XXI— a que estas enfermedades no tengan remedio o formas de prevención. Esta es una de las líneas que podíamos desarrollar —ahora no es el momento— para decir que estamos trabajando en una ley importante,

porque es una ley que va a disminuir la carga de sufrimiento que estas enfermedades causan en España.

Luego hay algo más difícil. Ustedes valoran bien el sistema de asistencia en España, pero ir al médico, a pesar de que ciertos segmentos de la población —como ha dicho el profesor Segura— ciertamente abusan del sistema sanitario y hacen una utilización abusiva, excesiva y perjudicial para ellos mismos de algunos componentes del servicio sanitario, la inmensa mayoría de la población va muy poco o nunca o escasamente al sistema sanitario, al médico; en cambio creo que se puede decir que están haciendo ustedes una ley que afecta cada día varias veces a la totalidad de la población española. Los 46 millones de habitantes de España y muchos millones de visitantes cada día abren el grifo y beben agua, respiran, comen cada día, y la salud pública afecta diariamente a la totalidad de la población. Es más, los factores condicionantes de la salud, los mal llamados determinantes de la salud —a mi no me gustan las visiones deterministas ni nada que nos recuerde al determinismo, porque en el siglo XXI políticos y ciudadanos en general, todos, queremos sociedades más libres y más dueñas de su propio destino—, empiezan por el aire que respiramos, el agua que bebemos, los alimentos que comemos a diario, y ustedes van a hacer una ley que va a intentar mejorar esto, así como las condiciones de trabajo que son otro de los grandes factores condicionantes del estado de salud, así como los sistemas de movilidad, que generan polución atmosférica y por tanto contaminación, e igualmente los otros sistemas que hacen que esta sea una sociedad más o menos igualitaria, más o menos sostenible.

En el contexto de crisis económica es en el que creo que ustedes llevan razón en complicarse la vida, como se la van a complicar si hacen una buena ley; porque no tenemos otra alternativa que intentar realmente ser ambiciosos y, como antes decía el profesor García Benavides, hacer una ley que tenga sentido, que sea bien recordada, bien utilizada en el año 2050 y más adelante, tampoco es tan difícil, son treinta o cuarenta años. Pero permítanme rápidamente ponerles un ejemplo de lo que esta ley puede suponer en cuanto a complicarnos la vida a unos y a otros y a ustedes en primer lugar. Veo que se puede venir al Congreso de los Diputados sin hacer declaraciones de intereses. Ahora ustedes no saben si yo acabo de tener una beca de la industria nuclear o de Greenpeace, ustedes no saben si acabo de tener un contrato con un sindicato o con una multinacional farmacéutica, pero para hablar en un organismo de Naciones Unidas hace quince días he tenido que rellenar cinco páginas detalladísimas, con preguntas que no podías eludir, sobre cuáles son mis relaciones profesionales con organizaciones sociales o empresariales de todo tipo, y esta es una de las cuestiones que aborda la ley. ¿Esta es una ocurrencia de alguien con ideas raras? No, porque cuando los técnicos que asesoran al Gobierno de España aconsejan un tipo de vacuna u otra, un tipo de medida u otra, un tipo de política u otra, sin hablar de conflicto de intereses, que es una expresión que yo he recomendado a Sespas no utilizar, he recomendado

utilizar la declaración de intereses. Luego ya veremos si hay conflicto o no, pero hay que hablar de declaración de intereses. Quiero saber si aquel señor es una persona supercompetente y honesta, pero que acaba de tener un contrato o que lleva equis tiempo asesorando a determinada empresa o a determinada administración. Y esta no es una ocurrencia de la ley ni es una cuestión —si me permiten que me meta brevemente más en política— de derechas o de izquierdas. La lucha por la transparencia es un derecho democrático, es una forma de consolidar la democracia que creo que en el siglo XXI es asumida por un amplio espectro de opciones políticas, y que la ley pretende regular.

Estamos hablando de intentar hacer una ley ambiciosa, pragmática, radical en ciertos sentidos, y, si me permiten, que promueva políticas basadas más en la evidencia, no solo medicina basada en la evidencia, sino políticas más basadas en los conocimientos. Por esto la ley propone que las distintas políticas transversales sean comparadas, y decir: en lo tuyo tu tienes razón, pero vamos a invertir en esto o en lo otro, porque es socialmente más eficiente. Ustedes dirán: esto no tiene que hacerlo solo la ley de salud pública. La ley de salud pública es una gran oportunidad para ir avanzando en este sentido. A veces esto nos ha hecho pensar —lo hemos hablado algunas veces— que estamos entrando en una época en la que creo que están ustedes intentando o nos gustaría que intentasen hacer leyes sistémicas, políticas sistémicas, políticas que de una vez asuman que vivimos en un mundo completamente interrelacionado, y que lo que ocurre un día en Fukushima afecta al día siguiente a unos planes de inversión en Avilés, como me contaban la semana pasada, y no puedo dar detalles, porque la señora Merkel cambia de planes, y esto afecta a unas inversiones de una empresa asturiana. Y si esto es así, y si la salud pública está hecha de este sistema de condicionantes, ¿por qué no vamos a hacer leyes que tengan esta ambición? Esto el ciudadano lo entendería y lo apoyaría; estamos hablando de nuevas formas de riqueza, estamos hablando de otras formas de riqueza; el mundo está cansado de ciertos modelos de desarrollo que no conducen realmente a un desarrollo humano, justo, sostenible y que facilite un poco la realización humana. Estamos hablando de una ley a favor de una auténtica sociedad del conocimiento. La encuesta nacional de salud con biomarcadores de exposición ambiental, tanto a nivel individual como colectivo, es un ejemplo de tecnología, que no es un aparato estrictamente, pero que exige espectrometría de masas y cromatografía de alta resolución, que exigen inversión en tecnología para tener un mejor conocimiento del grado de contaminación de nuestras ciudades, de nuestros pueblos, de nuestros alimentos o de nosotros como personas. En realidad es una ley que intenta también relacionar otro tipo de indicadores de bienestar y de salud, como algunos de los que estoy mencionando. Este no es un tema de derechas o de izquierdas; por esto las llamadas al consenso creo que tienen razón. Cuando Nicolás Sarkozy le encarga a Stiglitz, a Fitoussi, y a Mathias Zem

el desarrollo de nuevos indicadores del bienestar, no lo está haciendo un radical de los verdes, no; lo está haciendo un señor que todos ustedes conocen, como podría hacerlo el presidente Obama o cualquiera de ustedes en otro momento.

Necesitamos otro tipo de indicadores. Para no aburrirlos y decirles algo muy concreto, me pregunto si en los indicadores a los que atendemos a menudo tendrían que estar los dos siguientes, que son datos reales. Uno es una fantástica noticia que ha pasado completamente desapercibida. El 99,8 por ciento de recién nacidos españoles nace con niveles de plomo por debajo de lo que se considera peligroso; como siempre damos malas noticias estoy seguro de que alguno se está preguntando si esto es bueno o malo. Es muy bueno. El 99,8 por ciento de recién nacidos españoles no ha tenido exposición prenatal al plomo, y por lo tanto no solo tiene un riesgo mucho menor de ciertas enfermedades que se desarrollarían veinte, treinta o cincuenta años más tarde, sino que son más inteligentes, y esto no solo tiene efectos demostrados en la inteligencia por décadas de investigación, no solo se sabe gracias a que España es una potencia internacional en investigación sobre salud infantil y salud ambiental, que lo es, sino que además la sociedad española tendría que reflexionar sobre los beneficios no solo en términos de productividad y económicos, sino los beneficios que yo llamo humanos —perdonen que no tenga una palabra más llamativa— y que representa tener niños más inteligentes que no solo tendrán un mejor rendimiento escolar y una mejor productividad cuando sean adultos, sino que llevarán una vida humanamente más plena; podrán disfrutar de las cosas que son para las que yo entiendo que están ustedes y modestamente también las universidades, niños que disfrutarán más de Bach, de Mozart y de la música medieval o de la música de su pueblo, en la banda de su pueblo o escuchando por el iPod lo que quiera, niños que disfrutarán más de la naturaleza y que tendrán una convivencia mejor. Pero el otro indicador es muy malo, indicador que quizá tendríamos que considerar incluir más en nuestras agendas políticas y sociales. El 64 por ciento de los niños españoles recién nacidos tienen niveles de mercurio inaceptables, y esto por cierto oscila entre el 49 por ciento en Sabadell y el 76 por ciento en Asturias; niveles de mercurio inaceptables que les ponen en riesgo de desarrollar enfermedades importantes cuando sean adultos, y además comportan también un déficit de inteligencia.

Hay otra cuestión que hay que transmitir a la sociedad española y es que gracias a leyes como esta, estas cuestiones tienen remedio. De nuevo no creemos en el fatalismo, en este determinismo tan propio de otras épocas antiguas. Algunas consejerías de Sanidad españolas, incluyendo la de Valencia, están trabajando en desarrollar paquetes de recomendaciones para las mujeres en particular —por cierto esta ley tiene una perspectiva de género importante, puede tenerla, y tiene un gran potencial en este sentido, porque muchas cuestiones que tienen que ver con disruptores endocrinos, por ejemplo, afectan

de forma completamente diferente a mujeres y hombres— y el mensaje es: ¿se puede hacer algo para protegerse de esta contaminación interna, tremenda, durante el periodo intrauterino? Comer menos de ciertos peces que son grandes depredadores, el pez espada, el atún, el bonito, etcétera, reduciendo durante ciertas épocas de la vida la ingesta de estos peces, y comiendo otro tipo de pescado que está perfectamente disponible, que no supone ninguna carga económica y que mantiene sus propiedades nutritivas, ustedes pueden disminuir la ingesta de mercurio, la propia y por lo tanto la del recién nacido. Pero esto hay que trabajarlo un poco más, esto es investigación para el desarrollo; esta es una investigación aplicada con un beneficio social ingente, y por eso la ley potencia ciertas medidas de investigación, o quisiera potenciarlas, por lo que quienes me han precedido en el uso de la palabra han hecho ciertas alusiones a la necesidad de que haya una relación estrecha entre los organismos que gobiernan la salud pública española, a todos los niveles, y los organismos de investigación. Nosotros hacemos una investigación que a veces es extraordinariamente básica y mecánica incomprensible —por ejemplo, una parte de la investigación que yo hago es en interacciones genéticomoleculares, en cáncer de páncreas, etcétera—, pero la gran parte de la investigación que hacemos en nuestros congresos, con unos niveles de exigencia que ya quisieran para sí otras sociedades científicas del mundo, con un nivel científico muy potente, con una tarea pedagógica de la gente joven enorme, como vienen realizando estas sociedades científicas desde hace varias décadas, esta investigación, repito, es de enorme utilidad social, aunque no siempre se reconozca de este modo.

Esta ley tiene vocación de ser ley sistémica, perdonen la petulancia que pueda tener la expresión, en el sentido de que intenta actuar sobre conexiones causales, que todos sabemos que existen entre economía, bienestar social, empleo, desarrollo y por supuesto salud, porque cuando hablamos de contaminación de las ciudades por plomo estamos hablando de nuevos sistemas de movilidad, de nuevos sistemas de transporte, y estamos hablando de que de nuevo existe en la sociedad española, creo, un amplio consenso sobre la necesidad de ser valientes al decirle a los ciudadanos que tenemos que utilizar el transporte público de otra manera, y el vehículo privado de otra. Esta es una ley sistémica también en el sentido de que provoca interacciones con otras leyes que ustedes ya han aprobado, y que no siempre tienen el desarrollo y la influencia social que ustedes quisieron cuando las aprobaron en su día porque a veces cojean otras partes del sistema, de las que depende, porque todas las políticas están interrelacionadas unas con otras. A este beneficio de las políticas públicas y privadas, a este beneficio social, a veces invisible, pero que ustedes y muchos de nosotros tenemos que hacer visible mediante indicadores, se referían antes mis predecesores en el uso de la palabra al señalar el enorme éxito social de la sociedad española al disminuir los accidentes de tráfico. ¿Ha quedado invisible este esfuerzo? No

señores, no señores. ¿Es fácil hacerlo visible? No, no es fácil, pero con la acción política, la acción pedagógica, los medios de comunicación, etcétera, a veces basta con una simple curva para comprobar que las cosas bajan. ¿Qué estamos pidiendo? Mejores sistemas de vigilancia epidemiológica, mejores sistemas de vigilancia ambiental, mejores sistemas de vigilancia de las desigualdades sociales; algunos ya existen, y ustedes están cada día atentos a ellos: la tasa de paro, la tasa de inflación, por supuesto que sí, pero están desarrollando otra ley que va a reforzar todas estas acciones.

Otros sistemas de indicadores no son conocidos; el éxito espectacular del descenso de los niveles de plomo debe ser explicado, porque ha tenido beneficios que hoy en día cualquier ciudadano de la calle no conoce, pero hace falta que nos lo propongamos, hace falta que la red de vigilancia de salud pública tenga la concepción moderna que esta ley quisiera que tuviese, para que esto sea posible, sin olvidar las viejas enfermedades, que siguen siendo muy prevalentes, sin olvidar lo bueno que tienen los viejos sistemas de información. Gratis esto no es, por cierto. La agencia española de salud pública gratis no es, pero se puede lograr desarrollarla cuando la economía mejore un poco; se puede meter en la ley para contar que hay una parte de esto que supone que la sociedad española, tan reacia a veces verbalmente, pero no en su fuero interno, a reconocer que no todo va rematadamente mal, sino que hay cosas que hacemos muy bien, tendrá indicadores, no argumentos ficticios, indicadores reales de lo que está cambiando.

Todo ello necesita incentivos, incentivos para las administraciones públicas, los órganos centrales del Estado, las comunidades autónomas y los ayuntamientos, incentivos para las empresas que trabajan a favor de la salud pública e incentivos para las organizaciones sociales, en un momento en el que no solo por hacer de la necesidad virtud, sino porque creemos que es necesario otro modelo de sociedad. Una de las cosas buenas de la crisis, a mi juicio, es que está terminando con el «y yo más que tu», esta cosa tan inmadura, tan infantil de nuestro sistema autonómico «y yo mas». Si en La Rioja tal hacen esto, yo más; esto es competencia nuestra y lo vamos a hacer aquí, y aquí nadie nos tiene que venir a contar nada. No, señores, el consumismo sanitario o de cualquier tipo por sí mismo es algo con lo que hay que ir terminando. Queremos una agencia de salud pública y una comisión interministerial de salud pública, por varias razones. Primero, porque es contradictorio, es incoherente —y las universidades les criticaremos si lo hacen o por lo menos refunfuñaremos— hablar de salud en todas las políticas y luego hacer una comisión pública que dependa solamente del Ministerio de Sanidad, esto es absolutamente incoherente; si estamos diciendo que las políticas de vivienda, de trabajo, de medio ambiente y de industria influyen en la salud, y nadie lo puede negar, necesitamos una comisión interministerial de salud pública; y si estamos diciendo que no queremos este consumismo, que no está basado en conocimientos

científicos sino que queremos políticas basadas en la evidencia, significa que alguien le va a tener que decir que no, que esto no se va a financiar, esto no se va a subvencionar, esto no se va a hacer, porque hay otras políticas, decisiones o intervenciones que son socialmente más eficientes. Queremos un órgano independiente; independiente de las presiones, legítimas, de la industria, de las distintas empresas, pero también de las organizaciones sociales y de las presiones políticas.

Tenemos dos grandes leyes —y con esto quiero terminar para no alargarme más y dejar tiempo para preguntas—: la Ley de Cohesión y la Ley de Sanidad que se han aprobado en este país, y tenemos la suerte de que una fue aprobada por un gobierno fundamentalmente del PSOE y otra por un gobierno del PP; tenemos esta suerte, porque pedagógicamente significa que nadie se puede atribuir nada. La Ley de Cohesión supuso un gran progreso, pero el funcionamiento del Consejo Interterritorial de Salud y de la Comisión de Salud Pública a mi juicio es demasiado colegial y por consenso. El consenso está bien, pero hay veces en que hay que votar, y la minoría se tiene que atener a lo que ha decidido la mayoría. Señores, yo he escrito —sé que ustedes no lo podrían decir, porque no estaría bien visto— que esto parece una federación de estados independientes y es una vergüenza. Hay una cosa que se llama democracia donde la minoría tiene que atenerse a lo que diga la mayoría. Y si estamos hablando de vacunas, más que nada. Pero ¿qué es esto de que yo lo voy a hacer porque soy más chulo que nadie? Esto es impresentable. Hay que reforzar los mecanismos democráticos. El funcionamiento colegial y de consenso está muy bien pero hay que preparar las cosas técnicamente. A veces las ponencias de la Comisión de Salud Pública no tienen el nivel técnico necesario, tienen un nivel técnico insuficiente, hay que crear órganos para hacer buenos análisis de qué se va a financiar y qué no, para hacer un buen seguimiento, como se ha dicho anteriormente, y una buena evaluación, con independencia de las distintas presiones sociales. Esto también es democracia, igual que las garantías que la ley tendría que aportar de acceso del ciudadano a la información, de que los expertos son independientes, etcétera.

En definitiva, señores, creo que hay una oportunidad de hacer pedagogía, de hacer una política muy potente, de llevar a la práctica cosas que no son, quizá, muy llamativas ideológicamente, pero que el ciudadano las siente cercanas, porque díganme ustedes si una ley que va a dar más garantías de menor contaminación interna, de menos cáncer, de menos enfermedades cardiovasculares, de menos obesidad, no va a ser vista por el ciudadano como algo muy cercano. Pero el ciudadano sabe que si ustedes no se meten en problemas esto no va a ocurrir, porque implica tocar muchos intereses pero no solo del mundo empresarial, sino también de cómo vivimos. La parte más difícil de esta ley, a mi juicio, es que tendremos que decirnos todos, a mí como ciudadano también, a todo el mundo: señores, tenemos que vivir de

otro modo. Una parte de la enfermedad que sufrimos, una parte del deterioro ambiental, de los modelos de convivencia, de transporte, etcétera, se debe a cómo vivimos, y esta ley quiere ayudarnos a todos individual y colectivamente a encontrar otras formas de vivir que, como decía en otro momento, si miramos bien, si les enseñamos a mirar veremos que son positivas, no solo desde el punto de vista económico, sino desde el punto de vista de la equidad social, de la sostenibilidad ambiental, de la productividad y de la innovación de las empresas y sobre todo desde el punto de vista humano.

Muchas gracias.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): ¿Grupos que desean intervenir? (**Pausa.**)

Tiene la palabra el señor Martínez Soriano, del Grupo Popular.

El señor **MARTÍNEZ SORIANO**: Voy a intervenir de forma muy breve, pero no puedo dejar de agradecer al profesor Porta la aportación que ha hecho no solamente en esta breve intervención —pues tenemos muy poco tiempo— sino en la documentación que nos ha enviado previamente. Ahí hemos tenido ocasión de ver los planteamientos importantes que usted hace sobre esta ley. Tengo que agradecerle lo que ha dicho de los políticos, que además no está de moda, y a mí eso me ha llamado la atención, con lo cual le muestro mi doble agradecimiento por lo que ha aportado y por referirse a los políticos tal y como ha hecho un momento.

