



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2006

VIII Legislatura

Núm. 491

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DE LA EXCMA. SRA. D.^a MARGARITA URÍA ETXEBARRÍA

Sesión núm. 27

celebrada el miércoles, 22 de febrero de 2006

Página

ORDEN DEL DÍA:

Proposiciones no de ley:

- | | |
|--|---|
| — Relativa a los profesionales sanitarios que trabajan fuera de España. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/001166.) | 2 |
| — Relativa a medidas contra la asbestosis. Presentada por el Grupo Parlamentario Mixto. (Número de expediente 161/000582.) | 5 |
| — Relativa a los efectos sobre la salud de la exposición al amianto y medidas a adoptar al respecto. Presentada por el Grupo Parlamentario de Izquierda Verde-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds. (Número de expediente 161/001439.) | 5 |

— Relativa al fomento de la investigación sobre la enfermedad de Alzheimer y al estudio de sus repercusiones sociosanitarias. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista del Congreso. (Número de expediente 161/000559.)	10
— Relativa a la osteogénesis imperfecta. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/001367.)	13
Comparecencia del señor director del Instituto de Salud Carlos III (Gracia Navarro) para informar sobre las líneas de actuación y proyectos del Instituto de Salud Carlos III para el año 2006. A petición del Gobierno. (Número de expediente 212/000919.)	16
Preguntas:	
— Del señor Gutiérrez Molina (Grupo Parlamentario Popular en el Congreso), sobre estado del Convenio suscrito entre el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (Ingesa) y el Instituto de Salud Carlos III. (Número de expediente 181/000936.)	16

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

PROPOSICIONES NO DE LEY:

— **RELATIVA A LOS PROFESIONALES SANITARIOS QUE TRABAJAN FUERA DE ESPAÑA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR DEL CONGRESO. (Número de expediente 161/001166.)**

La señora **PRESIDENTA:** Señoras diputadas, señores diputados, damos comienzo a la sesión del día de hoy con una alteración, que creo que ustedes ya conocen, que consiste en que veremos en primer lugar la proposición no de ley que figura como cuarta en el orden del día, relativa a los profesionales sanitarios que trabajan fuera de España. Es iniciativa del Grupo Parlamentario Popular y para presentarla tiene la palabra la diputada señora Velasco.

La señora **VELASCO MORILLO:** En primer lugar quiero agradecer al resto de los grupos parlamentarios que nos hayan permitido alterar el orden del día, pudiendo debatir esta proposición no de ley que era el cuarto punto en primer lugar.

El Grupo Popular tiene el honor de presentar y debatir en esta Cámara una iniciativa relativa a los profesionales sanitarios, que son el verdadero motor de nuestro Sistema Nacional de Salud. Nos vamos a centrar en los profesionales que trabajan fuera de España y en su relación con el resto de profesionales de la Unión Europea. Lo hacemos en un momento en el que se cuestiona la falta de liderazgo del Ministerio de Sanidad y Consumo para que se cree una carrera homologada con criterios comunes y que garantice la movilidad de los profesionales en el Sistema Nacional de Salud dentro del claro marco jurídico del que disponemos.

Señorías, hoy nadie cuestiona la formación de nuestros profesionales sanitarios, médicos y enfermeras, que tienen un reconocimiento en el ámbito internacional dada la magnífica formación que se imparte en nuestro país. Nuestros profesionales se hacen atractivos en el marco laboral de la Unión Europea en países como Reino Unido, Francia, Italia o Portugal; y también el grado de satisfacción obtenido por los que han decidido desarrollar su carrera profesional fuera de España es muy elevado, ya que entre otras ventajas se han encontrado unas condiciones laborales muy favorables. Desde mi grupo parlamentario entendemos que el tiempo que están estos profesionales fuera de España se debe considerar dentro de su carrera profesional en el Sistema Nacional de Salud y además debe servir de motivación para regresar, sobre todo en un momento en el que estamos viendo constantemente a través de los medios de comunicación que son necesarios profesionales sanitarios. Y el Gobierno del señor Rodríguez Zapatero no está haciendo nada por diseñar un plan donde se vea claramente cuáles son esas necesidades de recursos humanos y cuáles deben ser sus posibles soluciones, como han hecho en otros países de la Unión Europea. La carrera profesional, y así lo manifestamos en una proposición no de ley presentada y debatida por mi grupo en esta Comisión de Sanidad hace ya casi un año, debe ser una forma de reconocimiento del esfuerzo personal, la motivación y el compromiso de los profesionales con el Sistema Nacional de Salud. Implica a la vez el reconocimiento individual de la experiencia asistencial, investigación, docencia o cumplimiento de objetivos entre otros aspectos.

Nosotros consideramos que dentro de la experiencia asistencial se tiene que tener en cuenta de una forma especial los servicios prestados en otros sistemas de salud de la Unión Europea, porque la carrera profesional debe ser el pilar fundamental a partir del cual se sostengan los avances necesarios en la definición de las políticas de personal dentro de la sanidad española, evitando que puedan existir 17 carreras profesionales diferentes e incompatibles

entre sí. Como desde este grupo parlamentario no conocemos en qué grado de elaboración se encuentra el documento de homologación de carrera profesional y tampoco cuáles van a ser los principios y criterios comunes aplicables en los servicios de salud de las comunidades autónomas, creemos oportuno que se incluya un criterio, y así lo pedimos en esta proposición no de ley, que reconozca en España los servicios prestados en otros sistemas nacionales de salud de la Unión Europea, de manera que computen en el Sistema Nacional de Salud español. No sabemos si dicho criterio se tiene que valorar o discutir en el grupo de trabajo de carrera profesional, en la comisión técnica de desarrollo profesional, en la Comisión nacional de recursos humanos o en el Consejo Interterritorial, y si nos remitimos al artículo 40.3 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, señala claramente que la Comisión de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud establecerá los principios y criterios generales de homologación de los sistemas de carrera profesional de los distintos servicios de salud, a fin de garantizar el reconocimiento mutuo de los grados de carrera, sus efectos profesionales y la libre circulación de dichos profesionales en el Sistema Nacional de Salud. Siendo esto así, analizamos algunas de las declaraciones hechas por algún responsable del Ministerio de Sanidad y Consumo donde se anunciaba que en la próxima Comisión nacional de recursos humanos del mes de marzo se presentará un documento de homologación de carrera profesional. Creemos que es oportuno que se tenga en cuenta de una forma especial a los profesionales que han trabajado en el exterior.

Hemos de ser conscientes de cuál es la realidad de los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud. Tenemos, por un lado, un número cada vez mayor de médicos y enfermeras que ejercen fuera de nuestras fronteras, con una demanda creciente de nuestros especialistas en países de la Unión Europea como son Reino Unido, Portugal, Francia o Suecia, firmándose convenios de colaboración para facilitar las contrataciones y con unas perspectivas laborales muy interesantes en términos de contratación y salario. Y, por otro lado, algunas comunidades autónomas se han visto en la necesidad de reclamar de otros Estados de la Unión Europea para cubrir necesidades asistenciales en zonas y especialidades concretas. Es el caso, por ejemplo, de Extremadura, que —como hemos conocido recientemente— contrata decenas de polacos, Canarias, cubanos, en otras comunidades hay profesionales de diferentes países. Esto hace necesario que se trabaje en unos planes de ordenación de los recursos humanos y así se definen en la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud —Ley 16/2003, de 28 de mayo— y en la Ley del estatuto marco del personal estatutario —Ley 55/2003, de 16 de diciembre—, para poder disponer del verdadero número de profesionales para prestar unos servicios de salud modernos y en constante mejora.

Las situaciones de desequilibrios laborales hacen que sean uno de los factores que influyan de manera decisiva en los flujos migratorios de profesionales sanitarios a otros países. Por ejemplo, si hablamos de cuál es el número de

enfermeras por cada 100.000 habitantes, en Europa existe una media de 843 enfermeras, un dato muy superior al ratio español, que es de 500; se queda a 343 enfermeras de la media europea y supone un 40 por ciento menos de profesionales. Con esta diferencia que nos separa de la media europea, por cada 100.000 habitantes se podría abrir un hospital de 300 camas. Si hacemos una valoración de cuáles son los ratios de determinados especialistas médicos, también nos encontramos con diferencias en el marco de la Unión Europea, que hacen evidente la necesidad de estudiar en profundidad las necesidades de médicos por especialidades para abordar, desde la óptica de la previsión, la planificación y la gestión de recursos humanos a medio y largo plazo, porque los recursos humanos sanitarios deberían estar determinados en última instancia por las necesidades de salud de la población. Indicadores ya establecidos como son los de la Organización Mundial de la Salud muestran importantes desigualdades en los ratios de profesionales sanitarios y determinan la calidad de los sistemas sanitarios de cada país.

Nosotros, por todo lo anterior, en la segunda parte de la proposición no de ley instamos al Gobierno a que se garantice el incremento del número de médicos, enfermeras y demás personal sanitario en nuestros servicios de salud, con el fin de que queden homologados los ratios que se dan en otros Estados miembros de la Unión Europea.

La señora **PRESIDENTA**: Antes de dar la palabra al grupo que ha presentado enmiendas a esta iniciativa, hago la manifestación de que en un cálculo a lo mejor muy optimista por mi parte, las votaciones no se producirán de ninguna manera antes de las once y media de la mañana. Hecha esta previsión, exhorto a SS.SS. a ser comedidos en el uso del tiempo puesto que son varias las proposiciones no de ley y, como todos ustedes conocen, está previsto una comparecencia y la realización de una pregunta.

Como ya he indicado, existe una enmienda presentada a esta iniciativa por el Grupo Parlamentario Socialista y para su defensa tiene la palabra la señora Aburto.

La señora **ABURTO BASELGA**: Se nos presenta una proposición no de ley que nos parece oportuna porque plantea un problema real. Lo que pasa es que habla de dos hechos que nosotros pensamos que tienen poca o ninguna conexión. En primer lugar, el reconocimiento del Sistema Nacional de Salud español de los servicios prestados por profesionales españoles en otros países, por ejemplo en el británico y otros, pero no dice cuáles, no especifica si son de la Unión Europea o son otros. En segundo lugar pide que se garantice el número de profesionales sanitarios para adecuar la ratio española a la de otros países de la Unión Europea. No vemos clara la relación entre estas dos cosas, pensamos incluso que pueda ser contradictorio, porque, si se aprueba un incentivo para los médicos o para las enfermeras que abandonan nuestro país, ello podría animar a nuestros profesionales a que sigan emigrando, aumentando con ello el supuesto déficit de sanitarios en España.

Empezando por la primera parte, es absolutamente cierto que un número importante de nuestros profesionales, cada vez más importante, se van a otros países con sistemas nacionales sanitarios públicos y fuertes. Estoy completamente de acuerdo en que ello denota su magnífica formación y también el buen nombre de nuestro sistema sanitario, pionero en Europa en muchos ámbitos, fundamentalmente, como todos sabemos, en el de trasplantes, pero no solo en ese sino en muchos otros, lo que se debe, en gran parte, al buen hacer de nuestros profesionales, aunque también influye el modelo español que ha demostrado su buen funcionamiento. La emigración de profesionales no es más que un fenómeno de la globalización, que crea tanto oportunidades como retos es preciso afrontar, por ejemplo las OPA. Nuestros profesionales tienen todo el derecho a su realización personal. Les ayuda a su formación, no solo profesional sino de conocimientos en general, de educación y de idiomas; también como la presencia española es cada vez más importante en el mundo, les resulte más posible. Estoy de acuerdo en que se abra cada vez más a Europa y que, como dice en su exposición de motivos, se armonice el sistema sanitario europeo, que garantice no solo la calidad sino también el acceso igualitario para todos los ciudadanos de la Unión Europea a un sistema sanitario de calidad. Pero esta iniciativa habría que plantearla en otra instancia o por lo menos en otra Comisión, por ejemplo en la mixta de la Unión Europea. La emigración de profesionales sanitarios es un reto de todos los países que, como el nuestro, disponen de un sistema público y universal; sobre todo con el que más se parece al nuestro que es el británico. Los británicos resolvieron su problema de déficit sanitario creando, cuando entró el partido laborista en el Gobierno, más de cien hospitales y muchos puestos de trabajo para profesionales. El Gobierno del Partido Popular firmó una declaración conjunta, doña Celia Villalobos, donde se proponía el intercambio de médicos de familia, especialistas y enfermeras que trabajaran en un sitio o en otro, intercambio que evidentemente solo se ha producido hacia un lado; ha facilitado la emigración de profesionales sanitarios hacia el Reino Unido pero no que vinieran sanitarios ingleses a trabajar en nuestro país. Nosotros no estamos de acuerdo en que se firmen acuerdos tan discriminatorios para nuestro país. Hay que recordar que la formación de un profesional es muy cara y que la pagamos entre todos con nuestros impuestos. En cuanto a la autobarefacción, en la OPE se valora exactamente igual la experiencia en un sistema público español que en uno extranjero —0,3 puntos por mes trabajado—; no es así si se trabaja en un sistema privado, ni español ni extranjero. Las bolsas de empleo de las comunidades autónomas usan diferentes baremos, pero es obvio, como es lógico, que barren para su casa; sería contradictorio que favorecieran la salida de estos profesionales. En cuanto al desarrollo de la carrera profesional, es evidente que se está trabajando ya en ello. Nosotros no pensamos que se deba dar ningún tipo de preferencia, habrá que hacer un estudio para valorar si los criterios que se puedan dar a estos

profesionales que trabajan fuera de España deben ser positivos para que vuelvan o negativos para que no se vayan. Es un tema que habrá que estudiar con cuidado para no jugar con los tributos de los españoles.

En cuanto a que tenemos pocos profesionales con respecto a otros países, en la ratio media no es cierto. Es bastante relativo, dado que los modelos europeos no son iguales. En cualquier caso, y según la ley que usted menciona en su proposición no de ley —la 44/2003—, la formación de especialistas depende de la comisión de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud previo informe del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y del Ministerio de Educación, atendiendo a las propuestas realizadas por las comunidades autónomas que son las que determinan cuántos profesionales pueden formar. También hay que considerar la posibilidad de financiarlos, porque las pagan las comunidades autónomas, no solamente tienen que tener los medios técnicos y humanos sino también las posibilidades financieras, que son de las comunidades autónomas. Nosotros estaríamos de acuerdo en que las universidades aumenten el número de pregraduados admitidos —la consejera andaluza ha pedido ya que se aumente el cupo—, pero es una solución a largo plazo y tienen que estar de acuerdo los organismos competentes.

Nuestra enmienda pide que se promuevan los acuerdos en la comisión de recursos humanos, que es donde señala la ley, teniendo en cuenta su repercusión sobre la emigración o la vuelta de esos profesionales, dado que los importes de los costes de formación suponen un importante valor para nuestros ciudadanos y una repercusión importante para nuestro sistema sanitario. También pedimos que se estudien las necesidades de recursos humanos según cada sistema autonómico de salud y su capacidad de formación y financiación. Así están estipulados pero se puede estudiar su mejora. Es preciso armonizar el derecho comunitario, el de los profesionales a realizarse y el de las necesidades de nuestro sistema público de salud. Lo que no podemos recomendar es seguir el modelo de acuerdo con el National Health Service, porque es demasiado desequilibrado para nuestro país y no repercute de manera positiva para nosotros.

La señora **PRESIDENTA**: ¿Puede el Grupo Popular contestarnos en este momento si acepta o no la enmienda del Grupo Socialista o esperamos al momento de las votaciones?

La señora **VELASCO MORILLO**: Simplemente quiero decir que yo me he debido explicar fatal en mi intervención porque en nuestra propuesta pedíamos algo muy claro, que se tenga en cuenta el trabajo desempeñado por los profesionales que realizan su trabajo fuera de España dentro de los criterios de carrera profesional que próximamente se van a presentar.

La señora **PRESIDENTA**: Sin más explicaciones, señora Velasco, que se nos va el tiempo. Solo le he preguntado si acepta la enmienda o no. Deduzco que no.

La señora **VELASCO MORILLO**: No. Tal como está redactada, no.

— **RELATIVA A MEDIDAS CONTRA LA ASBESTOSIS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO MIXTO. (Número de expediente 161/000582.)**

— **RELATIVA A LOS EFECTOS SOBRE LA SALUD DE LA EXPOSICIÓN AL AMIANTO Y MEDIDAS A ADOPTAR AL RESPECTO. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO DE IZQUIERDA VERDE-IZQUIERDA UNIDA-INICIATIVA PER CATALUNYA VERDS. (Número de expediente 161/001439.)**

La señora **PRESIDENTA**: Nuevamente llamo a la flexibilidad y generosidad de SS.SS., puesto que por parte de los representantes del Grupo Parlamentario Mixto, de Izquierda Verde-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds, que tienen en el orden del día las iniciativas 2 y 3, se me solicita si sería posible que se tramiten ahora, puesto que deben ausentarse a otras comisiones. (**Asentimiento**) Entiendo que SS.SS. asienten. Procedemos por tanto a tramitar las iniciativas que figuran en el orden del día como puntos 2 y 3. La primera de ellas es la relativa a medidas sobre la asbestosis. Por el Grupo Parlamentario Mixto, para su exposición, tiene la palabra el diputado señor Rodríguez.

El señor **RODRÍGUEZ SÁNCHEZ**: Para el Bloque Nacionalista Galego el tema de la asbestosis constituye una preocupación antigua en nuestra actuación este Congreso de los Diputados. A modo de ejemplo recordaré que el 21 de marzo del año 2001, en la Comisión de Economía y Hacienda —y así podrán comprobar la habilidad a la hora de tratar estos temas, porque están prácticamente imbricados en una temática muy compleja y diversificada— se trató una proposición no de ley del Bloque Nacionalista Galego destinada a tomar medidas ante la asbestosis en los astilleros públicos en particular, lo que se conoce en concreto con el nombre de fibrosis pulmonar. En aquel momento nosotros pedíamos que se reconociese la incapacidad absoluta por enfermedad profesional, en este caso por la asbestosis, que se pudiesen tratar a los trabajadores y trabajadoras en unidades próximas a sus domicilios, ya que en el caso de la construcción naval tienen que desplazarse hasta el centro de Oviedo, y al mismo tiempo que se contemplasen indemnizaciones para los afectados, porque muchas familias quedaban en situación de menesterosidad al percibir como pensión, cuando morían sus cónyuges, el 50 por ciento del salario que disfrutaban los trabajadores mientras estaban en activo. Recordábamos también que era fundamental la retirada del amianto de edificios, de buques de guerra y de las fragatas, en particular de las fragatas Baleares, que están aún en servicio, a punto de ser retirado el último ejemplar y en el que se produjeron graves accidentes, con muertes incluso.

