CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 1994 V Legislatura Núm. 234

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENTA: DOÑA BLANCA GARCIA MANZANARES

Sesión núm. 12

celebrada el miércoles, 15 de junio de 1994

Página

ORDEN DEL DIA:

Comparecencia del señor Director General del Instituto Nacional de la Salud, INSALUD (Temes Montes), para informar de las medidas previstas en relación con las anomalías producidas en el Servicio de Cirugía Cardíaca del Hospital Ramón y Cajal de Madrid. A solicitud del Grupo Parlamentario Federal IU-IC. (Número de expediente 212/000643) 7116

Preguntas:

— Del señor Alegre Galilea (Grupo Parlamentario Popular), sobre previsiones acerca de la adopción de medidas encaminadas a mejorar los indicadores de salud de la Comunidad Autónoma de La Rioja. (Número de expediente 181/000767) 7127

— Del señor Villalón Rico (Grupo Parlamentario Popular), sobre recursos existentes para cubrir, en todo el terreno nacional y en el plazo de dos años, la atención primaria. (Número de expediente 181/000770) 7130

— Del mismo señor Diputado, sobre fecha prevista para terminar de cubrir la atención primaria en todo el territorio nacional. (Número de expediente 181/000771) 7130

Página

Proposiciones no de ley:

— **Por la que se acuerda la comparecencia trimestral del Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo, previa remisión de un informe, para que dé cuenta de la ejecución de su presupuesto. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular. (BOCG serie D, número 67. Número de expediente 161/000140)** 7137

— **Sobre responsabilidad profesional en la sanidad. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular. (BOCG serie D, número 93. Número de expediente 161/000198)** 7138

— **Por la que se crea una Ponencia especial en relación con el síndrome del aceite tóxico. Presentada por el Grupo Parlamentario Catalán, Convergència i Unió. (BOCG serie D, número 97. Número de expediente 161/000203)** 7144

— **Por la que se solicita la creación de una Ponencia que estudie los problemas de los afectados por el consumo del aceite tóxico. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular. (Número de expediente 161/000213)** 7144

— **Por la que se insta al Gobierno para que elabore un plan de prevención y erradicación de enfermedades exóticas. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular. (Número de expediente 161/000204)** ... 7147

— **Sobre medidas para definir, en el plazo de dos meses, mediante la normativa correspondiente, los mecanismos de formación que permiten al colectivo de médicos ayudantes de equipo médico y quirúrgico acceder al título de especialista. Presentada por el Grupo Parlamentario Federal IU-IC. (BOCG serie D, número 76. Número de expediente 161/000165)** 7151

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

— COMPARECENCIA DEL SEÑOR DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (INSALUD) PARA INFORMAR DE LAS MEDIDAS PREVISTAS EN RELACION CON LAS ANOMALIAS PRODUCIDAS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA CARDIACA DEL HOSPITAL RAMON Y CAJAL DE MADRID. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO IZQUIERDA UNIDA-INICIATIVA PER CATALUNYA. (Número de expediente 212/000643.)

La señora **PRESIDENTA:** Buenos días, señorías. Vamos a dar comienzo a la sesión de la Comisión de Sanidad y Consumo.

Consta en el orden del día, en primer lugar, la comparecencia del Director General del Instituto Nacional de la Salud para informar de las medidas previstas en relación con las anomalías producidas en el Servicio de Cirugía Cardíaca del Hospital Ramón y Cajal. Esta comparecencia ha sido solicitada por el Grupo Federal de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya, y para su celebración se encuentra con nosotros el Director General del Instituto Nacional de la Salud, señor Temes Montes, a quien damos la bienvenida a esta Comisión y la palabra.

El señor **DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD** (Temes Montes): Señora Presidenta, señorías, en primer lugar, quiero manifestar que constituye para mí un honor y un privilegio comparecer ante SS. SS. para informarles de las medidas que ha tomado el Insalud para solucionar las anomalías detectadas en el Servicio de Cirugía Cardíaca del Hospital Ramón y Cajal de Madrid. Como ha señalado la señora Presidenta, esta comparecencia es a petición del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya y fue cursada con fecha 11 de abril de 1994. Destaco esta fecha porque hasta ese momento habían aparecido varios artículos, en diversos medios de comunicación, en los que se relacionaba la muerte de varios pacientes del servicio con la utilización de una determinada solución cardiopléjica. Posteriormente surgieron nuevas informaciones en las que se aseguraba que médicos en período de formación realizaban operaciones, algunas de alto riesgo, sin la supervisión de un especialista. Asimismo se denunciaba que estos facultativos en prácticas realizaban guardias de presencia física, es decir, en el propio hospital, a pesar de no estar autorizados para ello. Se afirmaba que algunas guardias eran cobradas por algunos titulares del Servicio de Cirugía Cardíaca que, a su vez, las abonaban a médicos becarios en formación que no podían percibirlas según lo dispuesto en la normativa vigente. Hay que reconocer que estas noticias han generado un clima de gran alarma social que, en mi opinión, es totalmente injustificado a tenor de la auténtica realidad de los hechos acaecidos. Por todas estas razones, me van a permitir que en mi intervención haga referencia

no sólo a los acontecimientos que tuvieron lugar antes del 11 de abril, sino también a los ocurridos en fechas más recientes.

Respecto al primero de estos asuntos, la cronología de los hechos fue la siguiente: Entre el 14 de julio y el 4 de agosto de 1993, en el Servicio de Cirugía Cardíaca de adultos fueron intervenidos ocho pacientes que evolucionaron clínicamente con resultado final de muerte. Este hecho trascendió a la opinión pública estableciéndose una posible relación causal entre la solución cardiopléjica, que se venía empleando desde el 14 de abril de ese año, y las muertes producidas. Con fecha 5 de agosto de 1993, el Jefe de Servicio de Cirugía Cardíaca de adultos se dirige al Servicio de Farmacia del hospital porque sospecha la existencia de anomalías en la composición de la mencionada solución cardiopléjica. Por ello, con carácter inmediato se decidió suspender la administración de la solución y se solicitó la realización de varios estudios para analizar su composición. Estos fueron efectuados por el propio Servicio de Farmacia del hospital, el laboratorio proveedor y el Centro Nacional de Farmacobiología de Majadahonda. Los resultados fueron coincidentes al detectarse concentraciones anormalmente bajas de sodio, lo que dio lugar a una osmoralidad hipotónica de la solución, cuando debería ser isotónica. Ante la presunción de incumplimiento por parte del Servicio de Farmacia de lo previsto en el artículo 91.2 a) de la Ley del Medicamento, se incoó expediente al jefe de Servicio de Farmacia, que fue suspendido cautelarmente de funciones. Esta suspensión fue levantada posteriormente por el instructor del expediente, al no haber observado causa para ello. Igualmente, se inició por la Dirección General de Farmacia del Ministerio de Sanidad y Consumo un expediente sancionador para esclarecer las irregularidades detectadas en la elaboración del suero por parte del laboratorio fabricante. Al día de hoy se ha resuelto este expediente, donde se tipifica la actuación del laboratorio como falta grave en grado máximo, que conlleva una multa de dos millones y medio de pesetas, la más alta establecida por la legislación vigente.

Dado que la utilización de la solución podía estar en relación con una serie de fallecimientos producidos en el servicio, la Comisión de dirección del centro acordó llevar a cabo tres tipos de actuaciones. La primera de ellas, realizar un informe pormenorizado de los hechos; la segunda, efectuar un estudio sobre la mortalidad del servicio durante los años 1990-1993 y de la registrada en el período del 14 de julio al 4 de agosto de ese último año; por último, nombrar una comisión de expertos del hospital, ajenos al mencionado servicio, formada por miembros de los servicios de Cardiología y Cirugía Cardíaca infantil para que analizasen la historia y la evolución de los fallecimientos durante el citado período. Los dos primeros informes concluyen que la mortalidad se encuentra relacionada con el diagnóstico, la severidad de los casos y la urgencia de los mismos, y que en ningún caso hay una asociación casual entre la solución cardiopléjica y la mortalidad. Por su parte, la comisión de expertos, que entregó su informe a mediados del mes de noviembre, dictaminó que en ningún caso existía relación causa-efecto entre la utilización de la solución cardiopléjica y la mortalidad, aunque sí encontró asociación con la cardiopatía de fondo y el proceso clínico-quirúrgico de los pacientes. En todo momento, la Dirección del hospital informó y recabó la opinión de la Junta Técnico Asistencial sobre las actuaciones realizadas.

Con el fin de hacer más exhaustivo el análisis de los hechos, la Dirección del centro decidió contrastar la opinión de la comisión de expertos interna con otra ajena al hospital. Para ello, el 15 de noviembre de 1993 se dirigió a la Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular solicitando su colaboración. Una comisión de expertos, formada por cuatro jefes de servicio y profesores de universidad de reconocido prestigio, analizó la historia clínica de todos los pacientes del hospital intervenidos quirúrgicamente con circulación extracorpórea entre los meses de abril y diciembre de 1993 y, de forma muy especial, durante el período comprendido entre el 14 de julio y el 4 de agosto. En este último período fueron intervenidos 25 pacientes: 10 niños y 15 adultos. Falleció un niño en el cual no se había empleado la solución cardiopléjica en estudio. En adultos se produjeron ocho fallecimientos. En tres de ellos se utilizó un método de cardioplejia diferente y en el cuarto ningún tipo de cardioplejia. Quedaban, pues, por aclarar las circunstancias en las que se habían producido los fallecimientos de cuatro pacientes que fueron objeto de un estudio más exhaustivo. En sus conclusiones, la comisión destacó la elevada edad media de los pacientes, 63 años, la presentación de patología cardíaca variada, la existencia de factores de riesgos sobreañadidos y el gran número de intervenciones realizadas con carácter de urgencia: 26 por ciento en el mes de julio y 30 por ciento en el de agosto, que incrementa notablemente el riesgo. Sin embargo, no encontró evidencia científica que demostrase una relación entre la utilización de la solución y la mortalidad de los pacientes.

Una vez que se conocieron los informes de carácter interno, así como el solicitado a la Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular, la Dirección del hospital se dirigió a los servicios de inspección de la Dirección Provincial del Insalud solicitando la realización de un estudio pormenorizado de la situación singular del servicio, habida cuenta de la existencia de ciertas anomalías en la organización del mismo y su accidentado devenir a lo largo de los años. Como consecuencia de ello, la Dirección Provincial del Insalud de Madrid realizó una auditoría para conocer la situación actual del servicio y así poder adoptar decisiones orientadas a normalizar su funcionamiento y garantizar el nivel de calidad propio de la especialidad. El equipo auditor inició sus trabajos el 1 de febrero de 1994 y entregó el informe definitivo el 2 de marzo del presente año. En la auditoría se analizó la actividad del servicio desde un punto de vista tanto cuantitativo como cualitativo. Se profundizó en el estudio de los 663 pacientes ingresados en el año 1993 y, de forma muy especial, de los 77 fallecidos en ese período. Para ello se recogieron los datos necesarios a través de la revisión de los documentos disponibles y se realizaron entrevistas en profundidad a todos los profesionales directa o indirectamente relacionados con el Servicio de Cirugía Cardíaca de adultos. No voy a entrar en detalles

sobre el contenido del informe, aunque sí destacaré los aspectos más relevantes.

Desde el punto de vista cuantitativo, hay que reseñar las siguientes afirmaciones. Según datos de la Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular, la actividad asistencial global del servicio es superior a la media de otros servicios de la especialidad en España, tanto en lo que se refiere al número de intervenciones, casi un 17 por ciento más, como al número de intervenciones con circulación extracorpórea, un 30 por ciento más. La estancia preoperatoria es alta: ocho días para el conjunto de intervenidos y nueve días entre los fallecidos. El alargamiento de la estancia media prequirúrgica es un factor que puede influir en la aparición de infecciones hospitalarias. El número de reintervenciones es más elevado de lo habitual para un servicio de estas características. El 12,83 por ciento de los pacientes intervenidos sufrieron, al menos, una reintervención que en su mayoría fue urgente. Esta cifra casi se triplica en los pacientes fallecidos. La tasa de infección quirúrgica es de un 4,29 por ciento y está por encima de la encontrada en otros estudios. La mortalidad general fue del 11,3 por ciento, valor que sube hasta el 15,6 si sólo se tienen en cuenta los intervenidos con circulación extracorpórea. No obstante, como la propia auditoría reconoce, no es posible valorar tasas brutas de mortalidad sin tener en cuenta los factores de riesgo asociados a este tipo de cirugía. Para solventar este problema, se utilizó el protocolo del departamento de Anestesiología del Instituto de Cardiología de Montreal que mide el riesgo operatorio en una escala que varía de cero a dos, dependiendo de una serie de variables que afectan a cada paciente. Este índice es, como mínimo, del 1,42 para todos los pacientes intervenidos en el servicio, cifra que asciende al 1,68, como mínimo, en el caso de los enfermos en los que se produjo el *exitus*. Según esta escala, para un riesgo de dos, la mortalidad sería del 12,2 por ciento. Sin embargo, no se establece la mortalidad esperada y sus intervalos de confianza para un riesgo como el encontrado entre los pacientes fallecidos. Cabe por ello la posibilidad de que la mortalidad hallada pudiera encontrarse dentro de los límites aceptables y, por tanto, no ser excesiva en relación al grado de complejidad de los enfermos atendidos en el Servicio de Cirugía Cardíaca de adultos. En definitiva, cualquier valoración que se extraiga de esta parte de la auditoría es preciso efectuarla con la máxima de las cautelas.

El análisis cualitativo del servicio llevado a cabo por la auditoría se fundamentó en el protocolo de evaluación y control recogido por la circular 17/1989 del Insalud. En este apartado hay que destacar los siguientes resultados. Los recursos materiales y humanos no suponen un factor limitante para la actividad del servicio; deficiente estructura organizativa y funcional del servicio; no existen criterios ni protocolos explícitos de actuación; la actividad del servicio gira en buena medida alrededor del acto quirúrgico; a pesar de su acreditación docente no se realizan habitualmente sesiones clínicas; no existen líneas de investigación abiertas ni publicaciones. En los aspectos de hospitalización destaca el escaso seguimiento clínico de los pacientes por el cirujano, tanto en presencia física como en los registros. Esta función recae en cardiólogos y anestesistas. Escasa utilización del documento de consentimiento informado, aun a pesar del riesgo inherente al tipo de intervenciones que se practican. Las consultas externas se limitan casi exclusivamente a las revisiones postoperatorias. El 25 por ciento de la plantilla no realiza ninguna actividad.

Una vez estudiados el informe y las conclusiones de la auditoría, la Dirección del hospital decidió emprender, de forma inmediata, las siguientes actuaciones: solicitar al jefe de servicio en funciones que presentara, en el menor tiempo posible, un proyecto de reordenación funcional del servicio, otorgando especial relevancia a aquellos aspectos que inciden más en la calidad asistencial como la selección de pacientes a intervenir, teniendo en cuenta su edad y estado clínico, la protocolización de las actividades, el seguimiento clínico de los enfermos antes y después de las intervenciones quirúrgicas, la instauración de sesiones clínicas regulares y, por último, el inicio de actividades docentes y de investigación; cierre desde el 21 de marzo a 4 de abril de la unidad de vigilancia intensiva de cirugía cardiovascular para su acondicionamiento, siguiendo las recomendaciones del Servicio de Medicina Preventiva, con el fin de extremar el control de las infecciones mosocomiales; incoación de expedientes disciplinarios a dos facultativos, con fecha 24 de febrero y 22 de marzo; presentación el día 11 de abril a la Junta técnico-asistencial tanto del informe de auditoría como de las propuestas y actuaciones de la Dirección. Este órgano colegiado de participación y asesoramiento suscribió plenamente las actuaciones iniciadas por la Dirección encaminadas a mejorar la organización y la calidad del servicio.

Para finalizar esta primera parte de mi comparecencia, me van a permitir SS. SS. reproducir textualmente un párrafo del informe de la Junta técnico-asistencial del hospital que se publicó recientemente en la prensa especializada. Dice textualmente: La mortalidad del servicio es un dato objetivo que tiene que ser motivo de un tratamiento de control y asimilación permanente por parte del hospital, con atención especial a sus causas y a sus circunstancias. Los datos y testimonios recogidos por esta comisión parecen indicar que es debida a un excesivo número de cirugías de alto o muy alto riesgo, pero sólo la discusión cotidiana de los datos clínicos puede ofrecer una explicación para ello. Para esto es preciso un clima y unos mecanismos institucionales que permitan una información y una comunicación profesional continua y transparente. En ausencia de ello se crea un clima de ocultamiento y de secreto y al final la información adquiere un dramatismo innecesario, todo lo cual es lamentable y afecta al prestigio del hospital. En mi opinión, señorías, esta cita sintetiza bien la postura que todos deberíamos compartir en este delicado asunto.

A partir del 17 de mayo de 1994 aparece en los medios de comunicación el segundo bloque de noticias sobre presuntas irregularidades acaecidas en el Servicio de Cirugía Cardíaca de adultos del Hospital Ramón y Cajal de Madrid. Estas denuncias —y sigo citando el informe de la Junta técnico-asistencial— han creado un clima de escándalo y alarma que es incompatible con el sosiego que ne-

cesita la actividad profesional del centro y la credibilidad que debe inspirar a la población. Para comprobar el fundamento de las denuncias y tomar las decisiones necesarias para corregir las disfunciones existentes, se iniciaron una serie de relaciones de trabajo entre la Dirección General del Insalud, la Dirección Provincial de Madrid, el equipo directivo del hospital y varios profesionales relacionados con el servicio. Hechas las averiguaciones pertinentes, se llegó a las siguientes conclusiones: Nunca, repito, nunca se ha intervenido a ningún enfermo de alto riesgo sin que el responsable de la intervención fuera un médico de plantilla y estuviera presente en el quirófano. Es decir, en todas las intervenciones de alto riesgo ha participado como mínimo un cirujano con titulación y en algunos casos dos. Todos los médicos que desempeñan su labor en el servicio y en el hospital están perfectamente acreditados, unos como especialistas —éste es el caso de los médicos de plantilla— y otros como médicos en formación, bien a través del programa MIR o como consecuencia de convenios internacionales. En este último caso se ha constatado que el hospital no adaptó la situación administrativa en algunos de estos facultativos a la nueva normativa que regula las condiciones de su permanencia en el centro. Los cambios de guardia entre facultativos pertenecientes a la plantilla de un servicio es práctica habitual en los hospitales, sin que ello suponga una merma en cuanto a la cobertura y calidad de la asistencia. Se ha comprobado el cobro de guardias por facultativos de la plantilla sin que hubieran sido realizadas por ellos. Los médicos becarios del hospital han realizado guardias puesto que esta actividad es necesaria y obligada para completar su proceso de formación. No existe discrepancia entre la mortalidad oficial del hospital y la registrada en el servicio. El baile de cifras que ha aparecido en algún medio de comunicación se produjo, en su día, fruto del procedimiento de tabulación que computa los *exitus* en distintas unidades operativas, ya sean en quirófanos, cuidados intensivos o en la unidad de hospitalización. Concretamente, durante 1993, se produjeron 77 fallecimientos de los cuales 24 corresponden a mortalidad intraoperatoria, 37 ocurrieron en la unidad de cuidados intensivos y 16 en la unidad de hospitalización. No obstante —ya lo he dicho anteriormente—, hay que destacar el elevado número de estos pacientes con perfil de alto riesgo quirúrgico previo a la intervención. El rendimiento del servicio puede considerarse elevado en función del número anual de intervenciones y de la alta complejidad que presenta la cirugía realizada (500 intervenciones extracorpóreas por año). La dotación de recursos humanos y materiales es suficiente y no dificulta la actividad esperada para este tipo de servicios.

A partir de los hechos el Insalud realizó, con carácter inmediato, las siguientes actuaciones. Respecto al cobro indebido de guardias, se ha iniciado el trámite de información previa que permitirá a corto plazo conocer los facultativos que hayan podido incurrir en esta falta. Acto seguido se procederá a la incoación de los correspondientes expedientes disciplinarios por falta administrativa grave; en estos momentos se encuentra expedientado por esta causa un facultativo. Traslado de dos facultativos a otros servicios de cirugía cardíaca del Insalud. Se ha incoado un expediente a otro facultativo por falta de rendimiento por ineptitud sobrevenida, con propuesta inmediata de suspensión de funciones. Cese del Director general del hospital por las anomalías administrativas detectadas. Asimismo se ha iniciado la puesta en marcha de otras medidas que tendrán efecto a medio plazo, como son cubrir con carácter definitivo e inmediato la jefatura del Servicio de Cirugía Cardíaca de adultos de este hospital; implantar el plan funcional diseñado para el servicio, aprobado por la Junta técnico-asistencial, del que se responsabilizará el director médico; incorporar dos facultativos especialistas más al servicio; reestructurar con carácter inmediato la unidad de cuidados intensivos de cirugía cardiovascular.

En resumen, señorías, creo que estoy en condición de poder afirmar que los pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía Cardíaca de adultos del Hospital Ramón y Cajal fueron, en todos los casos, intervenidos por cirujanos que acreditan suficiente experiencia y cualificación. Las actuaciones que les acabo de mencionar están avaladas en su totalidad por la Junta técnico-asistencial del centro y harán posible mejorar la calidad asistencial y el clima laboral que existe en el servicio desde su fundación. Por otra parte, es de justicia reconocer que el Hospital Ramón y Cajal posee un gran prestigio nacional e internacional gracias al quehacer diario de sus profesionales que, además, desarrollan una importante labor asistencial. En concreto, durante el año 1993 ingresaron casi 25.000 pacientes, se atendieron 822.000 consultas externas, se vieron 117.000 urgencias y se realizaron más de 27.000 intervenciones quirúrgicas. También se llevaron a cabo 134 transplantes de los cuales 38 fueron renales, 13 hepáticos y 52 de médula ósea. Igualmente el hospital desarrolla una labor docente y de investigación del máximo nivel. Por todo ello, la existencia de disfunciones aisladas no puede empañar el relevante papel sanitario y social que desempeña este centro, ni cuestionar la ética y la profesionalidad de aquellos que pertenecen al mismo.

Para terminar, y como ya hice en mi primera comparecencia ante SS. SS., creo que éste es el momento oportuno de hacer un llamamiento para que entre todos defendamos a los centros sanitarios públicos y a sus profesionales frente a cualquier intento de desprestigio desde dentro o fuera del sistema. Estos centros y esos profesionales son nuestro principal y en algún caso único recurso asistencial. Estos centros y esos profesionales se han creado con el esfuerzo de varias generaciones de españoles y constituyen un activo que pertenece a todos. Desprestigiarlos sistemáticamente es un mal servicio a la sociedad española.

Termino aquí, señorías, agradeciéndoles la atención que me han prestado y estaré encantado de contestar a cuantas preguntas tengan a bien formularme. Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA:** Por el Grupo solicitante de la comparecencia, tiene la palabra la señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTIN:** Gracias, señor Temes, por su comparecencia y la exhaustiva información fa-

cilitada. Me alegro de que en la mayor parte de los casos esa información coincida con la que yo tengo y que, al mismo tiempo, por parte de la Dirección General del Insalud no se haya dudado en calificar de extrema gravedad los hechos que han motivado la comparecencia. También quiero felicitar al Insalud por parte de las decisiones tomadas. Digo parte no porque no suscriba en su totalidad las que usted ha reseñado sino porque, como intentaré argumentar, los problemas de fondo que existen en cuanto a los criterios de gestión de la sanidad pública, que en opinión de mi Grupo Parlamentario están en la base y son los determinantes de la situación que de una manera accidental ha surgido en torno a la actividad del Servicio de Cirugía Cardíaca del Hospital Ramón y Cajal, persisten y, por tanto, en mi opinión, mientras no se modifiquen estaremos en condiciones de pensar que tales hechos pueden volver a ocurrir en la sanidad pública y también, como intentaré argumentar, desde luego en mucha mayor medida en la sanidad privada, cuya responsabilidad indirecta y última es del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Tal y como ya se ha dicho con ocasión de debates sobre la sanidad en Pleno y en Comisión, quiero manifestar al Director General del Insalud y, en su caso, a la máxima responsable del Ministerio de Sanidad que la lentitud y la forma en que se producen las respuestas a preguntas escritas al menos de esta Diputada y a la solicitud de informes hace casi imposible la actividad de control del Ejecutivo por parte del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya. Con fecha 25 de abril de 1994 solicité el texto completo de la auditoría realizada al Servicio de Cirugía Cardíaca del Hospital Ramón y Cajal, por la Dirección Territorial del Insalud, a la que el señor Temes ha hecho referencia en su comparecencia. Hasta la fecha no tengo ninguna respuesta a esta solicitud de informe que se hizo al amparo de lo establecido en el artículo 7.° del Reglamento del Congreso de los Diputados. Es evidente que esa auditoría estaba realizada ya en el momento en el que yo hice la solicitud de informe, han transcurrido casi dos meses y esta Diputada no cuenta aún con esa información.

He recibido respuesta a preguntas escritas que solicitaban información exhaustiva acerca de la mortalidad por infecciones nosocomiales en hospitales del Sistema Nacional de Salud. La respuesta del Ministerio de Sanidad es la siguiente: No existe constancia, en ningún caso, de mortalidad en los centros del Instituto Nacional de la Salud debido a infección nosocomial. Es decir, no se ha constatado la relación causa-efecto entre un proceso de infección y la muerte de un paciente. Por tanto, no se puede facilitar la documentación solicitada por la señora Diputada. Es evidente que el criterio de la mortalidad o la propia existencia de infecciones nosocomiales es uno de los parámetros fundamentales a la hora de valorar la calidad de la atención sanitaria. También solicité datos sobre mortalidad en hospitales públicos y privados, así como datos concretos acerca de la disminución de la dotación de recursos humanos en atención primaria y en hospitales del Instituto Nacional de la Salud durante los meses de verano. Tampoco he recibido ninguna respuesta que merezca tal nombre, ya que se me indica que el Ministerio de Sanidad y Consumo no dispone de datos sobre tasas de mortalidad, etcétera, y que en sentido estricto no puede hablarse de reducción de dotación de recursos humanos, sin que haya una sola cifra en la que aparezca la información recabada.

Insisto, señor Temes, en que esta falta de seriedad y de respeto por la actividad parlamentaria del Ministerio de Sanidad y Consumo hace imposible llevar a cabo una de las funciones fundamentales de este Parlamento, la de control del Ejecutivo.

En cuanto a los datos concretos respecto al Servicio de Cirugía Cardíaca, decía al principio de mi intervención que me alegro de constatar que corresponden fundamentalmente con los que yo tengo y que de ellos se desprende que las denuncias habidas, como decía el señor Temes, que desgraciadamente han suscitado un nivel enorme de alarma social, han sido el elemento para detectar anomalías graves en el funcionamiento de un servicio. Es decir, desgraciadamente la alarma social creada, no la misma existencia de anomalías, ha sido la llamada de atención sobre actividades de inspección, de control, de auditoría por parte de la sanidad pública. Como el señor Temes ha reflejado en la lectura del informe de la Junta técnico-asistencial, la alta mortalidad del servicio es un dato objetivo que tiene que ser motivo de un control permanente por parte de la administración sanitaria. Señor Temes, usted sabe, igual que yo, que el indicador más sensible, aunque sea de una manera grosera al mismo tiempo, para medir la calidad de la actuación de los servicios sanitarios es el dato de la mortalidad. En mi opinión, es injustificable que por parte del Ministerio de Sanidad no haya un seguimiento, un control que permita intervenir sobre aquellos centros que a partir de elevados datos de mortalidad, por la causa que sea, están encendiendo la luz de alarma sobre la calidad de ese servicio; insisto que en centros públicos y en centros privados. En anteriores ocasiones he solicitado datos de recurso y datos de mortalidad respecto a hospitales privados. Me consta que la calidad de la atención sanitaria en hospitales privados es muy inferior a la de los hospitales públicos. Yo pienso que la defensa de la sanidad pública no debe pasar, en ningún caso, por meras declaraciones de principios o de buenas intenciones, que yo comparto, sino que tiene que estar evaluada y tiene que reposar sobre actividades de control, tanto de sanidad pública como de la sanidad privada, que a la luz de las respuestas que yo he obtenido a mis preguntas sobre ese hecho no se producen, salvo que existan circunstancias desgraciadas como las actuales.