Nos ha hablado de indicadores, nos ha hablado de incentivos y le ha faltado, desde mi punto de vista, hablarnos sobre la evaluación, porque la Agencia de Evaluación concretamente debe tener un papel importante, más importante del que tiene actualmente, y debe venir mejor recogido en este proyecto de ley. Me gustaría que nos enviase, al igual que le hemos pedido a los anteriores comparecientes, sus opiniones sobre posibles enmiendas. Es cierto que hace hincapié en potenciar la cooperación en salud de las comunidades autónomas; es fundamental y no solo en el consejo interterritorial, sino que también dentro de esta ley debería estar recogida, como han expresado otros comparecientes y usted mismo, en la agencia con mayor capacidad para coordinar los papeles en salud pública de cada una de las administraciones, sobre todo las autonómicas. Cada una va por libre, ahora mismo en algunas tenemos leyes de salud pública, en otras no existen leyes, y creo que esta ley de bases de la que estamos hablando en estos momentos viene tarde porque debía haberse hecho antes que el desarrollo de esas leyes en las diferentes comunidades autónomas. Quiero decirle que quedamos a la espera del posible envío de enmiendas, que nosotros recogeremos con muchísimo gusto, como contribución por su parte.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Tiene la palabra la señora Pérez, del Grupo Socialista.

La señora **PÉREZ DOMÍNGUEZ**: Ha sido un auténtico placer escucharle. Ante ese respeto que usted tiene por los políticos, cuando al conocimiento se le suma la pasión y los deseos de mejora de la sociedad, que es lo que pretendemos todos los que formamos parte de este Parlamento, como le ha sucedido a usted hoy en su comparecencia, es un auténtico placer, se reconcilia uno con la política, con la vida, con la investigación, con ser persona.

No voy a incidir mucho en lo que nos ha comentado porque conocemos que es usted muy prolífico, tanto a nivel científico como pedagógico, y también divulgativo a través de los medios de comunicación y coincidimos en buena parte con sus planteamientos sobre la generalidad de lo que debe ser el concepto de la salud pública y también sobre algunos pormenores. Compartimos plenamente el principio de transparencia en la vida pública, esencial y fundamental, y en la vida pública de todos, no solamente de los políticos que es de la que más se habla, sino de todos nosotros, porque todos somos actores en esta sociedad; no me ha quedado claro en la primera parte de su exposición si cuando usted hace esa referencia, que comparto plenamente, quiere ir más allá de lo que va la propia ley. Si así fuera nos gustaría conocer en qué sentido pretende usted que se amplíe, porque ya el propio proyecto de ley recoge la declaración en los términos que usted señalaba.

Comparto con usted que estamos ante una ley apasionante y ante una oportunidad única, pero —no sé si son casualidades de la historia— tampoco la Ley General de Sanidad se hizo en un momento cualquiera, también era un momento extraordinario y una ley absolutamente extraordinaria. La situación económica, la situación de crisis, los cambios de modelo, los cambios globales que hay en el mundo no tienen por qué influir negativamente; considerémoslo una oportunidad para hacer las cosas mejor, para mejorar entre todos. En esta Cámara hemos estado debatiendo en los últimos años la Ley de Economía Sostenible, hablamos de la sostenibilidad no solo económica, sino ambiental, de salud, social, todo esto está interrelacionado en lo que pueda salir de esta apasionante ley. En cuanto a derechos y deberes, en el cambio de modelo con el que usted finalizaba —y debemos pensar todos que no podemos seguir viviendo de la misma manera— hay algo muy importante: no podemos estar reconociendo todos los días solo derechos, debemos ser todos y cada uno, pero también como sociedad, conscientes de que tenemos unos deberes para con el resto, y también para con nosotros mismos y para con nuestra propia salud y desarrollo.

Como le decía, ha sido un verdadero placer y estaremos atentos a todo lo que nos aporte su conocimiento, el del resto de comparecientes que ya han intervenido, así como el de los que podremos escuchar el resto de la tarde.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Tiene la palabra el profesor Porta.

EL INVESTIGADOR EN EL INSTITUTO MUNICIPAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA, IMIM-HOSPITAL DEL MAR, DE BARCELONA, Y CATEDRÁTICO EN LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BARCELONA (Porta Serra): Soy un servidor público. No me restan el sueldo, tengo esta suerte. Es una de las cosas que hay que recordar a veces, porque la Universidad española te sigue pagando cuando haces esto y todo son experiencias; luego, igual les saco a ustedes en clase, es decir, lo aprovechamos todo. Para no alargarme, sus intervenciones tienen algo en común cuando se pide evaluación —usted ha preguntado por la transparencia—: algunas dificultades técnicas, pues la evaluación es algo muy complejo a veces, y una dimensión cultural con la que también tenemos que trabajar, porque todo el mundo está de acuerdo en decir vamos a evaluar las cosas, hasta que a un grupo de gente de muy buena fe le dices que su programa de promoción de la salud no sirve de nada, o a una empresa le dices que su producto no sirve o es perjudicial. Hacer buena evaluación supone rigor técnico e independencia, y de estas dos cosas en España vamos mal. Las instituciones de la salud pública española están muy atomizadas, no solo por culpa del sistema autonómico, en absoluto, esto ha generado una gran riqueza. La salud pública en España a pesar de todo tiene una gran vitalidad, pero hay que dotar a la agencia española de salud pública de independencia y de más capacidad técnica. Que se suban a un tren o a un avión para ir a una reunión de la comisión de salud pública diecisiete consejeros, una docena de consejeros o directores generales, improvisando con los papeles, tocando muchos temas diferentes, no es serio. Hay que dotar de órganos de trabajo estables a la salud pública española, y si una agencia tiene que estar en Salamanca o una agencia de cualquier tipo tiene que trabajar desde Granada o desde León o desde Oviedo, perfecto, ¿dónde está el problema? La cuestión es que haya una agencia española también que ejerza el liderazgo, no la autoridad.

Permítanme que deje constancia de la opinión de un profesor de mi equipo en la Universidad Autónoma de Barcelona. Los órganos centrales del Estado han oscilado con todos los gobiernos de las últimas décadas entre dos actitudes, me ha dicho esta mañana: el «aquí mando yo», que no ha servido de nada, o el «que haya paz, aquí paz», pero liderazgo, que significa ideas, liderazgo en conocimientos, liderazgo en coraje político, liderazgo en pedagogía, sobre todo liderazgo en conocimientos técnicos y en capacidad técnica, en esto los órganos centrales del Estado han tenido muy poco, y el reto es que ante comunidades autónomas muy vigorosas y enérgicas a veces y muy innovadoras, generemos también esta cooperación horizontal y vertical a la que me refería ayer en *El País*. Esto requiere pequeñas inversiones, pero requiere un esfuerzo de integración que no siempre es fácil. Necesitamos órganos técnicos más competentes y decirles: a lo mejor ustedes tienen que competir. Para este programa de evaluación que usted solicitaba, ¿quién

va a evaluar? ¿De qué está sirviendo, si es que está sirviendo de algo, la campaña de vacunación contra el virus del papiloma humano? ¿Qué agencia está en disposición de hacer una evaluación técnicamente competente e independiente? Es una cuestión sumamente difícil por el carácter público que tienen algunas de estas políticas y por los intereses de todo tipo, pero creo que podemos avanzar también en esta dirección.

Piensen bien, por favor, en cómo articulan el sistema de instituciones de salud pública en España, porque es un tema que creo que nos desborda incluso a quienes intentamos pensar solo en estas cosas, pero ustedes pueden consultar quizás a expertos en derecho político o en derecho administrativo. Es una cuestión muy muy política que afecta al Estado autonómico, pero no digamos que estos son lujos que no nos podemos pagar, al contrario, son necesidades que debemos cubrir.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Muchísimas gracias, profesor Porta. Con esto termina su intervención. (El señor presidente ocupa la Presidencia.)

— **DEL SEÑOR PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA PREVENTIVA, SALUD PÚBLICA E HIGIENE Y CATEDRÁTICO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA DE LA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA (FERNÁNDEZ-CREHUET NAVAJAS).** (Número de expediente 219/000795.)

El señor **PRESIDENTE**: Quería señalarles que para las veinte horas teníamos prevista la comparecencia de don Julio Zarco, que por razones familiares no puede comparecer. Buscaremos otro hueco si es posible.

A continuación tiene la palabra don Joaquín Fernández-Crehuet Navajas, presidente de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene y catedrático de medicina preventiva y salud pública de la Universidad de Málaga.

El señor **PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA PREVENTIVA, SALUD PÚBLICA E HIGIENE Y CATEDRÁTICO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA DE LA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA** (Fernández-Crehuet Navajas): En primer lugar, quisiera expresarles mi agradecimiento como presidente de la Sociedad Española de Medicina Preventiva por la amable invitación que me hacen para comparecer en esta Comisión y quiero ser muy concreto. Es muy difícil comentar una ley tan extensa en el tiempo que me han marcado, pero intentaré hacer una reflexión breve, por si fuera de utilidad a sus señorías alguna idea de las que exponga o alguna aclaración posterior que me soliciten. Me gustaría dejar claro desde un principio que la razón de estar aquí esta tarde es, evidentemente, ponerme a su disposición y contribuir, en nombre de la sociedad que presido, a

ayudar a elaborar una ley general de salud pública tan importante y necesaria como esta.

Nuestra Constitución, en su artículo 43, reconoce el derecho a la protección de la salud, y contempla que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de las medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios..., etcétera. Estamos de acuerdo, como se expresa en la exposición de motivos, en que el requerimiento constitucional de protección de la salud desde la vertiente del cuidado de las personas enfermas debe ahora completarse con otros aspectos fundamentales de la salud pública, incorporando de esta forma lo contemplado en la Ley sobre cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Entiendo que es por eso por lo que el presente proyecto de ley pretende resolver este déficit estableciendo las directrices sobre las que se ha de fundamentar la reforma de la salud pública española de acuerdo con las nuevas necesidades.

Permítanme sus señorías que situándome en un plano crítico manifieste mi desacuerdo con algunas consideraciones contempladas en la exposición de motivos, subrayando tres objeciones y poniendo de manifiesto también tres grandes dificultades para aplicar esta ley. La primera objeción se refiere a la definición de salud que utiliza este anteproyecto. A nuestro entender no parece acertado referir la salud como una forma de vivir autónoma, solidaria y gozosa. En nuestra opinión hay numerosas definiciones en el ámbito científico de mayor rigor y mucho más precisas y completas. Se propone, por ejemplo, la definición del *Last JM, Public Health and Human Ecology*, un estado de equilibrio entre lo humano y el ambiente físico, biológico y social compatible con una actividad funcional.

La segunda objeción se refiere al concepto de salud pública. A nuestro entender en la exposición de motivos debería haber una definición unívoca de este concepto, tal como aparecerá posteriormente en el título II a propósito de las actuaciones en salud pública. Nosotros proponemos la definición más aceptada en el ámbito académico, que es aquella que entiende la salud pública como la ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad. Con esta definición pretendemos resaltar su auténtico denominador común, que es la perspectiva poblacional de la salud y de la enfermedad. La salud pública es una amplia empresa social interdisciplinar que busca extender a la comunidad los beneficios que ha identificado la ciencia actual, de modo que esos conocimientos produzcan el máximo impacto positivo en su nivel de bienestar.

La tercera objeción que quiero hacer se refiere a la necesidad de clarificar el término promoción de la salud, repetido numerosas veces a lo largo del texto, y proponemos la definición de la OMS según la cual la promoción constituye aquel conjunto de actividades que abarcan el fomento de estilos de vida y de otros factores sociales, económicos, ambientales y personales que

favorecen la salud, no solo para protegerla sino para incrementarla tanto a nivel individual como colectivo. Hasta aquí las objeciones.

En nuestra opinión existen al menos tres grandes dificultades para aplicar y desarrollar esta ley. La primera deriva del carácter intersectorial de la salud pública. Es bien sabido que la salud de la población está determinada por las políticas e intervenciones en otros ámbitos aparte del puramente sanitario. La salud depende de una gran variedad de condicionantes sociales, económicos y culturales, por lo que cualquier acción de gobierno, a cualquier nivel, tiene siempre alguna repercusión en la salud de la comunidad. Por eso es imprescindible que desde las administraciones públicas se asegure el marco normativo que facilite el concepto de salud pública como una realidad transversal que busque las adecuadas alianzas para producir una sinergia que repercuta en este sector salud.

La segunda dificultad se origina en razón de que la salud pública constituye una de las más tempranas responsabilidades transferidas a las comunidades autónomas. La planificación, la regulación, la ejecución y las actuaciones destinadas a preservar y promover la salud pública en todos los ámbitos, incluyendo la salud laboral, la sanidad animal, con efectos sobre la salud humana, la sanidad alimentaria, la sanidad ambiental y la vigilancia epidemiológica son todas ellas competencias compartidas con las comunidades autónomas y ello supone que estas ostentan la potestad legislativa y la función ejecutiva en el marco de las bases que ha de fijar el Estado como principio o mínimo común normativo. Por tanto el marco jurídico en los distintos niveles de la Administración puede dificultar la aplicación de esta ley que precisamente debería contribuir a una mejor articulación y definición de funciones de todos los organismos implicados, definiendo con claridad las competencias en materia de salud pública que a nuestro juicio no quedan delimitadas en el presente proyecto de ley. Incluso, para mayor complejidad —ya se ha comentado antes—, hay algunas comunidades autónomas, como es Cataluña, que ya tiene aprobada su propia Ley de Salud Pública y por ello la ley debe armonizar todas las competencias transferidas sin perder el necesario sentido de cohesión, hasta el punto de que, en nuestra opinión, debiera replantearse incluso su propia denominación y redefinirla como una ley de bases y coordinación general de la salud pública.

La tercera dificultad es la financiera. El presente proyecto de ley nada dice acerca de su financiación, y la aplicación de los contenidos de esta futura ley se debe basar en una financiación suficiente con un gasto eficiente. Esto obliga a una gestión rigurosa para contribuir a reforzar la sostenibilidad económica del sistema, aspecto que no ha sido suficientemente desarrollado, aunque estamos convencidos que hay cambios que no necesitan más recursos y que la experiencia confirma que los gastos e intervenciones preventivas y de promo-

ción de la salud son siempre excelentes inversiones, pero eso obliga a prever la financiación.

Ante estas dificultades, la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene desea presentarse en esta Comisión parlamentaria con la oferta de una incondicional ayuda para que el desarrollo de esta norma legal alcance el objetivo que se marca. Nuestra sociedad científica se siente identificada como parte de lo que el proyecto de ley denomina la inteligencia en salud pública, entendida esta como el conjunto de personas con capacidad profesional y científica para abordar problemas de salud pública, estando dispuestos a facilitar la cohesión humana imprescindible. La sociedad española que yo presido está compuesta por cerca de seiscientos socios, la mayoría de ellos médicos especialistas en medicina preventiva y salud pública, muchos de ellos ocupando importantes puestos de responsabilidad en los servicios de medicina preventiva y salud pública de hospitales o en las organizaciones territoriales sanitarias, donde llevan a cabo tareas de vigilancia epidemiológica y desarrollo de programas de promoción de la salud en atención primaria; en otros casos ostentan la responsabilidad de calidad y seguridad del paciente o trabajan como profesores universitarios en facultades de Medicina, de Enfermería y en la enseñanza de otras profesiones sanitarias. Pero no solo hay médicos: también contamos con farmacéuticos, enfermeros, biólogos, veterinarios, etcétera, dispuestos todos a ayudar en lo que se nos requiera de manera inequívocamente desinteresada. Por tanto, señorías, no pierdan la oportunidad que les brindamos para asesorarlos en todo lo que necesiten y que no se convierta esta comparecencia en un mero trámite.

Con esta oferta queremos contribuir a profesionalizar el contenido del discurso político a través de un análisis técnico y crítico desde nuestra experiencia profesional para que los profesionales sanitarios y el conjunto de la población no vean en el texto legal un ejercicio teórico de puro empirismo lleno de buenas intenciones pero de difícil ejecución. De entrada se nos ocurre una primera reflexión fundamental sobre la necesidad de coordinar las actividades de asistencia sanitaria. A nuestro entender, la mayoría de las acciones preventivas no se pueden desligar de las intervenciones asistenciales. Por ejemplo, la prevención primaria de una infección por el virus del sida en un accidente percutáneo se hace en el dispositivo asistencial de un servicio de medicina preventiva hospitalaria. La prevención secundaria del cáncer de cuello uterino, la diabetes o la enfermedad coronaria aguda se basa en un buen diagnóstico precoz y un adecuado tratamiento que se aplica en el marco de la atención primaria. Por tanto, no existe una separación drástica, como parece deducirse de la lectura de algunos artículos de esta ley, entre la prevención y la asistencia. Por ello proponemos que este proyecto de ley converja necesariamente y se apoye en la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. De su buen funcionamiento va a depender la posible implementación de muchos

programas preventivos y de promoción de la salud. La norma legal que aquí comentamos puede ser una excelente oportunidad para resolver esta imbricación funcional obligatoria.

Otro aspecto poco desarrollado en el texto legal es el de la educación sanitaria. La Constitución española, en su artículo 43, contempla que los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria. Nos parece fundamental atender este aspecto y desde luego la nueva ley general de salud pública debe fijarse una prioridad en este sentido. Los distintos modelos vigentes sobre los determinantes de salud y la enfermedad han concluido que los estilos de vida y el cuidado del medio ambiente tienen el máximo protagonismo en la causalidad de las patologías prevalentes. La salud, al ser en gran parte resultado de nuestros comportamientos, obliga a la población a conocer con exactitud las conductas generadoras de riesgo y sus consecuencias. Es necesario por tanto que la Administración sanitaria desarrolle sistemas de información que hagan posible la participación ciudadana en la propia gestión y reconozca que el peso de muchas de estas actividades educadoras corresponde a los profesionales sanitarios, médicos, personal de enfermería, etcétera, de consultas especializadas y de centros de atención primaria, que sufren una evidente desafección con este tema, fundamentalmente por falta de tiempo y quizá de habilidades que habría que tratar de resolver. Desde la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene ofrecemos para el futuro desarrollo normativo de este aspecto la colaboración de la Asociación de Educación para la Salud, entidad adscrita a nuestra sociedad científica y reconocida de utilidad pública desde el año 2003. Por tanto, la promoción de la salud y especialmente la educación sanitaria deben ser una auténtica piedra angular de la salud pública.

A continuación y de manera muy breve voy a comentar algunos artículos de este proyecto de ley y hacer algunas puntualizaciones muy concretas. Empezaré por el título I, el artículo 6, sobre el derecho a la igualdad. La norma legal que comentamos debe ser una oportunidad excepcional para reforzar la implantación universal de la salud pública en el Sistema Nacional de Salud. Para ello proponemos crear una única cartera de servicios que proporcione una oferta de calidad y unifique los criterios en la prevención de enfermedades, garantizando la prestación de unos servicios básicos uniformes, no necesariamente idénticos, tal como se hace en otros países. Me refiero a la guía de prevención, por ejemplo, al estilo de las que propone la *task force* americana o cualquier otra agencia sanitaria, siempre que se adapten a nuestra realidad sanitaria a través de estudios epidemiológicos que fundamenten dichas actuaciones. ¿Cómo se puede aceptar que actualmente haya programas de detección precoz de cáncer de colon solo en algunas comunidades autónomas o que en otras, dependiendo de la que sea, se vacune o no frente al neumococo? Además de una única cartera de servicios en las actividades preventivas y de

promoción de la salud, se debe garantizar una financiación adecuada para alcanzar los objetivos que se definan, junto con el diseño de unos indicadores de resultados evaluables en términos de beneficios en salud. Para todo ello existen evidencias científicas suficientes capaces de valorar la efectividad y la eficiencia de los programas en relación con los cambios de actitud y de comportamiento. Sirvan de ejemplo los estudios sobre dieta mediterránea y salud cardiovascular, ejercicio físico e hipertensión, el uso del cinturón de seguridad y disminución de la morbilidad en carretera, etcétera.