No hay duda alguna a estas alturas de que entre el cáncer de pulmón y la exposición o contacto con el amianto existe una relación de causa-efecto, como tampoco hay duda de que los muchos reglamentos y normas que se han promulgado desde 1980 no han valido para hacer una planificación clara y un tratamiento efectivo y sobre todo que ampare a los resultados, desde el punto de vista sociolaboral que provocan estas enfermedades. En 1980 prácticamente no se trabajaba con amianto en los astilleros públicos pero sí en otras muchas empresas, aunque en los astilleros públicos, y digo públicos porque es importante saberlo porque dependen directamente de la Administración central, sí se siguen haciendo desguaces o reparaciones con buques que contienen amianto en gran cantidad. Por otra parte es curioso que la propia Administración pública maneje datos totalmente contradictorios; si ustedes cogen los datos del Centro Nacional de Epidemiología, podrán comprobar cómo en el año 2000 reconocía que mueren al año por asbestosis entre 460 ó 500 personas —por lo menos con fibrosis pulmonar o con afectaciones derivadas del contacto con el amianto—, mientras que las informaciones laborales no llegan a reconocer en este mismo año ni siquiera 50 muertes. En el caso de los centros de construcción naval pública se reconocía por parte del Gobierno anterior —sobre el año 2001— que solamente en Izar había 200 afectados en activo y 300 casos de asbestosis o mesotelioma en general. La falta de una legislación adecuada, sobre todo en el ámbito sociolaboral, provocó que se produjesen demandas en el juzgado de lo Social por parte de familias de personas trabajadoras que murieron afectados por esta enfermedad. En el caso particular de los astilleros públicos, el Gobierno, en octubre de 2001, nos respondía que el astillero Izar contaba con 340 afectados en el centro de Ferrol, 27 en el de Fene, 5 en el de Cartagena y otros 5 en San Fernando. Sin embargo, con este Gobierno, a finales del año 2004, se reconocía ya que existían 577 casos, de los cuales 359 estaban en activo o prejubilados y el resto eran personas de más de 65 años. Estos 577 casos se refieren únicamente a los astilleros públicos; de estos, 423 correspondían a Ferrol, 99 a Fene, 28 a San Fernando y 12 a Cartagena. Tendrán ustedes en estas cifras la explicación de por qué razón surgieron en Ferrol y en la comarca los primeros movimientos de defensa de los trabajadores ante su indefensión en el tratamiento que reciben desde el punto de vista de las administraciones públicas, no solamente sanitarios sino especialmente sociolaborales, y la necesidad de organizarse para empezar una línea de actuación que acabe con el reconocimiento de ciertas demandas a las que después aludiré.

Si hace solamente cuatro años las demandas por lo social no pasaban de ser entre 15 y 30, a la altura del año 2004 ya había 235 demandas, que perseguían que se indemnice a las familias de los afectados muertos a los que no fue reconocida a su debido tiempo una incapacidad absoluta o que no se reconoció que había relación entre su muerte como enfermedad profesional y el trabajo que habían realizado durante años. Hay que tener en cuenta que a veces los síntomas graves se mani-

fiestan 15 años después de haber abandonado el trabajo o simplemente se produce de forma fulminante una vez que se produce la jubilación. A finales de 2004 hay unos datos interesantes que pueden ser ilustrativos de cómo no está funcionando el ordenamiento jurídico vigente y de cómo incluso, a la hora de controlar las empresas que emplean este producto, hay muchas dudas de que se esté llevando este control de forma rigurosa. Necesitamos un cambio no tanto en la normativa como sí de su aplicación y del control de que se aplica con las debidas inspecciones. Concretamente en el caso de Galicia, el Gobierno reconocía que en el año 2002 solamente había 16 empresas que estaban inscritas en el RERA, sin embargo el actual Gobierno reconoce que hay 83. Curioso cambio si tenemos en cuenta que existe una prohibición de utilización, producción y comercialización de fibras de amianto de una forma clarificada y taxativa desde el año 2001, pero anterior si lo tomamos de una forma aproximativa. A pesar de la orden ministerial del 7 de diciembre de 2001, de prohibición de la utilización, producción y comercialización de fibras de amianto y de los productos que lo contengan, tenemos la seguridad de que este producto se sigue utilizando con total desconsideración no solamente en aquellos apartados que la propia normativa ministerial reconoce que se pueden seguir utilizando. Incluso el desamiantado de edificios, obligatorio a partir de la orden de 1987, deja mucho que desear a la hora de tomar las debidas cautelas de cómo realizarlo o de que se haya realizado en todos los casos de edificios en los que debía ser hecho este desamiantado desde el punto de vista de la legalidad vigente. En todo caso está claro que puede haber una mejora sensible en este aspecto si se aplica la directiva 2003/18/CE.

Hoy hay disparidad e insuficiencia de soluciones, pero está claro que hay que enfrentar una acción planificada en todos los órdenes y que en el aspecto sanitario, en el sociolaboral y en el medioambiental hay mucho que hacer. Hoy en día, según los datos de la Consellería de Sanidad de la Xunta de Galicia, para que se vea cómo va progresivamente aumentando el problema, son ya 900 casos los que están siendo tratados por neumólogos por esta enfermedad o por afectación de amianto; en concreto, en el caso de Ferrolterra, el 90 por ciento de estos 900 casos corresponden a Bazán y a Astano, las antiguas Bazán y Astano, empleando esta denominación porque son trabajadores que se vieron afectados por esta enfermedad precisamente cuando trabajaban en empresas públicas con esta denominación. Nosotros, en este momento, somos en parte portavoces de todo este movimiento social de la comarca que se expresa a través de la Asociación Agavida, aunque esta asociación, pionera y una de las más importantes que hay en el Estado español, no tenga claro que hay muchos trabajadores, no solamente en el sector naval sino en el de la uralita, en Renfe, en los talleres mecánicos y en el Ministerio de Defensa —en este caso impedidos de hablar con claridad sobre los trabajos que tienen que realizar— en contacto con máquinas o instrumentos que están dotados de este

tipo de material cancerígeno. Según todos los cálculos, se piensa que en los próximos 30 años van a morir por mesotelioma entre 40.000 y 55.000 personas, lo que significa 1.660 fallecimientos por año en el caso del Estado español. Nosotros esperamos que el actual Gobierno, que cuando estaba en la oposición demostró tener voluntad de que cuando menos se reconociese la incapacidad absoluta por enfermedad profesional por este motivo y que se cambiase en concreto la legislación sociolaboral en este aspecto, mantenga hoy las mismas posiciones.

En nuestra proposición no de ley hay cuatro grandes apartados y aunque hoy se traten exclusivamente los de tipo sanitario o medioambiental no desistimos de que en la sesión de la Comisión de Trabajo y Asuntos Sociales más cercana al momento actual se traten todos aquellos temas que tengan que ver con la promulgación de una norma que posibilite la jubilación anticipada basándose en la aplicación de coeficientes reductores, que se establezca un sistema público de indemnizaciones para los afectados para acabar con esta riada de reclamaciones por la vía de lo social —por cierto, muchas de ellas que empiezan a ser aceptadas por los juzgados, aunque las empresas recurran ante instancias jurídicas superiores— y también que se incluya dentro del listado de enfermedades profesionales de la Comisión de la Unión Europea las enfermedades definidas por el Consejo Interterritorial del Sistema Estatal de Salud y que se acabe reconociendo como enfermedad profesional como invalidante por parte de los equipos de valoración de incapacidades todo lo que tenga que ver con la asbestosis o con las enfermedades causadas por contacto con el amianto. Esperamos por lo tanto que se abra paso a una vía que demandan los muchos afectados y sus familias, que tienen derecho a que sus intereses familiares y económicos sean respetados, lo cual hasta hoy en gran parte no ha sido así.

Termino, señora presidenta, diciendo que vamos a aceptar la enmienda que presenta el Grupo Parlamentario Socialista, si bien queremos dejar claro que todo lo que se haga en el aspecto sanitario se tiene que hacer con la participación de las comunidades autónomas, en colaboración y coordinación con ellas, y que deseamos que todo lo que tenga que ver con evaluar la actual protección de la población y el medio ambiente que suponen los trabajos de desamiantado se regulen de una forma mucho más eficaz y se aplique la directiva 2003/18/CE.

La señora **PRESIDENTA**: Existen enmiendas presentadas a esta iniciativa y también a la que figura con el número 3 en el orden del día, con algunas coincidencias. Parece que la lógica y la economía de tiempos en el debate debiera llevar a que primero sea objeto de exposición por la señora representante del Grupo de Izquierda Verde su iniciativa y que con posterioridad los representantes de los grupos Popular y Socialista hagan la alegación conjunta respecto de sus enmiendas.

Para exponer su proposición no de ley relativa a los efectos sobre la salud de la exposición al amianto y

medidas a adoptar al respecto tiene la palabra la diputada del Grupo de Izquierda Verde señora García.

La señora **GARCÍA SUAREZ**: Mi exposición recogerá bastantes de los aspectos y algunas cifras coincidentes con lo anterior, dado que estamos tratando el mismo tema, aunque en el orden del día en un caso hablemos de la asbestosis y en el otro caso hablemos de las causas de salud por la exposición al amianto. En definitiva, estamos tratando el mismo problema, un problema que —como ya se ha dicho— viene de hace bastante tiempo y que consideramos que no puede perpetuarse sin darle una salida suficientemente digna para todas las personas que la han sufrido.

Voy a presentar algunos antecedentes para situar de qué estamos hablando. En concreto, en el año 1978 hubo la primera resolución del Parlamento Europeo, en la que se declaró el amianto sustancia cancerígena. No obstante, Francia, siendo uno de los países que antes detectó la problemática y que tenía datos suficientes sobre su nocividad, hasta 1965 no lo declaró material cancerígeno y lo prohibió; tardó por tanto más de 19 años en tomar las primeras medidas, lo que ha llevado a una situación en Francia bastante alarmante, ya que entre 1965 y 1995 el número de víctimas mortales asociadas al amianto ascendió a más de 30.000 personas y se prevé —hablamos de Francia pero creo es una referencia que nos debe alarmar— que en un periodo de entre 20 y 25 años sean entre 60.000 y 100.000 personas las que fallezcan. Se considera también que más de un 28 por ciento de los jubilados masculinos franceses han sido expuestos al amianto; ello nos puede dar una idea de las consecuencias que realmente tendrá en un presente y en futuro inmediato. En el año 2000 Francia creó un fondo de indemnización, lo digo como referencia para nuestro país, y en 1998 se les reconoció pensiones específicas por esta enfermedad. En el país vecino no tuvieron quizás la suerte que nosotros hemos tenido en el nuestro en cuanto a que aquí podemos considerar —como también se ha mencionado— que realmente los sindicatos y las asociaciones han sido pioneros; la asociación Agavida es una de las más importantes pero hay otros grupos de personas afectadas que han trabajado y se han movido y, en concreto, los sindicatos en nuestro país han realizado un trabajo muy importante y han sido pioneros en la denuncia por una parte del problema y también en poner encima de la mesa propuestas para dar un salto y para atender como corresponde a una enfermedad laboral a todas estas personas.

¿Qué ha pasado en nuestro país? A pesar de que en 1978 el Parlamento Europeo declaró el amianto sustancia cancerígena, hemos tardado 23 años en prohibir su uso, fue en 2001. Esto ha tenido y tendrá sin duda unas consecuencias muy graves para todas las personas que han estado expuestas durante todos estos años, y se podía haber evitado el padecimiento y muerte de muchas personas, porque desde 1978 se conocía el carácter cancerígeno del amianto. Entre 1970 y 1995 España importó

más de 2 millones de toneladas de amianto y hoy no sabemos donde está este amianto. Esta es otra de las alarmas que nosotros, sin querer ser alarmistas —que no es una línea de mi grupo ni mía— creemos que debemos poner encima de la mesa. La realidad es esta, 2 millones de toneladas de amianto pueden estar en paredes, tejados, colegios, en hospitales, en grandes superficies, no lo sabemos, pero es evidente que están afectando a la salud de todos los españoles. El gran drama es que en la actualidad existe todavía una resistencia y una falta de rigor muy importante en la atención de esta enfermedad, confirmado por las innumerables denuncias que hay y la resistencia de abogados, de jueces y mutuas de accidentes al reconocimiento de enfermedades profesionales tanto por la Comisión Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo como por los diferentes ministerios de Trabajo y de Sanidad. Entendemos que no puede continuar dándose una situación en la que están demostradas —lo estamos viendo a lo largo de los diferentes años y podemos ver en las hemerotecas los diferentes juicios que se han ido ganando y que hay suficientes pruebas epidemiológicas— las consecuencias de la exposición al amianto y que tengamos así, como tenemos, a todas las personas que lo han padecido; las personas que han fallecido lo hayan hecho sin tener la consideración de enfermedad laboral y por tanto sin ninguno de los derechos que podían haber tenido. Si no hacemos algo, las personas que en estos momentos estén empezando a sufrir la enfermedad van a estar en las mismas condiciones.

Podemos decir que los datos de todos los estudiosos al respecto nos dicen que desde ahora al 2030 en nuestro país, en el Estado español, habrá entre 40.000 y 60.000 personas morirán de cáncer por haber estado expuestos al amianto. Si centramos territorialmente estos datos, podemos decir que será principalmente en Galicia pero también en Madrid, en Andalucía, en Euskadi, en Asturias, en la Comunidad Valenciana y en Cataluña donde se situarán las mayores tasas de mortalidad por cáncer de pleura y de pulmón y en estos momentos hay suficientes datos para que nadie pueda ponerlo en duda.

Nosotros por todo lo anteriormente expuesto, hemos presentado esta proposición no de ley en la que instamos al Gobierno a toda una serie de medidas; reconocemos que en esta proposición hay medidas que afectan directamente a la Comisión de Sanidad y otras que afectarían a la de Trabajo y Asuntos Sociales, también algunas de las propuestas, como es que se cree una comisión parlamentaria, la realizaremos por el procedimiento de solicitud correspondiente. De las propuestas que hemos realizado, esta en concreto la trasladaremos al lugar que corresponde y para las que tienen que ver con aspectos laborales presentaremos la correspondiente proposición no de ley a la Comisión de Trabajo y Asuntos Sociales, pero entendemos que hay otras muchas medidas que corresponden a esta Comisión, por lo que nosotros planteamos que se realice un desarrollo homogéneo del

programa nacional de vigilancia de la salud de los trabajadores que han estado expuestos al amianto siguiendo el ejemplo de comunidades autónomas como Navarra y Asturias porque consideramos que han sido las pioneras, las que más han trabajado, las que tienen más datos y han podido por tanto intervenir de una manera más preventiva y digna con esta enfermedad.

De todas las propuestas que hemos realizado hemos tenido por parte del Grupo Socialista una propuesta de enmienda de sustitución en la que hemos trabajado de forma conjunta; también la conoce el Grupo Mixto. Paso a adelantar que, teniendo en cuenta que finalmente hemos encontrado soluciones a las propuestas que nosotros realizábamos y que nos dan comodidad, porque pensamos que es un salto adelante importante tal y como al final las hemos recogido, nuestro grupo parlamentario las va a aceptar, si bien entendemos que no recogen las expectativas que nosotros teníamos en cuanto a nuestra proposición no de ley, que nosotros vamos a seguir muy de cerca, como hemos venido haciendo hasta ahora, estas medidas y propuestas que aquí planteamos y que se van a recoger en esta enmienda que el Grupo Socialista nos ha hecho llegar después de haberlo trabajado de forma conjunta entre el día de ayer y hoy y que vamos a instar al Gobierno por otras vías a que nos den respuesta a algunas preguntas que nos tienen verdaderamente preocupados. Es por ejemplo ¿dónde se encuentra el amianto en nuestro país? ¿Dónde se están recogiendo los residuos? Creemos que es de máxima importancia que se sepa, es una información de salud y ha de haber transparencia para que toda la ciudadanía sepa qué estamos haciendo con el amianto, dónde se está trasladando o qué tipo de tratamiento se está llevando a cabo, para garantizar que en el presente no sea un problema pero preocupándonos también por el futuro de las nuevas generaciones, por lo que hemos de tener claro este aspecto. También hemos de tener claro cuál es el programa que hay para la detección de todos los edificios que contengan amianto para poder iniciar el proceso de desmantelamiento de este amianto. Aunque se nos pueda decir que estos aspectos no son de la Comisión de Sanidad, quiero dejar bien claro que sus consecuencias sí que lo son, por lo que entendemos que debe ser motivo de preocupación, debate y planificación en esta Comisión.

Doy por concluida mi intervención, con la creencia de haber expuesto el problema con suficiente detenimiento, teniendo en cuenta que he obviado alguno de los datos, puesto que ya se habían citado anteriormente por el Grupo Mixto.

La señora **PRESIDENTA**: Señora García, de sus palabras deduzco que conoce perfectamente que la enmienda que presenta el Grupo Socialista es de sustitución y que por lo tanto lo que someteremos a votación, a resultas de lo que todavía llegue a pasar con la exposición del Grupo Popular, sustituye íntegramente a su iniciativa. **(Asentimiento)**.

Para defender las enmiendas que a ambas iniciativas tiene presentado el Grupo Parlamentario Popular tiene la palabra el diputado señor González.

El señor **GONZÁLEZ LÓPEZ**: La directiva de la Unión Europea sobre el amianto daba de plazo hasta el año 2005 para que fuera incorporada en todos los países. El Grupo Popular, el Partido Popular y el Gobierno del Partido Popular hizo entrar en la normativa europea esta directiva, aprobada en diciembre de 2001, que prohíbe el uso y comercialización del amianto y se adelantó desde el 15 de junio de 2002 a la puesta en marcha de esta iniciativa europea. Esto no quiere decir otra cosa sino que el Grupo Popular está muy sensibilizado y muy preocupado con el tema del amianto y que por supuesto considera que es importante apoyar las proposiciones no de ley del Grupo Mixto, del Bloque Nacionalista Gallego y del Grupo de Izquierda Unida-Izquierda Verde, porque las considera amplias, pormenorizadas, incisivas, necesarias para toda la población expuesta al asbesto. Apoya tal y como están estas iniciativas, sin ningún tipo de devaluación ni pérdida de contenido, como ocurre con la aceptación de las enmiendas del Grupo Socialista, que desvirtúan absolutamente la pormenorizada aportación de las proposiciones no de ley de los citados grupos. Nos sorprende también que el Grupo de Izquierda Unida, que apoyó la financiación del Hospital Central de Asturias, por ser centro de referencia de enfermedades respiratorias de origen laboral, no mencione este centro que está íntimamente relacionado con la patología laboral de la inhalación del polvo del asbesto, que no lo ponga como centro de referencia para el estudio de este tipo de enfermedades y que sin embargo apoye pasar este tipo de actuaciones al Instituto Carlos III, si bien consideramos que debe haber un registro y un estudio pormenorizado de este tipo de tumores.

En nuestras enmiendas a la proposición no de ley del Bloque Nacionalista Gallego pensamos que debía modificarse donde hace referencia al grupo multidisciplinar en el que exista como mínimo un oncólogo, pensamos que precisamente la actuación y el trabajo de los oncólogos es de tratamiento una vez diagnosticados los tumores y los cánceres. Después de 20 años de experiencia profesional en este tipo de patologías —yo soy neumólogo, como todos ustedes saben, y tuve que atender gran cantidad de mesoteliomas procedentes de la inhalación del polvo del asbesto— son otras especialidades médicas las que se dedican al diagnóstico de este tipo de patologías y es la oncología la que se encargaría de los tratamientos una vez diagnosticados, dado que la problemática de esta situación está en el diagnóstico. La frase: en las actuaciones previas a la presentación de este tipo de tumores debiera suprimirse, y esta es nuestra primera enmienda, quedando exclusivamente integrada por médicos especialistas, se elimina la referencia: entre los cuales figure al menos un oncólogo. Consideramos que hay otros ministerios que son responsables de muchas de estas demandas —sería no solo el de Trabajo

y Asuntos Sociales sino también el de Industria— pero como estas proposiciones no de ley llegaron a esta Comisión después de haber sido presentada en la Comisión de Trabajo y Asuntos Sociales por parte del Bloque Nacionalista Gallego y fueron derivadas a esta Comisión, dada su importancia, sería bueno aprobar todos estos puntos en esta Comisión.