En relación con los hechos motivo de alarma social en cuanto al Servicio de Cirugía Cardíaca, el señor Temes, en la lectura del informe, yo creo que ha obviado uno de los hechos que se desprenden, en mi opinión, de los datos con los que se ha contado en este proceso. Es verdad que existen facultativos que cobran guardias que en realidad no han realizado, y es verdad que dentro de la actividad de formación de los becarios está la realización de guardias o la presencia de médicos en formación en las guardias. Lo que el señor Temes no ha dicho es si los becarios estaban realizando las guardias correspondientes a facultativos que se suponía que estaban realizando las guardias, no el cam-

bio de guardias entre facultativos, sino que fueran los becesarios directamente, sin ningún otro facultativo, los que estuvieran al frente de la guardia en ese momento. En cualquier caso, parece evidente, de la auditoría que el señor Temes ha leído de la Dirección Territorial del Insalud, que no hay ninguna actividad docente por parte del servicio, es decir, que los médicos en formación no reciben formación, valga la redundancia, y están desempeñando directamente labores asistenciales sin que estén supervisadas adecuadamente, como corresponde a su actividad formativa.

Del informe de la Junta técnico-asistencial quiero señalar un dato que viene a corroborar hechos que he denunciado anteriormente. Por un lado se habla de que no existe evidencia de que se perciban gratificaciones económicas por actuaciones médicas directamente. Sin embargo, dice el informe de la Junta técnico-asistencial, *sí* hay testimonios de percepción de ayudas de formación continuada por parte de casas comerciales. Este dato nos obliga a reflexionar sobre las relaciones profesionales con las casas comerciales y sus efectos sobre el quehacer profesional. A criterio de muchos esta reflexión no puede ser independiente de otra paralela sobre las oportunidades de formación. En este servicio —y mi opinión es que desgraciadamente puede ser extensible a otros muchos servicios de la sanidad pública— se están recibiendo ayudas para formación continuada por parte de casas comerciales, sin que se perciba que esa formación continuada, tal como ha dicho el señor Temes, se esté realizando ni por parte de las casas comerciales ni por parte de la sanidad pública, como se ha reflejado en su informe. Esas casas comerciales son bien laboratorios farmacéuticos, bien empresas proveedoras de equipos sanitarios. Es un elemento de corrupción dentro de la sanidad pública y es una medida indirecta de elevación del gasto farmacéutico o en equipos que, evidentemente, no proviene de las necesidades de salud. Es uno de los elementos, como usted sabe, que se está utilizando en este país para producir gastos no relacionados con las necesidades de salud de la población.

Sin embargo, como decía al principio de mi intervención, mis sospechas, señor Temes —y no suponía que en tan breve período de tiempo pudiera haber datos para confirmar mi preocupación—, están en los elementos de gestión introducidos en la sanidad pública, los criterios de gestión empresarial de la sanidad pública, en los que se han producido enormes esfuerzos administrativos y contables, a la hora de evaluar el gasto producido por la sanidad pública, en detrimento del control de calidad que se realiza en esos servicios. Y si no se realiza, en primer lugar, la investigación, el control y la evaluación de la calidad asistencial y, en segundo lugar, la adecuación del gasto a esos objetivos superiores de control de calidad, lo que se está produciendo en estos momentos es un deterioro de la sanidad pública y una dejación de funciones por parte del Ministerio de Sanidad en cuanto a la principal de sus competencias.

La señora **PRESIDENTA:** Señora Maestro, le ruego concluya.

La señora **MAESTRO MARTIN:** El control del gasto es, sin ninguna duda, una de las responsabilidades del Ministerio de Sanidad, pero por encima de ella está el control de la calidad asistencial. Yo esperaba que tuviera que transcurrir más tiempo para poder constatar que la supeditación de la calidad a criterios de ahorro pudiera ser demostrada fehacientemente a través de un caso aislado; pero, quiero insistir, los problemas de fondo que están en criterios de gestión empresarial de la sanidad pública son los que me hacen pensar que esto puede estar sucediendo en otros hospitales.

Dice el informe de la Junta técnico-asistencial: ¿Por qué estos hechos no han sido analizados y resueltos en su momento por las comisiones *ad hoc?* ¿Cómo es que esas comisiones no han sido llamadas por las distintas juntas facultativas? ¿Se han discutido estas disfunciones con los responsables de otras áreas? ¿Acaso la obsesión por los datos cuantitativos ha impedido recoger los cualitativos? Pensamos que se pone excesivo énfasis en la cuantificación del número de actuaciones profesionales y que se pone muy poco o ninguno en la información y el análisis de cómo se hace. Las conclusiones de la Junta técnico-asistencial son que la solución de los problemas no puede estar en un simple relevo del gerente o del director administrativo del hospital, sino en cambios de criterios que permiten establecer mecanismos permanentes de control de la calidad a los que se supediten los criterios económicos. Las altas precoces, las infecciones existentes pueden ser contabilizadas, desde un punto de vista administrativo, como nuevas actuaciones sanitarias y, sin embargo, ser los indicadores de voces de alarma en cuanto a la calidad de la atención sanitaria.

Señor Temes, como decía al principio de mi intervención, agradezco la exhaustiva información. Agradezco también que el Ministerio de Sanidad no haya caído en la trampa de adjudicar los graves hechos ocurridos en el Servicio de Cirugía Cardíaca a peleas internas entre facultativos, como en alguna declaración de algún responsable del Ministerio se ha hecho. Es verdad que puede haber luchas internas de poder en un servicio. Lo que hay que agradecer es que esas luchas internas hayan permitido poner sobre la mesa los hechos que estaban acaeciendo que tienen una repercusión directa sobre la calidad del servicio, y que hayan permitido tomar medidas por parte de la Dirección General del Insalud. Sin embargo, insisto, señor Temes, mientras la actividad fundamental de control de la administración sanitaria vaya dirigida al gasto y al control cuantitativo de la actividad asistencial en detrimento absoluto, como ha demostrado este caso, de criterios de control de calidad, el problema de fondo, el caldo de cultivo para que estas situaciones se vuelvan a producir o se estén produciendo ya y no estemos en condiciones de detectarlas sigue estando presente.

La señora **PRESIDENTA:** ¿Grupos que desean fijar posición? **(Pausa.)**

En nombre del Grupo Catalán (Convergència i Unió), tiene la palabra el señor Cardona.

El señor **CARDONA I VILA:** Muy brevemente, quiero corresponder a la cortesía parlamentaria y hacer una reflexión en voz alta, si se me permite.

Indudablemente, las noticias aparecidas hace unas semanas en los medios de comunicación tienen una gravedad extrema y han provocado la consiguiente alarma social, pero llegaríamos a la conclusión de que, aunque se han hecho las investigaciones y se ha llegado a una conclusión, desde el punto de vista social el daño ya está hecho. Esta es la reflexión que quería hacer al final de mi intervención. Esta investigación se ha hecho con una relativa rapidez y entendemos que con el rigor necesario se ha hecho el informe pertinente y, además, se han depurado responsabilidades. Pero en este tema, precisamente por su importancia y extrema gravedad, no caben comportamientos equívocos, y como existe una reglamentación clara y concreta en relación a la formación de estos médicos, entendemos que en este caso la denuncia representa un delito, bien sea tipificado de injurias, calumnias o en la forma que sea, pero con el agravante de publicidad. Creemos que habría que iniciar las acciones judiciales pertinentes para depurar las responsabilidades que pudiera haber. Después, en una proposición no de ley, hablaremos de responsabilidad civil y profesional. ¿Cómo no van a aumentar las quejas si dejamos esto así? ¿Qué podemos legislar en cuanto a responsabilidad civil si ocurren estas cosas y, como decía al principio, no es verdad lo que ha aparecido en los medios de comunicación pero el daño ya está hecho? Creo que estamos en una pendiente que no tiene fondo y que conducirá, al final, a una quiebra total y absoluta no sólo de la relación humana imprescindible entre médico y enfermo, sino incluso entre sistema y usuario.

Gracias por permitirme esta reflexión. En cualquier caso no me he podido escapar de hacerla.

La señora **PRESIDENTA:** Por el Grupo Popular tiene la palabra el señor Villalón.

El señor **VILLALON RICO:** Señor Temes, las irregularidades o las anomalías que se han producido a lo largo de los últimos meses, casi diría años, en el Servicio de Cirugía cardiovascular del Ramón y Cajal me parecen muy preocupantes y muchas veces ponen en entredicho la sanidad pública, siendo un pequeño acto en sí respecto a la sanidad pública en general, sobre todo por parte de los facultativos y de los servicios médicos. A la hora de analizar todos estos hechos, habría que establecer diferentes etapas que se han sucedido a lo largo de este año 1994.

La Ministra de Sanidad compareció en esta Comisión el 1 de marzo, a solicitud del Grupo de Izquierda Unida, para explicar el fallecimiento de siete, ocho, nueve o diez pacientes, parece ser, en relación con una solución cardioplé-jica. La Ministra dio una explicación que nosotros dijimos en su momento que no nos convenció. Como parece ser que al Grupo de Izquierda Unida tampoco le convenció aquella comparecencia, el siguiente paso fue que ese grupo volvió a solicitar otra comparecencia para que informase sobre las medidas adoptadas para resolver esas anomalías, que es lo que ha dicho usted que se había realizado el 11 de abril, y el día 18 de mayo surgen denuncias a la luz pública, a través de los diferentes medios de comunicación, diríamos que algo más sobre lo que sucede en el Servicio de Cirugía cardiovascular.

Con el permiso de la Presidenta, voy a leer algunos párrafos de la intervención de la Ministra el pasado 1 de marzo, es decir, hace ya más de tres meses, en relación con aquellos casos. La Ministra decía: Se derivan responsabilidades que están siendo analizadas en los expedientes sancionadores a los que he hecho referencia; el resultado de estos expedientes determinará la adopción de medidas necesarias para evitar que puedan repetirse. Estoy hablando del 1 de marzo y el día 18 de mayo todavía no se había tomado ninguna determinación. Contestando a la señora Maestro, en la segunda intervención de la Ministra —otro apartado—, dice: Este es un desgraciado asunto que puede ocurrir en la medicina, en la sanidad, no con mucha frecuencia pero sí con una frecuencia que nosotros no desearíamos, pero no puede S. S. extraer de ahí una conclusión de descrédito en la sanidad pública o de consecuencias de ahorro en la sanidad pública. Y contestando a este Diputado en dos apartados decía lo siguiente: Cesar al gerente fulminantemente es posible que hubiera impedido que el gerente pudiese haber hecho todo lo que ha hecho en este tiempo, y lo que ha hecho ha sido actuar con prudencia en un asunto en el que no conviene ser imprudente; lo que le ruego es que esperemos a la culminación de las actuaciones que van a aclarar cuáles han sido las responsabilidades, los errores, las imprudencias o las conductas.

Yo he traído aquí las manifestaciones que en su momento hizo la Ministra porque creo que son esclarecedoras, intentan clarificar lo que en su momento no hizo el Gobierno, porque cuando la Ministra compareció por este tema ya se conocía en el hospital la situación de anomalía del Servicio de Cirugía cardiovascular. Las denuncias vienen *a posteriori,* pero hay que decir que o la Ministra no estaba enterada, se le habían ocultado datos, o la Ministra ocultó datos a la Comisión. El día 18 de mayo aparecen las denuncias de facultativos y de miembros de la Junta técnico-asistencial del hospital, indicando que había un aumento desproporcionado de fallecimientos en ese servicio. La relación de fallecidos en el año 1993 era de 76, pero parece ser que el gerente, en un principio, había intentado ocultar o por lo menos se le había ocultado la relación de fallecidos (76 desde el 1 de enero de 1993 al 31 de diciembre de 1993) y había notificado 46. El 31 de agosto de 1993 los fallecimientos habían sido 32. Hago referencia a esta fecha porque el tema que nos ocupó en su momento sobre la solución cardiopléjica se refería fundamentalmente a los meses de julio y agosto. Hay que decir también en esta relación de hechos que una carta dirigida a la Junta técnico-asistencial por parte de un facultativo miembro de ese servicio fue bloqueada por el presidente de esa Junta, que es el Director médico del hospital.

A nosotros nos preocupan dos cosas. Desde un punto de vista médico, científico, el hecho de que el servicio no funcione como debería funcionar un servicio de tanta responsabilidad y, por otro lado, que no funcione la dirección hospitalaria, que incluso en algunos momentos se intente

ocultar datos o se boicotee y se actúe contra los médicos que simplemente están denunciando las irregularidades que ocurren en ese servicio o en ese hospital.

Un tema que se denuncia a finales del mes de mayo es la situación de los facultativos. A nosotros nos preocupa porque ante la opinión pública se dice que médicos en formación o en prácticas están realizando intervenciones quirúrgicas de importante gravedad. Al conocer cómo funcionan los hospitales del Insalud uno se pregunta: Cuando se habla de médicos en prácticas, ¿se están refiriendo, primero, a médicos en formación postgraduados, es decir, la vía MIR, médicos residentes en ese servicio, o, segundo, a los médicos becarios que usted nos acaba de mencionar? La pregunta sería: ¿Esos médicos becarios participan en esas intervenciones quirúrgicas, hacen guardias con la responsabilidad de ser ellos los que toman las decisiones últimas? Hay un tercer apartado, que es el que más me ha sorprendido, que se ha reflejado en diferentes medios de prensa y que usted aquí no ha mencionado. A mí me sorprende porque al menos yo nunca he tenido conocimiento de ellos. Me refiero a los que se han denominado médicos de refuerzo para hacer guardias los fines de semana en diferentes servicios de los hospitales. Yo no los conocía y me gustaría que usted negara la existencia de esos médicos de refuerzo.

Con respecto a estos tres grupos de médicos en formación, habría que preguntar si las guardias médicas que se realizan en ese hospital, concretamente en este servicio de cirugía cardiovascular, son exclusivamente de presencia física de esos médicos en formación o hay médicos de plantilla que están en presencia física o en presencia local.

Atendiendo un poco a lo que son las controversias y, podríamos decir, los enfrentamientos dentro del servicio, parece ser que a dos o tres médicos del servicio, ante el hecho de denunciar las irregularidades que se cometían, se les apartó del mismo, es decir, se les trasladó a lo que se ha denominado unidad funcional de cirugía experimental dentro del servicio de cirugía cardíaca, parece ser que sin ningunas funciones concretas y simplemente por el hecho de que habían denunciado anteriormente todas las irregularidades que se cometían.

Nos gustaría saber si el jefe de servicio en funciones de cirugía cardiovascular o cirugía cardíaca va a seguir en esa situación o bien si se va a sacar a concurso esa plaza o se va a tomar alguna medida para que ese jefe de servicio lo sea de forma definitiva. ¿Se va a intentar que el anterior jefe de servicio de este servicio, valga la redundancia, en comisión de servicios en otro hospital, sea trasladado definitivamente al Hospital Ramón y Cajal? Hay que tener en cuenta que, como usted muy bien sabe, este facultativo se trasladó a otro hospital de la red pública por los problemas y enfrentamientos internos que sucedían en su servicio. Todas estas cosas nos preocupan. La Ministra decía que todo esto era motivo de escándalo en su momento; para nosotros es, fundamentalmente, motivo de preocupación, porque cuando en todos los medios de comunicación aparece reflejada la situación de un servicio como éste, donde los ciudadanos llegan en unas condiciones de precariedad desde el punto de vista de la salud, no sólo atañe a los que están en esas condiciones, sino que nos atañe a todos los ciudadanos y nos preocupan las medidas que se puedan tomar.

Volviendo un poco al principio de mi intervención, quiero recordar las palabras de la Ministra cuando decía que no se había destituido al gerente porque parecía que no era oportuno y, en cambio, ustedes, a los pocos días de las denuncias, no sé si fue incluso antes de terminar el mes de mayo, ya le habían destituido. Ello va un poco en contradicción con lo que en su día dijo la Ministra, que había que mantener al gerente para que se vieran las responsabilidades y se investigara todo lo sucedido en ese servicio y en ese hospital, y, en cambio, cuando digamos que la bola de nieve aumenta, ustedes lo destituyen. El planteamiento es no sólo de una persona en sí, el planteamiento es, por un lado, la actuación del servicio en sí mismo y, por otro lado, sería el equipo de dirección de ese hospital que no funciona porque, como decía anteriormente, es llamativo que el director médico, como presidente de la junta técnico-asistencial, haya bloqueado una información y que el resto de los miembros de esa junta técnico-asistencial no tuvieran conocimiento de la denuncia que hacen los facultativos. Ese es el planteamiento que nos debemos hacer y responder.

Yo creo que estas cosas suceden muchas veces porque no se fijan unos objetivos de acuerdo mutuo entre lo que es la dirección del hospital y lo que son los servicios y cada uno va por su lado. Es muy probable que, al existir una descoordinación tal, ni el gerente ni el director médico se enteren de lo que pasa en un servicio o se enteren a través de la prensa. A mí me parece que es grave, no solamente desde el punto de vista sanitario, sino también desde el punto de vista administrativo, que se hayan ocultado datos por parte del gerente, que se haya bloqueado información por parte del director médico, y yo me atrevería a decir que incluso se puede haber cometido algún delito tipificado en el Código español, porque en ese momento tendrían que actuar ustedes con respecto a las iniciativas y a las intervenciones del equipo directivo de ese hospital.

Termino, señora Presidenta, diciendo que la comparecencia de hace más de tres meses de la Ministra, como hemos manifestado anteriormente, no nos satisfizo, creemos que no se tomaron las medidas necesarias y que se desconocían —y, si no se desconocían, no se informó a la Comisión— todos los asuntos que sucedían en ese servicio del Hospital Ramón y Cajal, y nos da la sensación que lo que pasa es que vuelve a haber una descoordinación total entre lo que es la gestión de los hospitales y lo que son los servicios médicos de los diferentes hospitales del Insalud. Ante esta situación, a nosotros nos gustaría que se tomaran algunas medidas de mayor calibre que las anunciadas por el señor Temes, que nos ha dicho que se ha abierto expediente a algunos facultativos y se ha destituido al gerente, pero ahí queda todo. Nosotros querríamos tranquilidad para los ciudadanos y para nosotros mismos, en las medidas que se puedan tomar a lo largo de todos estos meses para dar satisfacción a los ciudadanos de que ese servicio reúne las características técnicas y científicas y para que

los que sean trasladados al mismo vayan con un mínimo de seguridad, desde el punto de vista sanitario.

La señora **PRESIDENTA:** Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Mendizábal.

La señora **MENDIZABAL GOROSTIAGA:** En primer lugar, quiero agradecer, en nombre de mi Grupo, la comparecencia del Director General del Insalud en esta comisión, así como la información, que consideramos exhaustiva, que nos ha presentado sobre el tema objeto de comparecencia.

Desde nuestro punto de vista, es indudable la importancia que tiene el tema en sí y también la importancia de la incidencia del reflejo de este tema en lo que podríamos llamar la opinión publicada, lo que permite —como ya se ha dicho anteriormente— que se puedan suscitar una serie de situaciones de alarma social; situaciones de alarma social que deben evitarse sobre todo, ¿por qué no decirlo?, por parte de las administraciones que tiene la responsabilidad en la prestación del servicio sanitario, pero también por parte de los grupos parlamentarios que integran esta Comisión, por parte de la Administración, debe ser fluida y el control de esta Comisión hacia el Ejecutivo también está claro que es una obligación de los grupos parlamentarios, así como de todos y cada uno de los Diputados que aquí estamos; sin embargo, junto a todo ello —vuelvo a repetir—, también debe recaer sobre nosotros la responsabilidad de evitar situaciones de alarma social cuyas repercusiones pueden resultar graves, tanto sobre los usuarios como, incluso en algunos casos, sobre las actitudes de los propios profesionales.

Dicho esto, voy a entrar un poco en el análisis de cada uno de los temas que aquí nos traen hoy.

Con respecto al primer asunto —como ya ha sido recordado—, fue objeto ya de otra comparecencia en esta comisión de la señora Ministra, en la que, desde nuestro punto de vista, las explicaciones dadas por la misma y las medidas adoptadas resultaron satisfactorias, tanto desde el punto de vista de los informes que se fueron suscitando por parte del hospital a las comisiones de expertos internas y externas como las medidas consecuencia de ello, así como la solicitud por parte del Insalud de una auditoría para conocer la situación actual del servicio del Hospital Ramón y Cajal. Creo que la auditoría es de un gran interés, y quisiera unir mi ruego al de la Diputada de Izquierda Unida en el sentido de que es de gran interés para los miembros de esta Comisión poder disponer de esa auditoría; por tanto, solicitaría formalmente que se enviara a todos los grupos parlamentarios.

A la vista de lo que nos ha explicado el Director General del Insalud, en relación con su análisis de esta auditoría, expresamos también nuestra conformidad con las actuaciones emprendidas de manera inmediata a la recepción y al análisis de ese informe de auditoría. Por tanto, estamos de acuerdo con las medidas que se han tomado con vistas a la reordenación funcional del servicio, incidiendo en aquellos aspectos que vayan más hacia la calidad asistencial, así como al cierre de la unidad de vigilancia intensiva para su acondicionamiento y, ¿por qué no?, con la incoacción de los expedientes disciplinarios que sean considerados necesarios.

Respecto al segundo asunto que ha sido tratado por el Director General del Insalud, y que se refiere a las presuntas irregularidades del Servicio de Cirugía Cardiovascular de adultos, y que se han reflejado en los medios de comunicación, queremos destacar que nos parecen satisfactorias las conclusiones que se han alcanzado, tanto en las reuniones que se han mantenido por la Dirección Provincial del Insalud y el equipo directivo del hospital, y es que nunca —y quiero destacar esto en primer lugar— se ha intervenido a ningún enfermo de alto riesgo sin que la responsabilidad recayera en un médico de plantilla.

También nos tranquiliza que todos los médicos que desempeñan su labor en este servicio y en el hospital están perfectamente acreditados. Asimismo, estamos satisfechos con que se hayan comprobado cosas que no funcionaban bien, como es el caso de los cobros de guardia sin haber sido realizadas. Todo tiene que salir a la luz, lo que está bien y lo que está mal, y creo que conviene aclarar lo que se publica en la prensa y, como ya se ha dicho generalmente, producen una gran alarma social.

Finalmente, quisiera acabar diciendo que estamos de acuerdo y apoyamos las medidas, tanto de carácter inmediato, como a medio plazo, que ha señalado el Director General del Insalud respecto, en primer lugar, a los expedientes disciplinarios, por falta administrativa grave, relativos al cobro indebido de guardias, respecto al traslado de los facultativos a otros servicios de cirugía cardíaca del Insalud o al expediente, por supuesto, con la medida, que quizás, se haya reflejado más de cara a la opinión pública, del cese del gerente.

Creemos que se han tomado las medidas necesarias y que el Insalud ha actuado con celeridad en este caso. Termino mi intervención animando a que cuando los problemas existan y haya que afrontarlos se afronten y se tomen medidas disciplinarias, pero también insistiendo en la responsabilidad que tenemos todos y cada uno de nosotros, tanto la administración sanitaria como los grupos parlamentarios, de velar para que no cunda la alarma social cuando realmente no debe cundir.

La señora **PRESIDENTA:** Para responder a las intervenciones de los distintos grupos, tiene la palabra el señor Director General del Insalud, señor Temes Montes.

El señor **DIRECTOR GENERAL DEL INSALUD** (Temes Montes): Señora Maestro, en primer lugar quiero agradecerle que se reconozca que se ha intentado hacer —no sé si lo hemos conseguido plenamente o no— un examen exhaustivo, con el que se puede estar más o menos de acuerdo, pero en el que no se ha ocultado absolutamente nada de los acontecimientos que han ocurrido en el Servicio de Cirugía Cardíaca de adultos del Hospital Ramón y Cajal. Esta es absolutamente toda la verdad, aunque, obviamente, ningún examen o ninguna información que se realice sobre un acontecimiento puede cubrirlo todo. Creo que no se oculta nada intencionadamente y que no falta

nada conscientemente. Por lo tanto, hemos puesto toda la verdad sobre la mesa y eso es algo importante. Además, le agradezco que coincida, como ha expresado, con la mayoría de los datos que he podido suministrar a lo largo de esta mañana.

Creo que tiene razón en que, con frecuencia, somos lentos en la respuesta a las peticiones de los grupos parlamentarios. Mejorar este aspecto es nuestro deber y nuestra obligación. Por lo tanto, en la parte que corresponda al Insalud, tenga la seguridad de que procuraré que la documentación solicitada la tengan disponible SS. SS. en el tiempo menor posible.

Yo quisiera hacer algunas consideraciones sobre la intervención que usted ha hecho, primero diciéndole que no es cierto que nos preocupe exclusivamente la cantidad, que no estamos midiendo permanentemente criterios de calidad. Por ejemplo, en el tema de infección hospitalaria existen dos estudios multicéntricos que analizan la infección hospitalaria en el Sistema Nacional de Salud y que vienen además siendo realizados, curiosamente, por el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Ramón y Cajal. Los resultados que dan estos estudios, y que han tenido un reflejo en la prensa, muestran que la infección hospitalaria en nuestro país es más baja que en la mayoría de los países de nuestro entorno socio-económico, por lo que no parece que ésta no sea una preocupación del Insalud.

En cuanto a los temas de calidad, tampoco quisiera que la impresión que pudiera sacarse es que estamos hablando sólo de números y eso pudiera ser una manera de contar o de hacer la gestión, probablemente brillante, desde el punto de vista de lo que es el aspecto contable, pero poco relacionada, como usted dice, con la calidad de la asistencia, que creo que aparte de las definiciones de principios, sinceramente nos preocupa a todos.

El Hospital Ramón y Cajal presentó públicamente a principios del año 1994 su plan de calidad global. Es un aspecto recogido en los objetivos del hospital, a nivel global y como una de las prioridades fundamentales. Por tanto, yo sí creo que nos preocupan los planteamientos que se están haciendo de calidad.

A lo largo de los últimos años, usted sabe que se han desarrollado comisiones de calidad. Incluso en la normativa que rige hoy la organización y gestión de los hospitales aparece una comisión central de garantía de calidad, que trata de coordinar las distintas comisiones clínicas. Esto es así y forma parte del trabajo habitual que venimos realizando.

No estoy de acuerdo en que el trabajo sobre el servicio se realice porque aparecen distintas denuncias en la prensa. Es cierto, ¡cómo no!, que eso tiene una repercusión pública muy importante, que produce una alarma, pero la mayoría de las actuaciones, incluida la auditoría, son previas a que aparezcan esas irregularidades, que yo separo del tema de la solución cardiopléjica, en el que me parece que la responsabilidad fundamental es de quien vende al hospital un producto que no se corresponde con las especificaciones externas de ese producto, y ese laboratorio ha sido sancionado con el máximo rigor.

Tampoco creo que no se hayan tomado otras decisiones, porque en ese momento, y al hilo de esa investigación, sobre un asunto paralelo, que es el de la solución cardioplégica, que yo creo, en conjunto, se analizó de forma exhaustiva, se expedienta a dos facultativos y se abre un expediente al jefe de servicio de farmacia y se le separa de funciones, aunque después, lógicamente, siguiendo lo que nos dice la juez instructor, se levanta el sobreseimiento. Sí se hicieron cosas en ese aspecto.