Dentro del título II, capítulo I, voy a comentar el artículo 13.3, donde nosotros proponemos, cuando se desarrolle reglamentariamente la red de vigilancia en salud pública, que se contemple la inclusión en la misma de los servicios de medicina preventiva y salud pública como garantes de esta actividad en los hospitales y en los centros de atención especializada. Además, formalmente proponemos que en el artículo 14, apartado f) el texto diga: El diseño y la ejecución de una encuesta periódica de salud de la población —no de salud pública—.

En el capítulo II, sobre promoción de la salud, estimamos que se presenta un articulado repleto de intenciones teóricas, para lo que resultaría más pertinente, a mi modo de ver, su ubicación en la exposición de motivos. Sirva de ejemplo el artículo 16.2, sobre medidas de fomento, donde se explicita: Las administraciones promoverán la incorporación de la salud pública como elemento integrante de la responsabilidad social corporativa.

En el artículo 17 queremos hacer dos consideraciones, una de forma y otra de fondo. Formalmente proponemos que se unifique la terminología como administraciones sanitarias, ya que a veces se hace referencia a administraciones sanitarias, otras, a administraciones públicas y en otras ocasiones, a las administraciones públicas sanitarias, lo que puede llevar a interpretaciones confusas. En cuanto al fondo, parece sorprendente que se tenga que disponer de un artículo completo con tres puntos para exponer que la Administración sanitaria velará por que la información sobre la salud sea veraz, especialmente cuando se difunda a través de medios de comunicación social, realizando un control de la publicidad. Debería quedar muy claro quién será el encargado de crear los criterios de buenas prácticas, que es el que refiere el presente texto legal, para prohibir o aprobar la publicidad de estrategias preventivas, como las pulseras maravillosas, las babas del caracol y demás lindezas que estamos tan acostumbrados a oír. Aprovecho para recordar la posible e inestimable ayuda que en este sentido pueden desarrollar los colegios profesionales de enfermería, farmacéuticos y de médicos a través de los comités de deontología y visado sanitario, así como la comisión central de deontología de la Organización Médica Colegial.

Sigo con el título II en su artículo 18 —todas estas notas escritas las voy a dejar aquí, señor presidente—.

Creemos que es poco operativo que se deposite en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud la responsabilidad de establecer la lista de acciones preventivas poblacionales e individuales que son recomendables y las acciones preventivas para ser implantadas en todo el territorio. Para obviar este inconveniente proponemos que se cree una comisión —yo la llamo comisión multidisciplinar de expertos en salud pública, pero podría tener cualquier otro nombre— con carácter asesor, compuesta por técnicos que estudien las evidencias científicas al respecto. De este modo se podrán adoptar con carácter exclusivamente científico las recomendaciones más rigurosas para poder proponer un único calendario de vacunaciones o estrategias más efectivas para la prevención del tabaquismo, los programas de control y de prevención de las infecciones de transmisión sexual, etcétera.

En el artículo 21 pensamos que con el texto actual se pierde una excelente oportunidad para clarificar y unificar criterios en relación con los servicios de prevención y concretamente con la vigilancia de la salud de los trabajadores de los centros sanitarios, tanto del hospital como de atención primaria. Actualmente hay una lamentable y confusa variedad de criterios de funcionamiento sobre la ubicación y funciones de los especialistas de medicina del trabajo y de especialistas en medicina preventiva y salud pública, que dependiendo de qué comunidades, tienen encomendadas responsabilidades diferentes en los servicios de prevención. Por ejemplo, el servicio de prevención del Hospital Clínico de Málaga, servicio del que soy jefe, lleva la vigilancia de la salud de los trabajadores tanto de hospital como de un amplio sector de atención primaria y no dispone de especialistas en medicina del trabajo, siendo exclusivamente la vigilancia de la salud responsabilidad de los médicos especialistas en preventiva. En otro hospital muy cercano, el Carlos Haya, ocurre exactamente lo contrario.

En ese mismo título II, artículo 22, a nuestro entender debería sustituirse la mención a los servicios de prevención de riesgos laborales, que podría pasar al artículo 31, dedicado a la salud laboral, por la de los servicios de medicina preventiva, ya que prácticamente la totalidad de las actividades descritas se corresponden con sus funciones habituales, por ejemplo, la información necesaria para la vigilancia en salud, la realización de tareas clínicas derivadas de la detección de riesgos, la realización de exámenes diagnósticos derivados de acciones de protección de la salud o la ejecución de programas de prevención, de acuerdo con las prioridades establecidas.

En el artículo 34, sobre carácter y objetivo de la gestión sanitaria, muy brevemente diré que nos parece excelente la idea de que los centros sanitarios sean centros promotores de salud, pero no queda claro en ningún lugar de la norma quiénes son los servicios de salud pública, cómo se estructuran y cuál es su dependencia orgánica. Tras la lectura atenta de los tres apartados de este artículo 34, entendemos que se trata de una simple

declaración de intenciones donde no se concreta quién será el responsable de evaluar el impacto en salud y cómo lo hará. Para ello proponemos que en dicha evaluación se requiera la colaboración de la antes citada comisión multidisciplinar —o como quiera llamarse— de expertos en salud pública, que siempre tendrá un carácter asesor.

Ahora me voy a referir al título II, capítulo VIII, sobre sanidad exterior, artículos 35, 36, 37 y 38. En la exposición de motivos se dice que se modifica el paradigma de sanidad exterior, entendiendo que además de una salud en fronteras debe desarrollarse una salud internacional en el sentido de considerar a España como un agente relevante de salud a escala internacional. Me parece excelente. Estamos totalmente de acuerdo con esta propuesta, siempre que tuviéramos bien resuelta la salud en fronteras, pero no es así. El Estado no ha sido capaz todavía de dotar la salud en fronteras para poder cumplir el reglamento sanitario internacional del año 2005, ya que no solo no se han designado los puertos y aeropuertos para atención de emergencias de salud pública internacional, sino que no se han establecido los horarios especiales del personal de sanidad exterior ni se han adjudicado a los equipos de sanidad exterior hospitales o laboratorios de referencia. Por todo ello vemos muy difícil cumplir el contenido del artículo 35 sobre finalidad de la sanidad exterior, cuando establece en su apartado b) que se ha de organizar y garantizar la prestación de la atención sanitaria del tránsito internacional de viajeros.

Algo parecido se puede decir del contenido del artículo 37.3, denominado de las actuaciones en sanidad exterior. Desde 1997 hasta hoy, la sanidad exterior ha tenido una doble dependencia funcional, del Ministerio de Sanidad y dependencia orgánica del Ministerio de Administraciones Públicas, Presidencia o Política Territorial, y esta doble dependencia origina con frecuencia grandes problemas operativos que hacen muy difícil poder cumplir lo establecido. Para resolver esta disfunción proponemos que el artículo 38.2 diga: El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad será responsable de la aplicación del reglamento sanitario internacional, manteniendo para ello la capacidad nacional imprescindible para cumplir con lo dispuesto en dicho reglamento, suprimiendo, si fuera posible, la referida vinculación al Ministerio de Política Territorial y Administración Pública.

Voy terminando. En el artículo 40 de este mismo título II, proponemos eliminar el último párrafo, que dice: En cualquier caso, el acceso a las historias clínicas por razones de salud pública requiere la disociación previa de los datos que permitan identificar a las personas. Mantener este párrafo supone una importantísima limitación para que las unidades de salud pública puedan realizar adecuadamente su actividad en torno a problemas epidemiológicos relevantes. Creemos que este apartado se puede suprimir de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos

de carácter personal, al entender que las administraciones sanitarias no precisan obtener el consentimiento de las personas afectadas cuando sea por interés de salud pública.

Estamos de acuerdo con el artículo 44, sobre creación y composición del consejo asesor, pero vemos una falta de sistematización funcional en los contenidos de los artículos 43 y 44. Según el texto legal, las estrategias de salud pública las pueden aprobar las comunidades autónomas —artículo 43.1— y luego las aprobará el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y se crea un consejo asesor de salud pública, como órgano colegiado y de consulta en el que estarán presentes representantes de asociaciones científicas y profesionales relacionados con la salud, sindicatos, organizaciones empresariales, organizaciones sin ánimo de lucro, etcétera. Nos parece fundamental deslindar de este consejo asesor esa comisión multidisciplinar de expertos en salud pública que venimos proponiendo, que actuará como una entidad autónoma, con carácter estatal y con funciones de asesoría técnica, y debe tener como primera y principal misión elaborar un libro blanco de prioridades, que a través de estudios epidemiológicos establezca las necesidades de la población, defina unos objetivos realistas y viables, calcule los recursos necesarios, pondere las estrategias de intervención posibles y finalmente diseñe los indicadores de evaluación de los procedimientos estimando su efectividad y eficiencia.

Voy terminando, refiriéndome al capítulo 2 del título IV, sobre investigación en el desarrollo de las políticas de salud pública. A propósito de este título IV, voy a alterar el orden de mi comentario, empezando por el capítulo 2, investigación en el desarrollo de las políticas de salud pública, para dejar para el final el referido al desarrollo profesional. En el artículo 46, proponemos sustituir la estrategia de salud pública por el plan estratégico de salud pública. En el artículo 48, proponemos suprimir el apartado 2, que dice: Las administraciones sanitarias evaluarán anualmente y de manera conjunta el impacto en la salud de la población de los resultados de las investigaciones financiadas con fondos públicos. El impacto en salud pública de las investigaciones muy difícilmente puede verse cada año, máxime cuando el plan estratégico de salud pública va a evaluarse con periodicidad bienal. Por tanto, no tiene sentido evaluar cada dos años el plan estratégico y anualmente el impacto de las investigaciones.

Voy terminando. Quiero poner mayor énfasis en el comentario del capítulo 1 del título IV, porque resulta sorprendente que al referirse al artículo 45.2, sobre personal profesional de salud pública, la norma no haga mención específica a la especialidad de medicina preventiva y salud pública como uno de los ejes fundamentales sobre los que debe recaer el desarrollo de la presente ley. Las disciplinas que forman parte de la salud pública son muy variadas y es cierto que para su desarrollo se requiere una aproximación intersectorial, pero, en mi opinión, estos profesionales de los distintos sec-

tores de la ciencia no son auténticos especialistas en salud pública, aunque su colaboración resulte imprescindible para conseguir alcanzar, mantener y elevar el nivel de salud de la población. Los farmacéuticos, veterinarios, antropólogos, sociólogos, economistas, trabajadores sociales, biólogos, ingenieros y muchos otros profesionales pueden y deben aplicar sus conocimientos científicos a la mejora de la salud de la población, pero solo lo lograrán siendo verdaderamente buenos profesionales en sus respectivas áreas, con una adecuada formación en salud pública y con disponibilidad para formar grupos interdisciplinarios en la búsqueda del mismo objetivo. A este respecto, cabe citar la inequívoca referencia que supone el programa oficial de la especialidad en medicina preventiva y salud pública, publicado en el año 2005, en el BOE número 152, en el que se describen los cinco campos de acción de la especialidad; uno de ellos es la medicina preventiva y los otros cuatro corresponden a la salud pública: epidemiología, administración sanitaria, salud ambiental y laboral y promoción de la salud. El mismo documento define la especialidad como aquella que capacita para la investigación, aplicación y fomento de políticas y actividades de promoción y protección de la salud para reducir la probabilidad de la aparición de la enfermedad o controlar su progresión, de vigilancia de la salud de la población, de identificación de sus necesidades sanitarias, de planificación y de gestión y evaluación de los servicios de salud. El BOE añade que los médicos de esta especialidad deben liderar el esfuerzo organizado de la sociedad, el sistema de salud y las instituciones sanitarias del mismo para fomentar y mejorar la salud promoviendo la equidad y eficiencia de dicho sistema. Y por fin dice: en colaboración con otros profesionales implicados en la salud pública, que por su propia naturaleza tienen carácter intersectorial y multiprofesional. Desde hace más de treinta años, la especialidad de medicina preventiva y salud pública solo puede ser cursada por médicos, y así seguirá siendo, aunque sería deseable que las demás especialidades médicas y todas aquellas vinculadas con la salud pública adquieran también una formación adecuada y pertinente para contribuir con mayor efectividad a la consecución de los objetivos marcados. Por todo ello, consideramos un olvido lamentable que no se haga referencia explícita a este grupo de especialistas, la mayoría de los cuales pertenecen a la sociedad que preside. En consecuencia, creemos que en el artículo 45.1 debería hacerse una referencia expresa a esta especialidad médica que se adquiere vía MIR y dicha referencia debería tenerse en cuenta también en la disposición adicional primera, sobre la especialización en salud pública de las profesiones sanitarias.

Por último, la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene quiere felicitar a todos los que han hecho posible este proyecto de ley general de salud pública y agradecerles la invitación a participar en esta Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Algún grupo parlamentario quiere hacer uso de la palabra para preguntar a los comparecientes?

Tiene la palabra el señor Mingo.

El señor **MINGO ZAPATERO**: Brevísimamente. Don Joaquín Fernández-Crehuet ha hecho una intervención como lo que es, el presidente de una asociación científica, presidente de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, y un catedrático de salud pública. En esa línea, ha marcado —y me ha llamado la atención— cuál es el criterio de definición de la salud y cuál es la relación transversal de la salud. En ese sentido, le encarecería vivamente que trasladara a la Comisión de Sanidad las enmiendas que pretende introducir en este proyecto de ley. Ha hecho un análisis exhaustivo del articulado y le pedimos que nos traslade concretamente las enmiendas.

Voy a hacerle dos preguntas muy concretas. Distintos intervinientes antes que usted han hablado de una agencia independiente, aunque unos la llaman agencia y otros la llaman comisión. Yo le pregunto: ¿Cómo tiene que estar articulada esa comisión o esa agencia? ¿De quién tiene que depender? ¿Cómo tiene que estar financiada? Una última pregunta. Me ha gustado mucho el artículo en relación con la definición de una ley de bases, porque a fin de cuentas nosotros estamos en el Parlamento español y tenemos que definir bases de la ley de salud pública. La pregunta que le hago es: ¿Cree usted que sería oportuno aprovechar la regulación de esta ley para decir que, voluntariamente, determinadas competencias de las comunidades autónomas tienen que estar subrogadas por el Estado español y determinadas competencias del Estado español tienen que estar subrogadas en el Estado europeo en aras de una política de sinergias de políticas de salud pública en el siglo XXI? Esas son las preguntas que le hago.

El señor **PRESIDENTE**: Grupo Parlamentario Socialista.

La señora **TORTOSA URREA**: En primer lugar, quiero dar la bienvenida en nombre del Grupo Parlamentario Socialista al señor Fernández-Crehuet. Es evidente el interés que este proyecto de ley ha suscitado en la sociedad que preside.

Lo más importante que señalaría de su intervención es su disponibilidad con carácter general hacia todos los grupos parlamentarios para asesorarnos y prestarnos la colaboración y el apoyo que necesitemos. Nuestro grupo va a estudiar concienzudamente todas las aportaciones que nos ha hecho, sobre todo porque es de agradecer la concreción y el detalle al que han llegado. Sin embargo, me gustaría plantearle dos preguntas, que en definitiva van en la misma línea que las que ha hecho el portavoz del Grupo Popular. ¿Han profundizado desde su sociedad en algunas propuestas concretas para que la transversalidad de la salud pública pueda hacerse evidente en todas

las políticas que por parte de las administraciones públicas se pongan en marcha? A raíz de una de las propuestas de enmienda, planteaba la eliminación de un párrafo concreto, en relación con la no necesidad de pedir autorización previa al paciente para utilizar la información de su historia clínica en caso de un problema de salud pública, pero ¿qué ocurre si esa información se necesita para hacer un estudio epidemiológico previo a lo que pudiera ser un problema?

Simplemente queremos saber su opinión y mostrarle nuestro agradecimiento por su disponibilidad y por el estudio que han realizado sobre este proyecto de ley.

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

El señor **PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA PREVENTIVA, SALUD PÚBLICA E HIGIENE Y CATEDRÁTICO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA DE LA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA** (Fernández-Crehuet Navajas): En cuanto a lo que me pide el portavoz del Grupo Popular, traigo aquí puntualmente todas y cada una de las enmiendas y enviaré alguna reflexión más sobre el particular.

Esta ley es muy compleja. La he leído y releído, no siendo especialista, como es lógico, en derecho administrativo, y creo que es una ley que llega tarde, por lo que va a ser difícil recomponer un puzzle que ya está muy avanzado. Por eso me he atrevido a decir incluso que habría que cambiarle el nombre como ley de bases. Es una ley que tiene que coordinar muchas actividades y no sería ningún disparate retraer algunas de las competencias y centralizarlas para que la coordinación fuera realmente efectiva o por lo menos articular sistemas que no permitiesen que una comunidad autónoma, como decía antes el profesor Miquel Porta, por ser más relevante o más chula que otras, sea capaz de financiar unas pomadas que están sacadas del vademecum del petitorio nacional. Eso es impresentable. Visto desde la perspectiva no ya de sanitario sino de ciudadano, eso no es de recibo. Por tanto, el esfuerzo que hay que hacer entre todos, un esfuerzo más político que técnico, es el de la transversalidad del concepto de salud, para que impregne todas las acciones de política de todos los departamentos. Es un esfuerzo tan importante que algunos sanitarios llaman a esta era de la sanidad la era política, porque la única solución que tiene, en el desarrollo y en la implementación de los programas, es el compromiso político de la equidad y de la cartera única de servicios que llegue a toda la población.

Me parece muy interesante la pregunta del Grupo Socialista. Agradezco también sus palabras de elogio. Es difícil, pero está claro que, cuando hay un interés sanitario colectivo, esa seguridad que da pedir la autorización al paciente tiene que salvarse rápida y ágilmente. Si tengo un brote de hepatitis A, como el que he tenido recientemente en Málaga, tengo que hacer una investigación epidemiológica y tengo que ir a buscar las histo-

rias clínicas, sacar todos los datos, comunicarlo a Sanidad, hacer un estudio de campo con el epidemiólogo, etcétera. Eso es tan importante, tan relevante que el compromiso del secreto profesional tiene que estar implícito en cualquier investigación. Distinto es que alguien a nivel particular quiera hacer algo concreto. La diferencia entre el interés público y el interés científico personal de una tesis es inmensa. Por tanto, cuando estemos ante un conflicto de salud pública, no por la magnitud sino por la trascendencia de algún caso, por ejemplo una sospecha de Creutzfeldt-Jacobs, si el enfermo no está, se ha ido o está demente, tenemos que actuar y la salvaguarda de la identidad del paciente se tiene que salvar por el propio compromiso personal del investigador y de la Administración, que solo van a utilizar los datos por el bien de la comunidad. Es interesante. Les propongo que lean mi propuesta. Creo que ayudará mucho a los estudios epidemiológicos que se pueda salvar este inconveniente.

El señor **PRESIDENTE**: Damos las gracias al señor Fernández-Crehuet Navajas y continuamos con las comparecencias.

— **DEL SEÑOR PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA, SEMFYC, (BASORA GALLISA). (Número de expediente 219/000796.)**

El señor **PRESIDENTE**: A continuación, comparece don Josep Basora Gallisa, presidente de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, para ilustrarnos en relación con el proyecto de ley de salud pública.