Resumiendo, señora presidenta, el Grupo Popular apoya estas proposiciones no de ley de Izquierda Unida y del Bloque Nacionalista Gallego tal y como están; consideramos que, así como la palabra asbesto proviene del latín y significa incombustible, no deben hacerse combustibles estas proposiciones no de ley haciendo que se consuman en enmiendas carentes de contenido. Apoyamos, repito, estas proposiciones no de ley, vamos a votar a favor en caso de que así se mantengan y, si se acepta una transaccional, primero tendríamos que verla.

La señora **PRESIDENTA**: En nombre del Grupo Parlamentario Socialista, para defender sus enmiendas, tiene la palabra el diputado señor Elola.

El señor **ELOLA RAMÓN**: No cabe duda de que estamos ante uno de los grandes retos de la medicina del trabajo de las últimas décadas. El asbesto es una fibra muy usada en los años setenta y ochenta, se ha demostrado claramente perjudicial para la salud de los trabajadores que tuvieron contacto con ella y actualmente se presentan unas cifras crecientes de afectación por asbestos en diferentes niveles, con diferentes enfermedades. Es el clásico ejemplo de enfermedad laboral, de afectación por manipulación en el trabajo. Afecta principalmente a trabajadores y hasta ahora podemos ver una evolución en aumento y podemos prever que en los próximos años los casos de asbestosis y de otras enfermedades producidas por asbestos van a ir en aumento. La proposición no de ley presentada por Izquierda Unida y por el Grupo Mixto, por el Bloque Nacionalista Gallego, tiene varios aspectos en relación con la Comisión en la que estamos y tiene otros puntos que deberían ser tratados en otras comisiones, por lo que en principio hemos tenido que llegar a recortar una parte para remitirlos a las comisiones correspondientes, aunque hemos percibido en todos los ministerios una buena reacción ante estas presentaciones y creemos que se va en la línea positiva. Me imagino que los pasos que vamos a dar hoy aquí, aunque ya se está avanzando en muchos sentidos y en muchos puntos para mejorar la asistencia y la atención a los trabajadores afectados por amianto, deben ser los primeros y los que inicien el camino que nos lleve al final.

Voy a hacer un pequeño repaso de las cosas que últimamente se están haciendo para mejorar esta atención y la situación de los trabajadores que han estado en contacto con asbestos, empezando por el Plan nacional de investigación, desarrollo e innovación, que incluye desde 2004 ayudas específicas a investigación

en salud y seguridad en el trabajo. Se está desarrollando en primer lugar un proyecto directamente enfocado a patologías respiratorias en una cohorte de trabajadores con exposición laboral a amianto, lo que va a implicar el seguimiento de más de 400 trabajadores que el Instituto de Salud Carlos III financia y se está incorporando un estudio sobre alteraciones genéticas relacionadas con agresores ambientales dentro del cual se incluyen específicamente los trabajadores con exposición al amianto. No cabe duda de que las enfermedades relacionadas con el asbestos tienen un diagnóstico difícil y complicado que en muchas ocasiones hace que durante largo tiempo estén sin diagnosticar e incluso llevan a la judicialización de los temas laborales porque no se llega a un diagnóstico completo. Cualquier reglamentación que trate de establecer criterios sobre este problema puede ser oportuna pero no es cuestión que incumba esta Comisión sino a la de Trabajo; sin embargo lo que sí podemos hacer desde aquí es facilitar el diagnóstico y en ese sentido el año pasado, en 2005, se ha publicado la normativa sobre el asbestos y la patología pleuropulmonar por la Sociedad Española de Patología Respiratoria (Separ) para intentar homogeneizar en España el diagnóstico de enfermedades derivadas de la inhalación de fibras de amianto, de manera que los neumólogos tengan un protocolo que les permita hacer más sencillo el diagnóstico concreto. También la Separ, y en algunas comunidades autónomas ya lo está aplicando, está desarrollando un registro de enfermedades profesionales respiratorias donde se incluye específicamente el grupo de enfermedades profesionales derivadas del amianto.

En otro sentido tenemos el problema del diagnóstico y también de la valoración de la incapacidad. De acuerdo con los agentes sociales se está elaborando una reforma de la lista de enfermedades profesionales. Se está acelerando el desarrollo de esta reforma para que en las prestaciones de la Seguridad Social se incorporen a esa lista todas las derivadas del asbestos. Por un lado se incluyen la asbestosis y las enfermedades pulmonares relacionadas y por otro se incluyen los tumores derivados de la exposición al amianto. Por último, se están elaborando un reglamento y unas guías desde el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo para asegurar la retirada del amianto instalado. Es cierto que el problema que tenemos ahora mismo es que hay más de dos millones de toneladas de amianto instalado en diferentes componentes, en empresas, buques, edificios, materiales, instrumentos, etcétera, que están distribuidos por todo el Estado español. Es muy difícil hacer un registro pero de alguna manera tendremos que asegurarnos que la retirada de ese amianto debe ser lo más segura posible y asegurarnos de que siempre que se vayan a desarrollar actividades que puedan tener peligro de amianto haya la certeza de que no haya amianto en ellas y que si lo hay se van a tomar las medidas oportunas.

Se incluye en la Comisión de Seguridad y Salud en el Trabajo, que ha constituido un grupo de trabajo sobre el amianto y que hace unos meses, en diciembre de 2001, entre otras cosas pidió que se adoptasen medidas entre las que cabe destacar, por su importancia, que se mejorase el reconocimiento de las patologías derivadas de la exposición al amianto por parte de los equipos de valoración de incapacidades. Reconocemos que es un problema que tienen todos los trabajadores, que está llevando también a una judicialización de los temas relacionados con la exposición al amianto, por que los equipos de valoración de incapacidades muestran muchas veces sus dificultades a la hora de reconocer las enfermedades de este tipo. Desde el grupo de trabajo de amianto de la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo se ha solicitado que se mejore ese reconocimiento, lo que a facilitará, en gran medida que estas enfermedades se vayan reconociendo y se evite la actual situación que tienen muchos trabajadores. Se ha realizado un trabajo positivo con esta proposición no de ley, cerrándose todas las posibilidades legislativas correspondientes a esta Comisión. Intentamos que la evolución sea lo más homogénea posible en todo el Estado español, concretando más que lo que venía en la proposición inicial, y buscando que se coordinen el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y las comunidades autónomas para desarrollar el programa integral de Vigilancia y Salud que ya está hecho pero que no se está desarrollando —como ya se ha dicho anteriormente— en todo el Estado. Intentamos hacer un registro nuevo de tumores, puesto que el que existe en el Ministerio de Trabajo tiene un carácter derivado a los temas de indemnizaciones y queremos que haya un registro de tumores, en el que pensamos que es el mejor sitio, el Instituto de Salud Carlos III, en la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, ya que es una de sus competencias. Queremos que el reconocimiento por los equipos de valoración de incapacidad sea lo más adecuado posible y para ello lo mejor es la actualización de la lista española de enfermedades profesionales, adecuándola a las recomendaciones de la Comisión Europea y así lo incluimos en la enmienda que hemos hecho a las propuestas presentadas. El otro gran problema que se puede abordar desde esta Comisión es el de la salud pública en los trabajos de desamiantado de los edificios, y en nuestra propuesta queda reflejado y recogido suficientemente lo que se puede hacer y abordar desde esta Comisión.

La enmienda del Grupo Popular no nos parece adecuada puesto que el Centro Nacional de Referencia sobre Patología Laboral Respiratoria ya aborda el tema concreto de la asbestosis ya que está reconocida por decreto como una enfermedad profesional. No nos parece adecuado hacer un centro específico para este tema, no parece que sea lo mejor atomizar los centros de referencia, y sí crear centros de referencia distribuidos por todo el territorio. El Instituto Nacional de Silicosis, según la Ley 31/1995, de prevención de riesgos laborales, mantiene su condición de centro de referencia de

enfermedades profesionales que afecten al sistema cardio— respiratorio y una de las enfermedades profesionales reconocidas por ley que afecta a este sistema es la asbestosis, con lo cual existe ya un centro de referencia para la asbestosis, y por lo tanto nos parece más adecuado atender de manera más concreta y distribuida territorialmente a los afectados por estos problemas.

Queda pendiente de aprobación, como ya hemos dicho en otras comisiones, nuevas medidas, algunas de las cuales ya he indicado en algún momento de mi intervención, y sobre todo queda pendiente el control de la normativa existente y especialmente del desamiantado de edificios, estructuras y maquinaria. En esto creo que se tiene que trabajar especialmente sobre la inspección.

La señora **PRESIDENTA**: Señor Elola, si esto fuese el Pleno le hubiesen sonado a usted todos los avisos, le ruego vaya terminando.

El señor **ELOLA RAMÓN**: Con esto creo que queda cerrado por esta Comisión lo que se puede abordar desde aquí y nos parece que la inspección en cuanto al desamiantado es lo único que nos queda pendiente por trabajar especialmente en lo que afecte a la salud pública.

La señora **PRESIDENTA** En este momento queda claro por su intervención que lo que se someterá a votación, no son sus iniciativas sino la sustitución que de ellas se hace con la enmienda presentada por el Grupo Socialista. ¿Es así? (**Asentimiento.**) Para que quede claro en el momento de efectuar las votaciones.

— **RELATIVA AL FOMENTO DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y AL ESTUDIO DE SUS REPERCUSIONES SOCIOSANITARIAS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/000559.)**

Vamos a la iniciativa que aparecía como número 1 del orden del día, relativa al fomento de la investigación sobre la enfermedad de Alzheimer y al estudio de sus repercusiones sociosanitarias. Es una iniciativa del Grupo Socialista y la defenderá la diputada señora Coello.

La señora **COELLO FERNÁNDEZ-TRUJILLO**: La demencia tipo Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa cuya evolución irá mermando la autonomía de quienes la padecen, obligándoles a depender de las personas que les rodean incluso para realizar las actividades cotidianas de la vida, por lo que afecta tanto a las personas que la padecen como a su entorno familiar más inmediato. En la segunda mitad del siglo XX se han logrado avances espectaculares en el mundo de la medicina al mismo tiempo que cambiaba el concepto que se tenía de la atención sanitaria. Actualmente se tiene total

consciencia de que detrás de cada enfermedad hay un conjunto de problemas íntimamente relacionados que no son en sentido estricto de tipo médico sino que están interconectados con los problemas sociales que aparecen en el enfermo, en su entorno familiar y en su entorno social. Estos problemas son a veces más importantes en el contexto de la enfermedad que los propios de tipo médico. Para hacer frente de una manera conjunta a los problemas de todo tipo que van surgiendo a lo largo del desarrollo de la enfermedad que padece, desde hace muchos años se baraja el concepto de enfermedad sociosanitaria y de un nuevo tipo de cuidados integrales de los enfermos, los denominados cuidados sociosanitarios.

Estos nuevos conceptos en la forma de entender las necesidades del enfermo y de aplicar las soluciones se comprenden mejor en las enfermedades discapacitantes mentales, cuyo paradigma por el número de casos en el mundo, es la enfermedad de Alzheimer. La imagen perfecta de la enfermedad sociosanitaria es el iceberg, el 20 por ciento emerge sobre la superficie del mar y por lo tanto es visible —síntomas, exploraciones, tratamiento, etcétera— y el 80 por ciento está debajo del agua por lo que no es visible y tiene que ver con las implicaciones que la enfermedad tiene para su vida diaria, la de su cuidador y la de los restantes miembros de su familia. Tanto para el enfermo como para su familia el transcurso de la enfermedad es un periodo difícil, doloroso y que supone una pesada carga familiar. Con frecuencia esto lo esconde la familia y sin embargo esta cara oculta del problema es la que necesita una ayuda especial, la ayuda sociosanitaria. Hay que recordar tres datos fundamentales: en el año 2005 había 600.000 personas diagnosticadas de Alzheimer y otras 200.000 eran estimadas según los datos de la Confederación española de familiares de enfermos de Alzheimer y otras demencias; se estima además que en año 2025 esta cifra se duplicará; más del 90 por ciento de los enfermos conviven con sus familiares, que les proporcionan los cuidados, los vigilan, les resuelven los problemas de la vida diaria, los legales y naturalmente los económicos; y por otro lado la vida media de los enfermos tras el diagnóstico clínico es de 10 a 12 años pero además, como en el resto de los individuos, la longevidad se acrecienta en un año cada cuatro años. Proporcionar cuidados a un enfermo de Alzheimer acarrea importantes consecuencias al cuidador principal y a sus familiares, se han realizado diferentes estudios para evaluar esta carga familiar llegando a la conclusión de que es multidimensional y muy difícil de valorar por la gran cantidad de componentes implicados.

El Partido Socialista, consciente de la importancia que está adquiriendo no solo en nuestro país sino en toda Europa el concepto de enfermedad sociosanitaria y todo lo que ella implica, hacía referencia —ya desde nuestro programa electoral— a la necesidad emergente de hacer frente a lo que ya se está denominando cuarto pilar del estado del bienestar, elaborando el Libro Blanco de la

Dependencia, trabajo conjunto del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y del Ministerio de Sanidad y Consumo, que va a ser la base sobre la cual se sustenta la próxima ley de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas dependientes. Además, el Ministerio de Sanidad y Consumo, consciente de la necesidad de apoyar al colectivo afectado por las demencias, viene apoyando la realización de actos y eventos organizados por las asociaciones de enfermos de Alzheimer. Por otro lado el ministerio está prestando su apoyo al proyecto de la Fundación Reina Sofía para la enfermedad de Alzheimer, que está llamado a desempeñar un papel especialmente relevante en el abordaje integral de esta enfermedad y que servirá de motor para la realización de otras iniciativas homólogas. En concreto, el Ministerio de Sanidad y Consumo colabora asumiendo la asesoría del proyecto estructural y funcional del Centro de investigación dedicado a la enfermedad de Alzheimer de la fundación, y desde el año 1999 la Escuela Nacional del Instituto de Salud Carlos III viene impartiendo la diplomatura de especialización en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Por lo que se refiere a la investigación la patología de Alzheimer está priorizada en el Plan nacional de investigación, desarrollo e innovación y en la convocatoria de los Fondos FIS (Fondos de Investigaciones Sanitarias) del Instituto de Salud Carlos III, al igual que en la Fundación Centro de Investigación de enfermedades neurológicas. Por otro lado podríamos plantearnos la siguiente pregunta: ¿Cuál es la perspectiva en la atención sociosanitaria de Alzheimer para los próximos años? Sabemos por un lado que el número de enfermos va a aumentar de manera importante en las próximas décadas, también sabemos que los enfermos vivirán mucho más tiempo, como ya aludimos anteriormente, y que según la Organización Mundial de la Salud, no habrá un tratamiento curativo hasta dentro de muchos años. Ante todo esto podemos preguntarnos: ¿quién va a cuidar de estos enfermos en su domicilio? Se sabe que el 83 por ciento de los cuidados actuales los prestan mujeres pero esto implica grandes problemas por las siguientes causas: las mujeres se integran cada vez más —como no puede ser de otra manera— en el mundo laboral y están comprometidas con sus trabajos y horarios; la movilidad laboral y el nuevo urbanismo hacen que las hijas vivan cada vez más lejos del domicilio de sus padres y por último el modelo tradicional de familia está sufriendo grandes cambios. Me gustaría hacer una pequeña reflexión porque aunque la realidad que se baraja hoy en día es que son mujeres las que cuidan a los discapacitados, no sé ni es hacer un brindis al sol pedir que se intente conciliar la vida familiar con la laboral para que esto cambie y los hombres también puedan ayudar al cuidado de los enfermos dependientes.

Es responsabilidad conjunta de los profesionales sanitarios, de los responsables políticos, de las administraciones y de los representantes de la familia que se defina una política sociosanitaria que permita hacer

frente a esta tan grave y preocupante situación. Por todo ello formulo la siguiente proposición no de ley: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a fomentar el estudio de los aspectos sociosanitarios de la enfermedad de Alzheimer y a mantener y seguir impulsando la investigación relacionada con la misma enfermedad.

La señora **PRESIDENTA**: Hay presentada a esta iniciativa una enmienda del Grupo Parlamentario Popular, para cuya defensa tiene la palabra la diputada señora Pan.

La señora **PAN VÁZQUEZ**: La propuesta del Grupo Parlamentario Socialista, —fomentar el estudio de los aspectos sociosanitarios— contrasta con la exposición que la portavoz en esta proposición del Grupo Socialista ha hecho de lo que es una problemática que tiene una importancia real y actual muy grande en nuestra sociedad, en toda la Unión Europea y en todo el mundo civilizado. La Comisión Europea consciente de esta repercusión social y sanitaria tiene un programa de acción comunitario 2003-2008 en el que se recogen una serie de necesidades y una serie de objetivos e indicadores que no son de obligado cumplimiento pero que una sociedad responsable, avanzada y que quiere que sus ciudadanos mejoren su salud debe abordar. Por lo tanto nos parece excesivamente genérico, y superficial la proposición del Grupo Socialista. Si a estas alturas, después de dos años de gobierno y de lo mucho que llevan trabajado la Fundación Alzheimer España y las asociaciones, el Gobierno desconoce cuáles son los aspectos sociosanitarios, no sé qué es lo que nos van a presentar en la tan anunciada Ley de Dependencia o si esto se va a tratar de un anuncio más y lo que hoy se pretende es hacer otro anuncio como a los que estamos acostumbrados. Si esto es así, si el compromiso no existe y no se recogen las inquietudes y las necesidades reales de estos enfermos no van a contar con nuestro apoyo y les anuncio que mi grupo presentará una proposición no de ley que de verdad recoja las iniciativas y todas las actuaciones y necesidades reales que esta enfermedad presenta, porque es un derecho de los afectados y de sus familias y nosotros vamos a tratar de que se haga justicia y un justo reconocimiento y se dé respuesta a esta problemática.