Quiero aclararle, y es así, que los becarios tienen el derecho y la obligación de hacer guardias. Lo que no pueden es cobrarlas. Y en los hospitales se hacen guardias de presencia física y localizadas. En unas ocasiones, en hospitales de este tipo, con convenios internacionales, con becarios del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, hacen guardias indistintamente médicos residentes y médicos becarios, siempre con la supervisión de un médico de plantilla, bien sea de presencia física, bien sea localizado acudiendo a la urgencia en cuanto sea preciso. Por lo tanto, éste es el método habitual. La irregularidad es que alguien cobre esas guardias y después se las pague a los becarios. Eso es lo que no permite la ley, y estos aspectos, y el reconocimiento de errores administrativos, incluso calificados de graves, lo he hecho a lo largo de mi intervención.

Cuando digo que no hay actividad docente no hago una afirmación tan amplia como la que hace S. S. Yo creo que la actividad asistencial supervisada es, obviamente, la actividad docente más importante para un residente, para un becario o para un médico en formación, y luego con mucho gusto le diré cuál es el programa de formación de los médicos residentes o becarios en cirugía cardíaca que exige, lógicamente, la actuación, primero, como primer ayudante, después como cirujano único en una serie de intervenciones quirúrgicas.

La Junta Técnico-Asistencial denuncia que ha habido ayudas a médicos para formación por parte de casas comerciales. Yo no lo dudo. Además, estoy seguro de que en muchos casos, a lo largo de la historia de este país y de muchos otros países, es cierto que laboratorios farmacéuticos o casas comerciales han llevado a médicos o a enfermeros a congresos invitados. Estoy seguro de que es así. No digo que sea algo estrictamente normal, pero me parece que forma parte de lo que ha sido y sigue siendo, sin duda, la relación entre las casas comerciales y los profesionales. No lo voy a negar. Yo tengo constatación personal de que eso es así, porque yo he sido médico de hospital diez años, y probablemente también muchas otras personas de las que están aquí. Pero decir que eso es un signo de corrupción es algo exagerado. Lo que nosotros sí hemos hecho, ante una denuncia, a la que supongo se ha referido el señor Villalón, de un médico, de una determinada persona de la que se decía cobraba comisiones por implantar algún tipo de prótesis es, primero, pedirle a la persona que ha hecho esa denuncia que la concretase y, segundo, hacer una investigación que no nos permite asegurar, en absoluto, que eso sea así. Por tanto, esto es lo que le puedo decir.

Su señoría pone enfrente los criterios de gestión con los criterios de calidad. Yo creo que eso no es así. El número de servicios de cirugía cardíaca que tenemos en Madrid es

muy importante; el número de recursos humanos que hay ahí es muy importante y creo que el nivel de calidad es muy alto, con independencia de que se haya podido producir situaciones del tipo de la que motiva la comparecencia.

Su señoría ha acabado diciendo que se alegraba de que no adjudicásemos a luchas internas los problemas acaecidos. Pero yo, de alguna manera, le tengo que decir que eso es así también y no es así desde hoy, sino que es así desde hace 14 años, y a lo largo de este tiempo se han producido diversas comunicaciones. Por ejemplo, voy a leer un párrafo del informe de la Junta Técnico-Asistencial que dice que el análisis de las formas y de las causas de las filtraciones de información nos ha conducido al tema de fondo de la trayectoria y situación del servicio. Los testimonios aportados nos han llevado a la certeza moral de que la información filtrada a los medios de comunicación es a partir del propio servicio y que esta información ha sido manejada de un modo profesionalmente inadecuado, pero, sobre todo, estos testimonios nos han permitido diagnosticar lo que nos parece una auténtica patología de grupo de este servicio casi desde sus orígenes. Es probable que alguna de sus anomalías tienen su razón de ser en la forma técnica de creación y estructuración del hospital, pero no todos los servicios del hospital han evolucionado de la misma manera. En este caso, esta disfunción ha permanecido en lo fundamental, con alguna mejora transitoria, durante doce años sin que tuvieran éxito los intentos de solución. Creo que hay algo también de personal y de desentendimiento entre los miembros del Servicio.

Al señor Cardona quiero decirle que coincido, en general, con las apreciaciones que ha hecho sobre la alarma. Le agradezco que piense que hemos actuado con rapidez y que hemos procurado depurar las responsabilidades. También estoy de acuerdo en que tenemos que abordar la responsabilidad civil de las personas que están trabajando en el sistema sanitario. Lo estamos haciendo. Estamos conversando con los colegios de médicos y estamos buscando una fórmula que nos permita, además, llegar a acordar o sensibilizar a las autoridades judiciales sobre los problemas de la práctica de la medicina. También estoy de acuerdo en que situaciones como ésta causan esa alarma y, por tanto, pudiera ser que se produjese una mayor desconfianza hacia el sistema sanitario, cuando se producen hechos como éste.

Al señor Villalón le quiero decir que no puedo estar menos de acuerdo con el planteamiento que hace. Yo creo que la señora Ministra en su comparecencia dio toda la información y apuntó las medidas que se habían tomado. Por tanto, creo que se actuó con contundencia y le voy a repetir lo que ya he dicho antes: se expedientó a dos facultativos, se incoó un expediente al laboratorio que había servido la solución cardiopléjica y se separó de funciones al jefe de servicio de farmacia. Por tanto, me parece que las decisiones tomadas a ese respecto en ese momento eran las oportunas.

Yo le agradecería que me creyese a mí, por lo menos, tanto como cree lo que lee en la prensa. En el año 1989 hubo 77 fallecidos, como ya expliqué, en el Servicio de Cirugía Cardíaca, ni uno más, ni uno menos. Tres de esos 77 fallecieron en el año 1994, pero fueron operados en el año 1993 y ya expliqué qué número de cada uno de esos 77 habían fallecido en el acto operatorio, en el quirúrgico inmediato, en la unidad de cuidados intensivos o en la sala de hospitalización. Entonces, por favor, no juguemos más con los números. Ha habido, y ésa es la única cifra que se ha dado, 77 fallecidos en el año 1993.

Yo no sé a lo que se refiere cuando me habla de una carta bloqueada por el presidente de la Junta Técnico-Asistencial. Supongo que habla de la carta a la que ya me he referido, en la que se hace una denuncia, a mediados de agosto, imprecisa, sin concretar, que tanto el director médico verbalmente como el director gerente por escrito, cuatro o cinco días después, solicitan que se amplíe y se concrete esa información, y que la Junta Técnico-Asistencial solicita a esa persona que se presente para explicar la denuncia que ha hecho y esa persona se niega a hacerlo.

Comprenderá que tomar decisiones sobre denuncias inconcretas y en el aire es difícil y no se le puede exigir a ningún responsable sanitario, y yo no lo haré.

En cuanto a los becarios, la decisión última de la actividad que practican los becarios, como cualquier otro médico en formación, corresponde, como ya he dicho, en todos los casos a los médicos de plantilla, como no puede ser de otra manera.

No hay médicos de refuerzo en los hospitales; nunca los ha habido. Estamos hablando de médicos de atención primaria para completar el exceso de horas de guardia en medicina general. No mezclemos los temas porque si no, al final, acabamos creando más alarma de la que ya se ha creado y que tratamos de evitar.

No ha habido represalia por ningún tipo de denuncia. Yo le puedo leer documentación exhaustiva donde se decía que a algún facultativo, hace diez años, no debía programársele porque no tenía capacidad para actuar como cirujano. Dos de esos facultativos —y aquí están los documentos y están, por supuesto, a su disposición— solicitan voluntariamente el traslado, uno al Hospital de la Princesa y otro al Hospital Clínico de Madrid. Aquí están los documentos. Hay un tercer documento firmado por el jefe de servicio en funciones, por el coordinador de cardiología y por el jefe de cirugía cardíaca infantil diciendo que a otro de los facultativos no es que no se le dé trabajo, es que hace seis años se decidió separarlo de sus funciones porque no tenía capacidad para realizarlas. No hemos represaliado a nadie porque haya hecho ninguna denuncia, absolutamente a nadie, y los documentos están, por supuesto, a su disposición.

Es cierto que la señora Ministra, en su comparecencia sobre el líquido cardiopléjico dijo que no había motivo para cesar al gerente, y no lo hizo, y yo coincido plenamente, como no puede ser de otra manera, en que en ese momento no había motivo para cesarle. Después surge otro episodio distinto que modifica la situación y aparecen dos irregularidades administrativas, de las que entiendo que no es responsable el gerente, de quien entiendo, además, que es un magnífico gerente, pero que ciertamente ha tenido un problema en dos situaciones administrativas irregulares, que es no haber adaptado a un número concreto de nueve

becarios a la situación administrativa actual y el que en su hospital se produjese cobro de guardias por personas que no las venían realizando. Son dos irregularidades administrativas que reconocemos y de las que le responsabilizamos como responsable último del hospital, pero no porque yo crea ni que es un mal gerente, que creo que ha hecho una magnífica labor, ni porque yo crea que es el responsable directo.

Quede claro entonces que un episodio es el del líquido cardiopléjico, donde creo que la actuación del gerente fue absolutamente correcta, y otro episodio es el de las denuncias últimas, en las que se encuentran dos irregularidades administrativas.

Quiero terminar mi contestación al señor Villalón diciéndole que me parece que no oculto ni un solo dato; que todo lo que hay sobre este tema se ha expuesto en esta comparecencia, y que si alguien (lo volveré a decir) cree oportuno que se remita la auditoría o la documentación que sea, sin duda se hará; pero no se está ocultando absolutamente ninguna información, y tenga la seguridad de que puede haber dificultades, podemos hacerlo mejor o peor, pero la coordinación entre el Ministerio y el Insalud es absolutamente total.

Con respecto a la señora Mendizábal, quiero agradecerla que considere exhaustiva la información. Yo coincido con ella plenamente en que la alarma social no sólo se genera por la publicación en los medios de información, sino que tendríamos que contribuir todos, de una manera concreta y específica, a tratar de evitar que esa alarma social pueda producirse en cuestiones tan sensibles para la sociedad como la que estamos tratando. Por tanto, ésta es una responsabilidad de la Administración, sin duda alguna, pero es una responsabilidad de todos, es una responsabilidad de todas las Administraciones, yo creo que de todos los profesionales, y me da la impresión (y es mi opinión) que de todos los políticos.

Nada más y muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA:** Muchas gracias, señor Director General.

CONTESTACION A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SOBRE:

— PREVISIONES ACERCA DE LA ADOPCION DE MEDIDAS ENCAMINADAS A MEJORAR LOS INDICADORES DE SALUD DE LA COMUNIDAD AUTONOMA DE LA RIOJA. FORMULADA POR EL SEÑOR ALEGRE GALILEA (GP). (Número de expediente 181/000767.)

La señora **PRESIDENTA:** Concluido el primer punto del orden del día, vamos a pasar a la contestación a las preguntas. Para ello, se encuentra entre nosotros el señor Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo, a quien pedimos se acerque a la mesa. **(Pausa.)**

Señorías, continuamos el orden del día previsto en la Comisión. Está con nosotros ya el señor Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo, a quien damos la bienvenida a esta Comisión.

Vamos a iniciar la respuesta a las preguntas previstas. La primera de ellas, sobre previsiones acerca de la adopción de medidas encaminadas a mejorar los indicadores de salud de la Comunidad Autónoma de La Rioja. Esta pregunta la formula el señor Alegre Galilea, del Grupo Parlamentario Popular, que tiene la palabra.

El señor **ALEGRE GALILEA:** Señor Subsecretario, una de las principales actividades de los Ministerios de Sanidad de los países de nuestro entorno socioeconómico es difundir informes periódicos acerca del estado de salud de la población de sus respectivos países, obviamente, y no solamente eso, sino que en esos estudios se reflejan los factores que tienen algún tipo de incidencia en ese estado de salud, de tal manera que, mediante los mismos, lo que se tiene es la magnitud y la tendencia de cómo evolucionan los diferentes problemas de salud, pero, además de eso, sirven para evaluar el impacto que sobre ellos tienen las distintas políticas y programas sanitarios. **(La señora Vicepresidenta, Novoa Carcacia, ocupa la Presidencia.)**

Pues bien, el Ministerio, su Ministerio, nuestro Ministerio, también ha presentado una evaluación de los indicadores de salud propuestos en su día por la Organización Mundial de la Salud y, si mal no recuerdo, ese estudio se vincula con una serie de objetivos, creo que son 38, y se recogen en una serie de indicadores. Estos indicadores entiendo que son el reflejo de los diversos aspectos de la salud, que van desde el funcionamiento del propio sistema sanitario hasta los indicadores relativos a la promoción de la salud de nuestro país, pasando por todos aquellos referentes al estado de salud de la población y hasta yo diría que con el medio ambiente.

Al ver los indicadores, los gráficos y los baremos que aparecen en ese informe publicado en su día y recogido en este libro con el título de «indicadores de salud», se observan de forma inmediata una serie de lagunas, de carencias, aspectos, creo yo, problemáticos y que tienen un reflejo fiel en la clasificación que se hace de esos estadios y estados de salud por Comunidades Autónomas.

Y digo que, por lo que se refiere en concreto a la Comunidad Autónoma de La Rioja, se registran en dicho informe unas valoraciones tremendamente deficitarias en aspectos fundamentales para la salud, para el bienestar de los ciudadanos y que han provocado, de alguna manera, una inquietud y una preocupación honda en la sociedad riojana. Hay aspectos tales como el sida, la tuberculosis, hepatitis, tos ferina, sífilis, por no hablar de la mortalidad infantil, que son aspectos que yo traslado aquí mediante esta pregunta y que me movieron en su día a hacer el planteamiento de la misma: ¿qué previsiones, acerca de la adopción de medidas encaminadas a mejorar los indicadores de salud de la Comunidad Autónoma de La Rioja tiene ese Ministerio?

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): Tiene la palabra para responder a la pregunta el señor Subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Conde Olasagasti): Señor Alegre, gracias por su pregunta.

Efectivamente, los Ministerios de Sanidad de los diferentes países de nuestro entorno recogen información, la acumulan y la difunden, sobre indicadores de salud. No siempre corresponde exactamente al Ministerio desarrollar las políticas pertinentes para tratar de modificar esos indicadores de salud. Y digo que no siempre porque hay competencias en nuestro ordenamiento político en nuestro país que son propias de la Comunidad Autónoma y porque, por otra parte, hay actuaciones que, teniendo que ver finalmente con la salud, no afectan directamente al Ministerio de Sanidad implicado.

Me explico: tiene mucho que ver con los indicadores de mortalidad la tasa de siniestralidad en accidentes de tráfico y el desarrollo de la política de carreteras y de seguridad no corresponde exactamente al Ministerio. Lo cual no quiere decir que esos indicadores sean evaluados por el Ministerio y se aconseje lo que haya que hacer en ese terreno. De todos modos, y con alguna matización que haremos después, puedo informarle que los indicadores de salud de la Comunidad Autónoma no muestran en términos generales, y salvo determinadas excepciones que comentaremos, diferencias significativas con las del resto del Estado español, y en algún caso son mejores. Por ejemplo, la esperanza de vida al nacer en la Comunidad Autónoma de La Rioja es, en el caso de los varones, de 74,6 años, y en las mujeres, 81,7, siendo la media nacional de 73,5 para los varones y de 80,6 para las mujeres. Estadísticamente, hay un año más de esperanza de vida en La Rioja que en el resto del Estado, ocupando el puesto quinto y tercero en cuanto a mayor esperanza de vida para hombres y mujeres, respectivamente.

Por otra parte, la tasa de enfermedades inmunoprevenibles son inferiores a las de la media del Estado, exceptuando el caso de la rubéola. Así, las tasas por cien mil habitantes de sarampión fueron 27,32, frente a una media nacional de 60, y de parotiditis, 4,62, frente a una media de 15,84, salvo, repito, la rubéola, que fue 40 para La Rioja y 21 a nivel nacional.

En las enfermedades de transmisión hídrica, en La Rioja la situación es muy similar a las de la media del Estado, incluso algo mejor. La tasa de morbilidad por fiebres tifoideas son en La Rioja del 1,15, siendo del 1,89 a nivel nacional. De otra parte, la tasa general de defunciones ajustada por edad es, en el caso de La Rioja, de 799, siendo la media del Estado de 835.

Además, los indicadores de salud autopercibida, porque éstos son indicadores de salud, como es bien sabido, objetivos y homologados, pero los indicadores autopercibidos que nosotros detectamos con la encuesta nacional de salud, restricción de actividad, frecuencia de actividades, signos o síntomas percibidos por los ciudadanos, no muestran diferencias respecto a los valores medios del Estado, como lo pone de manifiesto la encuesta nacional de salud de 1993. Sin embargo, es cierto, y hay que reconocerlo así porque son datos constatados y por eso estamos aquí explicándolos, que existen diferencias significativas en la tasa de mortalidad por accidentes de tráfico para los hombres, donde en La Rioja representa la máxima tasa, 46, frente a la media nacional de 33, y tasas altas en cáncer de estómago y de colon para las mujeres. Igualmente, existen diferencias en la mortalidad perinatal e infantil —y S. S. lo ha mencionado—, indicadores que en La Rioja mantienen históricamente cifras superiores a la media del Estado. Mortalidad infantil, 12,1 en La Rioja; 7,8 a nivel nacional. Perinatal, 9,6 en La Rioja; 8,3 a nivel nacional.

Ahora bien, analizar y explicar suficientemente los motivos que subyacen en esta situación no es técnicamente sencillo, ya que el escaso número total de casos-año entraña una dificultad adicional a las propias de este tipo de estudios epidemiológicos. Además, debe tenerse en cuenta que las tasas o indicadores aplicados a poblaciones pequeñas son muy sensibles a mínimas variaciones, sin que el resultado matemático, es decir, el indicador, la tasa o índice, sean representativos de cambios significativos a niveles de salud.

Difícilmente puede sostenerse que estas tasas de mortalidad perinatal infantil estén relacionadas con la dotación de recursos sanitarios existentes en la comunidad. En la asistencia especializada, el Insalud dispone de un total de 823 camas hospitalarias, distribuidas entre el complejo hospitalario San Miguel y San Pedro, centro propio del Insalud, dotado con 656 camas, y el Hospital General de La Rioja, perteneciente a la Comunidad Autónoma, concertado con el Insalud, dotado de 167 camas. Estos recursos aportan una media de 2,48 camas por mil habitantes, siendo la media nacional del Insalud de 2,07, es decir, inferior. Los indicadores de oferta-demanda de hospitalización y actividad quirúrgica en ambulatorios son similares a los del resto de los centros del Insalud.

Quiero finalizar, sin embargo, indicándole a S. S. que, con el fin de conocer, estudiar y proponer, en su caso, posibles medidas para mejorar los indicadores de mortalidad infantil y perinatal, que sí preocupan, la administración sanitaria de la Comunidad de La Rioja ha iniciado un estudio epidemiológico de tipo descriptivo de los casos ocurridos en los últimos años, para lo que se ha creado un grupo de trabajo técnico en el que colaboran activamente los profesionales sanitarios dependientes del Insalud. Estamos seguros de que, a pesar de la dificultad del estudio, sus resultados nos ayudarán a todos a mejorar, en la medida de lo técnicamente posible, los niveles de salud de la población de La Rioja.

Quisiera finalizar resumiendo dos detalles. La significación estadística de las variaciones de indicadores de la Comunidad de La Rioja con respecto al resto del Estado hay que valorarla en lo que la estadística tiene de valorable. Digo esto porque estamos hablando de una comunidad pequeña, como S. S. sabe, que parece que es del orden de los 250.000 habitantes. En una muestra de ese tamaño, cuando se compara con una muestra de 39 millones, las variaciones de indicadores tienen que ser analizadas muy cuidadosamente, porque una mínima variación en un número muy reducido de casos en la estadística de La Rioja se traduce en modificaciones comparativamente muy grandes con el resto del Estado. Y esa comparación de dos

magnitudes tan enormemente distintas —250.000 habitantes, frente a 38 millones— hay que hacerla con mucho cuidado.

Dicho esto, la segunda cuestión en la que quiero insistir, y que ya le he mencionado —no quiere decir que no haya un indicador que preocupa, puesto que, a pesar de esa diferencia, es significativo—, es en la mortalidad perinatal. Precisamente por el reducido tamaño de la Comunidad y el reducido número de casos, lo que hay que hacer, y es la tarea en la que nos hemos puesto a trabajar, es el análisis de los últimos años de esa mortalidad perinatal caso a caso, para vislumbrar si existe alguna circunstancia que explique esa diferencia o si, como repito, no hay tal y se debe a esa diferencia puramente estadística y no significativa de cambio real o diferencia real en el estado de salud. **(La señora Presidenta ocupa la presidencia.)**

La señora **PRESIDENTA:** Tiene la palabra el señor Alegre.

El señor **ALEGRE GALILEA:** Gracias, señor Subsecretario, por su respuesta, pero entenderá conmigo que no la puedo dar como satisfactoria, porque en algunos momentos no sé si ha pretendido echarle la culpa del problema que le planteo hoy a la estadística o a las competencias. Ha dicho que unas veces son competencias de las comunidades autónomas, que no estamos ante este caso, y otras veces ha dicho que entra dentro del ámbito de otras instituciones, aunque tienen un reflejo en la sanidad, cosa que tampoco entra dentro de este caso. Me ha hablado de las esperanzas de vida. Le voy a hacer una broma: las esperanzas de vida de la Comunidad Autónoma de La Rioja, que son altísimas, ya se las contaré yo de qué dependen cuando termine la comparecencia. Después se limita simplemente a hacerme una valoración de unos indicadores que no le discuto. ¡Cómo le voy a discutir! Ha dicho que tiene más camas. Ya lo sabía. Pero también es cierto, y paralelamente a ese número de camas, que tenemos menos personas por camas, tanto en facultativos como en auxiliar y personal de enfermería.

Me ha hablado de sarampión y de la tosferina. Muy bien, pero aun le voy a dar yo otro dato positivo. Nuestra Comunidad Autónoma de La Rioja es la comunidad que tiene una tasa más baja en días perdidos en el trabajo por motivos sanitarios. Es más: es la Comunidad con una tasa más baja en días guardados en cama por temas relacionados con la salud. Además de que no andamos sobrados, somos muy trabajadores. Pero eso no quita para que las cifras y las tasas que le voy a dar ahora requieran mucho más que la colaboración o el esfuerzo que desde la poquedad poblacional y presupuestaria de nuestra Comunidad se pretenda dar solución a este problema que le manifiesto. Yo creo que es el Ministerio quien debe abrir un capítulo generoso en medios para que estos temas no se puedan producir.

Sida acumulado. Somos la quinta Comunidad Autónoma, con una tasa de 126,6; mientras la tasa nacional está en 97,3. Además, en los casos de sida notificados, evaluados y tratados durante 1991 también ocupamos esa misma quinta posición. En tuberculosis, señor Subsecretario, ¿es lógico que la Comunidad Autónoma de La Rioja tenga una tasa de 33,8 por ciento, mientras que la media nacional oscila en el 23,1? Hepatitis vírica, los octavos, por no aburrirles con cifras. Sífilis, los quintos; una tasa de 4,6, cuando la media es de 3,9.

Entiendo, señor Subsecretario, que esto es alarmante y que ni las condiciones socio-económicas ni poblacionales de la Comunidad Autónoma de La Rioja ni sus niveles de renta y desarrollo justifican que tengamos estos datos, que son francamente tercermundistas si los comparamos con el resto de la población, no con Biafra, obviamente.

Le voy a decir más. El tema de la mortalidad infantil creo que merece un estudio sereno por parte del Ministerio. Somos la primera comunidad autónoma en mortalidad infantil. La Rioja tiene 12,1 y la tasa media nacional es del 7,8. En mortalidad neonatal, postneonatal y perinatal, además de decirlo usted, permítame que lo repita yo porque creo que merece la pena que SS. SS. se den cuenta de esto, seguimos siendo la primera en mortalidad neonatal, la segunda comunidad autónoma en mortalidad postneonatal y la tercera comunidad autónoma en mortalidad perinatal. Estará usted conmigo, señor Subsecretario, en que los datos son lo suficientemente elocuentes como para que la inquietud que hoy se tiene en la Comunidad Autónoma de La Rioja sea compartida, en alguna medida, por ese Ministerio y me dé una esperanza positiva de que en esto que le pido, que creo que es de estricta justicia, el Ministerio va a poner manos a la obra y podamos venir de aquí a un año a decir que estos índices tan preocupantes han experimentado una sensible mejoría. Lo demás, darme o abundar en datos positivos sacados de este libro de los indicadores de salud, se lo agradezco, pero no es preciso.

La señora **PRESIDENTA:** El señor Conde tiene la palabra.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Conde Olasagasti): Señor Alegre, sólo decirle cuatro cosas.

Viene usted a coincidir conmigo en que La Rioja no está tan mal de salud. Es decir, hay algún indicador en el que aparentemente está peor de salud, pero, con carácter general, usted mismo lo ha reconocido, no está tan mal de salud.

Segunda cuestión en la que coincidimos. Usted dice que yo he tratado de echar balones fuera cuando he hablado de la carretera, pero usted mismo me ha tratado de decir que las causas de la esperanza de vida puede que tengan que ver con cosas que tienen poca relación con la acción sanitaria. Es decir, usted coincide conmigo —y como usted sabrá, y si no se lo digo, que soy sanitario, soy médico—, y yo cada vez soy más modesto a la hora de atribuir a la medicina maravillas capaces de alargar la vida y en general me parece que tiene mucho que ver con estilos de vida, con cargas genéticas y con una serie de circunstancias que posiblemente contribuyen en La Rioja a ese mejor nivel de salud, al igual que en otros sitios.

Tercera cuestión. Yo he pretendido sólo situar la estadística donde debe estar. Precisamente es la estadística la que permite detectar problemas que, cuando pueden ser analizados pormenorizadamente, tienen extraordinaria trascendencia, como es el caso.

Usted ha repetido lo mismo que yo había dicho en cuanto a la mortalidad infantil y, además, sobre el sida y la tuberculosis. Ambos fenómenos son limitados en número y precisamente por eso permiten el análisis pormenorizado para esclarecer las causas que contribuyen a establecer ese diferencial y tratar de corregirla, si es que hay alguna que contribuya a ese diferencial.

Como usted muy bien sabe, el tema del sida en nuestro país tiene que ver básicamente con ciertos hábitos de vida que pueden —no lo sé, no tengo el dato en este momento aquí— concentrarse o haberse concentrado en algún momento en mayor medida en La Rioja, para lo cual seguramente habrá que trabajar para corregirlos.

La incidencia de tuberculosis tiene cada vez más que ver con la incidencia del sida, es decir, la aparición de cepas resistentes de bacilo tuberculoso se asocia a la mayor presencia de sida, con lo cual probablemente una cosa esté relacionada con otra. Para el tema del sida usted sabe que hay un plan nacional que analiza lo que sucede en cada comunidad autónoma y colabora con cada una de ellas para abordar aquellos factores de riesgo que estén contribuyendo en mayor o menor medida en una u otra comunidad.

En la mortalidad infantil ya le he dicho que nos hemos puesto a la tarea de, caso a caso, averiguar qué es lo que está pasando. Porque yo creo que se puede ser generoso, como usted ha podido, cuando haya razón, fundamento, origen detectado que permita ser generoso. Es decir, el que en este momento se decida, por poner un ejemplo, poner más camas de atención infantil en La Rioja, aunque en este momento no están ocupadas, como suele ocurrir en la mayor parte de las comunidades españolas, no va a determinar una mejora de esos índices. La mejora de esos índices, si es posible, se alcanzará cuando conozcamos el origen y, conociendo el origen —repito, caso a caso—, habrá circunstancias modificables y puede que haya otras que no lo sean tanto. Será el momento de ser generosos, como usted pide, y no le quepa duda de que lo seremos si hay algún punto en el que la acción del Ministerio, la acción del Gobierno, la acción del Insalud puede modificar el origen de esa diferencia. **(Pausa.)**

La señor **PRESIDENTA:** Señor Villalón, ¿formularía las dos preguntas conjuntamente? **(Asentimiento.)** De acuerdo.