El señor **PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA, SEMFYC, (Basora Gallisa)**: Señores diputados, en primer lugar quiero mostrar mi agradecimiento y el de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, con sus diecisiete sociedades federadas y sus veinte mil asociados, por esta comparecencia. De hecho, es un honor poder estar con ustedes aquí y poder dar la opinión de la medicina de familia y de la atención primaria sobre una ley que tiene que ser de referencia y que va a condicionar de alguna forma nuestras actividades.

Cuando se habla de una nueva ley, uno reflexiona en primer lugar sobre los motivos que han impulsado al Congreso de los Diputados y al Gobierno a promulgarla y, según los motivos, uno puede ser más o menos optimista. Del primer borrador del anteproyecto de ley a lo que ahora se nos ofrece hay una distancia considerable, en cuanto al volumen de contenidos y en cuanto a lo que en un primer momento se pretendía. Los motivos son relevantes. Hay nuevas realidades que atender, que nos recuerdan que una sociedad avanzada debe pensar en la población de futuro sin esperar a solucionar los problemas cuando sus servicios sociales y sanitarios ya no puedan dar respuesta. Este motivo solo vale una ley. El

creciente envejecimiento, las familias monoparentales, el debilitamiento de las redes familiares y sociales, la globalización y sus riesgos emergentes, el consumismo y el sedentarismo también sirven como motivos. Voy a basar mis argumentaciones en los motivos que han impulsado esta ley más que en los artículos que pretende legislar. Hay nuevas realidades que conviven con otras más antiguas: discapacidad intelectual, salud mental, grupos étnicos minoritarios, reclusión penitenciaria. Los servicios sanitarios y sociales no serán sostenibles si no vamos hacia una actuación más macro, hacia una actuación de salud pública.

Por ser autónoma, la salud reconoce la libertad de escoger siendo consciente de las consecuencias, por lo cual hay que proporcionar una educación que asegure la capacidad crítica y la posibilidad de madurez democrática y participativa. De hecho, la ley pretende fomentar el espíritu crítico de la sociedad y, de alguna forma, que la sociedad se organice, sea interlocutora de esta ley y pueda ser partícipe de la salud pública. En grupos con desigualdades sociales, en actuaciones comunitarias y en actuaciones de promoción y prevención de la salud es importante poder alcanzar una comunidad determinada —un barrio, una asociación de vecinos, una comunidad de padres afectados por determinada enfermedad—, pero la ley no nos dice cómo, quiénes son los interlocutores: las asociaciones de vecinos, los consejos de salud... En la Ley General de Sanidad esto estaba contemplado, pero aquí no vemos ninguna referencia y para nosotros esto es importante: quiénes son los interlocutores, cómo se organiza la sociedad, qué valor se da a esta asociación. Reflexionando sobre la ley, uno recuerda las estrategias de atención primaria del siglo XXI, que el Ministerio de Sanidad, con el concurso de las comunidades autónomas, publicó en 2007, en cuyo proceso de evaluación estamos ahora. Resulta que hay una estrategia, la estrategia 25, que habla de fomentar el desarrollo de actividades comunitarias y los consejos de salud. Podemos legislar, pero necesitamos esa interlocución, necesitamos consejos de salud, y en esta ley no la he visto. Es importante que la interlocución con la sociedad quede reflejada en la ley.

En otra parte se habla de un sistema de salud que aúne, coordine y medie en tres ámbitos de acción: el propio de los dispositivos de salud pública, las acciones de prevención y promoción de la salud de los servicios sanitarios y las acciones y programas que, sin ser sanitarios, tienen efectos sobre la salud. ¿Cómo se coordina esto? Lo que necesitamos es coordinación, no necesitamos más estructuras. No he visto en la ley cómo se coordina a nivel estatal, a nivel autonómico —la legislación autonómica tiene que seguir su curso, pero en una ley general tiene que haber unas recomendaciones— y en el plano local. En el plano local es importante establecer cómo se actúa con los servicios sociales de una corporación local, cómo se actúa con los servicios de urbanismo o cómo se actúa con instituciones locales que fomenten la actividad física o los centros de salud. Para nosotros es importante cómo

se coordina esto. Hay ejemplos de comunidades que han fomentado la creación de agencias de salud pública y de otras que han propiciado consejos de área de salud. Esto no está reflejado en la ley y nos preocupa. En la exposición de motivos se dice que estos motivos son los que impulsan la ley. Estamos contentos y agradecidos si es así, porque en la exposición de motivos se nos dice que los servicios sanitarios y en especial la atención primaria tienen que asumir un papel más relevante en la acción preventiva y en la salud comunitaria. Fantástico. Nosotros lo decimos en la estrategia AP del siglo XXI, en la estrategia 23: Potenciar la coordinación de actuaciones realizadas desde la atención primaria y salud pública, establecer formas de relación directa y coordinación. Volvemos a lo mismo: la coordinación es importante. Se nos habla también de la efectividad de actividades preventivas. La ley es muy crítica en los motivos y nos dice que frecuentemente se han utilizado acciones preventivas que han comportado después un mal uso de la sanidad, de los servicios sanitarios y, por qué no —esto no lo dice la ley, lo digo yo—, un incremento en la frecuentación. Lo asumimos. Como hasta ahora hemos sido parte en las recomendaciones que se han hecho sobre prevención, asumimos que en parte es culpa nuestra. No voy a hablar de corporativismo de especialidades, pero me alegro que hayan llamado a nuestra especialidad, que es la medicina de familia, a esta comparecencia como expertos, porque quiere dar servicio a una orientación comunitaria, entre otras, pero nutrirse también de la ciencia, de la evidencia y adaptarse al contexto económico y social de cada momento. Esto viene muy a cuento, porque la ley también expone en sus motivos temas como la desigualdad, la discapacidad, etcétera. **(La señora vicepresidenta, Aburto Baselga, ocupa la Presidencia.)**

Tenemos una trayectoria dedicada a las actividades comunitarias, una trayectoria en solitario, aunque hemos intentado hacer grupos multidisciplinares, y en cuanto a la atención comunitaria, vemos un vacío en la ley y quisiéramos que profundizara más sobre qué actuaciones comunitarias son pertinentes, quién va a evaluarlas, cómo hacemos —aparte de las actuaciones en promoción de salud y preventivas— unas buenas actividades comunitarias, cómo se pueden acreditar estas actividades y cómo podemos hacer que la praxis de nuestros centros de salud no sea una praxis estéril. Hace años que somos la sociedad que da las recomendaciones sobre actividades preventivas que después siguen los centros de salud. No sé si ustedes lo saben, pero el programa PAP se sigue por 687 centros de salud y sus recomendaciones son las que al final incorporan los distintos servicios de salud autonómicos. Además tenemos el programa de actividades comunitarias, que colabora en los distintos servicios de salud y en las distintas comunidades, con éxito en algunas de ellas, como en Extremadura —quiero recordar planes comunitarios como el de la ribera derecha del Guadiana— o en Cataluña —red Aupa de actividades comunitarias— o en el casco viejo de Pamplona. En todo esto estamos colaborando como sociedad, y se nutre

mucho de los programas formativos y de los programas multidisciplinarios que tiene en su seno la sociedad. Fruto de esto, hace unos años, en 2008, intentamos, a partir de este programa de actividades preventivas, propiciar una primera conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España, que fue auspiciada por el Ministerio de Sanidad, en aquel tiempo Ministerio de Sanidad y Consumo. Lo que pretendía esta primera conferencia, tal como se decía en su acta inaugural, era intentar crear lo que en otros países se llama una *task force*, es decir, un grupo de expertos independientes que propicien unos estándares en recomendaciones en actividades preventivas. En el año 2008 conseguimos sacar cuatro documentos, uno sobre alcohol, otro sobre prevención de la dependencia en personas mayores, otro sobre prevención de la obesidad infantil y juvenil y otro sobre la discutida prevención cardiovascular. Esta primera *task force* española en actividades preventivas, que se componía de quince sociedades científicas, las más relevantes a nivel del Estado español, con el concurso de las comunidades autónomas y del propio ministerio, no siguió sus trabajos. En el marco de esta ley se debería contemplar la creación de una *task force* española, de un grupo de expertos que analizara permanentemente las recomendaciones en actividades preventivas, porque son cambiantes y porque, si no, después nos podemos encontrar una crítica pública sobre el programa del niño sano, porque estamos medicalizando a la población y porque estamos llevando a cabo actuaciones que no son pertinentes. Necesitamos un análisis de las recomendaciones preventivas diarias, y estas cambian. Por ponerles algún ejemplo, la estimación del riesgo de que una persona tenga un infarto depende de qué recomendaciones se sigan; cambia el tratamiento a efectuar, el preventivo, si damos aspirina o no la damos. Esto ha cambiado en los últimos cinco años tres o cuatro veces, y a raíz de esto, fomentamos o no una práctica clínica distinta de nuestros servicios de salud. Esta ley —lo dice la exposición de motivos— debe ser un instrumento clave para evitar la implantación de acciones supuestamente preventivas que se demuestre científicamente que pueden causar perjuicios. Humildemente les pedimos desde nuestra sociedad que la ley contemple la creación de una *task force* española sobre recomendaciones preventivas. Es cierto que la ley prevé la constitución de un grupo asesor en salud pública que tenga funciones determinadas en este ámbito y también una estrategia de salud pública con las comunidades que se vaya renovando cada cinco años.

Independientemente de este consejo asesor y de esta estrategia, que creo que ha dado resultados en otras patologías —estamos a la espera de la estrategia en la cronicidad—, creemos que sería conveniente crear una *task force* española que analizara y diera servicio al Ministerio de Sanidad, a ustedes y a las comunidades autónomas sobre cómo enfocar problemas diarios de salud pública y de prevención. No hace mucho estuve en el Ministerio de Sanidad donde me comentaron que dentro de poco se va a presentar una iniciativa legislativa

sobre el consumo de alcohol en adolescentes y que se iba a crear un grupo específico para analizar este tema. Si tuviéramos esta *task force* que fuera trabajando de forma coordinada y estable, con una serie de expertos, independientes, por supuesto, con criterios fijados de antemano, seguramente a ustedes les podríamos nutrir de todas estas recomendaciones. Esto es muy importante. Nosotros hemos hecho un esfuerzo, en su día lo propiciamos, no obtuvimos respuesta y creemos que ahora es el momento de volver a activarlo. Tenemos esta oportunidad y se lo recomendamos desde la Sociedad Española de Medicina de Familia.

Otra de las cosas de las que la ley habla de forma reiterada es de la prioridad en investigación en salud pública, en prevención y en promoción de la salud. Por mi condición de investigador —soy médico de familia, pero trabajo en salud pública, porque soy técnico de salud y además investigador de un Ciber de obesidad y nutrición—, antes de venir he querido repasar un poco el marco en el que nos encontramos. Si una ley puede cambiar la realidad —creo que para eso son las leyes—, bienvenida sea.

Entrando en el marco de referencia, que es el Plan nacional de investigación y de I+D, nos encontramos con que una línea prioritaria habla de investigación en salud, ambiental y laboral, y dependencia y servicios de salud. Esta es una acción prioritaria para el Instituto Carlos III, que está en el Ministerio de Ciencia e Innovación. Cuando analizamos cómo se traduce esto, vemos que en la ley no hay ninguna referencia al Centro Nacional de Epidemiología, que está en el Instituto Carlos III, que tiene labores de observación —supongo que se va a incorporar a lo que será la coordinación de la red de expertos en vigilancia epidemiológica— y de investigación. He repasado los proyectos de investigación que tiene el Centro Nacional de Epidemiología y solo me han salido dos o tres proyectos becados por el Instituto Carlos III. Cuando se observan las estrategias en investigación vemos que el Instituto Carlos III ha fomentado una organización en red y unos grupos de investigación y cooperativa en redes. Lo ha centrado en dos grandes instrumentos: los Ciber, que en su formulación deberían incluir también la investigación en actividades preventivas y de promoción de la salud, y específicamente en salud pública solo hay uno de nueve: el Ciber en salud pública, que es el Ciber.es. No hay ninguna red específica de salud pública, solamente hay dos que se dedican a la prevención y promoción de la salud: en primer lugar, la red de nutrición, la red Predimed; es decir, una red entre catorce redes; un Ciber entre nueve Ciber. En segundo lugar, una red en la que interviene atención primaria, que es la red IAP, que sale del programa Papps, de la SEMFyC, que está en la junta de gobierno, como en otras redes hay otras sociedades científicas. Esta red pretende generar conocimientos sobre eficacia, efectividad y eficiencia en intervenciones innovadoras, en prevención y promoción de la salud. Aquí se ven las áreas temáticas a las que se dedican. Es cierto que las

redes y los Ciber tienen que ser transversales e impregnarlo todo un poco, pero se puede ver la financiación que el Instituto Carlos III da a la investigación en prevención y promoción de la salud: de las catorce redes, la que recibe más financiación es la del cáncer. La red IAP, de prevención y promoción de la salud, recibe 890.000 euros, mientras que la red del cáncer recibe seis millones de euros; las distintas redes reciben casi todas más de millón y medio de euros. En cuanto a las redes de promoción y prevención de la salud, la red IAP no llega al millón de euros y la red de nutrición recibe 500.000 euros, la red Predimed que es prevención de salud mediante la dieta, en este caso la dieta mediterránea. Se ve que la ley marca unas prioridades, pero la financiación va hacia otro sitio. Quizá todos los expertos que vayan pasando por aquí les dirán que la investigación en España, que está en el Ministerio de Ciencia e Innovación, va buscando lo que son patentes, la investigación básica, pero en cifras globales y en proyectos se encarga muy poco de lo que es la investigación de promoción de la salud y de prevención. Por tanto, les hacemos el ruego de que si la legislación dice que establece como prioridad la investigación en efectividad de programas preventivos y de promoción de la salud, que la ley contemple también que esto sea un mandato —no sé si es oportuno decir esta palabra— que impregne los planes estratégicos de investigación y de I+D de otros ministerios y de otras políticas, porque si no será un brindis al sol.

No podríamos estar más de acuerdo con los principios de la ley. Creo que hay otras leyes de sanidad que legislan sobre los principios, pero me parece que es bueno recordarlos, auparlos y que queden especificados. Estamos de acuerdo en cuanto a los derechos, deberes y obligaciones de los ciudadanos; además, la Ley de 2002, de autonomía del paciente —que es una buena ley— los contempla. Pero como médico de familia quisiera hacer énfasis y manifestar mi interés por los deberes de los ciudadanos. Sé que esto es difícil de legislar, pero les quiero trasladar los problemas que nos encontramos los médicos de familia que trabajamos en la calle. Tenemos poco resuelto cuando hay un problema de salud, y estoy hablando de un caso muy común, como es la tuberculosis, cómo podemos estudiar los casos de personas que hayan podido contraer la enfermedad o ser infectados. Lo mismo nos podemos encontrar en casos individuales de otras enfermedades que quizá están más estigmatizadas, y hablo del sida o de otras infecciones, en este caso, repito, el virus de la inmunodeficiencia. La legislación debería contemplar de alguna forma cómo se puede actuar, sin vulnerar libertades, en casos individuales que puedan afectar a la salud de terceros. No sé qué se puede hacer —ustedes son los legisladores—, pero algo habría que articular, porque muchas veces nos encontramos con que la solución es judicial, con que terminamos en manos del juez, a veces con procedimientos de urgencia, y seguramente está muy bien regulado cuándo se puede pedir la intervención de un juez cuando se necesita el internamiento de una persona, porque puede estar inca-

pacitado para reconocer su enfermedad o porque el bien que se pretende es mayor, pero en estos casos, por lo que hemos visto —aunque nos podemos equivocar—, la legislación es escasa. Nosotros nos encontramos con este problema.

Por otro lado, en el capítulo de obligaciones de las administraciones públicas, ustedes hacen referencia a dictámenes y a la colaboración con organizaciones científicas. Para nosotros es importante. Aquí se ha hablado anteriormente de que se exija independencia a estas organizaciones científicas, que se exija transparencia, que se exijan —la ley lo regula— criterios explícitos de declaración de intereses científicos. A lo mejor no viene al caso, pero les quería hacer un ruego. Como sociedad científica, la SEMFyC tiene pretensión de servicio público, quiere opinar y dar recomendaciones en temas del Sistema Nacional de Salud; sin embargo, nosotros nos regimos por la Ley de Asociaciones. Otras corporaciones, otras instituciones tienen legislación propia, por ejemplo, los colegios profesionales, que abarcan temas de interés público. Creo que ha llegado la hora de que las sociedades científicas tengan regulado su papel, manteniendo una transparencia en cuanto a su financiación y a su aportación. Esto posibilitaría un mejor trabajo. Esto lo comento a propósito de un caso. Saben que estamos en el Consejo Asesor de Guía Salud, un portal que creo que es un ejemplo de coordinación entre comunidades autónomas y el Gobierno central, el Ministerio de Sanidad, en cuanto a fomentar guías de práctica clínica que después se puedan utilizar en todo el Sistema Nacional de Salud. Pues bien, nos encontramos con que a veces los expertos que requieren las guías de práctica clínica obedecen a asociaciones minoritarias cuyos intereses no están muy bien reglados. Alguien podría decir: A lo mejor está tirando piedras sobre su propio tejado. No es así. Creo que es conveniente que al legislar sobre esto se cuente con nosotros, porque somos los interesados. Aparte de pedir a las personas individuales declaraciones de conflicto de intereses también se les podría pedir a las asociaciones, si es que antes no encontraríamos un marco legislativo adecuado.

En promoción de la salud pasa lo mismo que en actividades comunitarias. La ley dice que se hará una guía de buenas prácticas, que se hará un reconocimiento de calidad de las mismas, pero quizá necesitaríamos un sistema de acreditación. Tenemos la acreditación en actividades de formación para el Sistema Nacional de Salud, que recientemente ha propiciado varios debates. Creemos que esto es necesario. ¿Por qué? Porque los profesionales que quieren hacer buenas prácticas en promoción de la salud y en actividades preventivas verían con muy buenos ojos estas acreditaciones para que su trabajo diario se viera reconocido a nivel de calidad, pero que también se fomentara que este trabajo acreditado, haber participado en actividades acreditadas de promoción y prevención de la salud, pudiera influir después en la carrera de los profesionales sanitarios. Creo que a todos nos daría un plus de calidad y que se

podría articular de forma coordinada con las comunidades autónomas.

He visto que otras personas más expertas que yo han propiciado debates sobre los beneficios en salud, sobre distintas actividades, productos alimentarios y también sobre acciones que puedan influir en la salud de la población y su publicidad en los medios de comunicación. Creo que tenemos ejemplos en otros países donde el Estado, las comunidades dan un valor a un producto alimentario por su efecto sobre la salud y lo acreditan, cuestión que creo que es buena. La ley no habla sobre este tema, pero quizá la legislación en salud pública tendría que contemplar el reconocer, y poder acreditarlo, a productos españoles como el aceite de oliva o los frutos secos, que son beneficiosos para la salud y estimular su consumo. De la misma manera, también debería contemplarse que no se debería hacer publicidad en los medios de comunicación de los productos engañosos. A lo mejor mi lenguaje es muy llano, pero es el del médico de familia, el que utilizamos cada día.