No voy a insistir —atendiendo a que la presidenta nos ha pedido que seamos breves— en lo que constituye y representa la enfermedad de Alzheimer porque en su exposición la portavoz del Grupo Socialista ha sido bastante extensa y minuciosa, ha dado cifras, 600.000 enfermos diagnosticados con una vida media de 10 a 12 años, y ha insistido también y estamos de acuerdo con la problemática del cuidador, que presenta lo que se denomina el síndrome del cuidador. No solamente estamos ante un problema de una enfermedad que constituye entre el 50 y el 70 por ciento de todos los casos de demencia sino que además conlleva parejo a ese problema el llamado síndrome del cuidador y este está

caracterizado desde la ansiedad o depresión hasta una mayor tendencia a padecer enfermedades de todo tipo. Además estos factores y este síndrome se ven agravados por la falta de información y formación para adquirir las habilidades necesarias para atender a estos enfermos y, por supuesto, se agrava también por la falta de ayuda externa que la Administración y el Gobierno deberán facilitar para tratar de que los cuidadores y sus familias puedan tener además de las habilidades el tiempo de ocio necesario para recuperarse de ese estrés que puede llegar a causar el cuidado de estos enfermos. Es una obviedad que los avances en la investigación van a redundar, no sabemos si a corto o medio plazo, en mejores expectativas tanto en el tratamiento como en la posible solución de esta enfermedad. Los enfermos, sus familias son conscientes si me permiten el anglicismo, casi *on-line* a través de Internet y los medios de comunicación, de esos avances en el día a día y esto reporta una doble consecuencia: por una parte esa esperanza e ilusión que se les traslada de las que podrían beneficiarse los enfermos y su entorno —familia, cuidadores, etcétera— y por otra, de la concienciación social que demanda que se atiendan todos los aspectos de este tipo de dolencias y que se impulsen los proyectos de investigación encaminados a la solución de este problema. La formación continuada de todos los profesionales es una necesidad para mantener la debida actualización en un área en la que a veces se logran innovaciones terapéuticas y otras veces de abordaje. La dependencia de estos enfermos para realizar las actividades de la vida diaria, incluso sus necesidades más básicas en un modelo social que ya nos adelantaba la portavoz del Grupo Socialista en el que en ocasiones trabajan los dos miembros de la familia, en otras ocasiones hay un abuelo que tiene o no Alzheimer pero que es una carga más en la labor diaria o problemas como nos encontramos en ocasiones de un hijo con una discapacidad psíquica o física o cuando uno de los miembros de la unidad familiar también puede tener un grado de dependencia, hace que las administraciones den un adecuado tratamiento facilitando y procurando una respuesta coordinada e integral a estas necesidades. Esta atención sociosanitaria de todos los que intervienen es una necesidad real, que las asociaciones, las familias y los profesionales nos demandan y tienen perfectamente identificada y si no les remito a ustedes y a cualquiera que quiera saber sobre esto a realizar una búsqueda en Internet para darse cuenta de que están perfectamente identificadas, aunque puedan aparecer otras nuevas, cuáles son esas necesidades sociosanitarias. Ayer, sin ir más lejos, en el *Diario Médico* el doctor Martínez-Lage se lamentaba de que los políticos no se tomaban en serio este problema y que se destinaban escasos recursos a esta enfermedad y a su investigación. La dependencia, usted lo ha dicho, se ha situado en el terreno del debate político con la tan anunciada Ley de Dependencia que no sabemos lo que nos va a traer. Por lo tanto, más y mejor investigación, formación e información y el reconocimiento por parte del Estado de una adecuada atención sociosanitaria con

la implementación de un plan integral que afronte todas sus vertientes en esta problemática redundará, sin duda ninguna, en todos los que conformamos esta sociedad.

Todos los que estamos aquí hemos visto o sufrido de cerca algún problema como el que hoy nos ocupa. Apelo a la responsabilidad de todos los grupos políticos, a su generosidad a la hora de apoyar nuestra enmienda porque es una obviedad que mejora de forma importante la propuesta del Grupo Socialista. Sin duda, el fin es el mismo, pretender avances en el tratamiento que desde el terreno político podemos establecer para que al Gobierno y a la sociedad le llegue desde el Congreso de los Diputados una voz unánime de apoyo contra la enfermedad de Alzheimer. Quiero pensar que en el momento en que se realizó la propuesta del Grupo Socialista o bien el momento o bien cualquier otra cautela serían los responsables de que no se presentara por parte del Grupo Socialista una propuesta más amplia, ambiciosa, completa, que dé una respuesta más integral a un problema tan importante. No podemos quedarnos en un simple anuncio o en una declaración de intenciones ambigua, sería una tomadura de pelo para los afectados y, cuando menos, un trato superficial y por tanto injusto a una problemática que causa una profunda huella en nuestra sociedad y, como usted nos anunció, señora diputada vamos a tener más casos en los años venideros. Estos días en Bilbao les tocó a los profesionales hacer sus aportaciones en el 11.º Curso Nacional de Enfermedad de Alzheimer —señora presidenta usted probablemente sabrá de esto de primera mano— y que además este curso coincidía con el primer centenario de la presentación del caso de Auguste D's por Alois Alzheimer. Nos toca hoy a los políticos, cuento con ustedes en beneficio de todos y por eso nuestra enmienda recoge los cuatro puntos que obran en su poder y que dicen: primero, seguir impulsando la investigación de la enfermedad de Alzheimer; segundo, promover e impulsar la formación continuada de todos los profesionales que trabajan en la atención primaria con el fin de facilitar la detección precoz de esta enfermedad; tercero, desarrollar e impulsar el Plan integral de atención a los enfermos de alzheimer y otras demencias y, cuarto, promover la atención sociosanitaria de estos enfermos de forma integral y coordinada, garantizando los principios de equidad, solidaridad y universalidad en todas las comunidades autónomas.

La señora **PRESIDENTA**: Señora Coello, ¿cuál será la postura del Grupo Socialista en relación con la enmienda del Grupo Popular, para que la conozcamos en el momento de celebrarse las votaciones?

La señora **COELLO FERNÁNDEZ-TRUJILLO**: La posición es la siguiente: Seguir impulsando la investigación de la enfermedad de Alzheimer está incluido ya en la proposición no de ley del Partido Socialista. En lo referente a la formación continuada de los profesionales ya he hablado con la portavoz del Grupo Popular que

según mi manera de ver y creo que la de todos los que hemos trabajado alguna vez en la sanidad sabemos que esto corresponde a las comunidades autónomas, las transferencias ya están completas en cuestión de sanidad y la formación, debe darla cada comunidad autónoma, por lo tanto, salvo que se tratara de un plan integral de formación, lo que creo que no se recoge en ningún lado, no ha lugar. Desarrollar el plan integral de atención a los enfermos de Alzheimer, debatimos en la Comisión de Sanidad.

La señora **PRESIDENTA**: No caben nuevas explicaciones. Le preguntaba si estaba en condiciones de aceptar o no la enmienda.

La señora **COELLO FERNÁNDEZ-TRUJILLO**: No se si llegaremos a alguna transacción, tenemos que negociar.

La señora **PRESIDENTA**: Tiempo queda porque tenemos que debatir otra iniciativa de las previstas para hoy. Tenemos señalada ya una hora de votación que a lo mejor es posible que se produzca incluso algo antes si es que los portavoces de los grupos están en condiciones de reunir a sus efectivos. En todo caso, si esto no es posible, se ha hablado de las 11:30 y a esa hora esperaríamos. ¿De momento no?

La señora **COELLO FERNÁNDEZ-TRUJILLO**: No, de momento no.

— **RELATIVA A LA OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/001367.)**

La señora **PRESIDENTA**: Proposición no de ley numerada como quinta en el orden del día, relativa a la osteogénesis imperfecta. Ha sido presentada por el Grupo Parlamentario Popular y será defendida por el diputado señor Vañó.

El señor **VAÑÓ FERRE**: Traemos de nuevo una situación que afecta a un colectivo de españoles que no por ser poco numeroso deja de tener su relevancia. Estamos hablando de los afectados por osteogénesis imperfecta, lo que comúnmente llamamos huesos de cristal, una enfermedad que tiene su origen en una mutación genética que requiere de unos tratamientos de por vida. A pesar de ser considerada una enfermedad rara que no afecta a muchas personas deberemos tratarlo por su importancia intentando llegar a un acuerdo, como es la voluntad del Grupo Popular en esta proposición no de ley.

Según la definición de la Unión Europea una enfermedad rara es aquella que afecta a menos de uno por cada 5.000 habitantes, en este caso de la osteogénesis imperfecta afecta a uno entre cada 10.000 ó 15.000. Se

calcula que en España puede haber unas 2.700 personas afectadas por este síndrome, aunque no tenemos un censo oficial que es la base de la que deberíamos partir para poder empezar a solucionar el problema. Esta enfermedad no tiene un tratamiento curativo o definitivo, su única posibilidad son los tratamientos paliativos, pero para llevarlos a cabo sus representantes piden que sea considerada enfermedad crónica de modo que mediante esa consideración se pueda acceder de mejor manera a una atención de los servicios sanitarios, entre los que se encuentran la atención fisioterapéutica continuada, la subvención y gratuidad de la totalidad de las prótesis, ortesis y material ortoprotésico, el tratamiento del dolor, protocolo de urgencias, realización de pruebas genéticas, tratamiento bucodental, tratamiento auditivo —incluyendo por supuesto las prótesis—, tratamiento psicológico de afectados y sus familiares, tratamiento farmacológico, así como la gratuidad del mismo tanto en la aplicación de bifosfonatos, antiinflamatorios y analgésicos y beneficios sociales y fiscales según el grado de discapacidad. En definitiva, el Grupo Parlamentario Popular cree que todos los esfuerzos terapéuticos deben ir dirigidos a mejorar la calidad de vida de los afectados por huesos de cristal, para lo cual es fundamental garantizar que los afectados reciban un tratamiento continuado a lo largo de sus vidas. Ellos, por medio de sus representantes, nos han argumentado que el problema de los tratamientos es que no suelen ser continuados, suelen ser esporádicos y no constantes por lo que necesitan que a la osteogénesis se considere enfermedad crónica para poder tener las ventajas que disfrutaban quienes pueden acogerse a esa catalogación.

Para redactar esta proposición no de ley nos inspiramos en otra que se debatió en esta Comisión de Sanidad, presentada por el Grupo Esquerra Republicana de Cataluña sobre otro grupo de afectados de espina bífida, y tomándola como referencia ya que se aceptó por unanimidad, hemos establecido unas características muy similares para esta, en la que pedimos, que el Congreso de los Diputados inste al Gobierno a que en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se constituya un grupo de trabajo de acuerdo con los representantes del colectivo de afectados de osteogénesis imperfecta para, primero analizar la especial situación de estos pacientes y sus necesidades derivadas del carácter crónico de esta patología y, segundo, proponer las medidas necesarias para facilitar su accesibilidad a las distintas prestaciones y a un adecuado tratamiento y rehabilitación.

Es una solicitud de justicia, es un colectivo que no porque no sea muy grande deja de estar necesitado de esta atención, por lo que pedimos a los grupos el acuerdo para poder llevar adelante esta proposición no de ley.

La señora **PRESIDENTA**: Está presentada a esta iniciativa una enmienda del Grupo Parlamentario Socialista que defenderá la señora Montón.

La señora **MONTÓN GIMÉNEZ**: Los socialistas somos sensibles y nos preocupan las necesidades del colectivo de afectados por osteogénesis imperfecta. Por ello, como no podía ser de otra forma, mi grupo está a favor, si bien hemos presentado una enmienda cuya redacción nos parece más correcta y con la que creo todos quedaríamos más satisfechos. Leeré la enmienda porque ha habido una modificación de última hora, para que conste así en el «Diario de Sesiones» y que haré llegar a la Mesa convenientemente. Quedaría así: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a que en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se constituya un grupo de trabajo en consonancia con las necesidades transmitidas por los representantes del colectivo de afectados de osteogénesis imperfecta para: uno, analizar la especial situación de estos pacientes y sus necesidades derivadas del carácter crónico de esta patología; dos, proponer las medidas necesarias para facilitar su accesibilidad a las distintas prestaciones y a un adecuado tratamiento y rehabilitación.

Con esta enmienda nos gustaría que en esta Comisión llegáramos al acuerdo y consiguiera los votos favorables del Grupo Popular, autor de la proposición no de ley, y también del resto de grupos porque el Grupo Socialista, cuando se trata de la salud de las personas, apuesta y apoya queriendo llegar al consenso independientemente de cual sea el grupo proponente de la iniciativa. Celebramos esta actitud también en el grupo autor de la proposición no de ley porque en este caso todos tenemos el objetivo común de dar un paso hacia la mejora de la calidad de vida de los afectados por osteogénesis imperfecta y sus familias. (**Rumores.**)

La señora **PRESIDENTA**: Señorías, les ruego moderen sus conversaciones particulares puesto que se queja la interviniente.

La señora **MONTÓN GIMÉNEZ**: La enfermedad de Vrolik, la osteopsitrosis idiopática, la osteomalacia congénita, la enfermedad de Adair Dighton, el síndrome de Van der Hoeve, la enfermedad de Lobstein, la enfermedad de Ekman Lobstein, la enfermedad de los huesos de cristal o, lo que es lo mismo, la osteogénesis imperfecta es una enfermedad rara, congénita, que carece de tratamiento efectivo o curativo, y aunque es cierto que no todas las enfermedades raras son de causa genética, sin embargo la que nos ocupa sí. Por ello cuando señalamos en el punto dos la petición de facilitar la accesibilidad a un tratamiento, adecuado tenemos que pensar también en la terapia génica, que no es otra cosa que una forma de tratamiento, en desarrollo en la actualidad, que pretende manipular el código genético para prevenir o luchar contra la enfermedad, lo que se puede hacer debido a los recientes avances en el conocimiento del genoma y la manipulación de los genes. Esta aproximación al tratamiento es revolucionaria, ya que en lugar de dar a un paciente un fármaco para tratar o controlar los síntomas de su enfermedad genética, se intenta corregir

el problema básico mediante ingeniería genética, restaurando los genes de algunas de las células del paciente. Una meta importante en la terapia génica es proporcionar células sanas con copias de código genético restaurado y teóricamente también se plantea como meta alterar las células germinales para evitar la transmisión a generaciones futuras un defecto genético. Nos gustaría que sabiendo esto como lo saben también fueran capaces de estar a favor de la futura ley de reproducción humana asistida, en tramitación actualmente en el Senado, y de la futura Ley de Investigación Biomédica, porque quizás la investigación con células germinales sea una esperanza para evitar enfermedades hereditarias como esta o terapia para terceras personas.

De todos modos felicito el talante y la buena disposición del diputado Vañó y felicito también que en esta Comisión sepamos llegar al acuerdo y que la enmienda que presenta mi grupo pueda prosperar con lo votos de todos los grupos parlamentarios, aun pensando que sin leyes como las anteriormente citadas este tipo de iniciativas quedan incompletas. Terminó atendiendo a la petición de brevedad de la señora presidenta.

La señora **PRESIDENTA:** Señor Vañó.

El señor **VAÑÓ FERRE:** Como es evidente y casi inevitable la mayor parte de los ciudadanos discapacitados ven en este diputado a su representante sin tener en cuenta la ideología. Por eso mi compromiso y responsabilidad en tratar de llegar a acuerdos en asuntos de discapacidad que supongan avances para el colectivo que en este caso es el de huesos de cristal. Por lo tanto acepto la enmienda con la modificación que también a su vez ha aceptado la representante en aras a seguir avanzando para conseguir esa igualdad de todas las personas con discapacidad.

La señora **PRESIDENTA:** Le ruego que se entregue a la Mesa el texto que usted ha acordado con la señora Montón para que se sepa lo que se vota.

Concluido el debate de las proposiciones no de ley si les parece haremos un repaso de lo que se someterá a votación antes de suspender momentáneamente la Comisión, puesto que los demás señores diputados están avisados de que la votación será a las 11:30 horas. Les rogaría que sean puntuales porque seguido tenemos una comparecencia, continuando el orden del día.

En la iniciativa número 1 del orden del día —sobre Alzheimer—, del Grupo Parlamentario Socialista, no ha sido aceptada la enmienda del Grupo Popular, por lo tanto será la iniciativa del Grupo Socialista íntegra.

La señora **PAN VÁZQUEZ:** Todavía estamos en la negociación.

La señora **PRESIDENTA:** No está todo perdido, me quiere usted decir.

La señora **PAN VÁZQUEZ:** Hay esperanza.

La señora **PRESIDENTA:** En las iniciativas 2 y 3, referidas a la asbestosis, ha quedado claro que lo que se sometería a votación es la enmienda de sustitución que respecto de las dos ha presentado el Grupo Socialista. En la proposición no de ley número 4, referida a los profesionales sanitarios que trabajan en España, del Grupo Parlamentario Popular no ha tenido aceptación la enmienda que ha presentado el Grupo Socialista, por lo que se vota la iniciativa sin más.

En esta quinta sí que ha habido acuerdo y someteremos a votación el texto que ha acordado el autor de la iniciativa, el señor Vañó, con la representante del Grupo Socialista, señora Montón.

Sin más y hasta las once y media, rogándoles puntualidad suspendemos la sesión. (**Pausa.**)

La señora **PRESIDENTA:** Señorías, se reanuda la sesión para proceder a la votación de las proposiciones no de ley que han sido objeto de debate al comienzo de esta mañana. Ruego a SS.SS. que permanezcan sentados porque a la cierta torpeza que acredita esta presidenta para poder contar los votos se une el que las posibilidades de visión de SS.SS. en esta sala son las que son y algunos se me quedan escondidos tras las columnas. Contaré con la colaboración de los demás miembros de la Mesa para que podamos desarrollar la votación con la certeza que requiere.

En primer lugar vamos a votar la iniciativa relativa al fomento de la investigación sobre la enfermedad de Alzheimer y al estudio de sus repercusiones sociosanitarias. Me pedía quien ha intervenido en nombre del Grupo Socialista que hiciese referencia a la exposición de motivos de la iniciativa presentada por su grupo, pero le hago la indicación de que solo se somete a votación el contenido de lo que se aprueba y que las exposiciones de motivos no son objeto de votación. Votaremos, por tanto, el texto sobre el que se ha llegado a acuerdo por el Grupo Parlamentario Popular y el Grupo Socialista y que paso a leer a continuación para que así conste en el acta: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno, primero, a seguir impulsando la investigación de la enfermedad de Alzheimer; segundo, a promover e impulsar la formación continuada de todos los profesionales con el fin de facilitar la detección precoz de esta enfermedad; tercero, a desarrollar e impulsar la estrategia de salud mental; y cuarto, a promover la atención sociosanitaria de estos enfermos de forma integral y coordinada, garantizando los principios de equidad, solidaridad y universalidad en todas las comunidades autónomas.

Procedemos a la votación.

Efectuada la votación, dijo

La señora **PRESIDENTA:** Queda aprobado por unanimidad el texto que ha sido objeto de lectura.

Votamos a continuación las iniciativas de los puntos 2.º y 3.º, relativas a las medidas contra la asbestosis y a los efectos sobre la salud de la exposición al amianto y medidas a adoptar al respecto. Finalmente ha habido una transacción, se había indicado con anterioridad que se votaba el texto de la enmienda socialista, pero finalmente SS.SS. han aprovechado el tiempo intermedio para pactar una transacción que voy a leer a continuación: Punto primero, que bajo la coordinación de los ministerios de Trabajo y Asuntos Sociales y el de Sanidad y Consumo, y con la participación de las comunidades autónomas, se realice una evaluación sobre el estado actual y los planes de trabajo del programa integral de vigilancia de la salud de los trabajadores que han estado expuestos al amianto, así como que se proceda a una actualización periódica de la misma y se potencie el desarrollo y la aceleración de las actuaciones previstas por dicho programa. Punto número dos: Que se estudie la conveniencia de crear en la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, del Instituto de Salud Carlos III, un registro de tumores por exposición al amianto, coordinado con los que puedan existir en las distintas comunidades autónomas como complemento al de causas de patologías relacionadas con dicho material que existe en el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Punto número tres: Que se agilice la actualización en marcha de la lista española de enfermedades profesionales para adecuarla a la recomendación de la Comisión Europea de 19 de septiembre de 2003 en lo referente a la afectación por amianto. Punto número cuatro: Que se garantice que antes de iniciarse los trabajos de seguridad, mantenimiento, reparación o desbroce se adopten las medidas adecuadas para identificar la presencia de amianto, recabando, si es necesario, información de los propietarios de los locales, empresarios o constructores. Número cinco: Que se elabore un programa de acción, de acuerdo con las comunidades autónomas, que permita la gestión, el control y la eliminación correcta del amianto instalado, con el fin de evitar cualquier impacto en la salud de los trabajadores. Punto número seis: Que se evalúe la actual protección de la población y del medio ambiente que suponen los trabajos de desamianto regulados por la Orden de 1 de enero de 1987, introduciendo en su caso los cambios oportunos en la línea de la Directiva comunitaria 2003/18/CE.