— SOBRE RECURSOS EXISTENTES PARA CUBRIR, EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL Y EN EL PLAZO DE DOS AÑOS, LA ATENCION PRIMARIA. FORMULADA POR EL SR. VILLALON RICO (GP). (Número de expediente 181/000770.)

— SOBRE FECHA PREVISTA PARA TERMINAR DE CUBRIR LA ATENCION PRIMARIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL. FORMULADA POR EL SR. VILLALON RICO (GP). (Número de expediente 181/000771.)

La señora **PRESIDENTA:** Preguntas números 181/000770 y 181/000771, sobre recursos existentes para cubrir en todo el territorio nacional y en el plazo de dos años la atención primaria y sobre fecha prevista para terminar de cubrir la atención primaria en todo el territorio nacional.

Ambas están formuladas por el señor Villalón Rico, del Grupo Parlamentario Popular, quien tiene la palabra.

El señor **VILLALON RICO:** Voy a formular conjuntamente las dos preguntas y también a hacer una matización al señor Subsecretario, aunque me imagino que ya se habrá dado cuenta. Es culpa mía, lógicamente, ya que cuando hablo del territorio nacional me estoy refiriendo al territorio del Insalud, que son las competencias que ustedes tienen en este momento.

Señor Subsecretario, la gran reforma del Gobierno socialista en el tema de sanidad es la gran reforma de la Ley General de Sanidad. La Ley General de Sanidad es fundamental, principalmente en la atención primaria. La atención primaria la establecen ustedes como la gran aportación para resolver los problemas sanitarios que tenía nuestro país en los años 80 y que ustedes aportan a través de la Ley General de Sanidad.

En los artículos 56, 63 y 64 de esta Ley, que se refieren a la atención primaria, se establecen fórmulas de trabajo en equipo, estructuración de las zonas básicas del Insalud y los equipos de apoyo. Sin embargo, mientras ésa era la gran idea, diríamos que el gran fin a alcanzar, a lo largo de los años transcurridos desde 1986, en que se aprobó la Ley General de Sanidad, vemos de forma repetida que en los diferentes informes que el Defensor del Pueblo remite a esta Cámara, en el apartado de sanidad se dice textualmente: «Los servicios y prestaciones sanitarias en los centros de salud se quedan cortos con respecto a las necesidades de los ciudadanos españoles. No se alcanzan los objetivos marcados en la Ley General de Sanidad.»

Han transcurrido ocho años desde la aprobación de la Ley General de Sanidad. Yo creo que es tiempo más que suficiente, y en las previsiones sobre el total desarrollo de lo que han sido los equipos de atención primaria y la construcción de centros de salud consideramos que no se han cumplido todos los objetivos fijados un poco a largo o medio plazo.

Esta introducción se referiría a cuándo piensan ustedes, cuándo prevén que se puede terminar de cubrir el mapa del territorio del Insalud con respecto a la atención primaria, a los centros de salud y a los equipos de atención primaria.

La siguiente pregunta, que le hacemos conjuntamente, se refiere a los recursos con los que cuenta el Ministerio de Sanidad. Como decía antes, desde el punto de la asistencia primaria, hay que hablar de la zona básica de salud, del centro de salud y del equipo de atención primaria.

Además se le puede plantear: ¿a qué se refiere usted cuando habla de los recursos del Ministerio? Lógicamente, a recursos humanos y a recursos materiales, pero no de forma aislada. Usted me puede decir que tenemos esta cantidad de facultativos, de personal sanitario —es un tema del que luego hablaremos—, tenemos este número de centros de salud, pero lo que yo querría es que estableciera los recursos en relación no sólo con los objetivos fijados a lo largo de los años a través de los Presupuestos Generales del Estado sino en relación con los grandes objetivos fijados en la Ley General de Sanidad.

Entonces, habría que preguntar: ¿con qué recursos cuentan ustedes para alcanzar los objetivos en los contratos-programa que se han firmado para el año 1993, y que creo que ya se han firmado para el año 1994? ¿Con qué recursos cuentan ustedes para presentar los programas de salud bucodental, los programas de la atención a la salud de la mujer, fundamentalmente en la prevención de lo que son neoplasias propias de la mujer, o el programa con respecto a lo que es la atención a los mayores, sin olvidar, lógicamente, lo que podríamos decir que es la atención sanitaria desde el punto de vista general.

Esto es un poco, así, a grandes rasgos, la introducción en estas dos preguntas. También sí que me gustaría que nos hablara, porque luego lo comentaremos, sobre la construcción de los centros de salud según los objetivos fijados a lo largo de todos estos años, que tengo entendido que va ciertamente retrasada según lo que estaba previsto.

Nada más.

La señora **PRESIDENTA:** Tiene la palabra el señor Subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Conde Olasagasti): Señor Villalón, muchas gracias por la aclaración previa, porque efectivamente yo iba a empezar por decirle que el desarrollo del nuevo modelo de atención primaria, siendo una voluntad conocida por esta Cámara, corresponde a cada una de las comunidades autónomas con competencias transferidas.

Realmente quería decirle que lo que no debemos hacer es confundir una cosa que yo creo que es fundamental. Lo que la Ley General de Sanidad consagra como cuestiones fundamentales yo diría que son la universalidad (atención sanitaria a todos los ciudadanos españoles sin ningún tipo de distinción), el situar la promoción de la salud como un elemento eje y fundamental y el garantizar la financiación pública de ese modelo.

Es cierto que la atención primaria, una vez sentados esos objetivos generales, se constituye en un elemento importante en la Ley, pero que yo situaría a nivel de instrumento para conseguir ese objetivo. La reforma de la atención primaria no es un objetivo en sí mismo, sino que es un instrumento para alcanzar ese logro. Ese planteamiento, sin embargo, ha sido uno de los ejes fundamentales alrededor de los cuales ha girado la política de este Gobierno en los últimos doce años.

Me va a permitir que me extienda un poco porque yo creo que el tema lo merece. Referido a la asistencia sanitaria del Insalud, en este momento estamos en una situación que es fruto de un largo proceso, complicado y no siempre fácil. En términos generales, en el proceso de implantación de la nueva organización de los servicios de atención primaria es necesario valorar dos criterios en un justo equilibrio. Por una parte, el crecimiento de la nueva organización y, por otra, el desarrollo en calidad y metodología de los nuevos equipos de atención primaria.

Ciertamente, un ritmo lento de implantación de equipos de atención primaria podría haber dado lugar a experiencias testimoniales, fuertemente monitorizadas, pero fácilmente fagocitadas por el conjunto de... **(Rumores.)**

La señora **PRESIDENTA:** Un momento, señor Subsecretario.

Señorías, quiero recordarles que, dadas las condiciones acústicas bastante deficientes de esta sala, se hace bastante difícil poder seguir la intervención del señor Subsecretario y les ruego que guarden silencio, por favor.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Conde Olasagasti): De otra parte, actuaciones precipitadas, tendentes a orientar un crecimiento rápido, podían haberse traducido en la introducción de cambios semánticos sin incidencia real en la práctica cotidiana de la actividad clínica y sin atender las demandas razonables y crecientes de los ciudadanos.

Así, la implantación del nuevo modelo de atención primaria ha tenido hechos y actuaciones que han contribuido a definir aspectos básicos e imprescindibles.

Aunque la Ley General de Sanidad, como S. S. señalaba, marcaba dos niveles de atención sanitaria, primaria y especializada, esta situación solamente fue real después de la modificación presupuestaria del Ministerio de Economía y Hacienda, dedicando en 1988 un programa específico para los servicios de atención primaria. Por primera vez se podía conocer de forma exacta y rigurosa el coste de los servicios y también su correcta financiación. Toda estructura de atención primaria anterior a la reforma estaba englobada en el concepto de atención extrahospitalaria, careciendo de una gestión adaptada a las peculiaridades de cada territorio. La creación de equipos directivos de atención primaria permitió adaptar y flexibilizar los criterios generales a las peculiaridades de cada territorio, a la vez que consolidar un sistema de gestión de recursos y de provisión de servicios, teorizado hasta ese momento pero no contrastado con la realidad.

Igualmente ha sido necesario establecer nuevos criterios de implantación de recursos basados en aspectos poblacionales, ponderándose éstos según la pirámide de edad de los distintos territorios y la dispersión de la población.

Indispensable para extender la nueva organización al conjunto de profesionales de los ciudadanos ha sido el entendimiento con las administraciones autonómicas y las organizaciones sindicales y los criterios y claves generales de la nueva organización, hoy aceptados por prácticamente todas las administraciones autonómicas y organizaciones sindicales, al igual que por el conjunto de las sociedades científicas de atención primaria.

Especial énfasis hay que poner en los acuerdos establecidos entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y las administraciones autonómicas y los acuerdos firmados con todas las organizaciones sindicales del sector en temas tan importantes como integración de los profesionales, sistema retributivo, organización de servicios, etcétera.

El proceso de implantación de los equipos de atención primaria se ha realizado, además, paralelamente a la universalización de la cobertura sanitaria, lo que ha determinado la necesidad de incrementar de forma razonable el número de facultativos.

También, y debido a la pobreza global de recursos estructurales existentes antes de comenzar la reforma, ha sido necesario duplicar prácticamente el número de profesionales de enfermería, construir más de 500 centros de salud, establecer líneas de suministro hasta el último consultorio rural, diseñar sistemas de recogida de transporte de muestras clínicas, introducir comunicaciones de telefonía e informática, cuadruplicar el apoyo de auxiliares administrativos, crear unidades de apoyo técnico a los problemas de salud mental, orientación familiar, rehabilitación, reinserción social, etcétera.

Fruto de este proceso, a 31 de diciembre de 1993, el porcentaje de ciudadanos atendidos por equipos de atención primaria era del 69,09 por ciento, oscilando por comunidades autónomas entre el 87,93 en Castilla-La Mancha, el 79 en Extremadura o el 41,5 en Cantabria.

Como puede deducirse de estos datos, la colaboración de las comunidades autónomas influye de forma notable en la implantación de equipos de atención primaria, especialmente en el medio rural.

De otra parte, este grado de extensión del nuevo modelo de atención primaria se ha traducido, entre otras mejoras, en un incremento de 250.000 horas/semana de consultas médicas y en 200.000 horas/semana en consultas de enfermería. El tiempo medio de consultas se ha incrementado respecto a 1986 en un 50 por ciento en medicina general y en un 100 por cien en pediatría. La presión asistencial en medicina general se ha reducido de más de 45 personas/día a una media inferior a 25 personas/día.

Durante 1993, y como muestra del esfuerzo continuado en la implantación de equipos de atención primaria, se constituyeron 185 equipos, pasando de 57,6 al 69 por ciento, ya citados.

Como puede observarse de estos datos, la implantación de la nueva organización de atención primaria se realiza como un esfuerzo continuado, tanto en aspectos de crecimiento como de desarrollo en temas tan fundamentales y de tanta importancia para los ciudadanos como puedan ser los referidos a flexibilidad, trato humano, capacidad de elección, etcétera.

De todos estos aspectos yo creo que merece la pena que subrayemos dos que han sido —digamos— la novedad más importante del año 1993 y, recientemente, de 1994. El programa Mostrador, de atención al usuario, pretende mejorar la accesibilidad y comodidad del usuario en su relación con el sistema sanitario y durante 1993 ha conseguido los siguientes resultados: El 83,6 por ciento de la población puede obtener cita previa para la consulta de médico general o pediatra. El 90 por ciento de las consultas de medicina general y pediatría de los usuarios esperan menos de 15 minutos desde la hora en que han sido citados al momento de recibir la asistencia en el 90,84 por ciento de la población, las citas para interconsultas de atención especializada y radiología, que son solicitadas por el médico general o pediatra, se conciertan desde el centro de salud, evitando que el usuario tenga que desplazarse para obtenerla. El 92,63 por ciento de la población puede solucionar desde los centros de salud todos los trámites administrativos relacionados con visado de recetas, prestaciones ortoprotésicas y de transporte, reintegro de gastos, etcétera.

El otro gran aspecto introducido en la reforma de la atención primaria, como S. S. sabe, ha sido la libre elección de médico, que desde que ha entrado en vigor hasta la actualidad ha dado lugar a que 370.000 personas hayan solicitado cambio de médico, lo que representa una proporción de 24 por cada mil personas, correspondiendo 5 a traslados de residencia habitual y 19 a una opción personal, acogiéndose a las características del Decreto.

Usted preguntaba cuándo tenemos previsto ultimar este desarrollo llegando al cien por cien. Nos preocupa, sobre todo en este momento, consolidar y mejorar lo que hay, aumentando el nivel de calidad a través de los programas que hemos iniciado y que yo creo que están dando buenísimos resultados, sin renunciar por ello a la marcha ascendente para el desarrollo hasta llegar al cien por cien. Lo que ocurre es que ese desarrollo al cien por cien (estamos en este momento, repito, en un 69 y el objetivo al final de 1994, que se va a cumplir, va a ser un 72 por ciento; las previsiones para el año 1995 serían en torno a unos siete u ocho puntos más) está influido por un sinfín de circunstancias, que yo me permito agrupar en cuatro porque creo que es importante que todos conozcamos y compartamos la información para así entender cómo avanzamos y al ritmo al que lo hacemos.

En primer lugar, naturalmente, la primera limitación para un desarrollo rápido son las disponibilidades presupuestarias, los Presupuestos Generales del Estado que SS. SS. aprueban cada año, decidiendo qué cuantía hay que dedicar a sanidad y, dentro de ella, qué cuantía hay que dedicar a atención primaria, porque, como es sabido, el desarrollo del nuevo modelo de atención primaria supone sobre el modelo, por así decirlo, tradicional unos crecimientos presupuestarios no muy importantes, pero sí de alguna entidad, que deben ser contemplados en los presupuestos.

En segundo lugar, el desarrollo de la planta física de los centros de salud depende, a su vez, de un sinfín de variables que nosotros no controlamos en su totalidad, como son cuestiones relativas a calificaciones de suelo, a circunstancias de orden local y municipal, a veces no fáciles, disponibilidad del suelo adecuado en el sitio adecuado... A veces disponemos del suelo adecuado, pero no es el sitio donde necesitamos un centro de salud, y suele suceder a veces lo contrario.

En tercer lugar —y este es un dato que S. S. conoce perfectamente, como yo—, también dependemos de la voluntad de los profesionales. Como es sabido, y en un intento de hacer bien las cosas, no duplicar plantillas y crecer en

plantillas de personal médico y de enfermería de manera desaforada, desordenada y sin fundamento, una gran parte del desarrollo se basa en la adscripción voluntaria de médicos y enfermeras del así llamado modelo tradicional al nuevo modelo. Sin su voluntad, eso no se puede hacer y, por consiguiente, es un factor que no controlamos, si bien es cierto que progresivamente, a través de esa labor con las sociedades científicas o con las organizaciones profesionales y sindicales, cada vez estamos encontrando menos dificultades en este campo, pero aún las encontramos.

Y en cuarto lugar, y de manera muy importante —y no pretendo con ello, ni mucho menos, descargar responsabilidades en otras administraciones—, para desarrollar este proyecto, en el que, repito, todas las comunidades autónomas en las que trabaja el Insalud, y con independencia de su color político, están empeñadas también en caminar hacia adelante, dependemos muy mucho de las comunidades autónomas, a su vez, por dos tipos de circunstancias. Los programas de inversión en centros de salud, como se sabe, los desarrollamos conjuntamente y el esfuerzo inversor es compartido, y dependemos muy mucho, repito, de que acompasemos esfuerzos inversores de unas y otras administraciones para el desarrollo armónico del modelo, como también dependemos de las comunidades autónomas que, como es sabido, tienen bajo su dependencia y tutela los funcionarios APD, es decir, los médicos titulares, que además tienen adscritas cartillas de Seguridad Social, y en la medida en que se dicten disposiciones administrativas de integración de esos facultativos en el nuevo modelo también podremos ir avanzando.

En definitiva, tenemos una tarea por delante, que sigue siendo un objetivo al que yo me alegro mucho de que se hayan unido todas las comunidades autónomas, repito, aunque sean de diferente color político. Parece que hoy nadie discute que el desarrollo del nuevo modelo de atención primaria es una buena idea, y en ello trabajamos todos juntos, pero ese trabajar todos juntos supone a veces dificultades en su desarrollo temporal.

Simultáneamente al desarrollo temporal, el modelo sólo se legitima si el ciudadano lo percibe como mejor de lo que tenía. Afortunadamente va siendo así y todas las encuestas de opinión que se realizan a este respecto vienen a confirmar que en general la ciudadanía entiende que este modelo le presta mejor atención que el tradicional, pero para que eso sea así no basta con que hagamos más edificios o con que extendamos el modelo, sino que en lo que tenemos funcionando permanentemente estemos introduciendo mejoras de servicio, mejoras de calidad que hagan que el modelo sea verdaderamente legítimo de cara al ciudadano.

Termino diciéndole que los recursos que tenemos para el desarrollo del modelo están en los contratos-programa de cada una de las áreas y contemplan, naturalmente, los programas de salud bucodental y atención a colectivos concretos que S. S. ha mencionado, en el ámbito y en los recursos en los que podemos movernos en este momento, es decir, no son programas generalizados sino que van desarrollándose paulatinamente.

La señora **PRESIDENTA:** Tiene la palabra el señor Villalón.

El señor **VILLALON RICO:** Señor Subsecretario, estoy de acuerdo con algunas de las afirmaciones que usted ha hecho, lógicamente. Usted ha dicho que lo que tenemos que funcione bien, y estoy totalmente de acuerdo. Que la atención primaria es un instrumento para alcanzar los objetivos que se prevén; totalmente de acuerdo. Ya no estoy tan de acuerdo en que la atención primaria sea uno de los ejes —en principio podría ser que sí— de política sanitaria desde el punto de vista del Gobierno, y no me parece que eso sea así porque se ve a lo largo de los años en los diferentes presupuestos que el Gobierno envía a la Cámara. Resulta que, incidiendo sobre uno de los ejes prioritarios de la atención primaria sobre lo que es la sanidad en nuestro país, al final siempre la asistencia especializada lleva un incremento mayor en presupuestos que el que lleva la atención primaria. Yo creo que se sigue todavía con la mentalidad de hospital y se sigue olvidando el gran instrumento, como usted decía, dentro de la Ley General de Sanidad, teniendo en cuenta que aquí tampoco voy a analizar si nos parece bien o mal, pero es lo que hay en este momento, y la Ley General de Sanidad nos indica que debemos ir a través de la atención primaria.

Usted me ha dado unos cuantos datos, que yo le agradezco, lógicamente, pero creo que no me ha contestado a cuestiones importantes con respecto a lo que han sido las preguntas en sí. Yo he tenido que coger datos de los Presupuestos Generales del Estado, aprobados el pasado año para el año 1994, y vemos que hay muchos centros de salud de los que estaban previstos que se siguen retrasando. Aquí estamos viendo que hay centros de salud, todavía iniciados en el año 1992, que no se han terminado en el año 1994. Asimismo, hay centros de salud que está previsto que se terminen en el año 1996, concretamente en las comunidades autónomas de Madrid, Murcia, Asturias, Castilla y León y Aragón.

Quería también hacer referencia a algunas publicaciones sanitarias en las que se recogen noticias sobre temas de atención primaria y en las que hace poco, con respecto a Zaragoza, se decía que el Insalud financiará en tres años la construcción y equipamiento de seis centros de salud para completar la atención primaria en Zaragoza, inversión prevista en 1.700 millones. Más o menos, quiere decir que esto va a ser para el año 1997, lo cual yo creo que nos aleja mucho de lo que eran las primeras ideas del Gobierno socialista y, lógicamente, de todos los Ministros de Sanidad que han pasado por el mismo. En ese sentido, tengo que hacer referencia a las declaraciones que en su momento hizo el actual Ministro de Defensa, entonces de Sanidad, señor García Vargas, cuando decía que se iba a cubrir la totalidad del territorio nacional, lógicamente del territorio Insalud, no sé si en el año 1989 ó 1990, y usted ahora nos está dando unos datos que incluso son peores de lo que yo creía, porque dice que en 1993 fue cubierto el 63 por ciento de la población, se prevé que para el año 1994 lo estará el 72 por ciento y, siendo muy optimistas, para 1995 lo estará el 90 por ciento.

Tengo que hacer referencia a una interpelación que se produjo en la legislatura pasada, a iniciativa del Grupo de Izquierda Unida, en la que el Ministro Griñán afirmaba que a finales de 1993 se alcanzaría el 72 por ciento de la población —usted ya da esa cifra para el año 1994, con lo cual creemos que existe bastante retraso—, estipulado en 12 millones de personas. Hablaba también de lo que consideraba como ideal en el momento en que se celebraba esa interpelación, que creo que era a mediados del año 1992, y se refería a 185 centros de salud en construcción, de los cuales 106 eran por parte del Insalud (estoy totalmente de acuerdo con usted en que hay muchos problemas en las negociaciones y en los convenios que se puedan celebrar con las diferentes comunidades autónomas). En fase de proyecto —decía el entonces Ministro de Sanidad— hay 108... **(Palabras que no se perciben.)** y en la actualidad existen 727 centros de salud. Me gustaría, si es posible, que me dijera usted cuántos centros de salud están funcionando en el momento actual.

Tengo que decirle que en la provincia de Huesca, que lógicamente son los datos que mejor conozco, no se han cumplido los objetivos del mapa sanitario con respecto a los centros de salud que estaba estipulado que se iban a poner en marcha y que en principio parece ser que iban a acabar de construirse entre los años 1993-1994; en estos momentos hay tres o cuatro centros de salud que están pendientes de ponerse en marcha.

Pasando al otro apartado, con respecto a los recursos en relación con los servicios o las prestaciones sanitarias que se pueden dar desde la atención primaria en la sanidad pública, lógicamente tengo que hacer referencia a las declaraciones del señor Morlote cuando decía que Sanidad y el Insalud habían firmado un acuerdo para dotar a 219 centros de salud en 24 provincias de servicios de apoyo para salud bucodental, por el que se establecía la atención de un odontólogo o estomatólogo por cada 5.000 niños. Sin embargo, a continuación, el Presidente del Colegio de Estomatólogos de España hizo unas declaraciones en las que decía que no parecía muy plausible alcanzar ese objetivo.

Hay que hacer también referencia a los contratos-programa. En los contratos-programa que ustedes han propuesto, aunque no sé si los habrán terminado de firmar a estas alturas del año, plantean que hay que producir sanitariamente más teniendo menos presupuesto. Da la sensación que lo que se pretende es exigir más a aquellas personas que van a ejercer la asistencia sanitaria. Se habla de un ideal de cinco o seis consultas, dentro de lo que es la medicina general, y seis-siete consultas en pediatría, estableciéndose también el tiempo medio ideal de consulta en seis-siete minutos. Si no me equivoco, en la actualidad el tiempo de atención por consulta y enfermo ronda los cuatro minutos. Lo que sí parece ser que han conseguido ustedes, según sus manifestaciones anteriores, es que la media no sea de más de 36 consultas diarias por cada facultativo.

Dicen ustedes que hay que mejorar la redistribución y la eficacia, pero no aumentan los recursos. Quieren incrementar el horario de asistencia en los centros de atención primaria porque ven que el acceso a los mismos es difícil por las mañanas para los niños y para las personas que estén trabajando, y quieren aumentar las consultas en aquellas localidades mayores de 10.000 habitantes a partir de las cinco de la tarde. Me parece estupendo el planteamiento que se hace, pero habría que saber con qué y con quién.

Otro de los problemas que usted no ha mencionado pero que consideramos fundamental, tanto desde el punto de vista administrativo como sanitario, es el de la tarjeta sanitaria. Los datos que tengo son que la tarjeta sanitaria individual está en torno a una distribución del 70 por ciento y me gustaría saber cuándo se va a alcanzar el cien por cien. Otra cuestión muy importante es la homologación de la tarjeta sanitaria, porque aquí cada comunidad autónoma ha hecho su tarjeta y esto es un reino de taifas, cuando lo lógico sería homologar y coordinar las diferentes tarjetas en una sola.

Manifestaba usted que la cita previa es un éxito en el 83 por ciento de los casos. Si quiere que le diga la verdad, yo tengo mis dudas de que esto sea así.

Se ha referido también a la voluntad de los profesionales a la hora de su incorporación a los equipos de atención primaria. A mí me da la sensación de que, en principio, tienen buena voluntad; he hablado con diferentes médicos y otro tipo de personal sanitario, como pueden ser los ATS, y me da la sensación de que sí se quieren incorporar. En lo que no estoy tan de acuerdo es que en los centros rurales los ciudadanos estén muy contentos con el sistema, pero sería cuestión de valorar las ventajas de los centros de salud y los inconvenientes para los ciudadanos.

Ha aludido al traslado de enfermos desde los centros de salud a los hospitales, pero sigue existiendo el P-10, que creo que es algo que tendría que haber desaparecido, y si bien es verdad que, normalmente, vía telefónica, desde los centros de salud y se establecen ya los horarios y las citaciones de aquellas personas que han sido atendidas en los centros de atención primaria y que luego tienen necesidad de ser trasladadas a los hospitales, lo que también habría que hacer es establecer una historia clínica valorable desde el punto de vista de la atención primaria y desde el punto de vista del hospital.

Con respecto a lo que es la plantilla de los equipos de atención primaria, yo tengo la sospecha, e incluso creo que la creencia, de que otro de los grandes problemas que se le presenta al Insalud es que, en este momento, recabando datos, ustedes no tienen un conocimiento exacto de la plantilla de los centros de atención primaria, lo cual nos viene a crear grandes problemas. **(Rumores.)**

La señora **PRESIDENTA:** Un momento, señor Villalón.

Señorías, por favor, les ruego bajen el tono de voz. Continúe.

El señor **VILLALON RICO:** Creemos que están lejos de alcanzarse los objetivos definitivos de lo que es la atención primaria con respecto a las dos cuestiones básicas de este proyecto, que son la creación de los centros de salud y la creación de los equipos de atención primaria. Bien es verdad que ello varía según las comunidades de que se

trate; así hay comunidades (creo recordar que Extremadura y La Rioja) que tienen un alto nivel de centros de atención primaria y de participación de los ciudadanos, ya con cupo cubierto, y en cambio hay otras que están muy por debajo de las cifras que nos ha dado usted. Con esto quiero decir que habría que establecer unos objetivos, sin que me importe personalmente que ustedes decidan que sea en el año 1998 o a finales de este siglo, que se establezcan unos objetivos, año a año, que realmente se cumplan y que al final sepamos a qué nos debemos atener, porque ya he puesto de manifiesto anteriormente la contradicción entre usted como Subsecretario y las declaraciones de anteriores ministros de Sanidad. A nosotros nos parece realmente preocupante que uno de los aspectos de lo que, en tono coloquial, es la niña bonita de la sanidad del Gobierno socialista no se esté cumpliendo, y volvemos a repetir que creemos que ustedes siguen gestionando mal la sanidad. En este caso, el ejemplo de la atención primaria nos sirve como buen botón de muestra de lo que estamos diciendo a lo largo de estos años.

La señora **PRESIDENTA:** Tiene la palabra el señor Subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Conde Olasagasti): Trataré de ser breve.

Quiero afirmar con toda rotundidad que la atención primaria ha sido y es uno de los ejes fundamentales de la reforma que se pretende realizar y que, en gran medida, se ha realizado por este Gobierno. La diferencia está en su apreciación y en la mía. Usted lo lee a través de los presupuestos y a mí me gusta más leerlo a través de los resultados, a través de lo que la población y los profesionales que trabajan en ese ámbito nos dicen que está pasando.