Capítulo III, actuaciones en salud pública. Se ha hecho mucha demagogia sobre un calendario vacunal único o no único. Hay una cosa en la que no hay debate —repito que soy miembro de una sociedad científica y creo que en estas sociedades tenemos que estimular el conocimiento—, y es que el mejor calendario vacunal es el que obedece a un conocimiento científico riguroso y a una sostenibilidad del sistema que se puede evaluar en cuanto a coste-efectividad. Esto lo puede hacer una *task force* de expertos que se reúna y que haga unas recomendaciones. El cuanto a cómo se aplica esto, las comunidades autónomas y el Ministerio de Sanidad pueden tener su referencia en el consejo interterritorial. Lo que me preocupa es que las actuaciones en vacunas tengan una probada eficiencia y efectividad y no si hay un calendario vacunal único o no. Lo único que puede garantizar esto es que haya una *task force* española que haga un análisis permanente sobre esto. No nos sirve que se introduzcan vacunas a golpe de impulso y dependiendo del momento y de la circunstancia sino que nosotros propiciáramos, y lo volvemos a recomendar, la creación de una *task force* española permanente que analice las recomendaciones en todas las actividades preventivas y de promoción de la salud, y en las vacunas también.

También nos preocupa el tema de cribados. Tenemos que salir de la presión política a la que ustedes están sometidos y a la que podemos someter nosotros en función de los intereses de cada cual. Si ustedes hablan con la Sociedad de Digestivo seguramente concluirán que el cribado más importante que hay en el mundo es el del cáncer de colon. A partir de las iniciativas populares que se puedan realizar, el Parlamento español definirá unas políticas, pero muchas veces a base de presión, según como nos organicemos. Vuelvo a repetir que es importante que ustedes, el Estado y el Sistema Nacional de Salud, tengan a su disposición una *task force* que analice las pruebas diagnósticas y los cribados. Es muy importante. No podemos ir introduciendo como algo funda-

mental endoscopias en todos los servicios de salud y en atención primaria sin analizar el conjunto.

En el capítulo de actuación en salud pública se habla otra vez de salud pública y atención primaria. Creemos que las agencias de salud pública locales y también a nivel autonómico son un buen marco de coordinación y que la ley debería contemplar esta u otra figura; es decir, no hablar simplemente de coordinación. Habla de las actuaciones en las oficinas de farmacia. Tenemos una red de oficinas de farmacia que puede dar un gran servicio público, pero en la actualidad, como médicos de familia, hemos salido un poco escamados de algunas actuaciones realizadas en comunidades autónomas. Pensamos que la ley debe contemplar que las farmacias se coordinen con los sistemas sanitarios asistenciales y con las agencias de salud pública locales, de atención primaria. De no ser así, puede ser terrible, porque a veces hemos visto duplicidad, dualidad, diferentes posiciones en unas recomendaciones y en otras y malestar.

En cuanto a la creación y composición del consejo asesor de salud pública, en relación con la planificación y coordinación, damos la bienvenida a que contemplen la medicina de familia y la atención primaria, este grupo de expertos, así como a las sociedades científicas, pero me permitirán que SEMFyC reivindique este papel porque hace muchos años que trabajamos en esto y creemos que debemos estar. Este consejo asesor tiene que estar acompañado de una comisión permanente, de una *task force* española que analice las actividades preventivas y de promoción de la salud. Siento repetirlo tantas veces, pero es que creo que no invade el terreno político ni las competencias de las comunidades autónomas sino que simplemente analiza el conocimiento.

En cuanto al personal profesional y a la investigación, ya he hecho énfasis en la motivación de esta ley. Simplemente quiero decirles que el perfil de salud pública es amplio —y otros comparecientes lo han dicho antes que yo, que soy médico de familia—, pero entre los expertos en salud pública también están los médicos de familia que tienen en el programa formativo de la especialidad un amplio capítulo de salud pública —lo van a debatir dentro de poco—, que es la troncalidad de las especialidades médicas. También queremos hacer el ruego de que la salud pública se introduzca en todas las especialidades médicas.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Tiene la palabra la señora Tarruella, por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió).

La señora **TARRUELLA TOMÀS**: En nombre de Convergència i Unió le agradecemos muchísimo su intervención y todas sus recomendaciones y opiniones. Lo que le pediríamos es que hiciera llegar a los grupos parlamentarios en forma de enmiendas todo lo que nos ha expuesto aquí, sus opiniones.

Usted nos comentaba algunos de los aspectos que quizá faltaban en la ley. Quiero aclarar que estamos en

plena tramitación de la ley de seguridad alimentaria; hace pocos días que salió de esta Cámara y ahora está en el Senado. Muchas cosas no se contemplan en esta ley porque estamos trabajándolas y viéndolas en la otra. Simplemente quería que usted supiera que no es un olvido del proyecto de ley, al menos desde nuestro punto de vista así nos lo parece. De todas formas, repito que nos parecen sumamente interesantes las cuestiones que usted ha planteado aquí.

Debido a la premura de tiempo, solamente me queda agradecerle muchísimo su comparecencia, porque es importante escuchar a las entidades científicas que trabajan en la primera línea de atención primaria. Por último, le vuelvo a solicitar que nos hagan llegar las enmiendas para recoger las que podamos y poder defenderlas.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Por el Grupo Parlamentario Popular tiene la palabra el señor Mingo.

El señor **MINGO ZAPATERO**: Doctor Basora, bienvenido.

Para nuestro grupo es trascendental escuchar la opinión de los expertos en atención primaria y de los médicos de familia. Le he escuchado hablar varias veces de su profesión y de su especialidad. Le tengo que decir que tiene una profesión y una especialidad fantástica. Lo he vivido de niño en mi casa, puesto que mi padre era médico de APD y era una institución. Por tanto, enhorabuena por su profesión.

Le hago tres preguntas muy concretas. En primer lugar, cuál es el papel que tienen que desarrollar en esta ley los ayuntamientos. En segundo lugar, cuál es la definición expresa que usted sugiere, que incorporaría en este momento a la ley, doctor Basora, en cuanto a las medidas preventivas concretas y la evaluación de las mismas; las que desde su posición científica cree que son las que en el ámbito de la salud necesita hoy España y que sería bueno que introduyéramos en la ley. En tercer lugar, si considera que en la ley, en el ámbito de la investigación, atención primaria —sin entrar en profundidades—, se requiere una financiación y una cuantificación de la misma; si existe la necesidad estimativa de una cuantificación económica en cuanto a obtención de resultados en salud.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Tiene la palabra la portavoz del Grupo Socialista.

La señora **TORTOSA URREA**: En primer lugar, doctor Basora, quiero agradecerle su intervención y su lenguaje llano y sencillo de médico de familia. Creo que nos viene muy bien escuchar en el Parlamento intervenciones como la que usted ha hecho: sencilla y clara, pero con mucha profundidad. Al igual que ha hecho mi compañera anteriormente, le solicitamos que facilite a los

grupos parlamentarios no solo esas propuestas sino toda su presentación.

Hay algo que personalmente me ha gustado, que ha sido la afirmación que ha realizado de que una ley puede cambiar la realidad. Hace unos días, como ya se ha recordado esta tarde, celebrábamos los veinticinco años de la Ley General de Sanidad. Nuestro grupo es muy ambicioso con esta futura ley de salud pública y queremos que también sirva para muchos años. Compartimos muchas de sus apreciaciones: que a lo mejor hay que dar mayor profundidad a temas como la participación ciudadana en el plano local, las medidas preventivas, etcétera, que son cuestiones que ha detallado bastante. Pero lo que personalmente me ha gustado mucho ha sido esa propuesta, que yo hago en castellano porque mi inglés es nefasto, del grupo de expertos para recomendaciones preventivas. La vamos a estudiar en profundidad. También compartimos, y se lo agradecemos, esa propuesta de que las sociedades científicas tengan una regulación de su situación jurídica concreta. Repito que estudiaremos esas recomendaciones que nos ha hecho.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Tiene la palabra el doctor Basora.

El señor **PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA, SEMFYC** (Basora Gallisa): Muchos ayuntamientos disponen de un servicio de salud pública que hace programas propios, locales, en campos muy diversos; por ejemplo, me viene a la cabeza el servicio del Ayuntamiento de Murcia, que es un servicio de salud pública ejemplar, que tiene muchos programas dirigidos a la población. Las corporaciones locales también tienen un papel en la vigilancia de la salud. En la cuestión específica de actividades preventivas pueden ser un facilitador por los medios que tienen en la corporación local para fomentarlas. Les voy a poner un ejemplo. Cuando en un centro de salud uno propicia un programa de actividad física, muchas veces quiere contar con la participación de las instituciones locales, es decir, con las instalaciones deportivas; también tienen un papel en las políticas que fomenten el ejercicio físico en la actividad diaria. Hay experiencias de agencias de salud pública locales que han propiciado la incorporación de los ayuntamientos a los programas preventivos para que estos se puedan desarrollar con éxito, y estoy pensando en un programa de ejercicio físico para el que los ayuntamientos de Cataluña han incorporado técnicos de INEF, instalaciones y rutas señalizadas a través del municipio. La coordinación entre salud pública, atención primaria y corporación local es básica para la salud pública y para la prevención. El otro día estuve en el Ayuntamiento de Vitoria, que ha sido designada como ciudad saludable y ejemplo para muchas ciudades europeas, y observé que llevaban a cabo acciones que propiciaban esto. Las corporaciones locales tienen mucho que

decir en promoción y prevención de la salud, no de forma que altere su gobernanza, cuidado, porque la planificación sanitaria de un país, a mi entender, no puede estar en manos locales, sino en coordinación con los sistemas sanitarios para propiciar el funcionamiento de programas preventivos y de promoción de la salud. Esta participación se tiene que regular y la coordinación debería estar en la ley, porque tienen técnicos y tienen medios y nos pueden facilitar conocimientos y recursos.

En cuanto a qué actividades preventivas podrían incorporarse a la ley, estaría muy bien que la ley contemplara no actividades preventivas en concreto, sino programas de actividades preventivas específicos para poblaciones determinadas. Por ejemplo, la ley habla mucho de desigualdades, de discapacitados, de minorías étnicas y de envejecimiento. A lo mejor debería contemplar programas específicos preventivos para determinadas poblaciones de riesgo o para poblaciones generales en determinadas edades y regularlos de alguna manera. Esto propiciaría que tuviéramos esa fuerza española de evaluación de actividades preventivas y de promoción de la salud de forma continua. Podríamos hablar de un programa de actividades preventivas en la infancia, en distintas discapacidades y también, por qué no, de actividades preventivas en riesgos de exclusión. Podríamos formular un amplio abanico y sobre ello trabajar indicadores y actividades concretos. Ya hay actividades probadas. Hay actividades que disminuyen la morbilidad y eso está publicado y sobre ello existen evidencias. En cada uno de los programas deberían incluirse estas actividades que disminuyen la morbilidad sin ningún tipo de duda. Esa sería una forma de trabajar. El marco legislativo debería especificar más qué programas de actividades preventivas se podrían trabajar y a qué población van dirigidos. Ya que los motivos de la ley lo indican, a lo mejor lo debería contemplar. Sería una buena aportación.

En cuanto al fomento de la investigación en atención primaria específicamente, cuando hemos ido al Instituto Carlos III a demandar una mejor financiación para investigación en atención primaria, la respuesta siempre ha sido unánime: Les vamos a medir por su productividad científica y por su factor de impacto, que es un índice biométrico que se utiliza para medir la productividad en ciencia. ¿Qué es lo que nos encontramos? Que midiendo con estos indicadores, casi toda la financiación pública se va hacia la investigación básica, hacia la investigación experimental. La investigación que se puede fomentar en atención primaria es una investigación sobre servicios de salud, sobre efectividad, sobre promoción y sobre prevención. La financiación que tenemos ahora llega a doce centros de excelencia en España, a doce nodos de investigadores. Estos investigadores, con una financiación muy escasa, han conseguido llegar a los primeros puestos y publicar en las publicaciones más famosas del mundo, en *The Lancet*, en el *British Medical Journal* o en el *New England Journal of Medicine*. Quiere decirse que en investigación

en atención primaria con poco dinero se puede hacer mucho. ¿Qué les pediría yo en la legislación? Primero, les diría que una ley también tiene que promover voluntades y por tanto les pediría que contemplase la investigación en actividades preventivas y promoción de la salud en atención primaria, que es donde está la población y donde se puede hacer. Otra de las cosas que les pediría es que si está establecido que haya una estrategia de investigación de I+D en salud y se dice que una estrategia importante es la promoción de la salud y la investigación en salud pública, en el global que se dedica a I+D en salud se haga una discriminación positiva de aquellas medidas y de aquellos proyectos que propicien lo que la ley dice. Es difícil hablar de cantidades, pero usted me ha hecho la pregunta y tengo que ser valiente y lanzarme al ruedo. Necesitaríamos como cuatro o cinco veces la financiación que recibimos ahora en redes, pero no para grupos de investigación, sino para poder investigar en programas que están en marcha o para poder investigar en vacunas. Por ejemplo, aquí se ha hablado de la vacunación antineumocócica y de cómo esta se ha introducido en algunas comunidades o no. Les voy a comentar, porque es mi experiencia personal, que en uno de los nodos de esta red se investiga sobre el neumococo, sobre una cohorte de casi seis mil personas en las que se va siguiendo la efectividad del neumococo. Esta investigación, que no da patentes, puede dar resultados y propiciar políticas en sanidad. ¿Qué pasa? Que este investigador, que tiene nombre propio y es un referente mundial en vacunas, recibe un fondo de investigación muy por debajo de lo que podría propiciar o de su influencia en políticas de salud. Sin embargo, la investigación en el genoma o en moléculas o en terapia celular se lleva el más amplio sector del pastel de investigación. Esto hay que cambiarlo. La financiación en atención primaria, para ser efectiva, se tendría que multiplicar al menos por cinco. Podría haber veinticinco grupos en España funcionando perfectamente y algunos enclavados en organismos públicos, como pueden ser agencias de evaluación de la tecnología o agencias de salud pública, no solo en atención primaria.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Aburto Baselga): Gracias, señor Basora, por su intervención. Le despedimos para continuar con la siguiente comparecencia. **(El señor presidente ocupa la Presidencia.)**

— **DEL SEÑOR PRESIDENTE DEL CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS VETERINARIOS (BADIOLA DÍEZ).** (Número de expediente 219/000797.)

El señor **PRESIDENTE**: A continuación, interviene don José Badiola Díez, presidente del Consejo General de Colegios Veterinarios. Le agradezco su asistencia a esta Comisión, para comparecer en relación con el proyecto de ley de salud pública. Tiene un tiempo de en

torno a veinte minutos y después preguntarán los grupos parlamentarios.

Tiene la palabra.

El señor PRESIDENTE DEL CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS VETERINARIOS

(Badiola Díez): Con carácter previo, quiero expresar, como es natural, mi agradecimiento a la Comisión de Sanidad, Política Social y Consumo, ante la que comparezco, por su invitación, dada la implicación que para la organización colegial veterinaria española que represento tiene el proyecto de ley general de salud pública, sin perjuicio de la indudable repercusión general que tiene el mismo para toda la población española.

A este respecto, quisiera comenzar por destacar que el principal aspecto positivo de este proyecto es su significado, en cuanto que otorga una entidad propia y, por tanto, un valor muy importante a la salud pública dentro de la organización y competencias sanitarias del Estado. Aborda una regulación específica de la materia, dándole el lugar que le corresponde dentro del sistema sanitario, como parte de la atención sanitaria integral. Se puede considerar que la salud pública ha estado en cierto modo infravalorada dentro del propio sistema sanitario, caracterizado por su excesivo, aunque entendible matiz o sesgo asistencialista. Por ello, resulta muy positivo, como he dicho, un proyecto que trata de establecer un marco para hacer más visibles las acciones encaminadas a prevenir la enfermedad y promover la salud de los ciudadanos, sin olvidar que en momentos como este, en el que determinados sectores de la sociedad se cuestionan la sostenibilidad del sistema sanitario, una decidida actuación preventiva en salud pública sin duda ayudará a mantener o incluso a incrementar la viabilidad y la calidad del sistema sanitario público, por el cual nosotros apostamos claramente como organización.

Del mismo modo, valoramos positivamente el proyecto entendiendo la futura norma como un desarrollo sectorial de la atención a la salud colectiva, mediante el mantenimiento y mejora de la salud de todos los ciudadanos, pues viene a complementar el desarrollo normativo más intenso que tradicionalmente se ha venido haciendo sobre las prestaciones de asistencia frente a la enfermedad. En definitiva, se favorece el acercamiento al nuevo modelo sanitario que ya preconizó la Ley General de Sanidad de 1986, al indicar que los medios y actuaciones del sistema sanitario tendrían que estar orientados prioritariamente a la prevención de la enfermedad y a la promoción de la salud. En definitiva, está desarrollando lo que ya estaba previsto en la Ley General de Sanidad del año 1986. Por ello, es opinión coincidente dentro de la organización colegial veterinaria española que en estos momentos me honro en presidir la necesidad y la oportunidad del proyecto. Ahora bien, en nuestra opinión, una ley debe responder a dos premisas: en primer lugar, que sea necesaria —y en este sentido ya nos hemos pronunciado: la ley de salud pública era y es una ley necesaria— y, en segundo lugar, que tenga man-

datos concretos y limitados en el tiempo que persigan la consecución de objetivos para mejorar la salud pública. En el proyecto de ley este condicionante, a nuestro juicio, no se cumple del todo satisfactoriamente y el texto queda en una serie de líneas inspiradoras de ideas o proyectos a realizar —a nuestro juicio, sin materializar claramente compromisos— en los cuales todos podemos estar de acuerdo, pero tenemos dudas de que den frutos en un periodo de tiempo razonable. Es decir, el resultado de la aplicación de la ley queda a expensas de la voluntad de las administraciones responsables del desarrollo de la misma, es decir, de las comunidades autónomas, ya que apenas hay mandatos que obliguen a su cumplimiento. Hay muchas cuestiones que se consideran convenientes, pero nos preguntamos cómo van a ser interpretadas estas afirmaciones en las distintas comunidades autónomas españolas, con sus distintos grados de sensibilidad al respecto.

Con carácter previo a enunciar determinadas consideraciones particulares, resulta absolutamente necesario referir otras de carácter general en relación con el conjunto del proyecto, sobre todo en lo que se refiere al esencial papel, a nuestro juicio, de nuestras responsabilidades como veterinarios; no olviden que yo estoy representando aquí en este momento a la organización colegial veterinaria española. Estas ya fueron evacuadas ante el departamento ministerial correspondiente, el Ministerio de Sanidad y Consumo en aquellos momentos, con motivo de las alegaciones que presentamos al anteproyecto inicial y creo con certeza que no se contemplan en el proyecto en la medida de la importancia de la contribución de esta profesión a la materia objeto de su regulación. Es decir, creemos que las tareas, las materias, las competencias, el trabajo que hacemos en términos prácticos de salud pública no están suficientemente representados en esta ley.