Lamenta esta Presidencia que el señor secretario experto en lingüística sufra tanto con lo que se aprueba, pero creo que, aunque no sea un modelo de perfecto castellano, sí queda claro lo que se va a votar y a lo que se le insta al Gobierno. Sometemos el texto leído a votación.

Efectuada la votación, dijo

La señora **PRESIDENTA**: También por unanimidad ha sido objeto de aprobación el texto acordado respecto a las iniciativas de los puntos 2.º y 3.º

Iniciativa del punto 4.º, relativa a los profesionales sanitarios que trabajan fuera de España. Era del Grupo Parlamentario Popular y, presentada una enmienda por el Grupo Socialista, que conozca esta Presidencia, no se ha llegado a acuerdo.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 16; en contra, 19; abstenciones, una

Queda rechazada.

Por último, la quinta de las proposiciones no de ley, la relativa a la osteogénesis imperfecta. Existe una transacción, de las dos formaciones, Grupo Parlamentario y Grupo Socialista, que también haré objeto de lectura a SS.SS.: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a que en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se constituya un grupo de trabajo en consonancia con las necesidades transmitidas por los representantes del colectivo de afectados de osteogénesis imperfecta para: uno, analizar la especial situación de estos pacientes y sus necesidades, derivadas del carácter crónico de esta patología, y dos, proponer las medidas necesarias para facilitar su accesibilidad a las distintas prestaciones y un adecuado tratamiento y rehabilitación.

Efectuada la votación, dijo

La señora **PRESIDENTA**: Queda aprobada por unanimidad.

COMPARECENCIA DEL SEÑOR DIRECTOR DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III (GRACIA NAVARRO) PARA INFORMAR SOBRE LAS LÍNEAS DE ACTUACIÓN Y PROYECTOS DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III PARA EL AÑO 2006. A PETICIÓN DEL GOBIERNO. (Número de expediente 212/000919.)

PREGUNTAS:

— **DEL SEÑOR GUTIÉRREZ MOLINA, DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO, SOBRE EL ESTADO DEL CONVENIO SUSCRITO ENTRE EL INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA (INGESA) Y EL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III. (Número de expediente 181/000936.)**

La señora **PRESIDENTA**: Pasamos al punto 6.º del orden del día, la comparecencia del director del Instituto de Salud Carlos III, para informar sobre las líneas de actuación y proyectos del Instituto de Salud Carlos III para el año 2006, a petición del Gobierno.

Tiene la palabra el señor director del Instituto de Salud Carlos III.

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA**: Señora presidenta, si me permite, quiero plantear una mera cuestión de economía de la comparecencia. Como tengo una pregunta, pienso que se podía acumular ese punto a la intervención del señor director del Instituto de Salud Carlos III y aprovecharía mi intervención para hacer la pregunta que figura en el punto 7.º

La señora **PRESIDENTA**: Perfecto, le agradezco la idea, puesto que es usted quien va a intervenir en esta comparecencia. Así se hará, señor Gutiérrez Molina.

Tiene, por tanto, la palabra para su intervención el señor director del Instituto de Salud Carlos III.

El señor **DIRECTOR DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III** (Gracia Navarro): Señoras y señores diputados, me van a permitir que, al objeto de hacer un poquito menos dura mi exposición, que pretende presentarles a ustedes las actividades que tenemos previstas para el año 2006, me acompañe de unas filmas o diapositivas, como las llama una amiga mía, que hagan un poquito más amena mi presentación.

Es para mí un honor comparecer ante esta Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados por segunda vez, y a petición propia, para exponer las líneas de actuación y los proyectos que el Instituto de Salud Carlos III está desarrollando durante este año 2006. Es un motivo de satisfacción, primero, por venir como demócrata a la representación popular que ustedes ostentan, y además porque, me permiten compartir con todos ustedes los resultados preliminares de algunas de las iniciativas que ya tuve ocasión de presentarles en mi anterior comparecencia en noviembre del año 2004. En términos generales, durante el año 2006 aquellas iniciativas y estrategias que diseñamos y las acciones que hemos ido llevando a cabo desde el inicio de la legislatura se van a continuar consolidando y, por tanto, van a empezar a proporcionar los primeros resultados. Y esto será así gracias en gran medida al presupuesto de 2006, que crece cerca de un 18 por ciento, dato claramente favorable y que indica el apoyo que el Gobierno proporciona a la investigación biomédica y de ciencias de la salud que desde el instituto se ejecuta, se impulsa, se fomenta y se coordina. Por tanto, este presupuesto nos permitirá abordar, entre otras, las siguientes iniciativas estratégicas. En el ámbito de la investigación o actividad intramural, durante este año se dispondrá de la evaluación de la actividad de la organización, con la que se establecerá y definirá muy claramente el plan estratégico para los próximos años. Entre las actividades del servicio de salud pública, cabe destacar la puesta en marcha del plan de acción del Instituto de Salud Carlos III ante la alerta por la posible pandemia de gripe aviar. En lo que se refiere a la investigación extramural, se continuará con las convocatorias del Fondo de Investigaciones Sanitarias, encaminadas al fomento de la investigación traslacional. Igualmente, se actuará de forma decidida en la constitución de estructuras estables de investigación

cooperativa en el área de biomedicina y ciencias de la salud, en el marco del programa Ingenio 2010, como son las redes temáticas de investigación cooperativa y los centros de investigación biomédica en red. Además se desarrollará el programa de estabilización e intensificación de la actividad investigadora en el Sistema Nacional de Salud y se llevará a cabo la acreditación de instituto de investigación sanitaria. Igualmente se pondrá en marcha el programa nacional de investigación en enfermedades raras y se potenciará la investigación en salud. También se desarrollará la oficina de proyectos europeos del Instituto de Salud Carlos III, para que cumpla sus objetivos de servicio a todo el Sistema Nacional de Salud. Se continuará con el apoyo a la investigación en terapia celular y medicina regenerativa, que sufrirá un impulso muy importante con la nueva regulación prevista en la ley de investigación biomédica, de pronta tramitación. Paralelamente será necesario incorporar nuevas estrategias tales como el plan de calidad del Sistema Nacional de Salud por medio de la potenciación de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, así como se establecerán las bases necesarias para la transformación del instituto en una agencia estatal. Mención especial merece en este contexto el desarrollo del Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares Carlos III, fundación adscrita al instituto una vez finalizada la construcción de su sede y la dotación de su equipamiento.

Evidentemente, todas estas acciones no serían posibles sin el trabajo y la dedicación de todo el personal investigador y técnico que compone la plantilla del instituto y, por supuesto, gracias al muy significativo incremento que ha experimentado el presupuesto del instituto para el año 2006. Efectivamente, dicho presupuesto para este ejercicio supera los 285 millones de euros, lo que supone un aumento de más de 43 millones de euros, equivalente a cerca de un 18 por ciento del presupuesto inicial. La mayor parte de este esfuerzo financiero recae sobre las transferencias del departamento, que en conjunto suponen más de 168 millones de euros, con un aumento superior a 45,5 millones de euros, lo que en definitiva supone un incremento de más del 37 por ciento de la parte aportada por el departamento. De este porcentaje, 15 millones de euros se destinarán al desarrollo del Plan de calidad del Sistema Nacional de Salud. La estructura financiera del estado de ingresos ha dependido en el pasado, como ustedes saben, en una proporción muy importante de las transferencias procedentes de la industria farmacéutica, que dimanaron en aquellos momentos de un principio de convenio de colaboración suscrito por el Ministerio de Sanidad y Consumo con Farmaindustria y Fedifar. Desde el año 2005 esta financiación depende de la disposición adicional cuadragésimoctava de la Ley de Presupuestos Generales del Estado. La estimación de ingresos para el ejercicio 2006 es de más de 96 millones de euros y supone una cuantía similar a la prevista en el ejercicio 2005. Por otro lado, se ha previsto para este ejercicio un aumento de los

ingresos procedentes del Fondo Europeo de Desarrollo Regional de más de 2,5 millones de euros, lo que supone un incremento del 25,42 por ciento respecto al año anterior. Como consecuencia de esta estructura presupuestaria de ingresos se modifica de un modo muy importante la estructura financiera del organismo, de manera que la financiación del departamento aumenta significativamente su peso en el total de la financiación, pasando a estar próxima al 60 por ciento del total del presupuesto.

Paso a continuación a describir de la manera más rápida posible las principales acciones previstas para el año 2006 en cada una de las áreas del organismo. En el área de calidad y planificación se seguirá impulsando y coordinando el proceso de autoevaluación, ampliando esta a las unidades y centros directivos y se elaborará finalmente el informe de autoevaluación del instituto e igualmente se diseñarán el proceso, la metodología y la organización de elaboración externa, realizando las correspondientes guías y la recogida de información, lo cual nos llevará, por último, a coordinar el informe final de evaluación interna y externa, que dará lugar a la elaboración del plan estratégico del Instituto de Salud Carlos III, que esperamos tener finalizado a lo largo de este año 2006. Igualmente, durante este periodo esta unidad colaborará con el resto de unidades y centros del instituto para la conversión del centro en agencia estatal. En este sentido, y más concretamente, participará en la elaboración del plan inicial y en el diseño de los indicadores de seguimiento y sistemas de información necesarios para la elaboración del contrato de gestión previsto en la estructura de agencia estatal, de acuerdo con el borrador de ley que se está tramitando. En el área de prestación de servicios de salud pública que engloba la actividad intramural del instituto, fundamentalmente orientada al servicio de la salud pública y que se desarrolla en el seno de los centros nacionales y demás unidades adscritas a la organización, nos planteamos un doble objetivo. En primer término, asesorar y participar con el Ministerio de Sanidad y Consumo y con las comunidades autónomas en todos los temas relacionados con las enfermedades transmisibles, incluyendo entre otros el diagnóstico y el control de las mismas o el estudio de brotes, epidemias u otras situaciones de emergencia sanitaria de etiología infecciosa, medioambiental o bien de enfermedades de baja prevalencia. En segundo lugar, proporcionar servicios basados en la generación de conocimiento a través de la investigación que lleguen al ciudadano mediante transferencia de tecnología o de resultado a la Administración en general del sector público, o bien directamente a través de la industria en el sector privado con la realización de convenios de colaboración en materia de investigación. La investigación intramural se potenciará decididamente, y hay que señalar que uno de los principales objetivos en este ámbito será acortar el tiempo de aplicación práctica de los hallazgos científicos obtenidos en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades con etio-

logía diversa. En esta área de actividad intramural merecen, en mi opinión, una mención especial cuatro planes o programas específicos. Por un lado, el plan de acción del Instituto de Salud Carlos III ante la alerta de posible pandemia por gripe aviar. Ante la alerta lanzada por la Organización Mundial de la Salud, en el ejercicio de las funciones y competencias asignadas al instituto por la legislación vigente y en permanente coordinación, como no podía ser de otra manera, con los servicios de alerta y control constituidos por la Dirección General de Salud Pública del ministerio, y en consonancia con la pertenencia a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica y de las redes de alerta precoz y respuesta de la Unión Europea y de la Organización Mundial de la Salud, el instituto, a partir de la recepción de estas recomendaciones de la OMS y de la Unión Europea, ha iniciado un plan de acción de alerta epidemiológica y diagnóstico del virus de la gripe aviar. Este plan se concreta en una serie de actuaciones cuyo objetivo es poder detectar, verificar rápidamente y responder apropiadamente a las amenazas que la epidemia del virus de la gripe aviar representa, reduciendo su impacto en la salud y en la economía de la población española. Estas actuaciones se basan principalmente en la atención continua, durante las 24 horas de todos los días del año, a la información y a los posibles casos del virus que afecten al territorio nacional y que supondrán, mientras permanezca la situación de alerta, la implicación de los centros nacionales de epidemiología y de microbiología, que albergan los elementos constitutivos de la Red de alerta biosanitaria y los laboratorios de referencia del virus de la gripe en España adscritos a la Organización Mundial de la Salud, toda vez que en él se encuentran residenciados los servicios de diagnóstico y de análisis a través de su laboratorio de alta seguridad biológica de nivel P-3, que es uno de los de mayor seguridad en España. Este plan se encuentra ya en marcha y es plenamente operativo y se mantendrá en dicho estado cuanto duren la alerta y las recomendaciones de la OMS y de la Unión Europea.

El segundo elemento que me gustaría destacar es la puesta en marcha del programa nacional de investigación en enfermedades raras. Durante este año 2006 se pondrá en marcha dicho programa, que se encargará de coordinar todos los recursos y acciones que el instituto y el resto del Sistema Nacional de Salud y el de Ciencia y Tecnología dedican a la investigación en estas enfermedades. Este plan incluye las actividades propias del instituto en investigación epidemiológica y en salud pública, así como los aspectos formativos en este tipo de enfermedades dirigidos al personal sanitario de todo el Sistema Nacional de Salud, así como el fomento de la investigación en enfermedades raras por medio de la convocatoria específica de proyectos de investigación y la constitución de un centro de investigación biomédica en red sobre enfermedades raras. Actualmente se está tramitando la orden ministerial que establece este pro-

grama, por lo que es previsible su implantación a lo largo del primer semestre de este año.

El tercer elemento que me gustaría destacar es la investigación y el desarrollo de sistemas de información que sirvan de apoyo a la medicina genómica, diseñando protocolos y guías de práctica clínica informatizadas, inclusión de datos genéticos en el historial clínico electrónico, sistema de soporte a la toma de decisiones, etcétera. Finalmente, la investigación en tecnologías de salud para sistemas de atención a personas mayores y pacientes crónicos como soporte a la vida independiente y el bienestar mediante convenios con organizaciones y empresas. Por lo que se refiere al área de formación, fundamentalmente desarrollado por la Escuela Nacional de Sanidad, se establecen los siguientes objetivos: potenciar la formación continuada mediante acuerdos con el Ministerio de Sanidad y Consumo y con las consejerías de sanidad; completar la reforma de la formación especializada en lo referente a la estructura troncal específica y de libre configuración, de manera que permita la incorporación de otros licenciados en la maestría de salud pública que se imparte; adaptar la formación teórica de la escuela a las necesidades formativas de la salud pública mediante el desarrollo de recursos y seminarios de alta especialidad. Para ello se actualizará la organización departamental de la escuela, dotando las necesidades que una formación integral en salud pública demandan.

Respecto al fomento de la investigación extramural, es decir, al Fondo de Investigaciones Sanitarias, sin duda uno de los papeles esenciales del Instituto de Salud Carlos III es el fomento de la investigación que se realiza en todos los centros del Sistema Nacional de Salud y de manera más estratégica el fomento de la investigación traslacional, facilitando la interacción entre la generación de conocimientos básicos y su aplicación en la práctica clínica con el objeto esencial de acortar el tiempo que transcurre en dicha traslación. En este sentido, las convocatorias del Fondo de Investigaciones Sanitarias durante 2005 han experimentado significativos incrementos en diferentes aspectos. La financiación de proyectos de investigación ha superado en un 50 por ciento a la de 2004; hemos destinado un total de más de 69 millones de euros, frente a los 45 que se destinaron en 2004. La proporción de proyectos financiados respecto a los presentados ha sido de un 35 por ciento, superior a la de 2004, y el coste medio por proyecto se ha situado en 50.000 euros, de tal manera que los proyectos mejor evaluados han recibido toda la financiación solicitada. En lo que se refiere a recursos humanos, se han concedido 38 contratos de investigadores para el Sistema Nacional de Salud, 53 contratos de formación en investigación para profesionales, 72 contratos de apoyo a la investigación, 36 de perfeccionamiento posdoctoral y 72 ayudas predoctorales de formación en investigación. Además se han estabilizado 38 investigadores contratados del Sistema Nacional de Salud en régimen de cofinanciación con las comunidades autó-

nomas y se han intensificado 55 facultativos que simultanean actividades asistenciales y de investigación y que son investigadores principales de proyectos.

Estos buenos resultados nos animan a afrontar importantes retos para el año 2006 en este ámbito, siendo las acciones previstas, por un lado, la acreditación de institutos de investigación sanitaria, que tendrán como misión central fomentar la investigación en el seno de los hospitales, favoreciendo las asociaciones de centros de investigación a nivel local de manera multidisciplinar y multiinstitucional, con el fin de desarrollar e integrar armónicamente la investigación básica, clínica y de salud pública como un todo, potenciando de esta manera la investigación traslacional. Este tipo de estructuras permitirán potenciar al hospital como centro público de investigación, así como compartir recursos e infraestructuras y promover la cultura investigadora en nuestros centros del Sistema Nacional de Salud. En próximas semanas se publicará en el BOE una orden que desarrolla algunos aspectos del real decreto de acreditación y que incluye como aspectos fundamentales la creación de la comisión de evaluación de los institutos de investigación sanitaria y la elaboración de una guía de evaluación que será el instrumento fundamental para que los auditores presenten los informes correspondientes que permitan a la comisión tomar la decisión sobre la acreditación o no de un instituto concreto. Por tanto, es de esperar que el proceso de acreditación se realice de forma abierta y continua conforme se vayan recibiendo las solicitudes durante este año 2006 y los siguientes.

Respecto a la potenciación del programa de recursos humanos y difusión de la investigación promoviendo los recursos humanos en I+D+i en el Sistema Nacional de Salud, me gustaría destacar los siguientes objetivos: aumentar el número de ayudas predoctorales de formación en investigación vinculándolos a grupos de investigación diferenciada; aumentar igualmente el número de ayudas de programas de perfeccionamiento posdoctoral en centros de prestigio nacionales e internacionales; estabilizar a los investigadores contratados del CIS que finalicen su periodo de seis años, por supuesto tras la correspondiente evaluación de su actividad, todo ello en el marco del programa de estabilización e intensificación de la actividad investigadora en el Sistema Nacional de Salud; intensificar la actividad investigadora del personal asistencial, aumentar los contratos de apoyo a la investigación y promover las ayudas dirigidas a la contratación por los organismos beneficiarios de profesionales sanitarios que hayan finalizado el periodo de formación sanitaria especializada. En este ámbito se fomentará igualmente la investigación científica en disciplinas biomédicas para contribuir así a fundamentar científicamente los programas y políticas del Sistema Nacional de Salud en coordinación con los objetivos del Plan Nacional de I+D+i. Esto se realizará a través de la financiación de proyectos de investigación y de infraestructuras científicas, así como de investigación evaluativa de tecnología sanitaria. Para ello se incrementará el margen

de contribución para los centros beneficiarios, se aumentará la duración de los proyectos para los grupos consolidados a cinco años y se realizará una evaluación científico-técnica por parte de la ANEP, así como una evaluación estratégica y de oportunidad por parte de las comisiones del FIS en paneles de priorización de proyectos. También se establecerán en las convocatorias del Fondo de Investigaciones Sanitarias áreas prioritarias como las que tienen ustedes recogidas en la transparencia, entre ellas las enfermedades más prevalentes o algunas áreas estratégicas como pueden ser los temas de obesidad, salud y género, vacunas del sida, enfermedades neurológicas y mentales, etcétera, y también se fomentará e impulsará la investigación en enfermería y en atención primaria.