De todas maneras, leyendo los presupuestos, hay que hacer un par de precisiones. La primera, que creo que se la he mencionado, es que la estructura misma de los presupuestos sanitarios no permite hacer comparaciones a lo largo de los años, sólo a partir de 1988. Hasta ese año todo lo que había en extrahospitalaria era una mezcla, un «totum revolotum». La estructura presupuestaria se va aclarando después, y puedo asegurarle que una vez hecha esa aclaración, y si comparáramos cosas comparables en ese tiempo, sí que ha habido unos crecimientos presupuestarios importantísimos en gasto corriente en materia de atención primaria. Pero si esos gastos han sido importantes en términos porcentuales, en inversiones lo han sido aún más. El esfuerzo inversor que se ha hecho en atención primaria para ir dotando adecuadamente la red, ha sido proporcionalmente mayor que el de atención especializada. Lo que ocurre es que el peso económico de una inversión en atención primaria, comparada con una pura reforma de un hospital, es considerablemente inferior. Construir diez, doce, catorce centros de salud es lo mismo que una pequeña reforma de un hospital. En consecuencia, si se hace una comparación en términos proporcionales, comprobará cómo el esfuerzo inversor en atención primaria ha sido muy considerable.

Usted dice, y es cierto, que en el año 1989 se afirmaba un desarrollo a un tiempo determinado. Bien es verdad que estábamos hablando de un horizonte económico distinto del que hemos tenido después y posiblemente sin haber aprendido de la experiencia, que nos ha mostrado las enormes dificultades surgidas, y por mucha voluntad que se tenga, y aun disponiendo de recursos económicos, la extensión del modelo de atención primaria está erizado de esas dificultades. Estoy de acuerdo con usted en que, conociendo hoy horizontes presupuestarios más limitados y las dificultades existentes, debemos ser muy realistas y debemos dar objetivos concretos. Yo no me atrevo a darlos más allá de un par de años, en el entendido de que al final llegaremos al cien por cien o no, porque hay un matiz que ahora mismo le aclararé.

En lo que no puedo estar de acuerdo con usted, porque ha incurrido, además, en contradicciones, es en que gestionemos mal la sanidad, y en otro momento de su intervención ha dicho que obtenemos o pretendemos obtener mejores resultados con los mismos recursos. Obtener mejores resultados con los mismo recursos es justamente gestionar bien, y no lo contrario.

El contrato-programa lo que pretende es mejorar la eficiencia y la calidad. Los tiempos medios están por encima de los cuatro minutos, según dice S. S., y yo le contesto que en estos momentos estamos en cinco minutos, bien entendido que es un tiempo medio. Por consiguiente, ahí está computado lo que se tarda en recoger un P-10, como usted dice, o en una consulta, con lo cual un tiempo medio, insisto, de cinco minutos es razonable. Hemos pretendido extender a un minuto más y mejorar el nivel de atención al ciudadano, sin pasarnos, como es lógico, del volumen total de horas-médico y horas-enfermera contratada. Ahí enlazo con la otra cuestión que usted planteaba, como es la mayor disponibilidad de médico o enfermería en horarios de tarde para permitir el acceso al ciudadano. Pretendemos hacerlo, repito, con el volumen total de tiempo-médico o tiempo-enfermero o enfermera contratado, para distribuirlo de manera tal que personas que tienen dificultad puedan acceder a los centros de atención primaria en otro momento. Eso suele suceder en el medio rural, que usted ha mencionado y que me parece extraordinariamente importante. Esas diferencias de percepción que tiene la ciudadanía con relación al nuevo modelo en el medio rural o en el medio urbano tiene mucho que ver con dispersión de población, con identificación de su médico de toda la vida, que lo quieren tener en el pueblo, lo cual es humano y comprensible que sea así, y posiblemente ello nos hace aventurar que llegar al cien por cien del modelo tal cual lo hemos concebido no va a ser fácil, aunque hay ámbitos rurales en los que algún tipo posible de figura intermedia que haga coincidir los intereses de los profesionales y las demandas de los ciudadanos ayudará a conseguirlo.

En cuanto a la tarjeta sanitaria, estamos en un setenta y tantos por cien, y al ritmo que vamos creo que podríamos llegar al final del año casi al cien por cien, así como a la homologación que ha comentado usted de las diferentes tarjetas.

En el Consejo Interterritorial de diciembre de 1993 la estrella del orden del día fue la ordenación de las prestaciones, y siempre que hay una estrella hay otros puntos que pasan más desapercibidos. Allí se aprobó un punto extraordinariamente importante, y es que todas las comunidades autónomas que tienen en este momento competencias transferidas de asistencia sanitaria firmaron un acuerdo según el cual la información que se contenga en las tarjetas sanitarias será común, se contendrán los mismos datos y, sobre todo, en el mismo lenguaje informático, de tal manera que sea posible el intercambio, y todo ello recaerá en una base común única en el Ministerio de Sanidad, que podrán compartir y utilizar las diferentes comunidades autónomas. De manera que aunque el modelo físico de tarjeta sea distinto, la virtualidad de la tarjeta, que es documento acreditativo universal en el sistema e intercambiable, se ha conseguido gracias a este esfuerzo de entendimiento entre todas las comunidades autónomas.

Sí sabemos la plantilla que tenemos y se la podré proporcionar, aunque siempre surge el mismo problema de saber la que está cubierta, la que no lo está, etcétera, pero le puedo decir el número de equipos, no de centros, en funcionamiento, que en este momento es de 933.

La señora **PRESIDENTA:** Concluido este segundo punto del orden del día, despedimos al señor Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo y seguidamente pasaremos al siguiente punto del orden del día. **(Pausa.)**

Ruego a SS. SS. que no abandonen la sala, pues esta Presidencia tiene que hacerles una propuesta, después de haber escuchado algunas demandas de sus señorías.

Las propuestas son las siguientes. En primer lugar, la señora Maestro ha solicitado el traslado de la segunda proposición no de ley que consta en el orden del día al final de la sesión. Quiero recordar a todas SS. SS. que la confluencia de bastantes comisiones y de distintas reuniones en el día de hoy, además de la imposibilidad del don de la ubicuidad, dificultan estar presente en una determinada comisión, lo que ha hecho que la señora Maestro solicite el traslado de su proposición no de ley al final. Si S. S. están de acuerdo lo haríamos así.

En segundo lugar, la otra solicitud de varios grupos, por los mismos motivos anteriores, ha sido aplazar y agrupar las votaciones al final de la sesión. La propuesta que esta Presidencia quiere hacerles es que, en cualquier caso, no se hagan las votaciones agrupadas antes de las catorce horas.

Por tanto, si les parece, iniciamos el debate y discusión de las proposiciones no de ley en el orden que les he dicho, pasando la número 2 al número 7 y tras cada discusión entraríamos en la siguiente.

La primera sería la que consta en el orden del día que tienen sus señorías.

El señor **HINOJOSA I LUCENA:** Señora Presidenta, le rogaría, en este desorden, y dentro de un cierto orden, que la proposición no de ley que presenta mi Grupo se pudiese ver ahora, si ello es posible y si los otros ponentes no tienen inconveniente.

La señora **PRESIDENTA:** Señor Hinojosa, esta Presidencia no tendría ningún inconveniente, pero con una salvedad, y es que se ha presentado una enmienda por parte del Grupo de Izquierda Unida que en este momento no se encuentra presente para defenderla, aunque la ausencia del portavoz del Grupo Federal de Izquierda Unida no es óbice para que se pueda ver e incorporar la enmienda por parte de los distintos grupos al debate de la proposición no de ley.

Por otra parte, sería conveniente que tanto esta proposición no de ley del Grupo Catalán (Convergència i Unió), como la que en el mismo sentido ha presentado el Grupo Parlamentario Popular, se debatieran conjuntamente.

El señor **BURGOS GALLEGO:** Por nuestra parte no hay ningún inconveniente en proceder a las modificaciones que sean estrictamente necesarias, y dado que no están en este momento en la sala representantes de algún grupo que sí ha presentado enmiendas a las proposiciones no de ley, habría que tener en cuenta que las modificaciones fueran estrictamente las oportunas, para no introducir más problemas de asistencia de los que ya de por sí existen en la mañana de hoy.

La señora **PRESIDENTA:** En esa idea es en la que esta Presidencia ha hecho la propuesta de modificación.

El señor **CARDONA I VILA:** Quiero manifestar que no nos parece justo. La intención es la de llegar a un acuerdo entre todos y hacerlo en el orden que menos mal nos venga. Pero insisto que no nos parece justo que nosotros consideremos la propuesta que hace un grupo que ahora no está presente de que debatamos al final de la sesión su proposición de ley, y que porque hayan presentado una enmienda a la nuestra tengamos que dejarla también para el final, por no estar presentes para ordenar de otra forma el debate. Nos parece que esto es hilar muy fino.

Podríamos llegar a un acuerdo y ver primero las dos proposiciones no de ley que se refieren al aceite tóxico y al final la de los equipos de ayudantes médicos.

La señora **PRESIDENTA:** Ultima intervención sobre este tema y es la de esta Presidenta. Escuchadas las distintas opiniones de SS. SS. la propuesta sería, en primer lugar, ver las proposiciones no de ley 161/000203 y 161/000213, referentes al síndrome tóxico.

El señor **BURGOS GALLEGO:** Perdón, señora Presidenta, al no ser ésa la ordenación que constaba en la convocatoria de esta Comisión, algunos representantes de mi Grupo que van a intervenir en esas proposiciones no de ley se han ausentado, contando con que se iba a respetar el orden establecido previamente. Creo que cualquier modificación que no se haya sometido a la Comisión al comienzo de la sesión, en estos momentos no va a hacer más que contribuir a aumentar el grado de confusión. La modificación del orden del día sobre la marcha entendemos que no es una aportación especialmente constructiva para el buen orden y desarrollo de esta Comisión. Por tanto, solicitaría

que, en todo caso, y para futuras convocatorias, cualquier cambio se someta a consideración al inicio de la sesión, y eso nos permitirá a todos programarnos y hacer que nuestros representantes, que también están en estos momentos en otras comisiones, estén a la hora convenida.

La señora **PRESIDENTA:** Esa misma solicitud, de la que yo tomo nota, traslado a SS. SS. para que comuniquen a su vez a esta Mesa las posibles modificaciones al inicio de las sesiones.

PROPOSICIONES NO DE LEY:

— POR LA QUE SE ACUERDA LA COMPARECENCIA TRIMESTRAL DEL SUBSECRETARIO DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, PREVIA REMISION DE UN INFORME, PARA QUE DE CUENTA DE LA EJECUCION DE SU PRESUPUESTO. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR. (Número de expediente 161/000140.)

La señora **PRESIDENTA:** Comenzamos este tercer punto del orden del día con la primera proposición no de ley que consta en el mismo.

Proposición no de ley presentada por el Grupo Parlamentario Popular por la que se acuerda la comparecencia trimestral del Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo, previa remisión de un informe, para que dé cuenta de la ejecución de su presupuesto.

Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Such.

El señor **SUCH PEREZ:** Señorías, creo que no cabe hoy ninguna duda, porque todos los expertos económicos lo mantienen, que uno de los grandes problemas que tiene hoy España es, indudablemente, su déficit público. Déficit público que se ha ido acumulando a lo largo de bastantes años debido, fundamentalmente, a las desviaciones en la ejecución de los presupuestos. Y si uno intenta obtener una media de estas desviaciones en la ejecución de dichos presupuestos, fácilmente la puede situar alrededor del 12 por ciento.

Por tanto, desde nuestro punto de vista —el punto de vista del Grupo Parlamentario Popular— nos encontramos con unos presupuestos que están fuera de control, lo que creemos que es altamente significativo e importante, puesto que resta credibilidad a la política presupuestaria del Gobierno español. Y en esta falta de credibilidad respecto al déficit se puede también perfectamente observar cómo, con previsiones que oscilan alrededor del tres por ciento, también expertos, profesionales, las revistas quizá más conocidas y de mayor prestigio que hablan sobre la economía española, sitúan ese posible déficit, en el menor caso, en el siete por ciento e incluso algunos llegan al diez por ciento.

Además, entendemos que existen otras razones para presentar esta proposición no de ley y hacerla oportuna en estos momentos. Y es que, desde nuestro punto de vista, no solamente es necesario conocer las grandes cifras, sino que también es muy importante hacer un seguimiento, lo más desmenuzado posible, sobre los distintos programas y las distintas partidas presupuestarias.

Este es el motivo por el que, a ser posible, nos gustaría que la discusión que aquí se pueda plantear entre los distintos grupos parlamentarios no fuera única y exclusivamente por razones de forma, sino por razones de fondo. Entendemos que no se puede esperar a una posible modificación del Reglamento del Congreso, puesto que lleva mucho tiempo discutiéndose, muchos años, y pensamos que las desviaciones continuas del presupuesto pueden ir aumentando ese déficit público.

Por todo ello, entendemos que es tremendamente oportuno en estos momentos que esta Comisión acuerde la comparecencia trimestral del Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo, previa remisión de un informe, para que dé cuenta de la ejecución de sus presupuestos.

La señora **PRESIDENTA:** ¿Grupos que desean fijar su posición? **(Pausa.)**

Por el Grupo Catalán, tiene la palabra el señor Cardona.

El señor **CARDONA I VILA:** Intervengo para fijar la posición de nuestro Grupo en relación a esta proposición no de ley por la que se acuerda la comparecencia del Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo, previa la remisión de un informe, para que dé cuenta de la ejecución del presupuesto.

No vamos a repetir ahora todos y cada uno de los argumentos que mis compañeros de Grupo han ido manifestando en las demás comisiones en las que se ha presentado una proposición similar, sólo los vamos a enumerar para que consten en el «Diario de Sesiones» y configuren —por decirlo de alguna forma— la argumentación de nuestra oposición a dicha propuesta.

Hemos de constatar, eso sí —y lo reconocemos— que consideramos interesante la forma de buscar un control presupuestario para evitar desviaciones que incidan en el aumento del déficit público. Es más, si no recordamos mal, en el mismo debate de política general se aprobó una resolución al respecto que intentaba solucionar este problema, por lo que incluso nos atreveríamos a pedir al Grupo proponente que, después de la aprobación de dicha resolución, tuviera en consideración la retirada de esta proposición no de ley.

En cualquier caso, a nosotros el plazo de tres meses nos parece corto, y estaríamos más de acuerdo en que este plazo llegara a los seis meses.

Por otra parte, también entendemos que se puede pedir una comparecencia en la misma Comisión de Presupuestos, que es la que aprueba el informe previo al Pleno para debatir los mismos, que también solucionaría la cuestión. Pero es que, además, está en funcionamiento una Ponencia de Reglamento, que nos parece, en principio, la mejor vía para dar solución definitiva a dicha cuestión. Según consta en el

«Diario de Sesiones» de distintas comisiones, en concreto la que debatía esta proposición no de ley, pero haciendo referencia a los Presupuestos del Ministerio de Economía y Hacienda, se comprometía a hacer llegar, de la Comisión de Presupuestos —repito— a la Ponencia de Reglamento, la propuesta en el sentido de que pudiera contemplar esta comparecencia en un plazo considerado mayoritariamente de seis meses, que daría solución al problema.

Por ello, y en coherencia con nuestro voto en las demás comisiones, no podemos apoyar la proposición no de ley.

La señora **PRESIDENTA:** Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Figueras i Siñol.

La señora **FIGUERAS I SIÑOL:** Señora Presidenta, esta proposición no de ley ha sido presentada prácticamente en todas las comisiones de la Cámara y rechazada ya en gran número de ellas.

El Grupo Socialista votará en contra de esta proposición por las razones que vienen repitiéndose comisión tras comisión y que expondré brevemente.

En primer lugar, quiero aclarar que no estamos en contra del fondo del tema que se plantea, si bien ya existen en la actualidad mecanismos de control.

El artículo 44 del Reglamento de la Cámara ya faculta a las comisiones para recabar la presencia de autoridades y funcionarios públicos y a pedir la información que precisen del Gobierno. De otro lado, ya se dispone de información periódica trimestral, y a veces mensual, del Ministerio de Economía y Hacienda para el seguimiento de ejecución de los Presupuestos por parte de la Cámara y de la Comisión de Presupuestos.

Sin embargo, en aras de una mayor eficacia en el control presupuestario, nuestro Grupo ha llevado este tema a la Comisión que está elaborando un nuevo Reglamento de la Cámara y, como consecuencia, se ha creado, en la Comisión de Presupuestos, una Ponencia específica en relación al seguimiento y control de la ejecución presupuestaria. Creemos que es en el seno de esta Ponencia donde debe producirse el debate y no en todas las comisiones, como ha promovido el Grupo Popular.

Por último, quiero añadir, como bien ha dicho el representante del Grupo Catalán (Convergència i Unió), que el pasado 20 de abril, con motivo del debate de política general sobre el estado de la Nación, se acordó, en la línea de lo expuesto anteriormente, la creación —y cito textualmente— de la oficina presupuestaria para facilitar el seguimiento y control presupuestario por los grupos parlamentarios, dentro de la mejora de los medios y servicios de la función parlamentaria. Se trata de la Resolución 1.D).

Por todo lo expuesto, no daremos nuestro apoyo a esta proposición no de ley, ya que consideramos que este asunto ha sido abordado, tal y como se ha descrito.

— SOBRE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL EN LA SANIDAD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR. (Número de expediente 161/000198.)

La señora **PRESIDENTA:** Concluido el debate de esta proposición no de ley, pasamos a la siguiente sobre responsabilidad profesional en la sanidad, presentada por el Grupo Parlamentario Popular.

Para su defensa, tiene la palabra el señor Burgos.

El señor **BURGOS GALLEGO:** Señora Presidenta, la responsabilidad profesional del médico y, en general, de todos los profesionales sanitarios, es decir, la responsabilidad derivada de los fallos, negligencias o errores que hayan causado perjuicios a terceros como actor que es el profesional sanitario, administrador y dispensador de la salud y del cuidado de la misma para todos los ciudadanos, es, sin duda, uno de los aspectos más polémicos, más complejos, y definido por algunos como una de las asignaturas pendientes de nuestra sanidad, de la sanidad española.

En los últimos años podemos asistir a un incremento absolutamente espectacular de los procesos judiciales, de los casos de judicialización de las actuaciones médicas y sanitarias. Fueron más de 300 profesionales encausados en 1992, 200 en 1991, y aunque no disponemos todavía de datos fiables sobre la repercusión de este problema en 1993, el número parece ser sensiblemente superior. En todo caso, la problemática va en aumento, el crecimiento es imparable y las causas son suficientemente conocidas y evaluadas por todos los profesionales y por los responsables de la propia Administración, que han hecho una valoración de la mismas en numerosas mesas redondas, en numerosos debates y comparecencias públicas al respecto.

Existe una preocupación generalizada en todo el estamento médico, en la sanidad en general, no sólo por las repercusiones económicas que esto puede tener para los profesionales, sino, sobre todo, y creo que es el aspecto más importante a tener en cuenta, por el acoso público al que muchos de estos profesionales se ven sometidos, por la repercusión en los medios de comunicación que este tipo de situaciones están produciendo, por la pérdida de prestigio social que en muchos casos lleva aparejada este tipo de situaciones y, en definitiva, por la quiebra, denunciada ya en múltiples ocasiones por los propios profesionales, de lo que hasta el momento es el pilar fundamental de toda sanidad que se precie, que es la relación entre el médico y el propio enfermo.

La generalización de lo que se ha venido en denominar medicina defensiva por parte de los profesionales, está repercutiendo negativamente en el coste de nuestra propia sanidad. En unos momentos en que el Gobierno, la administración sanitaria está empeñada en una especie de cruzada economicista en relación con la sanidad, habría que recordar que gran parte del encarecimiento de los costes sanitarios puede ser debido precisamente a esos mecanismos de defensa de los propios profesionales ante esta situación.

Por otra parte, la Administración se ha inhibido totalmente en la resolución de este problema en los últimos tiempos, y los profesionales, los colegios y los sindicatos han denunciado públicamente —tengo numerosa documentación al respecto— muchos casos del abandono y el desamparo del que han sido objeto por parte del Instituto Nacional de la Salud.

Pese a la Ley 30/1992 de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas, que establecía la posibilidad de amparo ante cualquier perjuicio derivado de la situación de los servicios públicos, la Administración sólo es subsidiaria, por lo general, en este tipo de procesos y sólo está respondiendo con condena ante una demanda. Es decir, ha adoptado la posición de no proteger a los médicos, a los profesionales sanitarios y de responder con indemnizaciones en caso de condena. Esto está motivando la situación de que los profesionales se ven obligados a contratar individualmente pólizas de un altísimo coste económico, en aumento permanente además, y las compañías de seguros están imponiendo condiciones absolutamente draconianas en las negociaciones para la renovación de dichas pólizas de aseguramiento.

Hay que tener en cuenta, además, que las repercusiones en este tema concreto por parte de la administración sanitaria son importantes. Si entendemos la medicina como un servicio público, es absolutamente contrastable la existencia de una responsabilidad objetiva por parte de la Administración, en razón de posibles deficiencias o de posibles factores que incidan negativamente en el ejercicio médico, que no es un acto aislado, sino que se enmarca precisamente en un sistema sanitario que presenta imperfecciones en muchas cosas y que en algunos funciona francamente mal. Eso es lo que nosotros denominamos mal estructural en nuestra proposición no de ley.

¿Cuáles son los objetivos que, sin duda alguna, pretendemos conseguir con esta proposición no de ley? Evidentemente, en primer lugar, evitar una excesiva judicialización de la medicina; prevenir esa medicina defensiva, que está encareciendo, y que, sin duda, lo va a hacer mucho más en los próximos años, el propio ejercicio de los profesionales; respetar y mantener el prestigio social de las profesiones sanitarias; acabar con la inseguridad jurídica de los profesionales y, desde luego, desarrollar también convenientemente todos y cada uno de los derechos de los usuarios, sin erosionar en ningún caso esa relación entre el médico y el enfermo.

Proponemos en esta proposición no de ley una serie de medidas que entendemos, al menos, el denominador común para empezar a resolver este aspecto, que es un aspecto multidisciplinar que afecta a diferentes condicionamientos, no sólo de tipo económico, jurídico o profesional. En definitiva, son varias las medidas que entendemos son fundamentales para empezar a desarrollar un sistema de amparo, de protección y de respaldo a los profesionales, que, como dice el propio texto de la proposición, sin duda se les puede exigir responsabilidades cuando incumplan sus obligaciones, pero también es igualmente exigible por parte de la sociedad la protección y el respaldo a esos mismos profesionales.

Defendemos la existencia de un sistema de arbitrio y de conciliación como figura procesal, que entendemos factible y que puede contribuir a evitar esa judicialización exagerada. Ya existen propuestas en funcionamiento en relación con la puesta en marcha de juntas arbitrales o de conciliación de ámbito autonómico especializadas en este tipo de casos. Defendemos la necesidad de unificar criterios judiciales en este sentido. La idea de crear una comisión mixta entre la organización médica colegial, el Consejo General de Colegios de Enfermería, el Consejo General del Poder Judicial y las propias administraciones sanitarias, que es una idea, además, que aparece en múltiples campañas, en múltiples jornadas, en múltiples declaraciones públicas, nadie ha conseguido hacerla realidad. Entendemos que es una obligación por parte de la Administración contribuir a tipificar con mayor precisión este tipo de problemática y, en todo caso, evitar la disparidad de criterios y mejorar los procedimientos judiciales sobre esta cuestión.

Hay un aspecto fundamental que nosotros consideramos extraordinariamente relevante en la propia proposición, que es el aspecto del aseguramiento. Desde nuestro punto de vista, desde el punto de vista de mi Partido, esa misma obligación por parte de la Administración de hacer efectivo el respaldo a los profesionales sanitarios que actúan en su seno, está doblemente apoyada no solamente porque la mayoría de los profesionales sanitarios en nuestro país efectúan su trabajo en el sistema público, no solamente porque la mayoría de esas demandas se hacen contra profesionales que desempeñan su labor en el sistema nacional de salud, sino, sobre todo también, por la limitada participación que tiene el facultativo frente al propio diseño, organización y funcionamiento del sistema público de salud.

Entendemos que no podemos continuar en esta misma situación de desamparo, que se viene ya dilatando en el tiempo excesivamente por una actitud de pasividad de la propia Administración. Es, además, importantísimo establecer un marco homogéneo en todo el territorio nacional que afecte a las 17 comunidades autónomas para evitar ofrecer un panorama en la sanidad con un modelo distinto de cobertura para cada uno de los profesionales que desempeña su trabajo en las diferentes comunidades autónomas y yo creo, cree mi Grupo, que contribuye a dar una imagen bastante penosa de nuestro sistema sanitario, con una desigualdad profunda en los derechos y en las obligaciones de nuestros profesionales.

En definitiva, con algunas de estas propuestas y, sin duda, otras muchas que todas SS. SS. conocen y que podrían también contribuir a precisar aún más este marco de la responsabilidad civil de los profesionales sanitarios, con las que figuran en la proposición no de ley pretendemos al final establecer las condiciones mínimas de protección, de respaldo, y, aunque entendemos que no se van con ello a solventar las causas profundas del problema ni los factores que nos han hecho llegar a esta situación, habremos, al menos, conseguido trasladar a los profesionales una cierta tranquilidad, una cierta confianza, un cierto estímulo, reestablecido el entendimiento entre estos mismos profesionales y la Administración que les da cobijo, y habremos promovido un clima que redundará, sin duda, en beneficio del bienestar del común, mientras afrontamos otros problemas de gran calado para el futuro de nuestra sanidad.

Con ese objetivo presentamos esta proposición no de ley en un momento, insisto, de grave preocupación entre los profesionales sanitarios, y con ese mismo objetivo co-

mún pedimos al resto de los grupos el voto favorable a esta proposición no de ley.

La señora **PRESIDENTA:** A esta proposición no de ley ha sido presentada una enmienda por parte del Grupo parlamentario Vasco (PNV). Para su defensa, tiene la palabra el señor Gatzagaetxebarria.

El señor **GATZAGAETXEBARRIA BASTIDA:** La proposición no de ley sobre responsabilidad civil y profesional planteada por el Grupo Popular y que hoy debatimos nos parece que es muy oportuna, señora Presidenta, puesto que en esta materia existe un verdadero problema material o de fondo: cada día los ciudadanos demandan una mayor cantidad de servicios sanitarios, el índice de vida aumenta en los últimos años y disponemos de una cada vez más costosa tecnología sanitaria.

Asimismo, si queremos garantizar la pervivencia y la solidez del sistema sanitario público y reforzar los pilares de equidad, solidaridad y calidad, al igual que mejorar el contenido y las prestaciones, consideramos que es necesario definir y concretar el ámbito de la responsabilidad civil profesional sanitaria.

Hoy en día, felizmente, señorías, tenemos una sociedad más convencida de sus derechos, más informada, con conciencia de usuario, que sabe exigir calidad y eficacia y que sabe reclamar cuando se siente perjudicada por la cualificación de los servicios que se le ofrecen. El incremento de la asistencia sanitaria y la mayor demanda de servicios médicos hace que, aunque proporcionalmente sea escaso el número de errores profesionales, en números absolutos es creciente. Así ocurre el hecho de que la mayoría de las reclamaciones se produzca por supuestos defectos de asistencia y tiene también ello relación con el número de los casos atendidos.

En este sentido, también hemos de decir que los avances científicos, así como las nuevas tecnologías sanitarias, aumentan los riesgos. Por contradictorio que parezca, vivimos en una época donde existen mayores posibilidades de curación y de diagnóstico, pero también de encontrarnos con riesgos hasta ahora desconocidos.

Por tanto, desde el punto de vista empírico y de la realidad nos encontramos ante la posibilidad del error, la evidencia de que no todas las enfermedades tienen solución y la posibilidad de diagnóstico no certero por parte de los profesionales. Estos riesgos, señora Presidenta, aumentan de forma proporcional al incremento de los actos sanitarios, a la universalización de la asistencia y a la aparición de nuevas enfermedades.

Estimamos que la responsabilidad personal del profesional sanitario debe existir y debe exigirse como mecanismo coactivo en un Estado de Derecho.

Creemos que es necesario combinar la responsabilidad de la empresa o del titular de la organización prestadora de servicios, bien sea una administración pública o bien sea una entidad privada, con el responsable del servicio sanitario, que es el profesional en cada caso.