Voy a hacer algunas referencias concretas. En primer lugar, la relación entre salud animal y salud pública. La primera y esencial cuestión a destacar es que no se puede concebir una disposición relacionada con esta materia que no mencione o se refiera a la salud animal como factor clave para prevenir problemas de salud pública y sanidad ambiental y a la vigilancia de la citada salud animal como una de las actuaciones básicas para preservar la salud pública. De hecho, puede afirmarse que no existen fronteras entre la salud animal y la salud humana, como se ha demostrado en sucesivas ocasiones. Además, no lo decimos nosotros, lo ha puesto de manifiesto recientemente la Comisión Europea en un texto que ha publicitado a bombo y platillo que se llama *One World One Health*. Es decir, hay una sola salud, no se puede hablar de saludes parciales. A este respecto, es conveniente recordar el papel histórico de nuestra profesión en la prevención de muchas enfermedades humanas procedentes de los animales, que son problemas de salud pública claramente. Me gustaría citar algunos ejemplos bien conocidos por todos ustedes, como la rabia, la triquinosis, la toxoplasmosis, la hidatidosis, la

tuberculosis o la fiebre de Malta, por citar algunas. Asimismo, las últimas crisis de salud pública internacionales relevantes y de gran impacto ciudadano han sido provocadas por agentes patógenos de origen animal. Me permito recordarlas de nuevo: la encefalopatía espongiforme bovina —en la que yo, como ustedes saben, he tenido un protagonismo particular—, la gripe aviar, la gripe A —a la que se puso ese nombre para eludir su nombre real, que era gripe porcina, un virus de origen porcino— y el SARS, que es también un coronavirus de origen animal. Todos ellos han comportado una enorme conmoción social, como todos sabemos, y cuantiosos costes económicos. A este respecto, me gustaría dejar clara una cuestión en la mente de todos ustedes. En este momento están registradas en el mundo cerca de trescientas zoonosis. En España hemos luchado con un número realmente limitado de ellas. En el mundo global en el que vivimos, un mundo en el que hay un gran tránsito de personas, de alimentos y de mercancías, la pregunta es: ¿cuántas zoonosis tendremos que abordar en el próximo futuro en nuestro país, un país tan cercano al continente africano, un país tan relacionado con el continente americano? Dejo esa pregunta sobre la mesa. A título de referencia, me gustaría señalar que, según declara la Organización Mundial de la Sanidad Animal, casi dos tercios del total de las enfermedades transmisibles humanas, es decir, el 61 por ciento, son zoonóticas, es decir, transmisibles de los animales a los humanos, como todos ustedes saben muy bien; tres de cada cuatro enfermedades emergentes humanas, el 77 por ciento, son también zoonóticas, son de origen animal; el 80 por ciento de los patógenos animales tienen más de un hospedador, entre ellos los humanos, y el 80 por ciento de los agentes que tienen uso potencial como armas biológicas —tema tan traído y llevado en los últimos años— son patógenos de origen animal.

Por otro lado, no se puede olvidar que las zoonosis alimentarias son las que reciben más atención —la alimentación preocupa mucho a los ciudadanos— y son la razón de ser de muchos de los contenidos y actividades de la seguridad alimentaria. Encefalopatías espongiformes, salmonelosis, campylobacteriosis, listeriosis, triquinosis y muchas otras más son nombres que se asocian al consumo de alimentos de origen animal y, según se constató en el informe de tendencias sobre zoonosis de la Comisión Europea, que elabora anualmente la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria, todavía afectan a centenares de miles de personas en el territorio de la Unión Europea. Solamente salmonelosis y campylobacteriosis están en torno a trescientas mil personas afectadas en el territorio de la Unión, que es una cifra verdaderamente considerable.

Por último, en distinta medida y por distintos mecanismos de transmisión, es importante constatar que los animales actúan como reservorios o vectores de enfermedades para la especie humana y comparten muchas de ellas. Este es otro de los retos que tendremos que afrontar en España en los próximos años.

Respecto al papel de la profesión veterinaria en la vigilancia y protección de la salud pública, con independencia de la vinculación histórica de la veterinaria a la salud pública, que está sobradamente reconocida, es una profesión que tiene un peso específico reconocido tanto por la Ley General de Sanidad como por la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias y por la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Baste recordar que la Ley de Sanidad, en su artículo 8.2, considera actividad básica del sistema sanitario la que puede incidir sobre el ámbito propio de la veterinaria de salud pública en relación con el control de la higiene, la tecnología e investigación alimentaria así como la prevención y lucha contra las zoonosis y las técnicas necesarias para la evitación de riesgos en el hombre debidos a la vida animal o a sus enfermedades. Cito textualmente el artículo en cuestión. Nadie pone en duda que los veterinarios son los profesionales con mayores conocimientos para diseñar los programas preventivos y de control, aplicar las medidas necesarias para prevenir zoonosis o luchar contra ellas y, por ello, son responsables del planeamiento, ejecución, seguimiento y control de los programas de saneamiento ganadero, para mantener un elevado estándar de salud de los animales, así como de la inspección sanitaria de los alimentos de origen animal, en la que la presencia del profesional veterinario es constante en todas las fases de la cadena alimentaria, desde la producción primaria en la granja, los mataderos e industrias de transformación, los mercados mayoristas y la distribución hasta los establecimientos de restauración y de consumo final. Podemos señalar por tanto esta contribución nuestra y de nuestro trabajo cotidiano en el sector primario, donde estamos controlando las enfermedades. No se puede controlar la tuberculosis o la fiebre de Malta si antes no se ha controlado la brucelosis en los bovinos, ovinos y caprinos. Es imposible. Se pueden tomar muchas medidas al final, pero si no está controlado en el sector primario, es muy difícil que al final el problema sea erradicado, como es nuestro deseo; afortunadamente, en el último año, tras muchos años de esfuerzos, estamos logrando unos porcentajes inferiores al uno por ciento en la ganadería española. Fíjense ustedes en el papel de los mataderos, que son un filtro clave en el control de muchas de estas enfermedades que evita que estos patógenos de origen animal pasen a la cadena alimentaria y finalmente a los humanos. Todo ello, sin olvidar que la profesión veterinaria es la que probablemente aporta más recursos a la defensa de la salud pública por la razón expuesta, en calidad de responsables de esos programas de intervención y vigilancia en la materia. No hay más que analizar las plantillas de veterinarios de salud pública en las comunidades autónomas, donde un nutrido número de profesionales están trabajando en este ámbito.

Por otra parte, los animales que históricamente tenían una función de trabajo, como los caballos, los équidos en general y los animales de compañía, como el perro, el gato y otros muchos más —ya saben ustedes que hoy

hay un amplio elenco de animales de compañía; algunos parecen francamente exóticos, pero son una realidad cotidiana— hoy se han incorporado como un miembro más de la familia, aportando una serie de beneficios en términos de salud y bienestar para las personas con las que conviven, favoreciendo la sociabilidad, mejorando la autoestima y propiciando el ejercicio físico y mental. Todos los que tenemos algún perro sabemos que estamos obligados cada día a sacarle a pasear, lo cual puede ser un poco molesto, pero al final es una actividad obligatoria de ejercicio físico. Ello requiere también un exhaustivo control sanitario para evitar la transmisión de enfermedades de estos animales al hombre, control que realizan los veterinarios especialistas en la materia. Por ello es claro que su papel, más allá de lo puramente clínico, supone un valor indudable para la salud pública. Aquí sí que reconocemos el importante valor de la introducción de este problema en la ley. Hay un apartado específico en el que se habla del papel de los centros veterinarios, junto a los de farmacia. Nosotros apoyamos, reconocemos y agradecemos el artículo 23, que es el que se refiere concretamente a ese asunto.

No quiero cansarles más, pero sí decirles que estos no son asertos exclusivamente nacionales o interesados de nuestra profesión, sino que organismos internacionales de relevancia reconocen la aportación de nuestra profesión en materia de salud pública, así como la vinculación e interrelación entre salud pública y bienestar animal. Cuanto se ha afirmado hasta este momento está respaldado no solo por la normativa estatal y de las comunidades autónomas, que atribuyen a los veterinarios de los distintos servicios veterinarios oficiales las responsabilidades y funciones antes citadas, sino también por la normativa comunitaria y por el marco internacional. Me gustaría destacar la extraordinaria importancia que la Comisión Europea atribuye a los problemas de salud pública veterinaria. Les invito a consultar la página web de Sanco, donde esto queda explícitamente establecido. La importancia es extraordinaria. Otros organismos internacionales, como la FAO, la OIE y otros más, ponen de manifiesto el reconocimiento que se concede a la aportación de la profesión veterinaria en materia de salud pública, así como la estrecha vinculación entre la salud animal y la salud pública.

Creo firmemente que los argumentos relatados son más que suficientes para concluir la necesidad de que el proyecto contemple de forma más detallada el importante papel y funciones de la profesión veterinaria, cuya organización presido, ya que es de justicia que se realice este reconocimiento a una profesión que siempre ha actuado en materia de protección de la salud. No es una reivindicación exclusivamente profesional ni estamos pretendiendo que la veterinaria aparezca veinte o treinta veces en el texto, pero sí que se consideren las tareas que hace la profesión veterinaria, el trabajo que diariamente está haciendo de prevención y protección de la salud de los ciudadanos españoles.

Entrando ya en el examen del contenido del proyecto, he de comenzar, para no extenderme más de la cuenta, por señalar que el texto ha sido modificado, creo que acertadamente, en relación con el anteproyecto de ley del que se nos dio traslado en trámite de audiencia en el mes de julio de 2010. De hecho, el mismo ha recogido, aunque parcialmente, algunas de las consideraciones efectuadas por la organización que presido. En todo caso, querría destacar, siempre lógicamente desde la órbita de nuestra profesión, algunas de ellas muy brevemente, dado el carácter ilustrativo de esta comparecencia. Por ejemplo, la exposición de motivos, que en el anteproyecto solo citaba el artículo 43 de la Constitución, recoge la cita expresa del artículo 51 del mismo texto, que consagra y garantiza la defensa de los consumidores y usuarios, protegiendo mediante procedimientos eficaces la seguridad, la salud y los legítimos intereses económicos de los mismos, lo cual es también una referencia importante de la que debe emanar la futura ley.

En segundo lugar, se recogen aspectos muy relevantes en esa materia, tales como la importancia de las zoonosis, a las que he venido aludiendo repetidamente, que sorprendentemente en el texto del anteproyecto brillaban por su ausencia. Hay que decir sin embargo que estamos realmente asombrados de que algo tan importante solo aparezca en el artículo 23, cuando se habla de los centros veterinarios. La palabra zoonosis no aparece en otra parte. Pensamos que esto debería ser modificado. Más bien, dada la relevancia del problema para la salud pública, como ya se ha mencionado, debería incluirse al menos en el artículo 12.2, entre los factores esenciales a tener en cuenta en materia de vigilancia de la salud pública, tal y como se contempla expresamente en normas autonómicas similares, como las leyes de salud pública de Baleares y Castilla y León recientemente aprobadas, por citar las que conozco. Lo mismo cabe decir en relación con las enfermedades emergentes, que previsiblemente van a tener un gran impacto sobre la salud pública y que son citadas de pasada en el texto del proyecto de ley. Este va a ser un problema muy importante de futuro y nos parece que está muy poco representado en el texto de la ley.

Es absolutamente acertada la mención a la salud laboral como una faceta relevante de la salud pública, con el fin de conseguir la mejor prevención de riesgos en este ámbito y, del mismo modo, facilitar la promoción de la salud en este terreno. Nos parece algo importante que este tema se tome en serio y sea objeto de mención explícita y de desarrollo en el presente proyecto de ley.

Es muy positivo también el carácter integral del proyecto en cuanto a la vigilancia conjunta de todo tipo de condicionantes que influyen en la salud de la población y en cuanto a la participación como acción multidisciplinar y coordinada entre diversos organismos, instituciones y profesionales procedentes de diversas disciplinas.

Se prevé, tal y como solicitábamos en el trámite de audiencia, la mención a los establecimientos veterinarios

—promotores de ciertos aspectos de salud pública, que ejercen muchas veces un papel muy importante de educación para la salud— entre los dispositivos sanitarios destinados a colaborar con la salud pública junto a las oficinas de farmacia y otros.

En cuanto a la mención o referencia explícita a los profesionales sanitarios, frente al texto del anteproyecto, que parecía dedicarse en exclusiva a dos de las profesiones sanitarias, el proyecto elimina al menos la mención a profesiones concretas, por lo que suponía de injustificada y, sobre todo, discriminatoria, utilizando exclusivamente la expresión profesiones sanitarias, que en buena lógica y de acuerdo con la legislación vigente incluye entre otras a la profesión veterinaria, si bien no estaría de más la mención expresa.

Los aspectos mencionados forman parte de un proyecto de ley que constituye una disposición muy general —esta es una de las críticas que le haríamos, que es un texto demasiado general, que concreta poco— y creo que más adecuada a la realidad que se pretende regular que el anteproyecto remitido inicialmente. De hecho, se ha reducido el texto articulado de los 156 artículos que tenía el anterior a los 58 que tiene el actual. Probablemente 156 artículos eran demasiados, pero 58 nos parecen demasiado pocos. Tal generalidad, que sigue persistiendo, es encomiable, si bien resultará de singular importancia el desarrollo reglamentario de la ley que se lleve a cabo. Es obvio que tendrá lugar un desarrollo reglamentario, pero lo importante es lo que figura en la ley, a nuestro modo de ver.

Con independencia de cuanto he expuesto y con carácter adicional a la reivindicación general que he efectuado respecto a la falta de previsión en el texto del proyecto del alcance e importancia de los cometidos de la profesión veterinaria en esta materia, he de hacer constar algunas otras cuestiones que se echan en falta en el proyecto o que no tienen la regulación más oportuna y adecuada y que, a mi juicio, deberían contemplarse, como, reitero, ya se transmitió al departamento ministerial correspondiente en su momento, en relación con el borrador de anteproyecto en su día enviado por la Secretaría General del Ministerio de Sanidad y Consumo. Tales son las siguientes: Proponemos que en el preámbulo de la ley se refleje la importancia que las áreas de intervención veterinaria tienen en la salud pública en los términos que hemos indicado en esta exposición. No me refiero tanto a la profesión veterinaria como a las actuaciones, a las tareas, a las competencias, a esas cuestiones en las que estamos trabajando cotidianamente en salud pública los veterinarios.

El tratamiento que se da a la seguridad alimentaria y nutrición es prácticamente nulo. El poco peso de la seguridad alimentaria y la nutrición puede deberse al proyecto de ley de seguridad alimentaria y nutrición que se encuentra en trámite y que entendemos que es el que debe desarrollar esta cuestión. Lo coherente sería que siempre que se procediera a tratar estos temas se hiciera referencia clara a la ley que los regula, si ya se hubiera aprobado y publicado,

o a la necesidad expresa de que quede regulado. Tampoco se habla —aunque es un organismo eminentemente alimentario no estaría de más citarlo aquí— del papel importante de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Debería citarse al menos en algún momento como órgano de referencia a nuestro juicio fundamental en España. Estarán de acuerdo conmigo en que una ley de salud pública, como marco global que promueve la salud integral de los ciudadanos, no debe dejar fuera de su ámbito aspectos tan importantes como la seguridad alimentaria y la nutrición, aunque haya una ley específica que los desarrolle de una forma clara. Es verdad que se habla de alimentos en el texto, pero de una manera muy puntual.

Tras la supresión de los preceptos relativos a las prestaciones de salud pública, el proyecto, en la disposición final segunda, plantea, como modificación del artículo 11.2 de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que la prestación de salud pública comprende una serie de actuaciones, entre las que se echan en falta actuaciones del tipo de la promoción de la actividad física y la alimentación saludable y la protección de la salud relacionada con las zoonosis de los animales domésticos y salvajes o con el control de plagas.

El capítulo I del Título IV, dedicado a la formación y desarrollo profesional en salud pública, indica en su apartado 2 que dichos profesionales —los profesionales de la salud— deben seguir una formación continuada a lo largo de su vida —es la única referencia que se hace en todo el texto a la formación, lo que también llama la atención—, que además debe ser adecuada a su nivel de responsabilidad y competencia, para garantizar un correcto ejercicio profesional, argumento absolutamente irrefutable, es evidente. Ahora bien, también las administraciones deberán desarrollar los mecanismos adecuados y determinar plazos máximos para su desarrollo, para que los profesionales accedan a dicha especialización. En este sentido, la ley es ambigua. Terminó ya, señor presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Le ruego que vaya más despacio, porque hay dificultades para seguirle.

El señor **PRESIDENTE DEL CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS VETERINARIOS** (Badiola Díez): Perdón.

Decía que esta disposición final segunda plantea, como modificación del artículo 11.2 de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que la prestación de salud pública comprende una serie de actuaciones, entre las que se echan en falta actuaciones del tipo de promoción de la actividad física, la alimentación saludable y la protección de la salud relacionada con las zoonosis de los animales domésticos o salvajes —algo que es cada vez más importante— o con el control de plagas. La fauna silvestre cada vez va a tener un papel más relevante en la salud pública de nuestro país. En el momento en que amplias zonas del país están siendo ocupadas por este tipo de fauna, sabemos que

muchos reservorios de estas enfermedades están localizados justamente en este ámbito.

Hablaba del capítulo I del Título IV, dedicado a la formación, y decía que echaba en falta que solamente se hiciera referencia a la formación continuada, que evidentemente deberá ser adecuada a su nivel de responsabilidad y competencia para garantizar un correcto ejercicio profesional, argumento que es, repito, irrefutable. Ahora bien, las administraciones deberán desarrollar los mecanismos adecuados y determinar plazos máximos para su desarrollo, para que los profesionales acceden a dicha especialización. No hay plazos, es un desiderátum. Se habla de que las comunidades autónomas deberían... —no recuerdo exactamente el texto—, pero no se dice cómo ni cuándo ni qué, ni en qué plazos ni qué compromisos, cada uno podrá interpretarlo como le parezca. Esto, a nuestro juicio, podrá ser un problema en el futuro. En este sentido, la ley es ambigua en extremo, ya que simplemente hace sugerencias a las otras administraciones públicas.

En el caso de la profesión veterinaria, quiero denunciar ante esta Cámara el agravio comparativo que se ha hecho con nuestra profesión respecto a otros profesionales que gozan de especialidades sanitarias. Aunque a ustedes les parezca mentira ese ejercicio profesional se hace sin que haya una especialización en el Sistema Nacional de Salud, lo que nos parece absolutamente sorprendente. Hemos hecho algunas propuestas al Ministerio de Sanidad, porque pensamos que hay algunas especialidades que tienen que estar consideradas dentro del Sistema Nacional de Salud, porque es lógico, razonable y, además, conveniente; incluso diría que imprescindible. En este sentido, el Sistema Nacional de Salud dispone de un sistema de formación y reconocimiento de especialidades sanitarias que le ha permitido alcanzar, como ustedes saben muy bien —mejor que yo—, un alto nivel de excelencia —eso es así— y en el que se integran médicos, farmacéuticos —fíjense ustedes—, biólogos, bioquímicos, químicos, psicólogos y radiofísicos. Una profesión como la nuestra, que es veterinaria, está reconocida como una clara profesión sanitaria, pero no está incluida. Esto quería dejarlo patente ante esta Cámara. Paradójicamente, no estamos los veterinarios, a pesar de que toda la legislación española nos reconoce como profesión sanitaria, al igual que la legislación europea, y como tal asume funciones y responsabilidades en este ámbito, como ya he mencionado.

Por ello —y voy acabando ya, señor presidente—, proponemos la ampliación del artículo 45 con un mandato que vincule a la Administración central a desarrollar el marco de la especialidad veterinaria en salud pública en un plazo determinado. Si no se quiere hacer mención específica a una profesión en concreto, puesto que el texto no cita ninguna profesión —eso es cierto—, se propone que el proyecto de ley cite la obligación de que la Administración central desarrolle la especialidad en salud pública para todas aquellas profesiones reconocidas como sanitarias en la Ley de ordenación de las

profesiones sanitarias, entre las que, evidentemente, figura la profesión veterinaria.