En cuanto a la nueva área de investigación cooperativa que se ha creado en el instituto, me gustaría resaltar las nuevas convocatorias para la financiación de estructuras estables de investigación cooperativa. La constitución de las redes temáticas de investigación cooperativa que se realizó en el año 2003 fue una iniciativa muy interesante, cuya experiencia puede servir de base para la creación de nuevas estructuras más potentes al servicio de los problemas de investigación del Sistema Nacional de Salud. Tras un proceso de evaluación internacional realizado por un comité internacional compuesto por 18 investigadores de instituciones de elevado prestigio, se ha procedido a la emisión de un informe —ahí tienen ustedes los nombres de los evaluadores, provenientes de centros tan prestigiosos como el Instituto Pasteur, la Universidad John Hopkins u otros centros del mismo prestigio— que ha dado como resultado una evaluación, creo que positiva en términos generales, de las redes existentes, de tal manera que han superado la evaluación cerca del 80 por ciento de las redes. Además, esa evaluación ha puesto de manifiesto las fortalezas y debilidades de esta estructura y también la existencia, dentro de las estructuras en red, de tres tipologías distintas de estructuras: por un lado, proyectos coordinados que deberán concurrir a la convocatoria del Fondo de Investigaciones Sanitarias prevista para este año en la que se contemplará esta nueva modalidad; por otro lado, auténticas redes de investigación cooperativa, instrumentos de gran utilidad para la coordinación de la actividad de grupos y centros en torno a unos objetivos científicos compartidos, y por otro lado, auténticos centros de investigación biomédica en red susceptibles de desarrollar un amplio proyecto científico sobre una temática concreta y bajo una única dirección científica. Por tanto, el programa para el año 2006 para el desarrollo de estas estructuras estables de investigación cooperativa se desarrollará en dos fases: una primera para la constitución de los CIBER y la segunda para la constitución de las redes temáticas de investigación cooperativa o RETIC. Para ambas convocatorias está prevista una financiación de 62 millones de euros en el año 2006, que puede ampliarse en aproximadamente 5 millones de euros adicionales en caso de que sea necesario en fun-

ción de las solicitudes. La convocatoria CIBER, que se incluye en el programa Ingenio 2010, impulsado por el presidente del Gobierno, contará con una financiación específica de 32 millones de euros para este año y se procederá a la creación de siete CIBER que tendrán personalidad jurídica propia y se formarán mediante un acuerdo de consorcio entre las entidades a las que pertenezcan los grupos de investigación que finalmente se seleccionen en concurrencia competitiva. Los siete CIBER que se constituirán en el año 2006 se refieren a las áreas temáticas de bioingeniería, biomateriales y nanomedicina, epidemiología y salud pública, fisiopatología de la obesidad y nutrición, enfermedades respiratorias, enfermedades digestivas y hepáticas, enfermedades neurodegenerativas y enfermedades raras. Estas áreas temáticas han sido seleccionadas basándose en diversos criterios como pueden ser la morbimortalidad de las patologías que las incluyen, el carácter transversal de la actividad de cada uno de estos CIBER y el resultado de la evaluación efectuada de las redes preexistentes e interés estratégico para el Sistema Nacional de Salud. Un amplio grupo de expertos ha analizado todos estos parámetros, así como los resultados de la evaluación de cada una de las redes, y ha elevado una propuesta a través de la dirección del instituto a la comisión científico-técnica del Consejo Interterritorial, que informó favorablemente de la misma y que fue trasladada por el ministerio al pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, dando oportunidad a los representantes de las comunidades y de las ciudades autónomas de formular sugerencias y propuestas que en muchos de los casos han sido incorporadas a esta propuesta o decisión final que se ha adoptado. En los próximos años, además de estos siete CIBER se podrán constituir otros que cubran otros grupos de patologías y áreas temáticas hasta un total aproximado de entre 11 ó 13 centros, que entendemos que puede ser lo que el sistema requiere para abordar la investigación en la mayoría de las patologías que afectan a nuestros ciudadanos. La financiación total del programa de creación de estos centros rondará los 400 millones de euros hasta el 2009. Al objeto de constituir estos CIBER se realizará en primer lugar un llamamiento a todos los grupos de investigación del Sistema Nacional de Salud y del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología para que expresen su interés en pertenecer a cada uno de estos siete CIBER. El proceso de selección de los grupos incluirá dos fases principales: por un lado, la valoración de la calidad científica del grupo, que se realizará por evaluadores internacionales y, en segundo lugar, la valoración estratégica. En esta fase se valorará la adecuación de las líneas de investigación que desarrolla cada grupo a las áreas de actuación del CIBER, y esta fase será realizada por las comisiones técnicas del FIS. Tras el proceso de selección indicado, habrá que constituir, crear el centro y asignarle la subvención nominal con cargo al presupuesto del Instituto de Salud Carlos III, y se procederá a negociar el reglamento de constitución del consorcio entre las entidades

a las cuales pertenezcan los grupos. Finalmente, los órganos de gobierno de esos consorcios elegirán y nombrarán al director científico, que presentará un programa de investigación en función de los grupos seleccionados y de los nuevos retos científicos planteados en el área temática correspondiente. Al crear el CIBER con personalidad jurídica propia, este gestionará la ejecución de su propio presupuesto y su actividad cotidiana se regulará mediante un reglamento de funcionamiento en el que estarán definidos los órganos de gobierno individuales y colectivos del mismo. La segunda fase corresponderá a la convocatoria de las redes temáticas de investigación sanitaria, a las que se destinarán 30 millones de euros durante el año 2006, no existiendo en este caso limitación en cuanto al número de redes y la temática que puedan ser financiadas.

Las RETIC se constituyen a través de un proceso de libre asociación entre los grupos de investigación que conforman la propia red. Las RETIC han demostrado ser un eficaz instrumento para la vertebración de la investigación sanitaria en España, ya que los requerimientos mínimos para su constitución son la participación de diez grupos de investigación pertenecientes a cuatro comunidades autónomas diferentes, y su evaluación se realizará igualmente en dos fases, de manera similar a como hemos descrito para los CIBER. Una diferencia importante de las RETIC con los CIBER es que las RETIC no tienen personalidad jurídica propia ni director científico, sino que poseen un coordinador. La financiación que reciben los grupos de investigación integrados en las RETIC será gestionada por la institución a la que pertenece el grupo de investigación financiado. Es nuestra intención destinar la mayor parte de los recursos que reciban estas estructuras estables de investigación cooperativa a la contratación de investigadores y de personal técnico. Sabemos lo importante que es contar con un capital humano de calidad cuyo trabajo reciba un reconocimiento profesional y una consideración social acordes con la función que realizan, y creemos además que este es uno de los grandes déficits de nuestro sistema de ciencia-tecnología-empresa. Queremos que las estructuras estables de investigación cooperativa, las redes temáticas, pero de manera especial los centros de investigación biomédica sean el principal instrumento para facilitar la investigación traslacional al poner bajo el mismo marco organizativo y científico a grupos de distintas instituciones y con diferente orientación. Como resultado, se crearán estructuras sólidas y estables capaces de establecer relaciones eficientes con el sector productivo del área de la salud, otro de los déficits de nuestro sistema.

Otra de las acciones estratégicas de nuestro instituto para el año 2006 se refiere a la Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitaria, que, como órgano esencial al servicio del Sistema Nacional de Salud, desarrollará principalmente las siguientes actividades: en lo que se refiere a la política de prestaciones y carteras de servicios, se continuará la labor de evaluación y asesora-

miento tanto en la política de prestaciones, principalmente a través de la Dirección General de Cohesión y del Sistema Nacional de Salud, como de las comisiones técnicas dependientes del Consejo Interterritorial. Igualmente se continuará con el proyecto Síntesis, de detección de nuevas tecnologías y emergentes. Este plan adquiere una importancia primordial para la implantación del plan de calidad de todo el sistema. En lo relativo a los usos tutelados de tecnología sanitaria, se continuará la labor en desarrollo de usos tutelados en curso o los nuevos que se le puedan encomendar, bien bajo la dirección de la Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitaria o en coordinación con las correspondientes entidades autonómicas. Se establecerá la red de convenios de colaboración con entidades de evaluación de las comunidades autónomas, al objeto de desarrollar evaluaciones finalistas para la realización de tareas prioritizadas en el Sistema Nacional de Salud, así como para promocionar la red de conocimiento en evaluación de tecnología sanitaria. Finalmente, se colaborará en el Plan de calidad del Sistema Nacional de Salud mediante convenio con la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo. Por su parte, el área de terapia celular y medicina regenerativa tiene como objetivo para el 2006 fundamentalmente el desarrollo del Banco Nacional de Líneas Celulares. La pasada publicación, creo que el pasado viernes, de la orden ministerial que regula su funcionamiento nos permitirá afianzar la estructura actual mediante la consolidación de los distintos nodos que lo componen, se establecerá el registro nacional de líneas celulares, en el que se recogerá la caracterización de las distintas líneas que se vayan obteniendo y que estén autorizadas, así como las entradas y salidas de los mismos desde y hacia los distintos nodos. Se establecerán convenios de colaboración e intercambio de células con otros bancos, intra y extracomunitarios, y se establecerá un código de buenas prácticas de bancos de líneas celulares, centrado fundamentalmente en la homogeneización de la recogida de datos, consentimientos informados, trazabilidad de muestras, control de calidad, etcétera. En cuanto a los convenios de las comunidades autónomas que se firmaron para el desarrollo de esta actividad, se realizará el seguimiento de la marcha de dichos convenios ya firmados con las comunidades de Valencia, Andalucía, Cataluña y Aragón y de otros posibles convenios que en este sentido se establezcan. Igualmente se potenciará la Red de terapia celular, elemento esencial para coordinar la actividad de los distintos grupos de investigación que se implantan en las distintas comunidades autónomas del territorio del Estado. Esta red, que creemos que es un elemento estratégico para el desarrollo de esta área, será coordinada para que concorra a la próxima convocatoria de RETIC, puesto que entendemos que debe continuar y ser potenciada. Por último, la comisión de seguimiento y control de la donación y utilización de células y tejidos humanos celebrará las reuniones pertinentes para emitir los informes sobre los proyectos que requieran la utilización de preem-

briones o líneas derivadas de células troncales embrionarias. En definitiva, esta área sufrirá un importante impulso a lo largo de este año como consecuencia de la tramitación de la ley de investigación en biomedicina, que iniciará su trámite en las próximas semanas. En el área de programas internacionales de investigación y relaciones institucionales, el principal objetivo estratégico es el desarrollo y potenciación de la oficina de proyectos europeos, para lo que se procederá a la correspondiente dotación de recursos humanos y materiales, así como de los instrumentos necesarios para el desarrollo de su actividad.

Señora presidenta, señorías, antes de finalizar me gustaría hacer una referencia especial a la puesta en marcha y desarrollo del Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares, por lo que significa como iniciativa de alto contenido innovador. Se ha finalizado recientemente la construcción de su sede y su equipamiento y el centro ha sido objeto de un proyecto innovador de colaboración con la iniciativa privada. Trece de las mayores empresas españolas ajenas al sector sanitario han acordado con el ministerio la financiación a medio plazo de la actividad de este centro. A lo largo del año se procederá a la selección de los jefes de grupo e investigadores, que se irán incorporando según lo previsto en el programa científico aprobado por el patronato. En la actualidad, las cuatro áreas básicas en medicina cardiovascular escogidas, que son probablemente las de mayor interés y mejores candidatas a traducirse rápidamente a la práctica clínica, son la biología vascular, con un énfasis especial en la biología arterial y sus alteraciones como consecuencia de procesos degenerativos como la arteriosclerosis; la regeneración del músculo cardíaco —en esta área el objetivo debería ser comprender en profundidad la biología de las células madre cardíacas, lo que llevará al descubrimiento de nuevas sustancias más efectivas que las disponibles actualmente y que permitirán una nueva regeneración cardíaca más fisiológica—; la tercera área, la genética y regulación del desarrollo cardiovascular, con especial énfasis en la interacción entre la genética y los factores ambientales en la aparición de las enfermedades cardiovasculares congénitas o la predisposición a la aparición de problemas cardiovasculares en la vida adulta; finalmente, la genética poblacional, diseñada para identificar un mapa de marcadores genéticos específicos que influyan en la prevalencia de las enfermedades cardiovasculares. Me gustaría concluir esta intervención señalando que estas medidas se enmarcan en la política científica y tecnológica que desarrolla el Gobierno de España, cuyas principales líneas estratégicas se recogen en el programa Ingenio 2010, impulsado por la Presidencia del Gobierno y que pretende superar algunos de los déficits del sistema de I+D+i, como son los bajos recursos económicos destinados a investigación, la escasez de recursos humanos, la dispersión de los recursos, las dificultades en la gestión, la escasa colaboración público-privada y la baja inversión empresarial en I+D+i, situación que, además,

en el caso de la investigación en salud —nuestra área de competencia— se complementa con la poca colaboración básico-clínica y la falta de cohesión de la investigación que se realiza en el Sistema Nacional de Salud. Durante esta etapa las iniciativas que se están llevando a cabo desde el instituto tienen la voluntad de coadyuvar a solucionar, en el ámbito de la salud, estos problemas, en colaboración, lógicamente, y bajo las directrices del Ministerio de Sanidad y Consumo, y ello lo haremos mediante el incremento de los recursos que el instituto destina al fomento de la investigación, focalizados esencialmente en incrementar los recursos humanos dedicados a la investigación, concentrando los esfuerzos en áreas temáticas de interés para la salud de los ciudadanos, creando estructuras de gestión ágiles y flexibles que por su potencialidad sean susceptibles de colaborar con el sector productivo del área de la salud y que, por lo tanto, puedan fomentar la inversión del sector empresarial en I+D+i. Además, todas estas medidas están orientadas a fomentar la investigación traslacional y a facilitar la cohesión de la investigación que se realiza en el Sistema Nacional de Salud. En definitiva, señorías, pretendemos que el Instituto de Salud Carlos III sea el principal instrumento para el desarrollo de la política de investigación, desarrollo e innovación, en el ámbito de la biomedicina y de las ciencias de la salud, tanto a nivel de su propia actividad intramural como OPI, como organismo público de investigación, y de prestación de servicios para el Sistema Nacional de Salud, así como, y de manera fundamental, agente financiador de dicha actividad investigadora en los centros del Sistema Nacional de Salud y del resto del sistema de ciencia y tecnología.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Gracia Navarro, por la exposición que nos ha hecho de los planes y proyectos del Instituto de Salud Carlos III para el año 2006.

A continuación, y para intervenir en nombre de los grupos parlamentarios, tiene la palabra en nombre del Grupo Popular el señor Gutiérrez Molina.

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA**: Le doy la bienvenida una vez más, señor director general, a esta Comisión en nombre de mi grupo, y le agradezco su larga exposición. Que sea larga no quiere decir que haya sido concreta, pero por lo menos ha sido amplia en el tiempo.

Señora presidenta, señor director general, a mí me gustaría —porque parece que fue ayer el 30 de noviembre de 2004— centrar mi intervención también en cuatro aspectos en los que el señor director general ha hecho mayor énfasis en su exposición y que quizá, como decía al principio, necesitaría, al menos en nombre de mi grupo, una mayor concreción. Bien es verdad —tengo que darle las gracias al señor director general— que las preguntas que estaban pendientes de contestación por mi parte, y a las que hice referencia la última vez que com-

pareció o por lo menos que establecimos este debate, han sido contestadas, por lo que no le voy a hacer ningún reproche en ese sentido. Insisto, no obstante, en que me gustaría que concretara otros aspectos que paso a continuación a plantear, desde luego con mayor economía procesal para no hacer excesivamente larga la intervención en nombre de mi grupo, pero sí de forma concreta. Aprovecho ahora —gracias, señora presidenta, por haberlo aceptado— para que la pregunta que figuraba en el punto 7.º del orden del día vaya en el conjunto de las dudas o aspectos que en nombre de mi grupo necesitaba aclarar.

Señor director general, con independencia de lo que a nuestro grupo le parece la intervención —un sentido bastante continuista de la última y desde luego dejando muchos aspectos a la providencia o al azar en el sentido de que se continuará, se hará necesario, se estudiará, haremos lo posible, implementaremos, que ya hemos escuchado en otras comparecencias— me gustaría que concretara algo que nos parece fundamental y sobre lo que, aunque usted lo ha tocado, queremos mayor concreción. Me refiero a las prioridades del Instituto de Salud Carlos III que usted ha señalado para financiar áreas de investigación epidemiológica y salud pública, aquellas que están orientadas a la clínica y ensayo en medicina del trabajo, en investigación genómica y biomarcadores en medicina del trabajo y en investigación de las condiciones de trabajo y exposiciones laborales sobre las enfermedades degenerativas y efectos a largo plazo de las mismas; investigación en valores límites de exposición. Le digo esto porque hoy se han discutido aquí en distintas proposiciones no de ley ciertas enfermedades relacionadas con la medicina del trabajo, y sería bueno aprovechar su presencia, habida cuenta de que estas líneas de investigación ya venían reflejadas en una contestación por escrito que tuvo la amabilidad de enviarme a una de las preguntas que le hice. Como he estado tomando notas y fijándome en la filmación, transparencia o como se llame lo que aquí se ha proyectado, como he estado viendo la pantalla del ordenador y tomando notas, y usted conoce de sobra mi natural torpeza de no poder estar en dos sitios a la vez, ciertamente no me ha sido posible, seguramente por mi torpeza, escuchar alguna alusión o concreción respecto a estos aspectos a los que usted mismo respondía por escrito. Por lo tanto, si es posible ahora, muy bien, y si no, como usted ya sabe, siempre en el tono del debate, lo dejo para pregunta escrita, porque no se trata ahora de hacer un examen, sino de valorar políticamente su intervención en este momento. Y por la intervención que estoy haciendo, ya sabe usted, señor director general, poco más o menos, cuál va a ser la nota que al final mi grupo le va a dar.

También me gustaría, señora presidenta, señor director general, aunque creo que lo ha tocado el señor director general, un poquito más de concreción sobre las previsiones acerca de la promoción por parte del Instituto de Salud Carlos III de la coordinación de las unidades

especializadas en medicina tropical. Usted lo ha nombrado, lo ha puesto encima de la mesa, ha hecho alusión a ella, ha expuesto proyectos, exposiciones de motivos, desiderata, deseos, pero me gustaría saber de qué forma piensa el Instituto Carlos III promover la Red española de unidades hospitalarias de medicina tropical. Me refiero a su profundización presupuestaria, porque coincido con el señor director general en el sentido de la importancia de la misma, teniendo en cuenta que el señor director general ha hecho hincapié, como motivo y paradigma de importancia de las prioridades del Instituto Carlos III, en algo ligado —no necesariamente congruente— a la medicina tropical, como son las enfermedades raras, que unas veces tienen relación con la medicina tropical y otras veces no. Pero todos coincidiremos en que el aspecto de financiación de las mismas necesita una promoción más importante y una profundización —por utilizar un verbo que no me gusta, pero no se me ocurre otro— que sería interesante que, si usted pudiese, aclarase en esta comparecencia.