Desde el Grupo Parlamentario Vasco coincidimos básicamente con el espíritu de la proposición no de ley presentada por el Grupo Popular, pero mantenemos diferencias de matiz y de articulación en la propuesta, y es por lo que en nuestra enmienda planteamos que en la materia que ahora ha traído a debate el Grupo Parlamentario Popular sea el Consejo Interterritorial de Salud el que funcione como órgano para la puesta en común de criterios básicos en materia de responsabilidad civil de los profesionales sanitarios. Creemos que es un organismo en el que coparticipan las diferentes administraciones públicas con responsabilidades sanitarias y creemos que los planteamientos que hace el Grupo Parlamentario Popular quedan mejor resideciados en un debate en el que el Consejo Interterritorial analice, examine y fije unos criterios para todas las administraciones públicas sanitarias y para los profesionales que en las mismas trabajan.

Para finalizar, señora Presidenta, quiero manifestar que nos parece oportuno también establecer mecanismos de arbitraje y conciliación, pero siendo conscientes de que la Ley 26/1984, de 19 de julio, de Defensa de Consumidores y Usuarios, en su artículo 31, contiene una prohibición clara y taxativa, que es la de delimitar el ámbito de la conciliación y el arbitraje y quedan excluidos de la posibilidad de resolución extrajudicial de este tipo de conflictos relativos a la salud de las personas, a su integridad física o a su vida en la medida en que el legislador ha estimado que la vía judicial es la oportuna en estos casos. Nosotros podemos coincidir con el Grupo Popular en que, efectivamente, la judicialización excesiva de los errores y de los perjuicios que el acto médico haya podido originar no es la más conveniente. En este momento, la legislación aprobada por esta Cámara prohíbe la posibilidad de arbitraje y conciliación en este campo. Nosotros planteamos que las diferentes administraciones sanitarias en representación de sus respectivas comunidades autónomas debatan esta cuestión y puedan llegar a la conclusión de que es necesario modificar este precepto de la ley 26/1984. Por lo tanto, ése es el sentido de nuestra enmienda: el residenciar en el Consejo Interterritorial las diversas condiciones que plantea el Grupo Parlamentario Popular.

La señora **PRESIDENTA:** Tiene la palabra el señor Burgos, para manifestar la aceptación o rechazo de la enmienda.

El señor **BURGOS GALLEGO:** Nuestro Grupo, en aras de encontrar un consenso para una cuestión que entendemos que es absolutamente fundamental en estos momentos para muchos profesionales de la sanidad, estaría dispuesto a aceptar el planteamiento de la enmienda del Partido Nacionalista Vasco, con algunas precisiones que yo entiendo fundamentales.

En primer lugar, apoyamos, como parte de nuestra propia proposición no de ley, que sea el Consejo Interterritorial de Salud el órgano encargado de diseñar un mecanismo armónico y solidario en todo el territorio nacional, precisamente para conseguir que no se sigan produciendo las divergencias, las discrepancias, la absoluta disparidad de criterios a la hora de afrontar este problema en relación con las diferentes comunidades autónomas.

Yo creo que de alguna forma el contenido de la enmienda del Partido Nacionalista Vasco ya se recoge en nuestra proposición no de ley, pero si ello contribuye a fijar mejor el contenido de esta proposición no de ley o a clarificar desde el punto de vista de algunos partidos cuáles son nuestras propuestas, estaríamos en condiciones de admitirla.

Pero hay un aspecto que nosotros juzgamos básico y que no aparece en la enmienda de sustitución del Partido Nacionalista Vasco, y es el aspecto del aseguramiento. Entendemos que la Administración no puede desentenderse del pago o de la financiación de seguros, y el seguro no se configura para nosotros como un instrumento de protección del asegurado, sino, sobre todo, como un instrumento que pretende proteger los intereses del perjudicado.

Estaríamos en condiciones de admitir la enmienda del Partido Nacionalista Vasco siempre y cuando ésta fuera de sustitución de los cuatro primeros puntos, que pueden, de alguna forma, ser subsumidos en el propio contenido de la enmienda, pero le pedimos al Partido Nacionalista Vasco que mantenga el quinto punto porque juzgamos que en su enmienda no aparece ninguna referencia a la necesidad de contratar por parte del Insalud una póliza de aseguramiento, de la misma forma que algunos sistemas regionales de salud ya han hecho con los propios profesionales que tienen transferidos. Ese es el caso del País Vasco, es el caso de Cataluña, es el caso anunciado ya de comunidades autónomas como Galicia o como Valencia.

Entendemos —y pedimos una postura favorable por parte del Partido Nacionalista Vasco— que no se puede apoyar la contratación de pólizas a los profesionales que desempeñan su labor en una comunidad autónoma determinada con transferencias y negarse, al mismo tiempo, a que aquellos que siguen siendo profesionales dependientes del Insalud mantengan ya desde hace prácticamente dos años una situación de desamparo y de falta de cobertura en su propio ejercicio profesional.

Por eso, con esa salvedad y siempre y cuando se mantenga el quinto punto de nuestra proposición no de ley como añadido a la propia enmienda de sustitución del Partido Nacionalista Vasco y dado el carácter absolutamente prioritario, básico y fundamental de ese quinto punto, estaríamos en condiciones de admitir esa enmienda de sustitución.

La señora **PRESIDENTA:** Quiero recordarles que parece que está claro que se aceptaría la enmienda del Partido Nacionalista Vasco siempre y cuando se le añadiera un último punto, que es el quinto de su proposición no de ley original.

Tiene la palabra el señor Gatzagaetxebarría.

El señor **GATZAGAETXEBARRIA BASTIDA:** Respecto al planteamiento que nos hace el Grupo Popular, nosotros entendemos que podría ser recogido con una pequeña adición a la enmienda de sustitución planteada por nuestro Grupo, en el sentido de que en el apartado a) del punto primero se determinara que el Consejo Interterritorial haga un análisis, examen y fijación—evidentemente, a propuesta del Ministerio de Sanidad— de la responsabilidad civil y de la póliza a cubrir los riesgos de los profesionales sanitarios.

Es decir, nosotros entendemos que ha de residenciarse en el Consejo Interterritorial toda esta cuestión y no lo que plantean ustedes en el quinto punto, en el sentido de que ahí lo que se recoge no sólo es la responsabilidad civil del profesional sanitario del Sistema Nacional de Salud, del Insalud, sino también de otras administraciones sanitarias. En este sentido, podríamos entrar en confrontación con lo que otras administraciones sanitarias hacen.

Por tanto, haría un llamamiento al representante del Grupo Popular para transar en el sentido de que en el punto primero a) de nuestra enmienda de sustitución se haga una referencia —si ellos lo estiman oportuno— a que se examinen y se fijen los criterios de la responsabilidad civil y de la póliza de los profesionales sanitarios (tal y como ellos han planteado, que no aparece recogido expresamente el término «póliza» en nuestra enmienda de sustitución); nosotros estamos de acuerdo, pero en el marco de ese debate en el Consejo Interterritorial entre todas las administraciones sanitarias, que es, además, lo que se plantea en el quinto punto por parte del Grupo Parlamentario Popular, que hace referencia a las corresponsables administraciones sanitarias.

La señora **PRESIDENTA:** Tiene la palabra el señor Burgos, a los efectos exclusivos de aceptación o no de la enmienda, sin más debate, por favor.

El señor **BURGOS GALLEGO:** Mi Grupo estaría en condiciones de admitir la enmienda del Partido Nacionalista Vasco con el siguiente texto: «Punto primero a). Responsabilidad civil de los profesionales sanitarios y obligatoriedad de suscribir una póliza de aseguramiento de los profesionales sanitarios.» **(Rumores.)**

La señora **PRESIDENTA:** Tiene la palabra el señor Gatzagaetxebarría.

El señor **GATZAGAETXEBARRIA BASTIDA:** Tengo que manifestar que los términos exactos de la redacción que plantea el representante del Grupo Popular distorsionan y van en contradicción con la primera exposición que se realiza en la enmienda de sustitución, ya que cuando se habla del debate sobre el análisis, examen y fijación de criterios, ello no puede estar condicionado y vinculado a la obligatoriedad, sino que eso, en todo caso, tiene que venir del debate.

No acabamos de lograr un punto de concreción y equilibrio o acuerdo suficiente en esta cuestión. Nosotros haríamos referencia a la póliza, pero que no se haga expresa mención de la obligatoriedad, eso ya va a salir del Consejo Interterritorial, puesto que no es el Instituto Nacional de Salud el único ente público pendiente todavía de la póliza; puede ser también la Junta de Andalucía, el Gobierno de la Comunidad Autónoma del País Valenciano, etcétera.

Por tanto, creemos que la redacción adecuada y el equilibrio suficiente a lograr entre los Grupos Parlamentarios

es éste, el que nosotros planteamos, y que estamos dispuestos a modificar puntualmente, pero no con el planteamiento que hace el Grupo Popular, puesto que ya, evidentemente, no tendría coherencia la parte introductoria de nuestra enmienda de sustitución con lo que luego a continuación se manifiesta.

La señora **PRESIDENTA:** Tiene la palabra el señor Burgos.

El señor **BURGOS GALLEGO:** Si cabe una propuesta alternativa, abusando de la paciencia de los señores Diputados...

La señora **PRESIDENTA:** Le ruego que abuse por última vez.

El señor **BURGOS GALLEGO:** Añadirle al punto primero e) la siguiente redacción: «Suscripción de una póliza de corresponsabilidad entre las administraciones sanitarias y los profesionales.»

La señora **PRESIDENTA:** Un momento, señorías. Puesto que la votación de todas las proposiciones no de ley se va a producir al final del debate de las restantes, si les parece a sus señorías, entre el Grupo proponente y el Grupo enmendante —y dejamos aquí la discusión— deben tratar de ponerse de acuerdo. Por tanto, continuamos el debate con el resto de los Grupos.

¿Grupos que desean intervenir? **(Pausa.)**

Por el Grupo Catalán (Convergència i Unió), tiene la palabra el señor Cardona.

El señor **CARDONA I VILA:** Intervengo para fijar nuestra posición en relación a esta proposición no de ley sobre responsabilidad profesional en la sanidad.

Hemos de decir, de entrada, que nos parece muy oportuna esta proposición no de ley que se nos plantea, y estamos totalmente de acuerdo en el fondo de la cuestión, que es la preocupación social tanto por lo que afecta a los profesionales de la sanidad como por las consecuencias que puede conllevar para los propios usuarios del sistema sanitario, así como también para el buen funcionamiento del mismo sistema.

No hace falta recordar muchas consideraciones que ya se han mencionado y que, además, están, por otra parte, en la mente de todos. La conocida como medicina defensiva, las consecuencias de un exceso de pruebas complementarias, tanto desde el punto de vista iatrogénico, con efectos secundarios indeseables para el enfermo, como desde el punto de vista de recursos económicos, podría incluso representar. De hecho hay algunos factores que inciden en el aumento de la exigencia de responsabilidad a la que estamos asistiendo.

No hace falta recordar lo que hemos dicho en la comparecencia del Director General del Insalud; ello incide también de una forma considerable.

Otras consideraciones que también inciden son la mayor exigencia de calidad por parte de los mismos usuarios, y ello siempre sería positivo si va relacionado con una buena educación sanitaria. La tecnología que hoy se utiliza, que, si bien conlleva mayores beneficios, también comporta mayor agresividad con efectos no deseados y de mayor riesgo. Otro factor a considerar es que la misma posibilidad de utilizar medios y diagnósticos más sofisticados ha llevado a un deterioro de la insustituible y tradicional relación humana entre médico y enfermo. Se fía uno más de los adelantos técnicos que no de las capacidades humanas, por decirlo de alguna manera.

Sea como fuere, las quejas van aumentando en proporción geométrica, así como las reclamaciones judiciales, por lo que hay que llegar a una mejor solución, aun sabiendo que la mejor de ellas jamás ha de representar una quiebra en la relación indispensable entre médico y enfermo.

Por consiguiente, se trata de un tema candente que nos debe preocupar a todos, seamos profesionales o cargos públicos, en relación a la sanidad. Consecuencia de nuestra preocupación por el tema fue la interpelación presentada por el Senador Bertrán, nuestro compañero de Grupo en el Senado, que se debatió el 19 de octubre de 1993.

Dicho esto, pasemos a analizar la fórmula que se nos propone para llegar a una solución del problema.

En relación al punto 1 de la proposición estaríamos de acuerdo siempre y cuando en la Mesa, a la que hace referencia, estuvieran presentes las comunidades autónomas con la sanidad transferida. Por lo que hace referencia al punto 2, también estaríamos de acuerdo, aunque en la propuesta de los puntos 1 y 2 parece que hay una cierta contradicción que parece que se puede superar si se llega a un acuerdo, aceptando la enmienda o transaccionando con otro texto, porque son dos propuestas paralelas que no tendrían que plantearse conjuntamente.

Por otra parte, en el punto 2 se tendría que contemplar que en el Consejo Interterritorial de Salud, en la propuesta a la que hace referencia, se deberían analizar con carácter prioritario dos cuestiones, que son las siguientes: en primer lugar, la posibilidad de proceder a dictar una resolución y crear en el ámbito autonómico un sistema de conciliación entre las partes, con carácter previo y no vincular a la vía judicial, que incorpore un estudio sobre las posibles indemnizaciones o compensaciones económicas y, en segundo lugar, la contratación de una póliza de responsabilidad civil —en esto estamos de acuerdo con lo que se ha dicho anteriormente— que dé cobertura a los profesionales sanitarios y a los distintos centros que integran el sistema sanitario.

No estamos de acuerdo en los puntos 3, 4 y 5, porque tenemos transferidas las competencias en sanidad y no vemos bien que se nos obligue —o se nos pueda obligar mediante algunos subterfugios— a crear o constituir sistemas de conciliación ni comités institucionales de ética. Entendemos que se ajusta más al reparto competencial la forma de incluirlo en la propuesta al Consejo Interterritorial de la Salud. Por ello nos parece más acertada la enmienda presentada por el Grupo Vasco (PNV), en la que se incluye la participación de las comunidades autónomas con la sanidad transferida en la Mesa conjunta con el Consejo Gene-

ral del Poder Judicial y la Organización Médica Colegial —que se refiere al punto segundo de la enmienda—, así como incluir en el punto 1 que el Consejo Interterritorial lleve a cabo esa propuesta, mediante los análisis, examen y fijación de criterios correspondientes, con carácter mínimo común para las administraciones públicas sanitarias, con unos aspectos determinados, sea la responsabilidad civil, con la inclusión de la póliza, las normas y protocolos de actuación, estudio de mecanismos de arbitraje y conciliación y los baremos de indemnizaciones indicativos por los daños derivados de los supuestos de responsabilidad civil profesional.

Sea cual fuere la fórmula aceptada por el Grupo proponente o bien otra similar que se puede transaccionar hasta el momento de la votación, apoyaríamos gustosos la proposición de ley.

Yo creo que vale la pena hacer un esfuerzo para transaccionar entre todos un texto que dé satisfacción a todos los grupos, puesto que entendemos que es más lo que nos aproxima o lo que nos une que lo que nos separa. En cualquier caso, creo que el punto 5 de la proposición no de ley se podría entender siempre que el Sistema Nacional de Salud se refiera a la no transferida, es decir, a la centralizada, que es algo que no se especifica, porque entonces compromete. Por eso decimos que si es la vía de la transacción lo que propone la enmienda del Grupo Vasco en el punto a), la aceptaríamos, después de que en el apartado primero se proponga, siempre por la vía del Consejo Interterritorial, que se estudie, se haga un análisis y se fijen unos criterios con carácter de mínimo común para las administraciones públicas sanitarias, sin obligar por adelantado a que se tenga que cubrir la póliza. El objetivo es que se llegue a cubrir esa póliza, pero que, de alguna forma, ni con subterfugios ni sin ellos, obligue de una forma ya predeterminada o anterior a los estudios que se puedan hacer. Como decía anteriormente, creo que vale la pena hacer un esfuerzo para llegar a la redacción de un texto antes de pasar a la votación definitiva.

La señora **PRESIDENTA:** Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Mendizábal.

La señora **MENDIZABAL GOROSTIZA:** Volviendo a las intervenciones anteriores respecto a la oportunidad del tratamiento de este tema, quiero destacar la preocupación de nuestro Grupo, así como la de las autoridades sanitarias, por este tema de la responsabilidad profesional. Sin embargo, creo que también es necesario en este caso mantener una actitud sosegada y que no suponga generar o propiciar situaciones de alarma allá donde no existen y donde a veces se producen casos y situaciones puntuales.

Hay que señalar que la incidencia de las reclamaciones todavía es escasa si se compara con el alto volumen de actos médicos realizados en el sistema sanitario; sin embargo, el Grupo Parlamentario Socialista no pretende negar en ningún caso la evidencia de la creciente preocupación que ha generado en la opinión pública este tema y que, por supuesto, repercute en la moral y en la actitud que puedan tener los profesionales sanitarios. Por tanto, estamos de acuerdo en que es necesaria una posición activa por parte de las administraciones públicas responsables de la prestación sanitaria, posición activa que mi Grupo no sólo le supone a estas administraciones, sino que podemos constatar con certeza que así ha sido por las actuaciones que se han ido produciendo en algunos casos en este ámbito. Vaya, por tanto, por delante el interés y la posición activa tanto de la Administración para abordar este tema como de nuestro Grupo para lograr la solución más adecuada para los profesionales y para el resto de los ciudadanos y usuarios. Esto quiere decir que estamos de acuerdo con el fondo y con el espíritu de la proposición no de ley presentada, pero también debo hacer constar que no compartimos la forma de todos y cada uno de los puntos que se proponen. **(Rumores.)**

La señora **PRESIDENTA:** Un momento, señora Mendizábal.

Señorías, les ruego guarden silencio o bien trasladen el debate a otras estancias de este edificio o, si les parece, lo aplacen para un poquito más tarde.

Puede continuar, señora Mendizábal.

La señora **MENDIZABAL GOROSTIAGA:** Decía que, estando de acuerdo con el fondo y el espíritu de la proposición de ley, sin embargo discrepamos de la forma en la que están presentados todos y cada uno de los puntos, en algunos casos porque hay temas que ya están siendo abordados por parte de las administraciones y en otros casos porque las propuestas se plantean fuera de su ámbito competencial. Me voy a referir al análisis de cada uno de esos puntos.

Respecto a la convocatoria de la Mesa en el Ministerio de Sanidad con el Consejo General del Poder Judicial, quiero recordar que el Ministerio de Sanidad y Consumo suscribió... **(Rumores.)**

La señora **PRESIDENTA:** Señorías, por favor, guarden silencio.

La señora **MENDIZABAL GOROSTIAGA:...** el 17 de mayo de 1993 un convenio con el Consejo General del Poder Judicial con el objeto de fijar las líneas de colaboración entre ambas instituciones en el ámbito de sus respectivas competencias y especialmente en el ámbito de la responsabilidad civil y penal de los médicos y demás personal sanitario y la responsabilidad patrimonial de la Administración. De hecho, en ejecución de estos acuerdos está preparado ya un seminario conjunto, al que han sido ya invitadas las comunidades autónomas, las organizaciones colegiales, para desarrollar el debate sobre el tema. La orientación de este seminario va dirigida a que los profesionales sanitarios tomen conciencia de la importancia creciente de la posición de los usuarios, el derecho a la información y al consentimiento y a las vías de la reclamación administrativa y judicial.

Por tanto, creemos que este primer punto tiene poco sentido y, sin embargo la enmienda presentada por el

Grupo del PNV en su segundo punto nos parece mucho más coherente porque pretende establecer la mesa de negociación con las administraciones públicas con competencias en materia de sanidad y, por tanto, creemos que es algo a añadir a lo que realmente se está haciendo y en ese aspecto consideramos interesante este punto.

Respecto al segundo punto de la proposición no de ley, que habla del traslado al Consejo Interterritorial de Salud de una propuesta efectivamente, estamos de acuerdo. La asistencia sanitaria pública y la organización interna de los servicios sanitarios de salud es competencia de las distintas comunidades y, por tanto, creemos que con la enmienda del PNV todo este punto queda de manera más coherente, de manera más armónica y, por ello, creemos que se subsume en el primer punto presentado en la enmienda del Partido Nacionalista Vasco.

Respecto al tercer punto de la proposición no de ley, coincido con el representante del Partido Nacionalista Vasco en que aquí existe una dificultad legal, porque en la Ley general de defensa de los consumidores y usuarios están expresamente excluidas las reclamaciones en que concurran lesión, muerte o existan indicios racionales de delito, que son circunstancias que están presentes frecuentemente en las reclamaciones ante los servicios médicos. Por tanto, vemos que existe una barrera legal y, sin embargo, nos parece bien que se pueda abordar dentro del Consejo Interterritorial para el análisis, examen y fijación de criterios, el punto c), el estudio de la posibilidad de que haya una serie de mecanismos de arbitraje y conciliación. Por tanto, nos parece mejor la enmienda presentada por el Partido Nacionalista Vasco.

Respecto al cuarto punto de la proposición no de ley, que habla de la creación de un comité institucional de ética, nos parece que no existe una relación directa entre el objeto de la proposición no de ley que nos ocupa y la propuesta concreta de la creación de los comités de ética en las comunidades autónomas. La existencia de fallos sanitarios no presupone necesariamente la infracción de deberes éticos o deontológicos ni genera por sí sola problemas de conciencia ni lleva aparejados en la mayoría de los casos comportamientos activos o pasivos por acción u omisión que pongan en cuestión la ética profesional, y por ello creemos que está bastante fuera de contexto. El Instituto Nacional de la Salud de hecho sí ha promovido la formación de más de 50 profesionales en bioética en los últimos años para una serie de comités consultivos, pero no nos parece oportuno que se pueda introducir aquí esta propuesta instando al Gobierno a que, en el plazo más breve posible, propicie la creación en el ámbito de cada comunidad autónoma de un comité institucional de ética. Por ello creemos que no es oportuno en el ámbito en el que se presenta esta propuesta.

Finalmente, respecto al último tema que ha sido objeto de debate entre el Diputado que ha presentado la propuesta del Grupo Popular resulta quizás un poco contradictorio la presentación del punto 5 con el 3. En cualquier caso, el debate sobre la conveniencia de facilitar un aseguramiento privado a los profesionales sanitarios públicos, además de afrontar el desarrollo de los procedimientos administrativos de exigencia de responsabilidad, creemos que está totalmente abierto por parte del Ministerio y por parte de este Grupo y que el ámbito donde deben decidirse y discutirse esos temas es el del Consejo Interterritorial de Salud, pero sin fijar previamente cuáles son o deben ser las conclusiones que deben alcanzarse en el ámbito de dicho Consejo Interterritorial. Decir ya *a priori* que debe de ser una póliza la que ha de suscribirse nos parece excesivo. Puede haber otra serie de medidas que establezcan un sistema de responsabilidad civil para los profesionales con unas garantías necesarias en el ejercicio de su función. Por tanto, nos parece innecesario prefijar cuáles van a ser las conclusiones que se vayan a establecer en el ámbito del Consejo Interterritorial de Salud y sólo podríamos aceptarlo en el caso en que apareciera como una propuesta más —efectivamente puede serlo y no se niega en ningún caso desde nuestro Grupo—, pero no prefijándolo como única solución al problema de la responsabilidad civil de los profesionales sanitarios.

Por consiguiente, desde nuestro punto de vista, nos parece más completa la enmienda presentada por el Grupo Vasco que es la que en principio estaríamos dispuestos a apoyar.

La señora **PRESIDENTA:** Quiero recordar que antes de comenzar las votaciones, tanto el Grupo proponente como el Grupo enmendante, si han llegado a un acuerdo, deben pasar el texto a esta Presidencia y en ese momento lo daríamos a conocer al resto de los grupos.

— POR LA QUE SE CREA UNA PONENCIA ESPECIAL EN RELACION CON EL SINDROME DEL ACEITE TOXICO. PRESENTADA POR EL G. P. CATALAN (CiU). (Número de expediente 161/000203.)

— POR LA QUE SE SOLICITA LA CREACION DE UNA PONENCIA QUE ESTUDIE LOS PROBLEMAS DE LOS AFECTADOS POR EL CONSUMO DEL ACEITE TOXICO. PRESENTADA POR EL G. P. POPULAR. (Número de expediente 161/000213.)

La señora **PRESIDENTA:** Finalizado el debate de esta proposición no de ley, pasamos a las siguientes, que, como saben SS. SS., son dos que versan sobre la misma cuestión, una presentada por el Grupo Catalán de Convergència i Unió y otra presentada por el Grupo Parlamentario Popular.

Proposición no de ley por la que se crea una ponencia especial en relación con el síndrome del aceite tóxico, presentada por el Grupo Catalán en primer lugar. Tiene la palabra el señor Hinojosa.

El señor **HINOJOSA I LUCENA:** Intentaré ser breve, pero en la defensa de esta proposición no de ley no tengo más remedio que hacer una referencia a otras intervenciones de este Diputado en legislaturas anteriores. **(Rumores.)**

La señora **PRESIDENTA:** Un momento, señor Hinojosa, por favor.

Señorías, insisto en que bajen el tono de la voz o que trasladen fuera de la sala sus debates, teniendo en cuenta las dificultades acústicas y el trasiego habitual de esta salapasillo, para hacer más fácil el trabajo de sus señorías.

Puede continuar, señor Hinojosa.

El señor **HINOJOSA I LUCENA:** Decía, señora Presidenta, que no tengo más remedio que hacer una referencia a otras intervenciones de este Diputado en legislaturas anteriores, referidas a este mismo tema.

El 31 de mayo de 1981 decía en mi intervención: Señor Presidente, no quiero hacer aquí un discurso brillante ni largo ni profundo ni nada de eso. En atención a los damnificados, mi Grupo lo único que pretende, justamente, es situarse en esa línea que citaba antes el señor Espasa, es decir, por encima de cualquier criterio partidista, por encima de cualquier tentación electoralista y fijar nuestra posición sólo y exclusivamente con el objeto de que se solucione el tema de los afectados del síndrome tóxico.

Finalizo esta cita e inicio otra que se produce el 10 de abril de 1991, donde este Diputado decía: Me adhiero al espíritu de la proposición que manifiesta instar al Gobierno para que de una vez se resuelva este drama que ha supuesto el síndrome tóxico. Lo que pasa —decía yo— es que no voy a poder votar a favor de esta proposición, porque no me parece oportuno que en el seno de esta Comisión se cree otra que vuelva a incidir sobre el tema del síndrome tóxico. Decía entonces: Lo que sí me parece es que hay instrumentos legales y de control suficientes para que se realicen los acuerdos tomados por el Parlamento y por el Gobierno para que se atiendan las peticiones de los damnificados por este drama y se resuelvan sus problemas, pero dudo de la eficacia de la creación de una Comisión en el seno de ésta y, por eso, votaré en contra.

Es, pues, falso lo que se ha vertido a los damnificados de que mi Grupo se opuso por primera vez a la creación de una ponencia en el seno de esta Comisión el día pasado en la última proposición del Grupo Popular. Es falso, y me conviene que quede claro que se ha manipulado mi voto en contra diciendo que «por primera vez». Mi Grupo ha manifestado siempre a lo largo de todos los años en que hemos tenido la desgracia de tener que afrontar este problema que queremos la solución del mismo y que no creemos ni en las comisiones especiales ni en las ponencias especiales.

El 25 de mayo de 1991 seguía diciendo en la comparecencia del Ministro de Trabajo: Señor Presidente, nada puede compensar la pérdida de una vida, la adquisición de una enfermedad incurable y tan dramática como la que han padecido las personas a las que hoy nos estamos refiriendo. Este tema hay que tratarlo siempre con exquisito cuidado para no alarmar, para no crear falsas expectativas ni utilizar a este colectivo.