Por último, a pesar de que en líneas generales, como ya he expresado con anterioridad, el proyecto supone una mejora en relación con el anteproyecto, sin embargo percibimos con especial preocupación, y lo entendemos como un paso atrás, la supresión de la referencia a la carrera profesional de los profesionales dedicados a la salud pública que se contenía de forma explícita en el artículo 135 del anterior anteproyecto de ley. En este sentido, con independencia de que la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias prevé dicha carrera para todos profesionales sanitarios incluidos en el ámbito de aplicación de la ley, creo esencial que se siga contemplando la mención a tal desarrollo profesional, dada la regulación que de tales profesionales se hace en el proyecto. Si reconocido está el derecho en la citada norma, no debiera haber obstáculo alguno para que se mantenga la previsión en el texto final de la ley. Es un poco triste para nosotros, y diría que también discriminatorio —ahora que estamos hablando del proyecto de ley de salud pública—, que en la mayor parte de las comunidades autónomas españolas no esté recogida esa carrera profesional para los profesionales de la salud pública, salvo en tres comunidades autónomas. Señor presidente, nos parece que eso no es de recibo y tenemos la obligación de reivindicarlo aquí, de especificarlo y decir que estaba en el texto inicial —no sabemos por qué ha desaparecido de este texto—, lo que daría solución a un problema que francamente nos parece inaceptable.

Ya sabemos que la aplicación práctica de la carrera profesional es una competencia de las comunidades autónomas, claro que lo sabemos, pero al igual que los problemas de salud, las enfermedades transmisibles o los riesgos derivados de la globalización y el incremento de intercambio de animales y personas, no tienen fronteras. Los programas de salud pública deben abordarse de forma integrada, y en este contexto los profesionales de la salud pública tienen derecho a un marco general que promueva su especialización y reconozca su esfuerzo, mérito y capacidad, porque ello redundará, entendemos, de una manera clara en beneficio de la salud de todos los ciudadanos españoles.

Seguidamente, y siguiendo el trámite de la presente comparecencia, me someteré a las preguntas formuladas por los portavoces de los grupos parlamentarios presentes en la Comisión. Pido excusas, señor Presidente por mi rapidez en la intervención, pero estaba motivada por los veinte minutos que usted me ha anunciado.

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

Por el Grupo Parlamentario Popular tiene la palabra el señor Martínez Soriano.

El señor **MARTÍNEZ SORIANO**: Quiero agradecer a don José Badiola su presencia aquí, como presidente del Consejo General de Colegios Veterinarios.

Desde el punto de vista profesional, creo que nos ha dado una buena visión de la ley. Ha resaltado la necesidad de la ley, pero ha dicho que los objetivos son muy genéricos, muy amplios y no se concretan, como cabría esperar. La petición que nosotros le hacemos es que, si es tan amable, nos envíe, concretados lo máximo posible, los objetivos que han desaparecido del primer anteproyecto o algunos otros que puedan aportar, porque eso nos vendrá bien a la hora de redactar las enmiendas que tendremos que presentar en el futuro.

El papel de los veterinarios es clave, es fundamental y es básico en la prevención de muchas enfermedades, zoonosis y algunas otras más. Pero lo que también es básico es el control a nivel alimenticio, que se hace de manera extraordinaria en toda España, pueblo a pueblo, lugar a lugar, con un alto nivel científico y una preparación extraordinaria. Desde aquí queremos agradecer ese trabajo diario que hacen los veterinarios en el control sanitario. Queremos decirle que el control de los productos alimenticios de origen animal es fundamental para evitar en un futuro lo que sucedió en el pasado, por ejemplo, la enfermedad de las vacas locas, etcétera, porque, como usted ha dicho, no hay fronteras y estamos inmersos en un mundo muy cercano, el llamado Tercer Mundo, aunque yo no lo llamo así porque no lo es.

La ley de seguridad alimentaria que se está elaborando en estos momentos hace que no se recoja en toda su amplitud el papel del veterinario en esta ley general de salud pública. Incidiremos en que se recoja o se deje constancia de que si no está en esta ley está en otra, pero que quede claro el papel del veterinario.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Socialista tiene la palabra el señor Moreno.

El señor **MORENO CASTRILLO**: En primer lugar, tengo que agradecer la comparecencia de Juan José Badiola, como no puede ser de otra forma. Además, me congratulo de su presencia y se la agradezco doblemente, porque lo hago como leonés y como veterinario, como él. Su locución ha sido, además de rápida, muy exhaustiva y prácticamente creo que ha tocado todos los temas que pueden ser abordados desde la profesión veterinaria. Creo que mi grupo está perfectamente de acuerdo en que la salud pública no sería posible sin el papel que realizan los veterinarios todos los días, que tiene que tener su reflejo, como no puede ser de otra forma, en la propia legislación y en el propio reconocimiento que se haga de ese trabajo. Es un papel siempre desconocido, que solo se hace patente cuando desgraciadamente salta algún tipo de alerta o de crisis alimentaria. En ese caso, también tenemos que agradecer el papel de Juan José Badiola como referente de la profesión y como un buen comunicador que ha sido, puesto que creo que ha conseguido, de algún modo, poner a los veterinarios en el lugar que les corresponde, es decir, como verdaderos profesionales que día a día trabajan para garantizar de algún modo la seguridad y también, cómo no, la salud de los ciudadanos y de las ciudadanas. Creo que es importante que en esta ley

se ponga en valor ese papel, y lo estamos haciendo casualmente cuando se cumplen 250 años desde que comenzó la enseñanza de la profesión veterinaria. Quizá este sea un buen momento, a través de esta ley, para que consigamos reivindicar ese papel, aunque ya vemos que Juan José Badiola lo hace perfectamente.

Como creo que ha sido muy exhaustivo en todas sus propuestas, lo único que podemos hacer es recogerlas e intentar estudiarlas para ver de qué modo podemos enriquecer ese texto que usted considera que es un tanto genérico y que no concreta suficientemente. Quizá haya fórmulas para concretar o, repito, para enriquecerlo.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Badiola Díez.

El señor **PRESIDENTE DEL CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS VETERINARIOS** (Badiola Díez): Quiero agradecer sinceramente las palabras del portavoz del Grupo Popular, sobre todo el reconocimiento que ha hecho del trabajo histórico de los veterinarios en los últimos municipios, en los más escondidos pueblos españoles defendiendo a los ciudadanos. Cuando me hablan de salud pública siempre me acuerdo de los veterinarios que están en los mataderos. No sé si ustedes han estado alguna vez en un matadero, que no es precisamente un lugar muy agradable, como saben bien. En ese ambiente, vamos a decirlo así, un poco hostil, es el único profesional que está defendiendo al ciudadano. Es así de claro. A veces han llegado incluso a padecer situaciones muy lamentables, muy tristes, con agresiones, atentados, etcétera, por defender a los ciudadanos. Por eso, cuando ustedes me invitan a hablar no puedo evitar decir que eso es salud pública, con todos los respetos para otras concepciones de salud pública. Le agradezco mucho su reconocimiento a estos profesionales que llevan tantos años trabajando de una manera abnegada. Cumpliré con mucho gusto su solicitud y elaboraremos una serie de propuestas concretas, en la medida en que consideremos que puedan tener cabida en la ley, porque al fin del cabo se trata de un planteamiento general, que puedan enriquecer la norma, sin alterar, que no es en absoluto nuestra intención, el marco de la ley. Nos parece muy importante, como he dicho al principio, que haya una ley de salud pública. Repito que enviaremos a su grupo nuestras propuestas, las que entendamos que sean razonables y que ustedes puedan proponer. Gracias por sus palabras y por su reconocimiento.

Al portavoz socialista, que ha dicho que es veterinario, aparte de leonés, paisano mío —que es otro cierto mérito, con todo el respeto para otras localidades geográficas—, quería agradecerle su intervención y que haya reforzado el argumento del papel de la salud pública veterinaria, porque él la conoce muy bien, lo que facilita que no lo diga yo solo sino que haya otras personas que lo digan, que son ustedes, cuando no tendrían por qué hacerlo. También le agradezco su reconocimiento al papel que haya podido jugar en las crisis de salud pública, particularmente en la primera, provocada por la encefalopatía espongiforme bovina, que ha

sido de las más graves que hemos tenido. Tanto es así, que en salud alimentaria en el ámbito europeo hay un antes y un después de la encefalopatía espongiforme bovina. ¿Qué significa esto? La normativa comunitaria, tanto en seguridad alimentaria como en salud pública, se ha cambiado absolutamente después de esto. Fue una crisis realmente importante, no porque yo estuviera en ella, porque al fin del cabo yo fui uno más de los que trabajamos en este asunto. Tengo que decir que en el marco europeo se da mucha importancia a estas cuestiones. Habría que propiciar que esta ley de alguna manera pudiera evitar las crisis, que es uno de los objetivos. No lo he dicho en mi comparecencia, pero uno de los objetivos es tratar de evitar que en el futuro vivamos crisis que provocan enormes perturbaciones psicológicas en los ciudadanos, podríamos calificarlo así, porque crean inseguridad. El ciudadano se siente inseguro, porque duda de las autoridades, de los alimentos, de su entorno, duda de todo, particularmente en algunos sectores sociales que son especialmente sensibles. Creo que una ley de salud pública, junto a la ley de seguridad alimentaria, debería ser un buen instrumento para que en el futuro en España podamos tener instrumentos de abordaje para prever este tipo de situaciones.

Hay algo en la ley que me ha parecido positivo —y aprovecho para decirlo ahora—, y es que se crean grupos de actuación rápida. Esto me parece muy positivo, porque en España, donde siempre nos hemos caracterizado por la improvisación, es importante que la ley, como así se establece, prevea que en un momento determinado no se puede improvisar, porque estas crisis tienen muchos ángulos y estas cuestiones hay que tenerlas perfectamente previstas desde el principio. Quiero reconocerlo —aunque sea fuera de mi intervención— como un elemento claramente positivo.

Agradezco de nuevo su intervención. Le digo lo mismo que a su compañero del Grupo Popular, que tendremos muchísimo gusto en plantearle nuestras propuestas con la intención de que sean bien recibidas por esta Cámara que, en definitiva, será la que aprobará o no la ley en los términos que estime conveniente.

El señor **PRESIDENTE**: Agradecemos la comparecencia de don José Badiola Díez.

— **DE LA SEÑORA PRESIDENTA DEL CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS (PEÑA LÓPEZ).** (Número de expediente 219/000798.)

El señor **PRESIDENTE**: Continuamos con la última comparecencia, la de doña Carmen Peña López, presidenta del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

Tiene la palabra para hablarnos sobre la ley general de salud pública.

La señora PRESIDENTA DEL CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FAR-

MACÉUTICOS (Peña López): En primer lugar, quiero agradecer a todos los miembros de la Comisión de Sanidad, Política Social y Consumo del Congreso de los Diputados, y a su presidente, el doctor Llamazares, por haberme facilitado esta comparecencia en representación del Consejo de Colegios Oficiales de Farmacéuticos con el fin de exponerles el que consideramos es un importante papel, el de los farmacéuticos como profesionales sanitarios y de las farmacias, como establecimientos sanitarios, en el contexto del proyecto de ley general de salud pública que actualmente está en trámite en esta Cámara.

Desde el pasado 6 de julio de 2010, cuando el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad hizo público el primer borrador de anteproyecto, el consejo ha venido aportando sugerencias. Recordemos que en este primer anteproyecto —y discúlpenme, porque sé que me han antecedido ponentes muy importantes que ya les habrán explicado los temas más comunes— se consideraba a la farmacia —y cuando hablo de farmacia no hablo del farmacéutico como profesional sino de la farmacia, como está tipificada en la Ley de Garantías del año 2006— como establecimiento sanitario, de una manera concreta y ajustada a las verdaderas funciones que se vienen ejerciendo en relación con la promoción de la salud pública de los ciudadanos. A lo largo de la fase de consulta del anteproyecto, como ustedes saben, el Ministerio de Sanidad elaboró un nuevo texto reduciendo la participación de los farmacéuticos, en particular de las farmacias, en el desarrollo de las acciones relacionadas con la salud pública, y con esta nueva redacción el Gobierno presentó el proyecto al Parlamento para su correspondiente tramitación. Esta situación nos llevó a que desde el Consejo General de Farmacéuticos, en representación de la profesión farmacéutica, planteáramos al Ministerio de Sanidad la pérdida estratégica que podría suponer que una ley de salud pública para el siglo XXI, como la que se está tramitando, no contemplara explícitamente las funciones que en este campo ya lleva, diría siglos, por lo menos muchos años, ejerciendo la red asistencial, actualmente conformada por veintidós mil farmacias, capilarmente distribuidas con el reconocimiento de las diferentes administraciones sanitarias, las autonómicas y la Administración central.

Como consecuencia de lo dicho, el pasado 4 abril enviamos unas propuestas de enmiendas, que ahora les ampliamos en una más, y que más adelante les referiré en un corto espacio de tiempo, porque sé lo tarde que se nos ha hecho. El objetivo de estas propuestas es que esta futura ley estatal —y lo subrayo— contemple a estos establecimientos sanitarios, cuya labor es importante para el Sistema Nacional de Salud, y que se desarrolle siempre en coordinación con el resto de estructuras del sistema sanitario. A modo de ejemplo, señalo la mención que el anteproyecto de ley hacía en su momento a la colaboración prioritaria e inexcusable —entre comillas— de las administraciones sanitarias con las farmacias ubicadas en áreas socialmente deprimidas, al ser en muchas poblaciones rurales los únicos establecimientos

sanitarios accesibles a la población y que en el proyecto de ley que ahora se está tramitando ya no figura.

De una forma muy naïf, muy infantil, se puede definir la salud pública como el esfuerzo organizado de la sociedad para proteger, para promover y para restaurar la salud de las personas mediante acciones colectivas. La salud pública es una labor de todos y los distintos profesionales sanitarios participamos, y debemos participar, en actuaciones relacionadas con aquellas actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Históricamente los farmacéuticos hemos estado trabajando en salud pública desde distintos ámbitos. Educación para la salud, seguridad alimentaria, sanidad ambiental, formación e investigación, gestión sanitaria, laboratorios de salud pública o funciones de inspección son solo algunas de las áreas y campos de actuación en los que los farmacéuticos participamos activamente, tanto desde las farmacias como desde distintos organismos de las administraciones sanitarias, estatales o autonómicas. Recordemos que tenemos compañeros trabajando en farmacia hospitalaria, en atención primaria, en investigación, etcétera. El farmacéutico es un profesional sanitario que por su formación universitaria está capacitado para desarrollar las múltiples funciones que requiere el ejercicio de la salud pública. Nuestro perfil profesional nos hace expertos conocedores en materias como sanidad ambiental, higiene alimentaria, epidemiología, nutrición, análisis bromatológico de los alimentos, toxicología o microbiología. Todas estas asignaturas están incluidas en los planes de estudio que se imparten en las más de dieciocho facultades de farmacia dentro del Estado español, y que son imprescindibles a la hora de llevar a cabo los cometidos de vigilancia de la salud que la Ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias, atribuye explícitamente a los farmacéuticos. Además, recordemos la Orden 2137/2008, de 3 julio, del Ministerio de Ciencia e Innovación, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de farmacéutico, donde se pone de manifiesto que en la formación de los licenciados, los nuevos graduados en farmacia, se deben adquirir competencias que les permitan orientar su posterior ejercicio profesional en actividades encaminadas a la promoción de la salud pública y, en particular, las dirigidas a la producción, conservación y dispensación de los medicamentos con el fin de cubrir, entre otros, los siguientes objetivos —leo textualmente esta orden del año 2008—. Promover el uso racional de los medicamentos y productos sanitarios; llevar a cabo actividades en la farmacia clínica y social, siguiendo el ciclo de atención farmacéutica; intervenir en las actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedad, en el ámbito individual, familiar y comunitario, con una visión integral y multiprofesional del proceso de salud-enfermedad; diseñar, aplicar y evaluar reactivos, métodos y técnicas analíticas clínicas, conociendo los fundamentos básicos de los análisis clínicos y las caracterís-

ticas y contenidos de los dictámenes de diagnóstico de laboratorio; evaluar los efectos toxicológicos de sustancias; desarrollar análisis higiénico-sanitarios, especialmente los relacionados con los alimentos y medioambientales; desarrollar habilidades de comunicación e información, tanto orales como escritas, para tratar con pacientes y usuarios del centro donde se desempeñe su actividad profesional; promover las capacidades de trabajo, colaboración con otros profesionales en equipos multidisciplinares y las relacionadas con otros profesionales de la salud.

Complementariamente, la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias del año 2003 establece en su artículo 6 que corresponde —entre comillas— a los licenciados en farmacia las actividades dirigidas a la producción, conservación y dispensación de medicamentos, así como la colaboración en los procesos analíticos, farmacoterapéuticos y de vigilancia de la salud pública. Todas estas actuaciones se llevan a cabo por los farmacéuticos en sus distintos ámbitos profesionales.

Si hablamos de los farmacéuticos comunitarios —decimos coloquialmente farmacéuticos comunitarios, pero si nos ceñimos a la normativa serían los farmacéuticos de oficina de farmacia—, este cometido se hace a través de las veintidós mil farmacias, en las que trabajan cuarenta y dos mil farmacéuticos, repartidas por todo el territorio del Estado, que atienden diariamente a dos millones de ciudadanos, como una red de establecimientos sanitarios privados de interés público —así lo marca nuestra ley—, unos espacios de salud, con una importante participación en programas e iniciativas de salud pública, en coordinación con el resto de las estructuras sanitarias que representan un enorme beneficio para la salud de los ciudadanos. Baste con el ejemplo de que en los últimos diez años se han llevado a cabo a través de las farmacias comunitarias del Estado más de cien campañas sanitarias, orientadas a promover una mejora de la salud y un mayor bienestar de la población; actividades de educación sanitaria centradas en alergias, drogodependencias, tabaquismo, hipertensión, vacunación, VIH-sida, gripe, higiene bucodental y alimentación, entre otros temas. Todas estas iniciativas han sido impulsadas desde la organización farmacéutica colegial, con el reconocimiento expreso del Ministerio de Sanidad como de interés sanitario, y han contribuido a impulsar la promoción de hábitos de vida saludable, a mejorar el uso racional de los medicamentos y a promover el conocimiento y la prevención de determinadas patologías.

Nuestra experiencia en esta materia nos está permitiendo afrontar el más reciente proyecto de la farmacia comunitaria al servicio de la sanidad, cuyo objeto es fomentar la investigación y la promoción científica, cultural, laboral y social en los diferentes ámbitos de la labor asistencial del farmacéutico, en particular en el de la salud pública. De esta forma, hacemos también efectivo cumplimiento de los objetivos de las principales organizaciones sanitarias a nivel europeo y mundial, en general, al estar capacitados para actuar en situaciones

de normalidad y también de crisis humanitarias, como son desastres naturales, atentados terroristas o pandemias, en las que el farmacéutico tiene y desempeña una función específica y esencial. Precisamente, la Federación Internacional Farmacéutica, la FIF, destaca nuestra importante labor en la planificación y ejecución de los planes de respuesta ante situaciones de crisis, como desastres naturales o enfermedades pandémicas. La propia Organización Mundial de la Salud, en su 47ª Asamblea, celebrada en mayo de 1994, reconocía expresamente —entrecomillo— que el farmacéutico puede desempeñar una función decisiva en la salud pública. Para ello, anima a los farmacéuticos y a sus organizaciones profesionales a que participen activamente en la prevención de enfermedades y en la promoción de la salud e insta a los gobiernos a que aprovechen plenamente la competencia técnica del farmacéutico en todos los niveles del sistema de atención sanitaria.