Aprovecho para formular la pregunta que tenía pendiente y que expongo aquí para que si puede la conteste. Es el eterno problema —fíjese que no me gusta utilizar adjetivos calificativos y mucho menos problemas sin ofrecer soluciones, pero es que no puedo calificarlo de otra manera— del convenio de colaboración del Instituto de Salud Carlos III con el Instituto de Gestión Sanitaria, Ingesa, que afecta a mi circunscripción y a la Ciudad Autónoma de Melilla. Es un convenio en el que pusimos todos, tanto las autoridades y organismos gestores del Instituto Carlos III como el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Melilla, como la Dirección Territorial del Ingesa, como el Ministerio de Sanidad y Consumo muchísima ilusión, porque creíamos y creemos que ese convenio que ya está firmado, que está desarrollado creo que parcialmente en muy pocos aspectos, necesita, señor director general, de un impulso por parte del Instituto de Salud Carlos III y, en concreto, de su persona, como último responsable. No le voy a hacer un ruego, sino la sugerencia de que impulse, que reafirme, que dé aire —por utilizar una expresión coloquial— al estado empantanado en que se encuentra en los aspectos medulares algo que para la Ciudad Autónoma de Melilla es fundamental por las circunstancias sociolaborales que allí concurren, por la situación demográfica y por otros aspectos, señor director general, que usted como yo conocemos perfectamente, pero que no son motivo de esta Comisión. Aun así quiero señalarlo, porque también las alusiones pueden ser interesantes a la hora de que la Administración tome conciencia de este convenio que, insisto, para nosotros es fundamental.

Abusando de su amabilidad y de la del señor director general del Instituto de Salud Carlos III, me gustaría mencionar dos aspectos fundamentales sobre los que nos gustaría mayor concreción. Ha hablado usted de la gestión de la denominada pandemia de la gripe aviar. Nos gustaría saber las actuaciones o las formas de gestionar el sistema continuado de alerta y las acciones de preven-

ción y de detección precoz en el territorio nacional de esta alerta continuada. Ha nombrar usted los organismos europeos, la alerta precoz, a la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles, la Directiva 2096, los organismos implicados, pero, con independencia de esto, no sería malo que, aprovechando su comparecencia, detallara las actuaciones en esta materia que nos preocupa a todos. Tanto los que tenemos experiencia médica como los que no la tienen, coincidimos en la importancia, por no decir la gravedad, de la nosología a la que usted ha hecho referencia anteriormente. Aparte de hablar de los convenios con las comunidades autónomas, le ruego que no se olvide de ese convenio con una ciudad autónoma. Dentro de la importancia que usted le puede dar, es un convenio modesto. Precisamente por serlo no lo olvide, poténcielo, porque saldrá ganando el prestigio del Carlos III, la ciudad de Melilla y, desde luego, la salud pública. Sobre los Ciber y las Retic, le agradezco que los haya traído a esta comparecencia, aunque lo haya hecho en la exposición de motivos y de una manera muy genérica. No hubiera estado de más que lo hubiera traído cuando hubiese estado más concreto. Cada uno tiene la táctica que estima pertinente y lo hace para que la Comisión tenga conocimiento de ello. *Mutatis mutandis*, me podrá decir que si no lo traigo yo se lo habría recriminado. Agoto ese argumento y el porqué de mi intervención con estas palabras. Por ahí no, señor director general. Pero si lo hubiera traído se lo habríamos agradecido todos. Si ahora lo puede concretar, estupendo y, si no, por escrito nos lo puede ampliar. No obstante, nos surgen dudas no en cuanto a que se vaya a crear, a que sea virtual, que pudiera serlo. La posibilidad real de financiación de los Ciber y de las Retic es importante y, desde mi punto de vista, más compleja de lo que pueda parecer de su intervención. Nos gustaría conocer también, aunque no sea en esta comparecencia, la financiación de esas estructuras en red intramural y extramural. Usted hizo referencia a que le parecía muy interesante, nos ha dado contestaciones por escrito, por lo que no quiero alargarme. En cuanto a la forma de selección de su personal, la incorporación del personal especializado y su forma de actuación, ¿por qué son solo cuatro las comunidades afectadas? ¿Es un número mágico? ¿Va a haber más convenios? Me gustaría saber, asimismo, la diferencia jurídica. Aunque a lo mejor esto no tiene importancia —evidentemente en temas jurídicos soy profano—, me ha llamado la atención el que uno tenga personalidad jurídica propia y los Retic, no. No sé si los Ciber tienen mecanismos de coordinación, si solamente los tienen los Retic o si el mecanismo de coordinación es corolario de la falta de personalidad jurídica de estos últimos en relación con los primeros. Son dudas que no tienen intención de examinarle, que las pongo encima de la mesa por si pudiera explicitarlas. Aunque fuera a efectos de debate, se podría haber traído esta plasmación más concretada.

Señor director general, le agradezco su intervención y tomo nota de lo relativo al centro de investigaciones

cardiovasculares. Nos congratulamos de que se utilice la iniciativa privada misma para los 13 organismos —me parece que ha dicho ese número—. No le voy a decir lo que me parece el número 13, podían haber sido 15 ó 16; 13 es un número un tanto esdrújulo, por decirlo de alguna forma. La financiación a medio plazo y la selección de personal en el centro de investigaciones cardiovasculares queda poco concretada. Le agradezco una vez más, señora presidenta, su benevolencia y al señor director general quiero decirle que, si puede, concrete algunas de las preguntas y, si no, que lo haga por escrito, que con mucho gusto tendremos ocasión de decirle lo que nos parecen sus respuestas.

La señora **PRESIDENTA**: En nombre del Grupo Parlamentario Socialista intervendrá la señora Grande.

La señora **GRANDE PESQUERO**: Bienvenido a esta Comisión, señor Gracia. Quisiera agradecerle lo que a nosotros sí nos ha parecido una extensa, densa y completa explicación. Le preguntaría si ya podemos consultar la renovada página web del instituto, las transparencias o el power point que nos ha ilustrado durante su comparecencia para que podamos tenerlos los miembros de la Comisión de Sanidad.

Como usted mismo ha comentado, hace ya casi 15 meses, el 30 de noviembre de 2004, comparecía por primera vez ante esta Comisión para explicarnos los proyectos que el instituto tenía previsto desarrollar a lo largo de esta legislatura. En aquella ocasión, nos dijo que las grandes áreas de competencia del instituto eran el fomento y la ejecución de la investigación biomédica, la prestación de servicios de salud pública y la evaluación y acreditación de las actuaciones biomédicas y de las tecnologías sanitarias. Nos dijo también que el instituto tenía la responsabilidad de fomentar la investigación extramural en biomedicina y ciencias de la salud a través de la planificación y priorización del fondo de investigación sanitaria, de los FIS en el marco del Plan nacional de I+D, que debía contribuir a la vertebración de la investigación en el Sistema Nacional de Salud, conectándolo con el resto del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología a través de la acreditación de institutos, el establecimiento de redes de investigación, en definitiva, para impulsar la investigación de calidad. Explicó también cuál era la situación de partida que encontró a su llegada y cuáles eran los retos y las acciones a acometer para conseguir los objetivos, tal y como recoge el «Diario de Sesiones» de aquella comparecencia. Dividió los objetivos a conseguir en varios grandes grupos: el primero, la política de personal ante el empobrecimiento de la plantilla, que se encontró a su llegada, y que cifró en un 20 por ciento menos; propuso una oferta pública de empleo y una ordenación del personal mejorando asimismo sus condiciones de trabajo; en la política presupuestaria el objetivo era conseguir la suficiencia y la estabilidad de la estructura financiera del instituto, sin depender de los fondos privados como los de Farmain-

dustría o Fedifar, que llegaron a suponer en un momento determinado el 50 por ciento de la financiación total del organismo sin ninguna garantía de continuidad. Nos habló de la reestructuración y la reorganización del instituto para adecuarlo a la realidad actual, de efectuar la evaluación científico-técnica de la actividad intramural para poder planificar las estrategias futuras del instituto en esta actividad. En el ámbito de la investigación biomédica extramural, los objetivos que se marcó en esos momentos fueron, en primer lugar, dignificar la profesión de investigador y, en segundo lugar, potenciar la investigación traslacional con el Carlos III como coordinador y potente evaluador de las redes de investigación operativa. También nos habló de los cambios en la Escuela Nacional de Sanidad y, en cuanto a la actividad internacional, propuso la creación de la subdirección de programas internacionales de investigación y relaciones institucionales para mejorar los retornos que España venía obteniendo del programa marco de la Unión Europea. Por cierto, que la Unión Europea ha anunciado ya que duplicará los fondos del séptimo programa marco, cumpliendo así la estrategia de Lisboa, lo cual es una estupenda noticia para la investigación europea y, por supuesto, para la española. Quiero basarme —por eso he hecho esta introducción— en aquella comparecencia y en los bloques en los que la dividió ya que me parece que es más clarificador para todos poner en un lado lo que se encontró y lo que propuso con lo que hoy, tras año y medio, nos ha expuesto aquí de manera concreta y detallada, que no deja lugar a dudas del compromiso real y no de simple propaganda que el Ministerio de Sanidad y Consumo ha adquirido con la investigación a través del Instituto de Salud Carlos III que usted dirige. Este Gobierno es de los que piensa que la investigación es un elemento primordial en el desarrollo de una sociedad moderna, en especial en el ámbito de la biomedicina y de la salud.

En primer lugar y por empezar por algo, nos ha hablado de la política de personal, donde irán a parar la mayor parte de los recursos en contratación de investigadores y de personal técnico. Conocemos, porque lo hemos escuchado reiteradamente, su afán por poner siempre de manifiesto que una de las cosas más importantes es contar con un capital humano de calidad, cuyo trabajo reciba un reconocimiento profesional y la consideración social de acuerdo con la función que desempeña, dando oportunidades a jóvenes investigadores altísimamente cualificados. Esto no se consigue si no tenemos estructuras sólidas y estables para costearlo. En segundo lugar, para seguir con otro punto importante, la política presupuestaria donde, si le he entendido bien, el aumento de este año está cifrado en un 18 por ciento, con un incremento de las transferencias del ministerio de un 37,28 por ciento y con un aumento también de los ingresos provenientes del Fondo Europeo de Desarrollo Regional, de los fondos Feder, del 25,42 por ciento, sin cerrar la puerta a la aportación privada, como en el caso del Centro Nacional de Enfermedades Cardiovasculares,

que es un claro ejemplo del convenio entre la apuesta de los fondos públicos y la apuesta de los fondos privados. La estructura financiera de los organismos se modificaría, como usted propuso, estando en el camino de conseguir la suficiencia y la estabilidad con un crecimiento presupuestario progresivo y continuo que tienda, en general, al 2 por ciento del PIB, como el Gobierno ha anunciado y que usted reclamaba en su primera comparecencia para poder consolidar, de una vez por todas, una apuesta por la investigación en nuestro país. En este punto me gustaría preguntarle si nos podría cifrar en cuánto han aumentado los recursos destinados a proyectos de investigación. En tercer lugar, en cuanto a la evaluación científico-técnica que permita la planificación de estrategias futuras, nos ha explicado densamente la actividad realizada, que se está produciendo la autoevaluación anunciada por usted y que estaremos expectantes por conocer el informe final suma de la evaluación interna y externa, ya que creemos que sus resultados serán fundamentales ante el establecimiento del plan estratégico, teniendo en cuenta que el instituto se transformará en agencia estatal.

Ha descrito toda la actividad intramural del instituto, sobre todo la orientada al servicio de la salud pública, que es una de las competencias más importantes del organismo que usted dirige; nos ha hablado de grandes objetivos en cuanto a las redes de alerta sanitaria, el desarrollo y la aplicación de nuevas tecnologías de diagnóstico y la investigación en epidemiología en enfermedades no transmisibles; nos ha hablado también del plan del instituto ante la alerta por posible pandemia de la gripe aviaria, lo cual nos demuestra que tenemos un plan de detección, diagnóstico y respuesta ante posibles casos de gripe aviaria en nuestro territorio. Aunque parezca una obviedad señalarlo por mi parte, quería hacerlo notar, porque hemos escuchado reiteradamente en esta Comisión por parte de algún grupo que no había nada de nada, que ante una situación que ellos han descrito siempre como apocalíptica con la que se han empeñado en asustar una vez más a los españoles, el Ministerio de Sanidad y sus organismos dependientes minimizaban la situación y no se ocupaban de la posible pandemias. Por cierto, ayer mismo se reunió el Comité ejecutivo nacional para el seguimiento del virus, bajo la presidencia de la ministra. Otra actividad que quería señalar es el Plan de acción de enfermedades raras. Es una noticia que recibo con personal agrado, ya que he mantenido contactos con las asociaciones de pacientes afectos, que llevaban ya mucho tiempo —y usted lo sabe, porque lo hemos comentado en alguna ocasión— esperando que el instituto comenzara a dar respuestas adecuadas a sus necesidades a veces tan especiales.

En cuanto a la investigación biomédica extramural, esta diputada ha deducido de sus palabras que el aumento de la dotación presupuestaria, tanto para los proyectos de investigación como para la contratación y estabilización de los recursos humanos, han dado muy buenos resultados en este tiempo, por lo que, si he entendido

bien, van a dar pasos más allá en cuanto a varios aspectos: la acreditación de los institutos de investigación sanitaria; la potenciación todavía más del programa de recursos humanos, que creo recordar planteaba en su anterior comparecencia como el primer punto en el orden de prioridades, junto con el fomento de la investigación científica en disciplinas biomédicas con dos aspectos, el aumento de la duración de los proyectos y el impulso de la investigación en atención primaria y en enfermería —novedad interesante, me gustaría que nos pudiera ampliar este aumento en la duración de los proyectos en atención primaria y enfermería— y el apoyo a la investigación cooperativa, tanto en los Retic como en los Ciber, acompañada de una ficha financiera en este caso de 62 millones de euros con la posibilidad de añadir otros cinco adicionales. Estos instrumentos para la investigación nos permitirán no solo fomentar lo que ya se ha llamado la investigación traslacional, evitando que la investigación básica funcione de espaldas a la investigación clínica y ambas ajenas a la aplicación de sus resultados a la práctica clínica. Sigue siendo un reto reducir el tiempo entre la generación del conocimiento y su utilización práctica en la clínica, que es uno de los objetivos fundamentales que podemos deducir de toda su acción en la comparecencia, hecho que nos permitirá continuar algo que ha fomentado esta experiencia, que es la cultura de la investigación cooperativa en España, que ha mejorado la colaboración científica entre los centros y los organismos públicos, que ha producido, por ejemplo, el aumento significativo en las publicaciones, creo que en un 45 por ciento. Esta parte de su intervención merece una comparecencia exclusiva para hablar de investigación extramural, para hablar profundamente de Ciber y de Retic; esperemos poder hacerlo en no mucho tiempo.

Para ir terminando, señora presidenta, quería preguntar algo a propósito de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Estamos de acuerdo en que debe desempeñar un papel fundamental en la gestión de los recursos sanitarios a favor de la cohesión, en la mejora de las prestaciones y, en definitiva, en la calidad del Sistema Nacional de Salud. Coincidimos en que no solo debemos tratar de mejorar la salud de los ciudadanos sino que debemos trabajar por el sistema productivo, ya que es triste comprobar cómo importamos la mayoría de las tecnologías sanitarias y apenas generamos patentes en este campo. Aquí me gustaría citar al profesor Prieto Valtueña, de la Clínica Universitaria de Navarra, que afirma que investigar en biomedicina es rentable científica, médica y económicamente. Creo que es una frase que deberíamos repetir en muchísimos ámbitos de nuestra sociedad. En definitiva y como conclusión, hemos ido desgranando su comparecencia y vemos que se han conseguido avances más que significativos, sobre todo en los temas centrales en los que usted incidía y reclamaba en su primera comparecencia. El camino correcto no ha hecho más que empezar y solicito humildemente a todos los grupos parlamentarios que dejemos

a un lado las siglas por una vez, en interés en la comunidad científica que no es, ni más ni menos, que el interés en mejorar la salud de los ciudadanos.

Quiero dejarle algunas preguntas que son más aclaraciones que dudas y con esto termino. Quería preguntarle cómo tiene previsto, desde el papel de coordinador en la investigación que el Instituto de Salud Carlos III viene desarrollando en España, el equilibrio de los proyectos de investigación entre todas las comunidades autónomas, porque todos conocemos que hay comunidades autónomas que tienen desarrollados muchos proyectos de investigación, pero hay otras que están apostando por invertir en proyectos de investigación en tecnología y en desarrollo. Esa sería una primera pregunta. Una segunda pregunta es si nos podría contar cómo va la Ley de investigación biomédica que ha mencionado en su comparecencia y en qué fase se encuentra. Por último, en la anterior comparecencia nos habló de un convenio con el Ayuntamiento de Majadahonda referente a una ciudad de la salud. ¿Qué ha pasado con eso? Me gustaría que nos dijera cómo han ido sus negociaciones con ese ayuntamiento.

La señora **PRESIDENTA**: Para responder a las cuestiones que le han sido planteadas tiene de nuevo la palabra el compareciente, director general del Instituto de Salud Carlos III, señor Gracia Navarro.