El 13 de abril de 1994 dije: Mi Grupo va a oponerse a la creación de esta ponencia (la que proponía el Grupo Popular) y lo va a hacer por las razones siguientes. Primero, mi Grupo cree que no debe utilizarse política ni partidariamente a este colectivo que arrastra la tragedia de su enfermedad desde hace mucho tiempo. Segundo, la creación de una ponencia, con las características tan abiertas que se proponen aquí hoy, facilitaría precisamente eso. Más adelante decía: Lo que vale es dar vías de solución, soluciones concretas, y las sabemos y están cuantificadas, más o menos, y el Parlamento ya ha dicho lo que tenía que decir, y el Ejecutivo es el que tiene la última palabra, el Ejecutivo y los damnificados.

Pero hoy, día 15 de junio, mi Grupo trae aquí esta proposición y lo hace en consonancia con nuestra postura a lo largo de todo este tiempo en que hemos tenido que hablar de este tema, y sigo diciendo que este problema hay que resolverlo de la mejor manera posible entre el Ejecutivo y los afectados. La mejor manera de resolver este problema no será la creación de una ponencia. Creo que el camino más acertado sería el diálogo de los damnificados con el Ejecutivo. Pero es evidente que mi criterio no coincide con los deseos de las personas afectadas ni con los criterios de alguno de los grupos parlamentarios aquí representados. Mi Grupo, naturalmente, es sensible a lo que quieren las personas afectadas, porque ellas son el objeto de nuestra acción política en esta Cámara. Y como no es insensible a lo que piden, es por lo que, si de una manera vehemente nos han insistido, después de la proposición no de ley que se debatió aquí, en que quieren que se haga una ponencia y dado que hay grupos que siguen también insistiendo en ese problema y en esa petición de que se haga una ponencia, mi Grupo dice pues sea, hágase, hagamos una ponencia. Esta es la razón por la que presentamos esta proposición hoy aquí.

Lamento que el Grupo Parlamentario Popular crea que queremos, de alguna manera, quitarle ningún tipo de protagonismo y se haya visto obligado a traer aquí deprisa su nueva proposición. No era necesario, señorías. Desde ahora, les cedemos todo protagonismo en este tema, desde ahora renunciamos a cualquier titular de prensa, desde ahora les prometo no hacer ninguna mención ni declaración a la prensa sobre este tema. Háganla ustedes, atribúyanselo ustedes. Este no es nuestro interés.

Mi Grupo sigue pensando que nadie debería hacer cuestión política de este problema, sobre todo política partidista. Esas personas se merecen nuestro trabajo, nuestra discreción. ¡Ojalá logremos resolver todos los problemas que nos manifiestan! Es por eso, y con ello finalizo, señorías, por lo que presentamos esta proposición no de ley en la que pedimos, atendiendo las peticiones de las personas implicadas, que en la Comisión de Política Social y Empleo se cree una ponencia especial en la que se analicen los cumplimientos o incumplimientos que haya podido haber por parte del Gobierno y de las administraciones públicas en la aplicación de lo que el Pleno del Congreso de los Diputados el 23 de mayo de 1984 dictó aquí. Y como consecuencia de escuchar y de atender a las personas que vengan a esta ponencia, instaremos al Gobierno a que tome aquellas medidas que sean necesarias para que se resuelvan de una manea definitiva, si ello es posible, estos problemas que manifiestan los afectados por el síndrome tóxico.

La señora **PRESIDENTA:** Para la defensa de su proposición no de ley, tiene la palabra el señor Villalón por el Grupo Parlamentario Popular.

El señor **VILLALON RICO:** Lógicamente, hay que referirse al pasado y hay que hacerlo desde 1984 hasta el día de hoy, en que el Grupo Popular siempre ha mantenido el mismo criterio y la misma postura en relación con los afectados por el síndrome tóxico.

Me llama la atención que la intervención de uno de los proponentes haya sido una intervención en contra del Grupo Popular, ya que lo único que hemos pretendido a lo largo de todos estos años ha sido defender los intereses de los afectados por el síndrome tóxico. Me tengo que remitir al pasado 13 de abril en que este Diputado defendió la proposición no de ley presentada por el Grupo Popular. El resultado de la votación es conocido por todos y no voy a hacer ninguna valoración respecto al comportamiento de otros grupos parlamentarios. Voy a ser muy breve porque no voy a repetir lo que dije en su momento hace mes y medio. La situación es la misma, los problemas sanitarios son los mismos, los problemas educativos, sociales, económicos, de toda índole, siguen siendo los mismos. Por esta razón presentamos en su momento y volvemos a presentar ahora una iniciativa, no con un afán de protagonismo sino con un afán de defender los intereses de unos ciudadanos. Al final de mi intervención el pasado 13 de abril ya dije que estábamos abiertos a cualquier otra iniciativa que se pudiera considerar mejor que la del Grupo Popular. En su momento aceptamos la enmienda del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida. Dijimos que si se presentaba otro tipo de iniciativas las apoyaríamos, y para que el señor Hinojosa no tenga esa fijación con el Grupo Popular y no quiera plantear temas de protagonismos en medios de prensa, sino simplemente centrándonos en la realidad de las cosas, diré que nosotros tenemos el compromiso con los ciudadanos en general y en particular con los afectados por el síndrome tóxico y que nosotros, lógicamente, retiramos nuestra iniciativa y votaremos afirmativamente apoyando la iniciativa del Grupo Parlamentario Catalán de Convergència i Unió.

La señora **PRESIDENTA:** El Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya ha presentado una enmienda a la proposición no de ley del Grupo Parlamentario Catalán de Convergència i Unió. Para su defensa tiene la palabra la señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTIN:** Señora Presidenta, intervengo con toda brevedad porque es evidente que se ha producido el mismo debate con los mismos contenidos hace escasas fechas en la Comisión. Yo quería señalar que en relación con los diferentes intentos de distintos grupos parlamentarios por abordar este problema, en la valoración por parte de mi Grupo, ni por lo que le afecta ni por lo que afecta a otros grupos, no entra ningún tipo de protagonismo político. Si se intenta de diferentes maneras avanzar en un problema que ya se calificó como la gran asignatura pendiente de la democracia es porque el tema está sin resolver, porque el Ejecutivo se obceca en plantear que los temas están resueltos, que los problemas son inventados, y remitiendo permanentemente a sentencias jurídicas en firme algo que a todas luces y desde cualquier planteamiento de legitimidad y de justicia más elemental está sin resolver.

Por tanto, creo que a todos nos caben dudas sobre si la solución puede ser la creación de una ponencia en el marco de la Comisión de Sanidad y Consumo. Yo creo que ningún grupo político ni Diputado de esta Comisión tiene la certeza —¡ojalá la tuviéramos!— de que hemos encontrado la piedra de toque para dar respuesta a los múltiples problemas pendientes. Lo que no consideramos aceptable es el mantenimiento de una situación que se pudre cada día que pasa.

Partiendo de esta base, el Grupo Parlamentario de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya ha presentado una enmienda, que creo que se corresponde con los objetivos de la enmienda que en su día presentamos a la proposición no de ley del Grupo Popular y que pretende matizar el contenido de la propuesta de la creación de la ponencia. En primer lugar, creemos que, aparte de la forma concreta en que la ponencia estructure su trabajo, debe contar de una manera explícita con la información y valoraciones procedentes de las organizaciones de afectados, aparte de que, como digo, utilice la información de la Administración o de las personalidades que crea oportuno. También, con el objeto de no seguir el criterio de aquel que decía: cuando no quieras resolver un problema, crea una comisión, y de que el tema no se dilate en el tiempo, creemos que recabar la información necesaria para la elaboración de un dictamen debe concretarse en el tiempo. Nosotros pensamos que un período no superior a tres meses, a partir de la constitución de la ponencia, es un período de tiempo razonable para la elaboración de un informe que permita avanzar en una materia que —como digo— no es por protagonismo de los grupos parlamentarios por lo que se está pudriendo, sino por la obcecación de un Ejecutivo que plantea el tema de una manera cerrada, negando la realidad de que hay asuntos pendientes y que deben abordarse desde el compromiso de la democracia y del Estado con los afectados, más allá del propio trámite jurídico. En este sentido, quiero decir también que, evidentemente, uno de los temas que a juicio del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya desde plantearse la ponencia es la posibilidad de intervenir, de alguna manera, en el alargamiento injustificable de los plazos, que hacen en este caso que una justicia que dilata en el tiempo de esta manera sus resoluciones acabe por no ser tal justicia.

La señora **PRESIDENTA:** Tiene la palabra el señor Hinojosa, para intervenir a propósito de la enmienda de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya.

El señor **HINOJOSA I LUCENA:** Señora Presidenta, la enmienda que nos presenta el Grupo de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya tiene dos partes y la decisión de mi Grupo es una decisión salomónica, y espero que la señora Maestro lo entienda.

Si yo le aceptase la primera parte, en la que dice: «La ponencia, en el desarrollo de su trabajo, contará de forma especial con la información y valoraciones procedentes de las organizaciones de los afectados», estaría aceptando que en mi proposición no valoraba esa intervención, cuando he dicho que esta ponencia se hace a petición de parte. Por tanto, es evidente, es obvio que las partes, las organizaciones, todas, tienen derecho a manifestarse, y los representantes de la Administración también, y a valorar ambas informaciones desde la mayor objetividad posible. Por consiguiente, la primera parte no la aceptaremos.

Aceptamos la segunda, porque tiene razón la señora Maestro y está en la línea de lo que hemos venido diciendo. Las comisiones pueden servir para muchas cosas, entre ellas para que no funcione nada. **(Risas.)** Por tanto, me parece bien acotar a tres meses el funcionamiento de esta ponencia y acepto la segunda parte de la enmienda, si la señora Maestro acepta que yo acepte esto así.

La señora **PRESIDENTA:** La señora Maestro tiene la palabra.

La señora **MAESTRO MARTIN:** Señora Presidenta, a estas alturas y ante la posibilidad de que se avance en este tema, reconocerá el señor Hinojosa que no tengo más remedio que aceptar su decisión salomónica. De todas maneras, también acepto su compromiso personal y el de su Grupo Parlamentario de que la ponencia contará en sus trabajos con la información de los afectados.

La señora **PRESIDENTA:** Por el Grupo Nacionalista Vasco, tiene la palabra el señor Gatzagaetxebarría.

El señor **GATZAGAETXEBARRIA BASTIDA:** Intervengo para fijar la posición de nuestro Grupo con relación a la proposición no de ley del Grupo Catalán (Convergència i Unió) y para manifestar que nos congratulamos por el cambio de posición política que ha expresado en este debate el portavoz de dicho Grupo, señor Hinojosa.

Nuestro Grupo Parlamentario ya apoyó la proposición no de ley que presentó el Grupo Popular hace dos meses, justamente el pasado día 13 de abril. Por tanto, no voy a ser reiterativo, señora Presidenta. Nuestro Grupo Parlamentario entiende que el Gobierno del Estado ha realizado, en la medida de lo posible, una política de asistencia sanitaria, una política de protección social, una política de pensiones y de Seguridad Social para proteger y cubrir las necesidades que tenían estos colectivos. En estos momentos son más de 20.000 personas las afectadas por las diferentes patologías derivadas del síndrome del aceite tóxico. Nuestro Grupo Parlamentario es consciente también de la investigación judicial que en este momento se sigue en la Audiencia Nacional. Nosotros, lo repito nuevamente, tuvimos contacto con el señor don Carlos Bueren para conocer el estado en que estaba el sumario. La investigación judicial, vista la cantidad de partes afectadas y los recursos innumerables que está habiendo por cada uno de los abogados defensores en este momento, tiene una salida judicial muy difícil y muy prolongada en el tiempo. Por todo ello, nuestro Grupo Parlamentario entiende, por las mismas razones que expusimos en el debate celebrado hace dos meses, que es oportuno y sensato que se debata esta cuestión y también nos parece oportuno el planteamiento del Grupo Federal de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya de delimitar el ámbito temporal de actuación de la ponencia en tres meses. Por tanto, nuestro Grupo Parlamentario apoya la proposición no de ley en los términos resultantes de la aceptación por parte del Grupo Catalán de la enmienda de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya.

La señora **PRESIDENTA:** Por el Grupo Parlamentario Socialista tiene la palabra la señora Frías.

La señora **FRIAS NAVARRETE:** Mi Grupo comparte el sentimiento unánime de solidaridad de todos los grupos parlamentarios con este colectivo de ciudadanos. El Gobierno, asimismo, está comprometido con dicho colectivo mientras siga necesitando protección. Por ello, el conjunto de medidas que el Gobierno tomó en su día y las diferentes actuaciones que desde la Administración se llevan a cabo, tanto por parte del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, como del de Sanidad y Consumo, del de Economía y Hacienda o del de Educación, para intentar paliar los efectos de esta enfermedad, están vigentes y siguen aplicándose. Debo repetir que se están cumpliendo todos los acuerdos adoptados por el Pleno del Congreso el 23 de mayo de 1994 y que han tenido lugar comparecencias del Gobierno para informar sobre la aplicación y actualización de todas las actuaciones previstas.

El Gobierno y mi Grupo están abiertos al diálogo y siempre hemos manifestado la disponibilidad a perfeccionar, actualizar y adecuar las medidas y actuaciones vigentes a las nuevas circunstancias que en el transcurso del tiempo se hayan podido producir, con el objetivo claro de mejorar la calidad de vida de los afectados. Pero por las mismas razones que ya manifestamos en el debate sobre este mismo tema hace un mes en esta Comisión, consideramos que el principal problema que tiene este colectivo, cual es el pago de las indemnizaciones pendientes de resolución judicial, no lo va a solucionar una ponencia. No obstante, si se aprueba, mi Grupo participará y trabajará en ella porque nos sentimos solidarios y comprometidos con este colectivo y porque también somos receptivos al deseo de los afectados por el síndrome tóxico.

— POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO PARA QUE ELABORE UN PLAN DE PREVENCION Y ERRADICACION DE ENFERMEDADES EXOTICAS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR. (Número de expediente 161/000204.)

La señora **PRESIDENTA:** Concluido el debate de estas proposiciones no de ley pasamos a la siguiente proposición no de ley por la que se insta al Gobierno para que elabore un plan de prevención y erradicación de enfermedades exóticas. Esta proposición no de ley ha sido presen-

tada por el Grupo Parlamentario Popular. Para su presentación, tiene la palabra el señor Hernández-Sito.

El señor **HERNANDEZ-SITO GARCIA-BLANCO:** Señora Presidenta, voy a defender la proposición no de ley en nombre del Grupo Parlamentario Popular. **(Rumores.)** Hay una Directiva comunitaria, la 90/423, que establece un plan...

La señora **PRESIDENTA:** Un momento, señor Hernández-Sito.

Señorías, ruego guarden silencio y permitan expresarse al señor Diputado.

El señor **HERNANDEZ-SITO GARCIA-BLANCO:** Si quiere levanto el tono de la voz. **(Risas.**

La señora **PRESIDENTA:** Es bien sabido que S. S. no necesita ni micrófono. Le ruego continúe, señor Hernández-Sito.

El señor **HERNANDEZ-SITO GARCIA-BLANCO:** Es que lo llevo incorporado, como el señor Guerra. **(Risas.)**

Señora Presidenta, como venía explicando antes, hay una directiva comunitaria que establece un plan de alerta para enfermedades de animales como la fiebre aftosa. Nosotros, en la actual situación mundial y europea de movimiento de personas, creemos que sería interesante establecer un plan no sólo para enfermedades de animales, sino para enfermedades exóticas que puedan afectar a las personas. Como digo, este plan debe ser para todo tipo de enfermedades que afecten no sólo a los animales sino a las personas. Las experiencias vividas en los últimos años con el azote de algunas enfermedades, ya sea de personas o de animales, han evidenciado las deficiencias existentes para hacer frente de forma adecuada a la emergencia y, sobre todo, a la solución más racional que debe ser una actuación rápida para evitar la introducción de cualquier tipo de enfermedad en nuestro país.

El trabajo con enfermedades endémicas se convierte en monótono y rutinario y está sometido a horarios administrativos, tanto en el campo como en el laboratorio y en los diferentes grupos que dirigen la sanidad en este país. Por tanto, es difícil controlar rápidamente cuándo se introduce un tipo de enfermedad desconocida de cualquier tipo social. Algunos países han empezado a estructurar sistemas especializados en problemas de tipo exótico, en donde se integra personal capacitado y responsable de la aplicación de una metodología específica adecuada a este tipo de enfermedades. Esto implica dos tipos de actuaciones. Uno aplicable a las enfermedades endémicas, desarrollado por los servicios de sanidad de las comunidades autónomas, y otro relacionado con las enfermedades exóticas, desarrollado básicamente por la Administración central y las comunidades autónomas. Para tal fin pretendemos en esta proposición crear una unidad operativa de intervención rápida con nivel de área. Esta unidad tendría como misión cristalizar un núcleo genuinamente aglutinador, en su propia esencia, de los intereses comunes nacionales para esta temática de imprescindible necesidad. Se trata de un ejemplo típico de acción que necesita una operatividad nacional, partiendo de la coordinación de la Administración central en estrecha cooperación con las comunidades autónomas, todo unido por una interconexión que alcanzaría incluso a la relación con la Comisión de la CEE.

Dados los medios modernos de que en este momento podemos disponer, estamos en condiciones de introducir una dinámica y una estrategia totalmente innovadora, rabiosamente moderna, que puede conducir a una insospechada eficacia, rompiendo los moldes anquilosantes arrastrados por la rutina de las estructuras actuales. Es por esta razón por la que entraría de forma evidente el bagaje de unidades para desarrollar el plan de modernización de alerta. Nada más económico y rentable para nuestro país, así como para la CEE, que los gastos invertidos en la creación de este tipo de controles, comparados con los ingentes e inacabables gastos y pérdidas económicas de los planes de lucha contra las enfermedades de este tipo, ya sea de animales domésticos o de personas. Concurre también que los riesgos y posibilidades de transmisión de estas enfermedades, debido al trasiego comercial y turístico mundial, que rompen rotundamente en lo físico y en el tiempo las defensas de las hasta ahora barreras naturales, estén enormemente aumentados y no son válidas las medidas de prevención, así como de control vigentes. Se pretende incluir también en esta sombrilla de defensa de las enfermedades de tipo humano a los animales y especies de nuestro país. Hay un trasiego de animales domésticos que las hace difícil erradicar con los métodos disponibles actualmente. Muchas veces se introducen enfermedades por especies salvajes, como ha pasado últimamente. No se tienen unos controles rápidos y efectivos. Por último, se impone considerar entre las entidades encuadradas en este plan de alerta todas aquellas capaces de producir intoxicaciones crónicas o agudas que, afectando al medio ambiente, produzcan manifestaciones patológicas rápidas que sean susceptibles o no de confusión con enfermedades infecciosas.

Nosotros creemos que la primera barrera de defensa tiene como misión fundamental evitar la entrada en el país de cualquier tipo de enfermedad. Hay que tener una información ágil y veraz sobre el comportamiento de las enfermedades a nivel mundial. Igualmente habrá que disponer de un mecanismo eficiente y rápido en puertos y fronteras. Los servicios de cuarentena y el control serán no sólo para las personas sino también para la importación de animales que puede afectar, como he dicho, a las personas. Hay que revisar la legislación en estas circunstancias.

La segunda barrera es la encargada de reconocer clínicamente la enfermedad que haya pasado o traspasado la primera barrera. Ante la sospecha de cualquier tipo de enfermedad exótica se informará de inmediato a las autoridades responsables, demandando la forma de actuar y confirmar en los laboratorios el diagnóstico en el menor tiempo posible. La actuación eficaz de esta barrera de defensa supone una sensibilización de los profesionales, tanto médicos como veterinarios, y de los laboratorios. Habrá que

crear una red de vigilancia epidemiológica especializada, así como laboratorios de referencia.

Un tercer nivel de defensa lo formarían grupos previamente capacitados y especializados en la lucha contra enfermedades de nueva aparición y capaces de actuar de una forma rápida y enérgica con un mínimo de improvisación. Para su actuación se deberá contar con planes de emergencia previamente elaborados. Esto se desarrollaría en la propia ley. Por último, dado lo complejo del plan, en la intervención de distintas autoridades sanitarias y civiles, así como en la dinámica de urgencia y rapidez que concurren, se ve la ineludible necesidad de que sea sancionado mediante un real decreto.

No voy a extenderme porque, si se acepta esta propuesta, ya en la ley que el Gobierno traiga figurarán las facultades jurídicas, los recursos financieros, los centros de comunidades autónomas, los grupos de expertos, los recursos de equipos e instalaciones que serían necesarios para el desarrollo de este plan en evitación de cualquier tipo de enfermedades exóticas. No voy a entrar a detallar lo que creemos nosotros que podría figurar, porque eso la propia ley lo determinará. El Grupo Popular dice en la proposición no de ley que el Congreso de los Diputados inste al Gobierno para que, en un plazo de seis meses, elabore y presente un plan para la prevención y evitación de estas enfermedades. Decimos seis meses con el fin de que, como hará falta disponer de dinero, se pueda cubrir cuando lleguen los presupuestos del Estado y se tenga una cobertura económica para poner en práctica dicho plan, que creemos que es importante, para el que pedimos el voto favorable de SS. SS.

La señora **PRESIDENTA:** A esta proposición no de ley se ha presentado una enmienda por el Grupo Vasco (PNV). Para su defensa tiene la palabra el señor Gatzagaetxebarría.

El señor **GATZAGAETXEBARRIA BASTIDA:** Brevemente quiero referirme a que la proposición no de ley que plantea el Grupo Popular tiene, a nuestro juicio, y a la luz de las conversaciones con otros grupos parlamentarios, un enfoque que sería quizás más oportuno desde el punto de vista de la agricultura y de la ganadería, en la medida en que su exposición de motivos la parte fundamental está fundamentada —valga el juego de palabras— en la importación de productos para el consumo humano derivados de animales. También se habla de las enfermedades derivadas de los países del Tercer Mundo, conocidas como exóticas, y a nuestro juicio podrían incluirse enfermedades como el paludismo. Por ello para nosotros hubiera sido más oportuno que el Grupo Parlamentario Popular delimitara el ámbito de su proposición no de ley, puesto que respecto a la ganadería ya existe una reglamentación, no sólo del Gobierno central sino de las comunidades autónomas, referente al control y a las condiciones higiénico-sanitarias de los productos cárnicos. No obstante, nuestro Grupo también le da la anterior vertiente que antes mencionaba, la relativa a las enfermedades derivadas del Tercer Mundo, no sólo a los productos cárnicos.

Nuestro Grupo Parlamentario ha presentado una enmienda porque nos parece oportuno que el Gobierno pueda complementar la normativa que actualmente existe en cuanto a las condiciones de calidad higiénico-sanitarias referentes a los productos cárnicos y que este plan no quede delimitado por el plazo, que puede ser breve, de seis meses, y que en todo caso se realice en colaboración con las administraciones sanitarias de las comunidades autónomas. Ese es el sentir y la razón de nuestra enmienda a la proposición no de ley del Grupo Popular.

La señora **PRESIDENTA:** Tiene la palabra el señor Hernández-Sito a los efectos de aceptar o no la enmienda presentada.

El señor **HERNANDEZ-SITO GARCIA-BLANCO:** Señora Presidenta, he oído al representante del Grupo Vasco pero no tengo la enmienda. Le pido que me la pase. **(Pausa.)**

No tenemos ningún inconveniente en aceptarla porque está dentro de nuestra filosofía. Ya decimos en la exposición de motivos que se tiene que hacer totalmente de acuerdo, si no no se podría hacer, con las comunidades autónomas. Cuando se habla de que haya unos controles, sabe muy bien el representante del Grupo Vasco que hay una serie de enfermedades últimas de equinos, etcétera, que no se pudieron evitar.

La señora **PRESIDENTA:** Para concretar, ¿acepta la enmienda?

El señor **HERNANDEZ-SITO GARCIA-BLANCO:** Sí, señora Presidenta.

La señora **PRESIDENTA:** De acuerdo.

¿Grupos que desean intervenir en esta proposición no de ley para fijar su posición? **(Pausa.)** Por el Grupo Catalán (Convergència i Unió) tiene la palabra el señor Cardona.

El señor **CARDONA I VILA:** Señora Presidenta, señoras y señores Diputados, quiero fijar la posición de nuestro Grupo en relación a la proposición no de ley sobre la elaboración de un plan, con la participación o no de las comunidades autónomas, para la prevención y erradicación de enfermedades exóticas. En primer lugar y de forma casi anecdótica consideramos y tenemos que decir, por consiguiente, que por el contenido de esta proposición no de ley, que trata más de enfermedades de los animales que no de las personas, aunque ciertamente las epizootias afectan también a las mismas, se debería tratar como un tema de ganadería y, por tanto, en la Comisión de Agricultura, Pesca y Alimentación en lo que afecta por lo menos a este Ministerio, si bien es cierto que tanto en cuanto que consumidores afecta también al Ministerio de Sanidad y Consumo.

Dicho esto y entrando ya en la cuestión que se nos plantea, nosotros entendemos que en el caso de enfermedades que afectan a determinadas especies de animales nos pa-

rece totalmente correcto el establecimiento de barreras o fronteras epidemiológicas interiores —dicho sea entre comillas— a los Estados. Esto es así porque en el caso de que se produzca una epidemia en cualquier comunidad autónoma, nos parece correcto cerrar las vías de entrada a las comunidades vecinas, además de cerrar las vías de entrada al conjunto del Estado si esta epidemia se produce en un Estado vecino. En este sentido la normativa comunitaria es suficientemente clara. Sólo falta recordar la efectividad de las medidas tomadas por el Gobierno de la Generalitat, hace unos años, cuando se detectaron casos de epidemia de peste equina en el sur de España y a raíz de lo cual se prohibió la entrada y salida de équidos en Cataluña y sobre la que el Tribunal Constitucional también se pronunció. Por otra parte, en Cataluña disponemos de programas de prevención y tratamiento de enfermedades tropicales o exóticas, por cuyo motivo no entendemos necesario que se elabore un plan para que nos sea aplicado cuando, a nuestro entender, la cuestión está solucionada. No obstante, permítame hacer algunas reflexiones epidemiológicas y sanitarias.

Para erradicar las enfermedades transmisibles, tanto humanas como animales, hay que hacer, en primer lugar, un aislamiento tanto individualizado de los afectados como territorializado de la zona afectada, además de, como es natural, aplicar el tratamiento adecuado. También es necesaria la protección de la población o cabaña, sea en las personas, sea en los animales susceptibles de enfermar, y establecer las barreras necesarias que hagan de frontera epidemiológica para luchar contra la expansión de la epidemia. Naturalmente, cuando disponemos de vacunas efectivas esa protección es mucho más eficaz.

Finalmente, hemos de convenir que en nuestro sistema autonómico al Gobierno central le corresponde el control sanitario en las fronteras, en la misma medida que a las comunidades autónomas les corresponde el control sanitario dentro de sus límites territoriales. Y en eso estamos. Todos tenemos nuestras responsabilidades y todos —estamos convencidos de ello— haremos el esfuerzo necesario para mantener en lo posible la sanidad, tanto en lo que se refiere a nuestra población como a nuestra cabaña. Por ello no creemos oportuno apoyar la proposición no de ley que se presenta.

Ahora bien, el Grupo Parlamentario Vasco ha presentado una enmienda, que se ha defendido, en la que se introduce la colaboración y la coordinación con las administraciones sanitarias de las comunidades autónomas y que, como acaba de decir el señor Hernández-Sito, ha sido aceptada por el Grupo proponente. Sólo en el caso de que fuera aceptada la enmienda, y apoyada por todos los demás grupos, no nos opondríamos —sólo en este caso, repito— a la proposición no de ley que se nos propone.

La señora **PRESIDENTA:** Por el Grupo Parlamentario Socialista tiene la palabra la señora Rodríguez Calvo.