Algunas de estas situaciones han producido en España, y podemos hablar del caso más reciente, de la gestión de la gripe A; la demanda de información que a diario se recibe en las farmacias sobre el calendario vacunal o de los desastres naturales, así como las recientes inundaciones vividas en nuestra geografía, han demostrado que los farmacéuticos y las farmacias hemos desempeñado un papel sanitario importante facilitando el acceso a la asistencia sanitaria por parte de los ciudadanos. Además, se trabaja al servicio de las distintas administraciones sanitarias —y aquí entro en el papel del profesional farmacéutico al servicio de las administraciones sanitarias, tanto estatales como autonómicas— llevando a cabo una importante labor en el ámbito de la salud pública en distintos campos, como la seguridad alimentaria, donde es muy importante la inspección, vigilancia y control de la producción y comercialización de los alimentos, productos alimenticios, aguas de bebida envasada y productos químicos biocidas y plaguicidas susceptibles de entrar en la cadena alimentaria, o la epidemiología y control de posibles intoxicaciones alimentarias y la gestión de alertas y el control de contaminantes en los alimentos. También trabajan en sanidad ambiental, en la que destacan todas aquellas actividades que contribuyen a la vigilancia, evaluación y control de riesgos ambientales, con especial atención al control de aguas de consumo público, aguas termales, prevención y control de legionelosis y el control y vigilancia de residuos sanitarios, entre otros. También se trabaja en medicamentos y productos sanitarios, en información, formación y educación para la salud y promoción de hábitos de vida saludables, en formación e investigación, en el Laboratorio de Salud Pública, mediante la participación en las actividades analíticas de estos centros, así como en los procedimientos de acreditación de laboratorios y certificación de técnicas analíticas o en gestión sanitaria.

Estos y otros argumentos —el tiempo es limitado y no les quiero abrumar con más información que está a su disposición— hacen que traigamos ante sus señorías

algunas propuestas que ya habíamos planteado en el anteproyecto y que ahora en el proyecto, ya que se ha reducido el número de artículos del mismo y se han cambiado algunos, volvemos a presentar ante esta Comisión. Consideramos que la redacción de esta nueva ley general de salud pública es muy importante, porque debe responder ampliamente a las necesidades de salud de los ciudadanos del siglo XXI. Así, de una forma concreta, les comento que venimos a proponerles enmiendas que se refieren fundamentalmente a tres artículos —el 21, el 23 y el 45— del proyecto de ley.

Con respecto al artículo 21, hacemos una propuesta muy sencilla y que no entra en colisión, por supuesto, con ningún otro profesional ni con ninguna otra actividad. En el punto 2, cuando se dice que las administraciones sanitarias establecerán procedimientos para una coordinación efectiva de las actividades de salud pública que se desarrollan en un área sanitaria determinada con las realizadas en atención primaria y especializada, les rogamos que valoren introducir «incluyendo la colaboración de las oficinas de farmacia», ya que entendemos que las farmacias, como establecimientos privados, están imbricadas en el ámbito de la atención primaria y, como tales, deben —creemos que es un deber más que un derecho— colaborar en los procedimientos y en las actividades de salud pública que se desarrollan en su entorno, siempre en beneficio de los pacientes. Debe tenerse en cuenta —y es una idea que repetimos en todos los foros en los que tenemos la oportunidad de hablar— que el 83 por ciento de la actividad de las farmacias comunitarias de todo el Estado está financiado con cargo a fondos públicos, ya que proceden de la dispensación de recetas al Sistema Nacional de Salud y de las mutualidades, por lo que no puede quedar ajena a las necesidades del sistema en materia de salud pública. Así lo establecen las leyes de regulación y servicios de oficinas de farmacia del año 1997, la Ley de garantías —nuestra antigua Ley del Medicamento— y uso racional de medicamentos y productos sanitarios del año 2006 y, por supuesto, las distintas leyes autonómicas de ordenación farmacéutica. En concreto, la Ley de regulación de servicios de las oficinas de farmacia, en su artículo 1, establece que las farmacias son establecimientos sanitarios privados de interés público sujetos a planificación sanitaria y en los que el farmacéutico titular-propietario de las mismas, asistido en su caso de ayudantes o auxiliares, deberá prestar entre otros los siguientes servicios, y leo textualmente: la información y el seguimiento de los tratamientos farmacológicos a los pacientes; la colaboración en el control del uso individualizado de los medicamentos a fin de detectar reacciones adversas y, en el caso de que se produzcan, notificarlas a los organismos responsables de farmacovigilancia; la colaboración en los programas que promueven las administraciones sanitarias sobre garantía de calidad de la asistencia farmacéutica y de la atención sanitaria en general, promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad y educación sanitaria; la colaboración con la

Administración sanitaria en la formación e información dirigidas al resto de profesionales sanitarios o usuarios sobre el uso racional de los medicamentos y de los productos sanitarios y la actuación coordinada con las estructuras asistenciales de los servicios de salud de las comunidades autónomas. De todo lo anterior se desprende que, por competencia profesional y en beneficio de los ciudadanos, las autoridades sanitarias deben buscar y propiciar los adecuados cauces de coordinación entre las diferentes estructuras que componen la atención especializada y la atención primaria, en la que se deben encuadrar las oficinas de farmacia.

La segunda propuesta se refiere al artículo 23 del proyecto, en el que hemos aportado dos propuestas: una, al propio título, y otra, al punto número 1. Por lo que se refiere al título del mencionado artículo, el 23, les solicitamos un cambio de denominación, ya que se le ha llamado «de la colaboración de otros dispositivos sanitarios». Les rogamos que, como expertos en la materia, valoren la sustitución del concepto «dispositivos sanitarios», que hasta semánticamente nos cuesta mucho encuadrar, por «centros y establecimientos sanitarios». Consideramos que ahí cabemos todos los centros y todos los establecimientos que estamos colaborando y que así eludimos el término «dispositivo sanitario», que parece más un mecanismo o un aparato que lo que es en sí y lo que creo que ponía en el anteproyecto, que son centros y establecimientos sanitarios. Dado que el contenido del artículo hace referencia a servicios y establecimientos sanitarios, se debería hacer la misma mención en su título, en coherencia además con las definiciones que para las farmacias se establecen en las normativas sanitarias que ya les he comentado: ley de garantías, leyes autonómicas, etcétera. Igualmente, el Real Decreto 1277/2003, por el que se establecen las bases generales sobre la autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, define las oficinas de farmacia como establecimientos sanitarios.

En la siguiente enmienda, también al artículo 23, a su punto 1, proponemos una redacción alternativa, que queda a disposición de sus señorías, en la que se recoge la posibilidad de contar con la colaboración de las farmacias en actuaciones en beneficio de la salud pública de los ciudadanos, estableciendo para ello los medios que hagan factible la participación, incluso de aquellas que están ubicadas en zonas muy deprimidas. En igual sentido se recoge toda la participación de centros de veterinaria o de otros servicios sanitarios, como no puede ser de otra forma. Por otro lado, si uno de los principios generales establecidos en el proyecto de ley es el de la equidad y la reducción de las desigualdades sociales, es esencial que ninguna farmacia quede excluida de los conciertos que se puedan establecer para el impulso de las acciones en salud pública; de lo contrario, surgirían desigualdades entre la población a la que asistimos. De ahí que en la redacción que se propone se haya incluido expresamente la necesidad de contar con todas y cada una de las oficinas de farmacia. Se considera también imprescindible contar con la participación de la estructura colegial, puesto que además de ser los representantes de los

profesionales —que eso puede ser una cosa absolutamente al margen—, son los que pueden aunar la acción de cada farmacéutico con la de los demás compañeros y establecer unos vínculos necesarios para comprometer y para maximizar la calidad de las actuaciones de salud pública solicitadas por nuestras administraciones sanitarias. Los colegios, los consejos autonómicos y el consejo general tienen una amplia experiencia de promoción y colaboración con las administraciones sanitarias, tanto estatal como autonómicas, en diferentes actividades de salud pública en beneficio del ciudadano, contando siempre con la colaboración de los profesionales farmacéuticos. Un ejemplo muy reciente ha sido el papel desempeñado en la puesta en marcha de la receta electrónica en algunas comunidades autónomas, donde la labor de la organización colegial ha asegurado la infraestructura y la conectividad necesaria para toda la red de farmacias, en beneficio de los ciudadanos a los que atendía; una realidad que hubiera sido difícil de conseguir desde la individualidad de cada profesional, tal como muchas de las comunidades autónomas y muchas de las consejerías que han trabajado en este tema y que son pioneras en receta electrónica han reconocido.

La última propuesta que les hacemos se refiere al artículo 45. Con esta nueva propuesta de enmienda al apartado 3 del artículo 45, que presentamos en representación de los farmacéuticos que desarrollan su labor profesional al servicio de las administraciones en el ámbito de la salud pública, se añade una redacción que ya se encontraba en el anteproyecto. Les proponemos la redacción que les adjuntamos, porque entendemos que además de que las administraciones sanitarias deben facilitar a estos profesionales la formación continuada necesaria para su adecuado desarrollo, se tiene que reconocer de una forma explícita, tal y como establecen la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias y la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. De esta manera aseguraremos una satisfactoria carrera profesional que permitirá garantizar al ciudadano un correcto ejercicio profesional.

Señorías, voy acabando y me pongo a su disposición. La farmacia, con mayúsculas, debe tener un espacio en esta ley general de salud pública. Desde esta red de veintidós mil farmacias, como centros sanitarios estratégicos —son estratégicos no solo para la dispensación del medicamento, sino también al servicio de la salud pública— plenamente imbricados dentro del Sistema Nacional de Salud y atendidos por más de 42.000 profesionales farmacéuticos, estamos trabajando arduamente en la mejora de la salud de los ciudadanos. Un proyecto de ley de esta envergadura tiene que cumplir el objetivo fundamental que establece nuestra Ley General de Sanidad, cuyo 25.º aniversario hemos celebrado hace poco, que es el de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, en cumplimiento de los preceptos constitucionales del derecho a la salud. En este sentido, tenemos que aprovechar la labor que se desarrolla en las farmacias españolas, a las que cada día —como les he comentado— acuden más de 2 millones de ciudadanos, muchos de los cuales no son pacientes, son ciuda-

danos sanos que buscan un consejo de salud, objetivo fundamental de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad. En definitiva, en nuestra humilde opinión, la futura ley de salud pública debe recoger expresamente el papel que las farmacias y los farmacéuticos desarrollan en este campo, poniendo a disposición de todos los ciudadanos todo el saber de la labor sanitaria que ofrecen y que vienen desarrollando desde hace muchas décadas.

El señor **PRESIDENTE:** A continuación tienen la palabra los grupos parlamentarios. Grupo Parlamentario Popular.

El señor **MARTÍNEZ SORIANO:** Muchas gracias, doña Carmen Peña, por su exposición. Felicidades, porque ha hecho una exposición concreta del papel del farmacéutico como tal en la salud pública y del papel de la farmacia como establecimiento sanitario.

Se ha quejado —y creo que con razón— de que el borrador inicial del proyecto de ley recogía mucho mejor el papel de los farmacéuticos y de las farmacias que el proyecto de ley que hoy estamos empezando a debatir. Es fundamental que en el proceso de enmiendas los diferentes grupos lo mejoremos. Esa es nuestra obligación y nuestra idea. Nuestra idea es mejorar fuertemente el papel, en este caso, de los farmacéuticos —antes hemos hablado con los veterinarios—, profesionales sanitarios que están implicadísimos en la salud pública.

Solamente quería decirle que la farmacia, como establecimiento sanitario, constituye una red muy importante que en pocos países existe; yo creo que en ninguno. España tiene la ventaja de tener una farmacia por cada 1.850 o, según otros cálculos, 1.900 habitantes, mientras que la media europea, como bien saben, es de 5.000. Gracias a eso tenemos veintidós mil farmacias que están abiertas todos los días a disposición de la ciudadanía en general.

La pregunta que le quiero hacer es si piensa que hay que mejorar la coordinación existente entre las diferentes comunidades autónomas y si esta ley podría mejorarla. Efectivamente desde las farmacias se han realizado muchas actuaciones en salud pública, en prevención de enfermedades —lo ha expuesto muy bien antes—, en diabetes, en alimentación, en sida, en drogadicción, etcétera, pero esto no ha sido equitativo en todo el territorio español, porque saben ustedes que tenemos diecisiete comunidades autónomas con diecisiete servicios de salud pública, y mientras que en algunos lugares se ha hecho de forma extraordinaria, en otros se ha hecho de una forma más pequeña, sin haberlo trabajado tanto. Por eso le pregunto si es necesario mejorar la coordinación y si podríamos aprovechar esta ley para hacerlo.

El señor **PRESIDENTE:** Grupo de Convergència i Unió, ¿tiene alguna pregunta? (Pausa.)

La señora **TARRUELLA TOMÀS:** Simplemente quiero agradecer a la presidenta del Consejo General de

Farmacéuticos su presencia aquí. Estamos de acuerdo con algunas de las opiniones que ha expresado. Ya nos mandó unas cuantas enmiendas y si hay alguna más que podamos recoger durante el trámite de presentación de enmiendas se la agradeceríamos muchísimo.

Nosotros también pensábamos que era importante escuchar aquí la voz de los representantes de esta magnífica red de oficinas de farmacia, así como la de los veterinarios que faltaban y las del resto de los profesionales del ámbito que abarca esta ley tan transversal de salud pública.

Por otra parte, después de escuchar al portavoz del Grupo Popular, no puedo resistirme a decirle —es solo un minuto— que hay diecisiete comunidades autónomas y diecisiete servicios de salud con pleno derecho. La coordinación es un tema que corresponde al Estado, pero si en algunos se hacen unas cosas y en otros no, existen unos magníficos parlamentos autonómicos cuyos diputados tienen que trabajar y exigir que las cosas se hagan bien en todos. (Un señor diputado pronuncia palabras que no se perciben.)

El señor **PRESIDENTE:** No me abran debates a las nueve de la noche, por favor.

Tiene la palabra el Grupo Parlamentario Socialista.

La señora **GRANDE PESQUERO:** Carmen Peña ya habrá podido comprobar que la Comisión de Sanidad está viva y eso está muy bien. Nunca llega la sangre al río. Siempre conseguimos debatir mucho y llegar a lo que, con toda la humildad del mundo, pensamos que es lo mejor para los ciudadanos en materia de salud. Mi grupo agradece muchísimo no solo su comparecencia de hoy, que ha sido muy interesante, sino su predisposición, como presidenta del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, a colaborar con las administraciones sanitarias, con este Parlamento y, concretamente, con esta Comisión para trabajar en la línea a la que me refería hace un momento, y no solo la suya, sino la de todos los profesionales y la de esos 44.000 farmacéuticos que trabajan en las oficinas de farmacia en el sistema sanitario nacional. Todos ellos y también usted, como presidenta del consejo, saben que el Grupo Parlamentario Socialista y el Gobierno al que apoya no solo fomentan la labor de las oficinas de farmacia, sino que la defienden en Europa. Lo hemos hecho duramente y, hasta ahora, lo hemos conseguido. Esperemos poder continuar manteniendo esa estructura que, desde luego, es una pieza fundamental para el Sistema Nacional de Salud.

Nos parecen absolutamente razonables las enmiendas que nos ha traído. Las vamos a releer, porque ya las hemos leído, y vamos a intentar que las oficinas de farmacia, la farmacia y los farmacéuticos españoles estén en la ley de salud pública como tengan que estar, porque son una pieza absolutamente fundamental. Además, estoy absolutamente de acuerdo con lo que ha dicho. No podemos permitirnos esa pérdida estratégica de veintidós

mil oficinas de farmacia. Todos los ciudadanos españoles tienen un médico de cabecera, pero también tienen una farmacia de cabecera, y a veces es tan importante la labor del médico de cabecera como la de la farmacia de cabecera. Como mi grupo así lo entiende, así lo va a defender.

No me quiero extender más. No tenemos ninguna pregunta, porque ha sido una exposición muy clara. Agradecemos una vez más a la señora Peña su presencia y su intervención.

El señor **PRESIDENTE**: Para concluir, tiene la palabra la señora Peña López.

La señora **PRESIDENTA DEL CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS** (Peña López): En primer lugar, quiero expresarles a todos mi consideración, mi agradecimiento y, sobre todo, mi tranquilidad por tener una Comisión de Sanidad en el Parlamento español que sabe perfectamente lo que tiene que hacer. No ya como presidenta de una organización colegial, sino como ciudadana me honra tenerles a ustedes, porque a lo largo de estos años he tenido la oportunidad de irles conociendo y sé que cada uno en su grupo político es un auténtico boina verde de la Sanidad. Por tanto estoy muy orgullosa, no solo como presidenta de una organización colegial, sino como ciudadana, del nivel intelectual que tiene esta Comisión.

Con respecto a lo que me decía el compañero del Grupo Popular sobre la cohesión, creo que una de las grandezas de la planificación de la farmacia española —y me voy a salir de lo que hoy me ha traído aquí, que es la salud pública, aunque no deja de ser parte de ella— es que sabe compaginar la realidad de asegurar el acceso a la población, que se ha hecho a través de las transferencias sanitarias y es una grandeza del propio Sistema Nacional de Salud, con la capacidad y la obligación de buscar coordinación, en beneficio precisamente de esas individualidades, sobre el respeto autonómico más grande. La red de veintidós mil farmacias es el pilar de la convivencia entre la realidad autonómica de gestión y la realidad nacional de coordinación. Se lo digo porque estamos hablando de una farmacia, la farmacia española, que tiene —ustedes lo saben igual que yo, no mejor, porque de esto es de lo único que yo sé y ustedes saben de otras cosas además de saber de farmacia— un medi-

camento a efectos de registro, precio y financiación, que es labor de Estado. Curiosamente, ese medicamento, que es el producto estratégico sobre el que trabajamos los farmacéuticos, que no es el fin en sí mismo, sino la herramienta para llegar al paciente y comprometernos con su salud, es labor de Estado. Sin embargo, el establecimiento sanitario en el que trabajamos es una transferencia sanitaria perfectamente hecha a lo largo de todos estos años de autonomía. De esta forma, la prestación es un hecho autonómico con respeto absoluto a las necesidades autonómicas en materia de prestación farmacéutica, pero que sabe convivir con el respeto a las competencias del Estado. Por tanto, somos uno de los grandes ejemplos —disculpenme, porque a lo mejor peco de falta de humildad— de cómo podemos tener la realidad autonómica en materia de transferencias sanitarias y, sin embargo, no perder el norte de la búsqueda de ese concepto de salud única dentro del espacio del Estado español.

Quiero dar las gracias por su pregunta a Convergència i Unió. En el fondo refundo un poco las dos cosas, porque creo que no es que deba, es que tiene que ser absolutamente compatible. Tenemos desencuentros, pero creo que los superaremos, porque la grandeza del Sistema Nacional de Salud, a través de los diecisiete sistemas regionales, puede con eso y con más.

Al Grupo Socialista quiero agradecerle la defensa que históricamente le ha tocado hacer ante Europa del modelo español. Además, estamos seguros de que lo ha hecho no como una ayuda gremialista, mal entendida, a un colectivo de señores que tenía en su Estado, casi como una defensa patrioter, sino desde el convencimiento de que es un modelo bueno. Es mejorable, pero está claro que no hay un modelo fuera de nuestras fronteras que sea mejor para poderlo cambiar, y lo que funciona ¿para qué cambiarlo?

Muchísimas gracias y muchas gracias, señor presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Doy las gracias a la presidenta del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

Se levanta la sesión.

Eran las ocho y cincuenta y cinco minutos de la noche.

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**