El señor **DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III** (Gracia Navarro): En primer lugar me gustaría agradecer todas las intervenciones, tanto las favorables como las críticas, y manifestar de nuevo mi firme voluntad de comparecer ante esta Comisión tantas veces como ustedes quieran para que les contemos lo que estamos haciendo. Como responsable político de una entidad importante del Estado, debo comparecer ante ustedes para explicar los planes —en algunos casos son planes y en otros, concreciones— que irán en las próximas semanas apareciendo en el BOE, que es la manera de concretar las medidas políticas que desde un gobierno se adoptan, es decir, escribir negro sobre blanco y publicarlo en el Boletín Oficial del Estado. En próximos días irán apareciendo estas convocatorias y se irá viendo esta concreción. Entendía que hoy debía exponer un planteamiento general de lo previsto por parte del equipo de gobierno del instituto para este año. Si la intervención ya ha sido larga y en algunos momentos un poco dura o tediosa, si entro en mayores detalles hubiera sido peor, pero yo con mucho gusto entraré en concreciones. Efectivamente, no he tratado todas las actividades del instituto ni me he referido a la medicina del trabajo que, como saben, es una de las actividades del instituto a través de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, que no solo tiene un papel importante desde el punto de vista de formación, sino también desde el punto de vista de investigación en este campo, muchas veces con un límite no muy claro entre lo que es responsabilidad del Ministerio de Sanidad

y Consumo o del Ministerio de Trabajo. En cualquier caso, la escuela trabaja de forma coordinada con ambos ministerios bajo la coordinación del instituto. En este tipo de trabajos no puedo concretar, pero puedo decirles que hay en estos momentos un plan de acción específico de la escuela. No lo he nombrado por ir a los hechos más significativos, pero con mucho gusto les remitiremos por escrito el citado plan de trabajo que se está realizando en la mayoría de los casos a través de convenios con las comunidades autónomas, como no puede ser de otra manera, porque es un ámbito muy extendido en el territorio y en el que tienen competencia las comunidades autónomas. La medicina tropical es un tema complejo que para nosotros ha tenido una importancia grande, tan grande como que en la propuesta inicial que elevamos al consejo interterritorial proponíamos la creación de un centro de investigación biomédica en red, un Ciber en medicina tropical. ¿Por qué? Porque entendíamos que las actuales unidades de investigación en medicina tropical que componen ya una red de unidades hospitalarias estaban trabajando bien, habían sido evaluados bien por el comité internacional correspondiente, habían superado la evaluación y era un elemento estratégico importante de cara a la prevención en salud pública de la entrada de este tipo de enfermedades en nuestro país y, sobre todo, en determinadas comunidades autónomas o ciudades autónomas que, por su situación geográfica, son frontera de este tipo de enfermedades. Desde ese análisis propusimos este Ciber, que hubiese sido un instrumento muy potente para fomentar estas unidades y en la respuesta que recibimos de muchas de las consejerías se puso en duda la utilidad de este Ciber en enfermedades tropicales y se nos proponía el cambio por un Ciber de epidemiología y salud pública. Finalmente, como habrán visto en la lista que les he leído, se ha decidido constituir el Ciber de epidemiología y salud pública, pero no hay ningún inconveniente en que el año que viene, 2007, si así se considera por el resto del sistema, se rescate nuestra propuesta del centro en red de medicina tropical, que daría salida a esta estructura porque aun cuando existe un Centro Nacional en Medicina Tropical en el instituto, hay que reconocer que su dimensión es modesta y donde están las unidades es en los hospitales, en las comunidades autónomas y en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla y, por lo tanto, es un centro que obviamente debería funcionar en red. Me comprometo a reincidir el año que viene en la propuesta de creación de un Ciber en medicina tropical. Esperemos que esta vez tengamos más suerte y seamos capaces de convencer a los consejeros que en esta primera convocatoria no lo han visto tan claro.

Respecto al desarrollo del convenio —y aprovecho para contestar a su pregunta—, había dos: uno con la Ciudad Autónoma de Ceuta y otro con la Ciudad Autónoma de Melilla; ambos son exactamente iguales. El instituto se comprometía a ceder unos instrumentales a las unidades hospitalarias de medicina tropical de estos hospitales y se ha transferido este instrumental sin

ningún problema. El otro compromiso del instituto era incorporar a las personas encargadas de la dirección de estas unidades, a los residentes y profesionales a las reuniones y mecanismos de trabajo de medicina tropical, tanto del propio instituto como de los master o demás actividades de formación dirigidas a este personal. Según me informan el Centro Nacional de Medicina Tropical y la Red española de unidades hospitalarias de medicina tropical, los responsables de las unidades hospitalarias de Ceuta y de Melilla en estas redes se han incorporado desde el principio a la actividad, han participado en el diseño de todas las actividades, así como en las reuniones de diseño y en las actividades formativas. En concreto, se están desarrollando en estos momentos dos grandes proyectos en la Red española de unidades hospitalarias en medicina tropical con dos ofertas muy interesantes. Por un lado, un estudio multicéntrico para el pilotaje y la evaluación de un sistema de transferencias para población inmigrante móvil enferma de tuberculosis. Está financiando este proyecto el propio fondo de investigaciones sanitarias del instituto, ha entrado en su segundo año y en él participan los dos hospitales de Ingesa, tanto el de Ceuta como el de Melilla y tengo aquí —si usted quiere se lo transmito— la galerada de una publicación acerca del proyecto de investigación sobre este asunto. La segunda actividad que se está desarrollando, que está en marcha, sobre la que no tenemos resultados pero sobre la que ya se está trabajando, es el diseño del mapa de prevalencia de las enfermedades tropicales en la población inmigrante. En este trabajo también, como no puede ser de otra manera, está participando la Red de unidades hospitalarias de medicina tropical y, por lo tanto, las unidades correspondientes de los dos hospitales del Ingesa en Ceuta y Melilla. Como Instituto de Salud Carlos III estamos cumpliendo los convenios, estamos satisfechos de la labor realizada y seguiremos apoyándolo porque estas dos ciudades y otras comunidades que están próximas a estos puntos de inmigración son zonas de riesgo, fronterizas, por lo que debemos mantener e impulsar ese apoyo. Sin ninguna duda, recojo el guante que el señor diputado me ofrece y que con mucho gusto acepto.

No he querido entrar en detalles del diseño del plan de acción para la prevención de una posible pandemia de gripe aviar. Nosotros como Instituto de Salud Carlos III tenemos la responsabilidad que tenemos, y ni me gusta ni creo que debemos asumir responsabilidades que no nos corresponden. Somos el organismo científico-técnico y nuestro trabajo debe circunscribirse, en primer lugar, a la detección lo más rápidamente posible de esta enfermedad cuando llegue y, por tanto, a asegurar que las técnicas de diagnóstico están preparadas, están listas y son eficaces y rápidas, y en segundo lugar, a establecer un protocolo de tal manera que en toda la red de alerta en la cual obviamente participan las comunidades autónomas, como no puede ser de otra manera, se garantice que las muestras lleguen a la mayor brevedad y mayor rapidez posible al laboratorio de referencia, que está en

el Centro Nacional de Microbiología en Majadahonda. Estos dos elementos están diseñados, tanto el protocolo como el esquema de funcionamiento, y yo se los mando con mucho gusto. Las técnicas funcionan con un alto grado de especificidad y rapidez. No es mérito mío sino de los investigadores que las han puesto en marcha. Y el laboratorio de alta seguridad P3 también está listo, con todos los protocolos dispuestos para abordar este tema. Nuestro trabajo termina ahí. Como digo, nuestra función es detectar la enfermedad en caso de que se produzca —esperemos que no—, distinto será quién tiene que tomar la responsabilidad de salud pública, que entiendo que es el ministerio, y para ello se está reuniendo. Yo de hecho soy miembro de la Comisión nacional contra la gripe, que se reunió ayer, y la ministra informó bastante exhaustivamente de todas las medidas que se están tomando. Me consta que hay reuniones periódicas de todos los directores generales de Salud Pública, tanto del ministerio como de las comunidades autónomas, por lo que entiendo que las medidas que se pueden tomar frente a que esta hipotética pandemia de gripe aviar pase al ser humano son de prevención, de información y de tener preparado lo que yo llamo el músculo sanitario, es decir, todo el sistema nacional de salud, para que cuando ocurra esa mutación, si es que llega a ocurrir alguna vez, seamos capaces de responder a esa situación con la mayor rapidez posible. Creo que se está haciendo. No es una responsabilidad única, es una responsabilidad compartida de todo el sistema y deberíamos demostrar nuestra responsabilidad cara a los ciudadanos y trabajar como tal sistema. Por nuestra parte, como instituto, en lo que se refiere a la red de alerta, hemos hecho las tareas, están perfectamente detalladas y yo se las remito con mucho gusto.

El tema de los Ciber y de las estructuras en red es una de las acciones más interesantes y de una apuesta más estratégica que el instituto puede desarrollar y que puede tener un calado bastante interesante cara al futuro por muchas circunstancias largas de destacar, y estoy a su disposición para contarle con más detalle. No he querido entrar hoy en más profundidades por la amplitud de la comparecencia y también porque las convocatorias están próximas a salir. Está todo detallado: que es un grupo de investigación, quién puede optar, cómo se realiza; hasta tenemos un borrador de posible convenio para el momento en el que ocurra. Entendemos que los Ciber son auténticos centros de investigación y, por tanto, van a ser financiados nominalmente por el Instituto de Salud Carlos III. Lo mismo que en mi presupuesto aparece el CNIO y el CNIC, aparecerá en el año 2007 la financiación que va a cada uno de estos centros, lo que garantiza la financiación real y continuada de estos centros. Pretendemos simplemente cambiar un poco el modelo de creación de grandes centros con ubicación única por el de la creación de centros en red que de alguna manera diseñen o complementen un tejido de centros de investigación de alto nivel en aquellas enfermedades más prevalentes o que estratégicamente nos interese fomentar

más la investigación, porque normalmente tenemos una buena masa de investigadores, pero no hay que obligarlos a que todos vengan a una única ubicación sino aprovechar su disposición. El número de cuatro comunidades autónomas y diez grupos no es de aplicación para los Ciber. Ahora habrá la convocatoria de grupos y esperamos que haya de todas las comunidades autónomas. La evaluación será internacional y por calidad científica y oportunidad de que la línea de investigación que hace el grupo encaje con la temática del Ciber correspondiente, pero en las Retic nos parecía necesario poner unos mínimos que obligasen a la participación de grupos de distintas áreas, puesto que la experiencia hasta ahora es que hay algunas Retic muy específicas, muy concretas y muy limitadas, y queremos precisamente evitar esto. El problema que tenemos es que la asignación de recursos a las redes, si no se basa en criterios políticos —y en ciencia no se pueden basar en criterios políticos sino de evaluación científica—, el inconveniente que genera es que obviamente las comunidades autónomas que más investigadores tienen en el ámbito de la biomedicina al final acaban recogiendo más recursos. Este es un tema que me preocupa probablemente por mi origen, por mi procedencia autonómica, y que nos lleva a que se debería diseñar un plan de acción conjunta entre las comunidades autónomas y la Administración General del Estado para ir dando un poco de cohesión a todo el sistema nacional de ciencia y tecnología en el sentido amplio.

Es muy importante que se llegue a un pacto por la ciencia. No sé si estamos en un ambiente con esas posibilidades. Desde luego, este Gobierno lo tiene muy claro y está demostrando un apoyo decidido por la investigación con los recursos que se están poniendo y las medidas que se están adoptando para mejorar la gestión de la investigación. En ese pacto deberían entrar también las comunidades autónomas porque los problemas son muchos, van desde los grupos emergentes hasta los grupos de excelencia, y desde la Administración General del Estado no podemos abordarlo todo. Tiene que ser un plan estratégico de país y, por tanto, deberíamos acordar de alguna manera que independientemente del color político de unos o de otros, independientemente del color político del partido que esté gobernando —que ahora es uno pero dentro de unos años con los avatares de la democracia será otro—, deberíamos garantizar una continuidad en las medidas de política científica. Ahora mismo estamos viviendo de nuevo una edad de oro de la investigación en este país, con un Gobierno que apoya las medidas de fomento de la investigación y que aporta recursos. Por tanto, como responsable ahora mismo de un organismo público de investigación me tengo que aprovechar y dedicar a intentar captar la mayor parte de recursos y medidas que benefician a la investigación de la cual soy responsable en este momento y que es la investigación biomédica y en ciencias de la salud.

En ese sentido y enlazando con algunas cuestiones que se han planteado me gustaría señalar —no lo he

dicho en la comparecencia pero creo que es muy importante, y me remito a la comparecencia de hace ya un año y medio— que la oferta pública de empleo del instituto ha crecido de manera histórica en estos dos últimos años. En el año 2005 fue de 35 plazas y este año 2006 es de 66 plazas. Uno de mis objetivos, el de ir incrementando los recursos humanos propios del instituto, también se está cumpliendo y si seguimos a este ritmo —y el compromiso es ese— estas 66 plazas nos permitirán incrementar prácticamente en un 50 por ciento la plantilla a lo largo de la legislatura. Esto es muy importante para el desarrollo del OPI que somos, como también es muy importante el cambio de estructuras financieras que se está produciendo. Efectivamente, por primera vez los recursos públicos que se aportan al instituto por parte del departamento son más que los que vienen de la iniciativa privada, y esa tendencia deberemos mantenerla porque es muy importante para la estabilidad del sistema. Eso no impide que yo sea un ferviente partidario de la colaboración público-privada, por eso he dedicado unos minutos a destacar el CNIC, porque entiendo que es un ejemplo de colaboración público-privada que debería abundar más en este país. Uno de los grandes problemas de nuestro sistema de ciencia y tecnología es la poca inversión privada y es bastante notable que trece empresas de las más importantes del país se dediquen a esto. Me habría gustado que fuesen 20 para que no fuese un número tan feo, pero son 13, no las hemos puesto nosotros de acuerdo, se han puesto entre ellas de acuerdo, al principio eran siete y al final se han juntado 13.

Respecto a la selección de personal el procedimiento se ha abierto y se está haciendo vía convocatoria en las revistas de máximo prestigio. Se están poniendo anuncios en todas las revistas internacionales como Nature y Science, porque se pretende que la selección sea a nivel internacional. El CNIC es una fundación y tiene un cierto grado de independencia, pero puedo garantizar que desde el instituto vigilaremos muy mucho que los procedimientos sean públicos y por evaluación científica, como no puede ser de otra manera. La selección de personal la realizará un comité elegido por el patronato de expertos internacionales, entre los cuales destaca el responsable de la investigación cardiovascular en el Karolinska o la responsable de la investigación cardiaca en los institutos de salud de Estados Unidos. Por tanto, confiamos plenamente en que estos profesionales lo hagan bien y seleccionen al mejor personal posible para constituir uno de los centros que pretendemos que sea puntero, centro que por su estructura física tiene una ubicación única, pero en el caso de los Ciber pretendemos que ese modelo sea con estructuras en red en lugar de una estructura única.

La selección de la estructura jurídica para los Ciber, como consorcios, la hemos hecho después de un profundo análisis de cuál era la estructura que podía dar una mayor agilidad en la gestión de los recursos. ¿Por qué hacer que los Ciber tengan estructuras jurídicas propias y las Retic no? Creo que es un experimento nuevo.

Estamos creando unos consorcios de investigación amplios, que no es algo frecuente, en los cuales van a participar universidades, por supuesto el Instituto de Salud Carlos III porque es el que va a poner el dinero, el CSIC y sobre todo y de manera muy importante las unidades de investigación y los hospitales de las comunidades autónomas; por tanto, los consorcios al final los tendremos que constituir entre las comunidades autónomas participantes, las universidades, el CSIC, nosotros y puede que algún otro OPI, pero básicamente entre esas entidades. Por consiguiente, son estructuras complejas, con muchas entidades que se consorcian y que tienen que llegar a un acuerdo de gestión y de funcionamiento que no será fácil. En este primer año hemos intentado una apuesta realista por estructuras abordables que podamos poner en marcha a lo largo de 2007 y si el experimento funciona sería un modelo aplicable en el futuro a otras estructuras, pero siempre que vayan enfocadas a abordar problemas sanitarios de interés y que tengan una justificación en cuanto al tamaño y a la excelencia de investigación que pretendemos. Por tanto, vamos a ir trabajando en este sentido. Con mucho gusto compareceré de nuevo ante ustedes cuando tengamos algunos resultados, que espero que sea para el mes de junio en que las convocatorias estarán a punto de aparecer, y con mucho gusto también les puedo remitir los borradores de las mismas donde aparecen detallados todos estos aspectos.

Hay otra serie de preguntas que por su concreción tendré que responder por escrito. Nuestra apuesta es clara por el incremento de los recursos a proyectos de investigación. En el año 2005 hemos pasado de 45 millones de euros a 69 millones de euros solo a proyectos de investigación. En este año 2006 dedicaremos más dinero a proyectos de investigación pero ya estamos un poco en el borde. El porcentaje de éxito ha sido del 35 por ciento frente al año anterior, 2004, que fue del 25 por ciento. Ya estamos dando los proyectos prácticamente de aceptables para arriba; por tanto no hay mucho más donde dar. ¿Por qué? Probablemente porque lo que hay que hacer es sembrar. Por eso creo que la apuesta no debe ser solo dar dinero a los grupos excelentes sino también hacer una apuesta por la gente joven y por la formación. Es muy importante que incrementemos el número de investigadores y los tenemos que incrementar desde abajo, desde los becarios, y para ello lo que hace falta es atraer a nuestros mejores estudiantes que salen de las universidades. El problema es que para eso hay que hacer una carrera investigadora atractiva, bien remunerada, bien reconocida y con futuro. En ello estamos. Las medidas que se han tomado desde el Ministerio de Educación y Ciencia con el estatuto del becario, los I3 de estabilización de investigadores y las que hemos tomado nosotros en el FIS van en ese sentido. En la Ley de investigación biomédica también se incorporarán algunos de estos aspectos. Espero que a lo largo de su tramitación se mantengan y podamos al final ver los resultados.

Respecto a la pregunta que se formula sobre la Ley de investigación biomédica, lo más que puedo informar ahora mismo es que el borrador está ya en posesión de la señora ministra, que me consta que en próximas semanas lo presentará al Consejo de Ministros, pero obviamente corresponde a ella y al resto del Consejo de Ministros decidir el momento oportuno; como digo, hay un borrador terminado por el ministerio y el instituto donde se contemplan algunas cosas que ya se han ido filtrando a la prensa y en las que por razones evidentes yo no voy a entrar hoy aquí.

El convenio con Majadahonda, sobre lo que también se me ha preguntado, es complejo por lo que significa intentar buscar una salida definitiva a la situación real que tenemos allí. La situación real que tenemos en Majadahonda es que las instalaciones están saturadas, aunque ahora vamos a tener un cierto respiro porque se va la Agencia del Medicamento y eso nos va a permitir mejorar un poco, pero la situación es preocupante porque la actividad que se realiza es importante para el Sistema Nacional de Salud y todo el tema de la gripe aviaria y el P3 están allí. Después de numerosos contactos con el entorno del Ayuntamiento de Majadahonda, y después de no conseguir una concreción del convenio, hemos dejado de insistir y nos hemos buscado la vida por nuestra cuenta, como se dice vulgarmente, y creo que en próximas semanas —no es un desiderátum, es que no puedo decir mucho más porque no lo saben ni mis tra-

bajadores— podremos decir a dónde irá la futura ciudad de la salud, o como queramos llamarla, pero en definitiva a dónde irán los centros que ahora mismo están ubicados en Majadahonda, ya en una situación mucho mejor y que nos permitirá solventar todos los problemas. De hecho, este año tenemos previsto iniciar los trabajos de redacción del proyecto arquitectónico, para lo que habrá que adaptar el plan de necesidades que en su momento se hizo para esa hipotética ciudad de la salud en los nuevos terrenos y en función de la situación real actual después de los años transcurridos. Por tanto, creo que en próximas semanas tendremos alguna concreción más específica.

Creo que no me dejo nada. De nuevo quiero agradecerles su atención y sus preguntas y, por supuesto, quedar a su disposición para nuevas comparencias si lo consideran oportuno.

La señora **PRESIDENTA**: Me indican los señores diputados que no volverán a intervenir, así que damos por concluida su comparencia y también la sesión de esta Comisión en el día de hoy.

Ruego a los señores portavoces que después de que despedamos al compareciente se queden para ponernos de acuerdo sobre las cuestiones que nos traían y llevaban sobre los plazos de enmiendas de la Ley del Medicamento.

Se levanta la sesión.

Era la una y veinte minutos de la tarde.

Edita: **Congreso de los Diputados**

Calle Floridablanca, s/n. 28071 Madrid

Teléf.: 91 390 60 00. Fax: 91 429 87 07. <http://www.congreso.es>

Imprime y distribuye: **Imprenta Nacional BOE**

Avenida de Manoteras, 54. 28050 Madrid

Teléf.: 91 384 15 00. Fax: 91 384 18 24



Depósito legal: **M. 12.580 - 1961**