La señora **RODRIGUEZ CALVO:** En primer lugar, quiero congratularme por el interés que demuestra el Grupo Popular por la salud pública al presentar esta proposición no de ley con la idea de prevenir la transmisión de enfermedades exóticas en nuestro país. Pero tengo que indicar que esta materia sobre la que versa la proposición no de ley es competencia básicamente del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. No obstante, sí quiero dar algunas respuestas a lo que plantea tanto en la exposición de motivos como en la redacción de la propia proposición no de ley.

La Directiva 90/423, que es a la que se refiere y en la que realmente se concreta esta proposición no de ley, ya ha sido incorporada al Derecho interno español por parte del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación mediante el Real Decreto 2.223/1993, de 17 de diciembre. En este Real Decreto se deja claro que se establecen las medidas de lucha contra la fiebre aftosa y la de sanidad animal en los intercambios intracomunitarios e importaciones de animales de la especie bovina, porcina, de carne fresca o de productos de carne procedente de terceros países. Quiero recordarles que la importación a España de animales procedentes de terceros países únicamente puede autorizarse si el país tercero, o parte de ese país desde cuyo territorio se pretende la importación, figura en alguna de las listas elaboradas por la Comisión de la Unión Europea. También saben ustedes que para la inclusión en las listas de terceros países se tiene en cuenta la situación zoosanitaria de los países de origen, la estructura y atribuciones de los servicios veterinarios oficiales que permitan garantizar el control y la prevención de enfermedades de los animales, así como la información suministrada por dichos países de enfermedades contagiosas de animales y, en particular, las que ya se mencionan tanto en la lista a) como en la lista b) de las oficinas internacionales de epizootia.

Por otra parte, la importación de animales en nuestro país que no esté amparada por la legislación comunitaria está supeditada a una autorización previa de la Subdirección General de Sanidad animal, perteneciente al Ministerio de Agricultura, que en ese nivel supervisa el cumplimiento de todos los requisitos para la importación de animales. Como también saben ustedes, las importaciones solamente pueden realizarse a través de los puestos de inspección fronterizos donde se realiza obligatoriamente todo tipo de controles de los animales que van a entrar en nuestro país; controles, tanto veterinarios como zootécnicos, de estos animales procedentes de terceros países o de la Comunidad. Esto se hace también a tenor de lo que se ha dispuesto en la legislación europea, que ha sido trasladada a nuestra legislación nacional.

En lo que se refiere a animales procedentes de los Estados miembros de la Unión Europea, únicamente podrán pasar nuestras fronteras si las autoridades sanitarias de esos países de origen así lo han indicado mediante las certificaciones sanitarias. Sobre esto también hay una legislación europea que se ha trasladado a nuestra legislación nacional mediante el Real Decreto 136/1992, de 30 de octubre. Pero, además, la situación sanitaria de estos animales objeto de intercambio queda garantizada por los controles de destino. Es decir, que en todas las comunidades autónomas existe una reglamentación para controlar a esos animales que, aun habiendo sido controlados en las fronteras,

pasan luego a ser consumidos o sacrificados en las distintas comunidades. Asimismo existe la posibilidad de aplicar una prohibición al comercio con otros Estados miembros cuando los animales o sus carnes puedan presentar riesgo de difusión de enfermedades, bien para los animales, bien para la salud humana.

En lo que se refiere a la fiebre aftosa y a la elaboración de un plan de alerta, tengo que indicarles que dicho plan ya fue presentado a la Comunidad Económica por las autoridades veterinarias españolas, siguiendo los criterios que se establecían en la Directiva 91/42 de la Comunidad Económica Europea.

Dichos criterios también se han adoptado mediante la aprobación, por parte de esta Comisión, de la Directiva 93/455, de la Comunidad Europea. Junto a estas propuestas ahora está en estudio la instalación de un sistema de epidemio-vigilancia en las enfermedades de los animales que sean sometidos a intercambio intracomunitario. Este sistema de vigilancia epidemiológica va a estar compuesto por una red de la que van a formar parte las autoridades sanitarias de los Estados miembros, los veterinarios encargados de la vigilancia de los animales y las explotaciones bovinas y porcinas.

Tengo que recordarles también que en España existen una serie de programas específicos de lucha contra las enfermedades exóticas entre las que cabría citar la peste porcina africana —con resultados positivos—, la peste equina africana, la fiebre aftosa —que desde el año 1988 está erradicada en España— y recientemente se completa la legislación que existía a este respecto con la elaboración del Real Decreto 650/1994, de 15 de abril, por el que se establecen las medidas generales de lucha contra determinadas enfermedades de los animales y medidas específicas contra la enfermedad vesicular porcina. En dicho Real Decreto se hace referencia a todas las emergencias y actuaciones que deben llevarse a cabo por parte de las autoridades sanitarias, tanto a nivel nacional como autonómico, en caso de emergencia o en caso de patologías más crónicas. Por tanto, mediante los controles que se hacen tanto a nivel de frontera como en el destino y, sobre todo, con la instalación de estas redes intracomunitarias de vigilancia epidemiológica, yo creo que puede considerarse que la cobertura de control en materia de sanidad animal está totalmente cubierta.

Quiero referirme también a las carnes frescas —que éstas sí que son competencia del Ministerio de Sanidad y Consumo— y decir a SS. SS. que tenemos suficiente legislación al respecto. El Real Decreto 147/1993 —por citar alguno— establece las condiciones sanitarias de producción y comercialización de carnes frescas. También el Real Decreto 1728 establece las normas técnicas sanitarias para las carnes que proceden de terceros países.

Señorías, termino diciendo que tanto mi Grupo como el Gobierno tienen un gran interés por la promoción de la salud y la prevención de cualquier tipo de enfermedad. Prueba de ello es que todas las propuestas de la proposición no de ley e incluso muchas más están adaptadas a nuestra legislación para garantizar la salud humana y de los animales domésticos dentro del territorio español. En consecuencia, votaremos en contra por considerar que la proposición no de ley no aporta nada nuevo para mejorar la situación sanitaria. **(Rumores.)**

Por lo que respecta a la propuesta formulada por el Partido Nacionalista Vasco —que ha puesto como ejemplo el caso del paludismo—, creo que se debe a una falta de información, pues en el Ministerio de Sanidad y en las comunidades autónomas existen suficientes medidas para que estas enfermedades no se trasladen a nuestro país, ni los ciudadanos españoles las padezcan cuando van a otros países porque es obligatoria la vacunación. **(Rumores.)**

La señora **PRESIDENTA:** Señorías, si guardan silencio y son tan amables escucharemos de uno en uno a las señoras y señores Diputados y pasaremos a la última proposición no de ley. Por favor, señorías, guarden silencio.

— SOBRE MEDIDAS PARA DEFINIR, EN EL PLAZO DE DOS MESES, MEDIANTE LA NORMATIVA CORRESPONDIENTE, LOS MECANISMOS DE FORMACION QUE PERMITAN AL COLECTIVO DE MEDICOS AYUDANTES DE EQUIPO MEDICO Y QUIRURGICO ACCEDER AL TITULO DE ESPECIALISTA. PRESENTADA POR EL G. P. IU-IC. (Número de expediente 161/000165.)

La señora **PRESIDENTA:** Pasamos a debatir la última proposición no de ley que figura en segundo lugar en el orden del día de hoy. Proposición no de ley sobre medidas para definir, en el plazo de dos meses, mediante la normativa correspondiente, los mecanismos de formación que permitan al colectivo de médicos ayudantes de equipo médico y quirúrgico acceder al título de especialista. Esta proposición no de ley ha sido presentada por el Grupo Federal de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya. Para su defensa tiene la palabra la señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTIN:** Espero no defraudar las que sospecho expectativas de brevedad en mi intervención, dada la hora que es.

En primer lugar, quiero reafirmar el apoyo histórico del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya a la vía MIR como vía de acceso a la especialidad ya que, de las conocidas hasta ahora, es la que en mayor medida garantiza un alto nivel de calidad en la formación de especialistas en nuestro país. La situación de colectivos concretos que iniciaron su etapa de formación antes de la publicación de Real Decreto 127/1984, de 31 de enero, debe, en justicia, ser resuelta. Desde nuestro punto de vista, no entendemos que la defensa de la vía MIR como la fundamental y la más adecuada impida, en la práctica, el acceso a la especialidad de personas que iniciaron la misma con anterioridad a la publicación de este Real Decreto y, por tanto, estando en vigor otras normativas que permitían el acceso a la especialidad desde otras vías. Este es el caso de los médicos ayudantes de equipo quirúrgico. Este colectivo, que hace unos años era más numeroso, se

ha visto reducido a alrededor de 250 personas que iniciaron su trabajo en instituciones de la Seguridad Social con anterioridad al año 1984 y que, por tanto, llevan más de 10 años de ejercicio profesional en el desempeño de una especialidad para la cual fueron contratados por la Sanidad pública.

El preámbulo del Real Decreto a que hacía referencia anteriormente dice lo siguiente: Los estudios de especialización para graduados universitarios previstos en el artículo 39.4 de la Ley General de Educación se rigen, en lo que respecta a los licenciados en Medicina y Cirugía, por el Real Decreto 2015/1978, una vez rebajada al rango reglamentario la Ley de 20 de julio de 1995. Ese Real Decreto 2015/78 regula la obtención del título de especialista y especifica claramente que, en tanto no se proceda por los ministerios de Educación y Ciencia y Sanidad y Seguridad Social a dictar normas complementarias, se declaran subsistentes los sistemas de concesión de título de especialista actualmente en vigor. Posteriormente, una Orden de Presidencia de Gobierno del año 1979 regula la oferta de plazas docentes para formación post-graduada. Sin embargo, no se puede aceptar que esta Orden deje sin vigencia las vías de acceso de la legislación anterior que asimismo refleja el Real Decreto del año 1978, según lo planteado en la disposición transitoria de este Real Decreto, en tanto no se desarrollen las normas complementarias establecidas en el mismo y en tanto no se unifiquen los procedimientos de obtención del título de especialista. En 1981 se publica una Orden que, en su artículo segundo, señala que los licenciados en Medicina y Cirugía que acrediten haber iniciado su formación especializada antes del 1 de enero de 1980 podrán obtener el título de especialistas, entre otras cosas, por haberse dedicado al ejercicio de la especialidad durante tres años en ambulatorios, consultorios o clínicas de la Seguridad Social sin programa de docencia. Sin embargo, esta Orden, por rango legislativo, no puede derogar el Real Decreto de 1978, si bien deja clara una premisa en la cual se basa, entre otras, la proposición no de ley que defiendo en estos momentos. Por tanto, estas plazas tienen carácter formativo en este momento. Esta Orden de 1981 permite el acceso a la especialidad, en estas condiciones, a las personas que hayan iniciado su formación especializada antes del 1 de enero de 1980. Pero lo que no es admisible es que se deje ante un vacío legislativo y sin ninguna expectativa de poder acceder al título a las personas que iniciaron el desempeño de su profesión en el período de 1980 a 1984. Existen precedentes de la voluntad del Gobierno de regular esta situación, a todas luces anómala, y que se refiere, insisto, a un colectivo pequeño y aislado que, además, dadas las circunstancias en las que están desempeñando su puesto de trabajo, se están viendo expulsados día a día del mismo precisamente por no tener el título de especialista. Entre otras citas que se podrían reflejar, el día 30 de junio de 1992, en su comparecencia ante el Senado, el señor Gutiérrez Morlote expresaba la voluntad del Gobierno de desarrollar un real decreto que solucionara este problema.

Con todo lo dicho anteriormente creo haber argumentado suficientemente la existencia de un vacío legal al respecto, que es un colectivo delimitado, bien concreto el que está afectado por esta situación y que inició su desempeño profesional en momentos en los que el estatuto jurídico del personal médico abría expectativas hacia la obtención del título de especialista para este colectivo.

Por tanto, la proposición no de ley que he presentado insta al Gobierno a tomar medidas que resuelvan esta situación a todas luces injusta y que hace recaer las consecuencias de un vacío legislativo, de las cuales el Parlamento y el propio Gobierno es responsable, en cuanto a las expectativas profesionales y laborales de este colectivo.

La señora **PRESIDENTA:** A esta proposición no de ley se han presentado tres enmiendas: dos por parte del Grupo Parlamentario Vasco (PNV) y una del Grupo Socialista.

Para la defensa de las enmiendas del Grupo Nacionalista Vasco, tiene la palabra el señor Gatzagaetxebarría.

El señor **GATZAGAETXEBARRIA BASTIDA:** Efectivamente, nuestro Grupo Parlamentario ha presentado dos enmiendas a la proposición no de ley del Grupo Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya. A la hora de fijar posición sobre esa iniciativa, previamente diría que el planteamiento que hace Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya nos parece correcto en la medida en que existe un colectivo de profesionales médicos, concretamente los que se citan en la exposición de motivos, que son los médicos ayudantes de equipos quirúrgicos, los conocidos como «maequis», que disponían de una experiencia, de una formación, de un conocimiento de la profesión ya acreditado en el período temporal en el que se hace un corte en cuanto a la obtención del título de médico especialista, que es cuando entra en vigor el Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, que es el que regula con carácter general la obtención del título de médico especialista. Antes había colectivos que ya formaban parte del Instituto Nacional de Salud, incluso de instituciones concertadas, como acertadamente se expresa en la exposición de motivos de la proposición no de ley, que venían desempeñando unos puestos de trabajo en la sanidad, bien pública bien privada, con unos conocimientos específicos en cada unas de las diferentes áreas sanitarias.

Por tanto, a nuestro Grupo Parlamentario le parece oportuno que a este colectivo de médicos ayudantes de equipos quirúrgicos se les otorgue el título de especialista, que en la generalidad de los casos sería la especialidad de cirugía general, sin perjuicio de que quien haya desempeñado su labor profesional en puestos de trabajo muy específicos pueda adquirir también la titulación en otras especialidades, como podría ser la de pediatría o la de ginecología, pero con carácter general pensamos que sería la de cirugía general.

No obstante, nuestro Grupo Parlamentario ha planteado una enmienda para que, en el ámbito de la resolución parlamentaria, se incluyera no sólo al colectivo de ayudantes médicos quirúrgicos que tenían una formación adquirida a la entrada en vigor del Decreto 127/1984, sino también a aquellos otros que tenían una formación adquirida y espe-

cializada a la entrada en vigor de ese Decreto, es decir, a la misma fecha, y hay una lista ya facilitada y publicada por el Gobierno de especialidades, bien en medicina nuclear, bien en cirugía pediátrica, en urología, en oftalmología, etcétera. Por tanto, la situación de los médicos ayudantes de equipos quirúrgicos no es la única. El Gobierno, por la información que tengo, intenta poner en marcha —y así aparece en los diversos medios de comunicación, en recortes de prensa— el reconocimiento del título de especialista a los psiquiatras.

Por eso entendemos que lo procedente políticamente sería establecer un régimen de reconocimiento del título de especialista igualitario y respetuoso con la experiencia acreditada para el resto de los especialistas que ya tenían la formación a la entrada en vigor del Decreto de 1984, no para los posteriores, puesto que esos se regulan por un régimen jurídico diferente, que es el establecido por dicho Decreto 127/1984. Es un número elevado en función de la posición o de los intereses profesionales que se contemplen, pero es de justicia el proceder al reconocimiento del título a unas personas que ya tienen unos años de experiencia acreditada, a gente que tiene una experiencia en las diferentes especialidades de la sanidad y, por tanto, nuestro Grupo Parlamentario lo que plantea es que la iniciativa presentada por Izquierda Unida sea con carácter general.

Somos conscientes de que en este momento se pueden suscitar diversos problemas, y en base a la conversación que hemos tenido con la portavoz del Grupo Parlamentario Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya, estaríamos dispuestos a retirar la enmienda que hemos planteado en la medida en que avancemos, damos un salto importante con la regulación que se va a realizar mediante la resolución parlamentaria —si se aprueba— planteada por Izquierda Unida, ya que se va a instar al Gobierno para reconocer el título de especialista y, por consiguiente, dejaríamos para la posteridad la cobertura y la ampliación del reconocimiento del título a otras especialidades. En coherencia con ello, repito, retiraríamos la enmienda presentada y apoyaríamos la proposición no de ley del Grupo de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya.

La señora **PRESIDENTA:** Para la defensa de su enmienda, tiene la palabra la señora Sánchez Díaz, del Grupo Parlamentario Socialista.

La señora **SANCHEZ DIAZ:** Señorías, la proposición no de ley que acaba de exponer la portavoz del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya no puede ser aceptada por el Grupo Socialista en esos términos.

Nuestro Grupo Parlamentario ha presentado una enmienda de sustitución a dicha proposición basándose en los siguientes argumentos. Señoría, las dificultades para tener el título de especialista, de éste y de otros colectivos, derivan de que su acceso a la especialidad implicaría una disfuncionalidad clara con el sistema formativo consagrado por el Real Decreto 127/1984, ya iniciado, con anterioridad, por el Real Decreto 127/1984, ya iniciado, con anterioridad, por el Real Decreto 2.015/1978, de 15 de julio, que constituye su precedente inmediato, volviendo, de alguna manera, a esquemas de obtención del título que no sólo son contradictorios con dicha normativa, sino que se han considerado definitivamente cerrados por reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo.

Como muy bien ha expuesto la portavoz de Izquierda Unida, el sistema nacional de formación de médicos especialistas —llamado comunmente MIR— está considerado como un sistema de prestigio, que ha contribuido a la formación de especialistas de calidad gracias a que ha impuesto orden en las enseñanzas estableciendo criterios y requisitos de acreditación de las unidades docentes, y ha permitido el acceso equitativo a las plazas formativas por la configuración de la prueba nacional selectiva —examen MIR— que goza de la más alta credibilidad. Por tanto, la normativa española sobre las especialidades sanitarias culminó con la publicación del Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, regulando la obtención del título de médico especialista.

No obstante, dicho Real Decreto, en sus disposiciones transitorias, estableció los hechos y las condiciones que se consideran como verdaderos derechos adquiridos, iniciación de estudios realizados al amparo de la Ley de 1955 y disposiciones de desarrollo para la obtención del título de especialistas licenciados en medicina y cirugía, por lo que no ha existido, en ningún momento, vacío legal en cuanto a las especialidades médicas, no compartiendo, en este momento y anteriormente, los argumentos aquí expuestos por la portavoz de Izquierda Unida sobre vacío legal alguno.

Por otra parte, si desde el 1 de enero de 1986 son de aplicación las directivas comunitarias en el terreno de las condiciones para la obtención de los títulos de médicos especialistas, estas directivas son claras y establecen que los Estados miembros velarán porque la formación que permita la obtención de un diploma, certificado u otro título de médico especialista responda a la normativa en vigor.

No obstante, señorías, siendo el Ministerio de Sanidad y Consumo el más interesado en la profesionalidad de todos los sanitarios, en 1993 elaboró un proyecto de decreto con el objetivo de posibilitar la obtención del título de especialista a los ayudantes de equipo quirúrgico y médico-quirúrgico. Sin embargo, los distintos colectivos e instituciones a las que se les dio traslado del proyecto, formularon alegaciones que contenían importantes discrepancias respecto a la inclusión de los médicos ayudantes de equipo quirúrgico. Fundamentalmente se concretaban en el agravio comparativo que, en opinión de algunos, el Decreto constituía con respecto a los especialistas formados por la vía MIR y el posible incumplimiento de la normativa comunitaria en materia de formación de especialistas.

Además, se mostraba la disconformidad con que este colectivo se adhiera a un sistema de obtención del título por el ejercicio de funciones en unos puestos de trabajo que carecían de finalidad formativa, punto este muy importante.

Por otro lado, la ley de ordenación de las profesiones sanitarias nos permitirá un gran debate parlamentario próximamente, entre otros aspectos sobre el sistema de for-

mación especializada en ciencias de la salud, que determine un modelo definitivo para nuestro país, aportando, al mismo tiempo, soluciones para acabar con situaciones residuales que, por razones históricas diferentes, han determinado la existencia de un considerable número de facultativos que, con unas características laborales y profesionales muy diversas, tienen serias dificultades para acceder al título de especialista por el sistema hoy vigente.

En base a lo expuesto, el Grupo Parlamentario Socialista presenta la siguiente enmienda de sustitución: «El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a adoptar las medidas necesarias para definir, mediante la normativa correspondiente, los mecanismos necesarios para el reconocimiento de la actividad profesional de los médicos ayudantes de equipo médico y quirúrgico, como períodos formativos para el acceso al título de especialista.»

La señora **PRESIDENTA:** Tiene la palabra la señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTIN:** En primer lugar, quiero agradecer al Grupo Vasco (PNV) tanto la presentación de la enmienda como la comprensión de los motivos que me impedirían aceptarla, aun compartiendo el fondo de la misma.

Respecto a la enmienda del Grupo Socialista, y pese a la sorprendente defensa que ha hecho la Diputada portavoz, que en mi opinión no se corresponde con el contenido del texto, que como lo que se presenta en la enmienda entiendo que avanza en el sentido de la proposición no de ley yo he presentado, la acepto con mucho gusto.

La señora **PRESIDENTA:** ¿Grupos que desean fijar su posición? **(Pausa.)**

Por el Grupo Catalán (Convergència i Unió), tiene la palabra el señor Cardona.

El señor **CARDONA I VILA:** Voy a fijar la posición de nuestro Grupo Parlamentario en relación con esta proposición no de ley.

Anunciamos que vamos a apoyar esta iniciativa por la que el Congreso de los Diputados insta al Gobierno para que se adopten las medidas necesarias, mediante la normativa correspondiente (sin especificar cómo, ni de qué forma), para dar solución a un problema que tiene planteado un colectivo determinado de médicos que han hecho un gran servicio a la Seguridad Social y a sus instituciones.

Entendemos que dicha normativa tendría que contemplar no solamente a este colectivo de médicos que prestan su servicio en las instituciones de la Seguridad Social, sino que también debería afectar a los que trabajan en las demás instalaciones hospitalarias de cobertura pública, sea cual fuere la titularidad de dichas instituciones, porque todas, de hecho, colaboran en el sistema sanitario.

El Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, establece, en efecto, la forma de acceder al título de especialista en un sistema que consideramos que es el más adecuado, como es el MIR. Con esta proposición no de ley, no obstante, solucionamos el problema de este colectivo que antes de la entrada en vigor de dicho Real Decreto ya desarrollaba sus funciones de médicos ayudantes. Incluso entendemos que se podría ir más allá y preverse una vía de solución para aquellos otros que lo hicieran con posterioridad a dicha fecha y a los que, incluso en el año 1987, se les realizó un examen que superaron con suficiencia y que, más allá de la voluntad política de hallar una solución, se plantease de una forma concreta, fuere cual fuere esta vía.

Nuestro Grupo Parlamentario siempre ha tenido una cierta preocupación por esta cuestión. Baste recordar las iniciativas que en la anterior legislatura hemos intentado sin que se llegara entonces a una solución. Así, el Senador Bertrán presentó en la Cámara Alta una *pregunta* al Gobierno y una interpelación a la que siguió una moción de nuestro Grupo en mayo de 1990, incluso una comparecencia del Director General de Recursos Humanos y de Organización del Ministerio de Sanidad y Consumo, en aquel entonces el Doctor Gutiérrez Morlote, en la Comisión de Sanidad; yo mismo le planteé la cuestión y su respuesta fue que se quería llegar a una solución que ya se iniciaba con la preparación de un real decreto para los especialistas en psiquiatría. Por tanto, se trata de una cuestión que nosotros apoyamos con entusiasmo.

A la proposición no de ley se han presentado dos enmiendas que se acaban de comentar, una del Grupo Socialista, que difiere en el plazo de los dos meses, además de lo referente a los períodos formativos, que si hemos entendido bien ha sido aceptada por parte del Grupo proponente, el Grupo Federal de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya. La otra es la del Grupo Parlamentario PNV, que no ha sido aceptada, según hemos entendido. **(La señora Maestro Martín: Ha sido retirada.)** Ha sido retirada, cierto.

En cualquier caso, el texto de la resolución de esta proposición de hoy no predetermina en qué forma se pueden buscar esas medidas, aunque entendemos que es una vía que si no es la total y definitiva, sí es suficiente para iniciar la solución de un problema que afecta a un colectivo importante, más o menos numeroso, ya que es muy difícil saber a cuántas personas afecta, pero en cualquier caso sería importante aunque fuera mínimo.

La señora **PRESIDENTA:** Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Burgos.

El señor **BURGOS GALLEGO:** El problema que afecta a los médicos ayudantes de equipo quirúrgico interinos sin especialización, conocidos como «maeguis», es, sin duda, un problema importante. Son poco menos de 300 personas en estos momentos que desde antes del 31 de enero de 1984 trabajaban en las especialidades de otorrinolaringología, de oftalmología, de traumatología, de ortopedia, urología, ginecología y obstetricia y cirugía general en los centros de atención especializada del Insalud e instituciones homólogas en aquellas comunidades con transferencias sanitarias como ayudantes de equipo quirúrgico, y que en su gran mayoría estaban integrados en los servicios jerarquizados hospitalarios de sus áreas correspondientes.

Su vinculación con el Insalud no transferido y con los institutos de salud de las comunidades autónomas estaba regulada por contratos indefinidos y sujetos a la reglamentación del estatuto jurídico del personal médico. Cuando comenzaron a trabajar estas personas en esas plazas a finales de los años 70 y principios de los 80, la legislación vigente les permitía acceder, por un lado, a la titulación de especialista y, por otro, se baremaba también el tiempo de trabajo en las mismas, de igual manera que al resto de los interinos, lo que posibilitó que en su momento algunos ayudantes de este grupo se presentaran a concursos que en aquel tiempo se convocaban trimestralmente para plazas de medicina general y urgencias. Sin embargo, los cambios legislativos que se produjeron estando estas personas en activo no tuvieron en cuenta sus derechos adquiridos y se les privó de ambas posibilidades.

En estos momentos su situación profesional, ya se ha dicho, es ciertamente sombría. Sus plazas van a desaparecer en un período más o menos corto (en 1984 eran 2.000 personas, el año pasado eran poco más de 400, y en estos momentos poco menos de 300), y estas personas no pueden optar a ningún tipo de plaza fija ni en la asistencia primaria, ni en la asistencia especializada. Llevan ya diez años intentando negociar con la Administración una solución que hasta este momento no ha sido puesta en marcha.

Para el Partido Popular, la solución a este problema debería haberse basado en la redacción del Real-Decreto que configura precisamente el proceso de formación para acceder al título de médico especialista a través del sistema MIR, mediante una disposición transitoria establecida al efecto. No habiéndose producido de esta forma, es por lo que desde 1984 este colectivo sigue sin soluciones.

Hay que recordar que en el año 1992 se presentó una proposición no de ley en este Parlamento para solucionar este problema, proposición no de ley que fue votada favorablemente por todos los grupos parlamentarios sin que haya tenido hasta el momento ningún tipo de efecto. Como consecuencia de aquella proposición no de ley, sin embargo, sí elaboró el Ministerio un proyecto de Real-Decreto para regular aquella situación, pero la reacción de los MIR en mayo de 1993, con la convocatoria de una huelga, provocó la paralización, el 28 de mayo de 1993, de ese proyecto de real-decreto que prometía solucionar el problema por otra vía, la ley de ordenación de las profesiones sanitarias, que, por otra parte, se lleva prometiendo también desde hace mucho tiempo.

Hay que decir que es en este contexto donde se produce la proposición no de ley de Izquierda Unida, que trata de buscar una solución definitiva y que mi Grupo apoya, porque ya lo votamos favorablemente el año 1992 y porque la redacción de esa proposición no de ley, incluso con la enmienda incorporada, es perfectamente asumible.

Sin duda, a estos especialistas se les podría acreditar, no solamente por el período de formación, sino por la celebración de algún tipo de examen teórico-práctico, o incluso por la acreditación del número de horas que han estado trabajando como médicos ayudantes de equipo quirúrgico. Sin embargo, la solución que se propone es una de éstas, y perfectamente puede ser la que se establezca.

Sí me gustaría aprovechar la ocasión para aclarar que el Tribunal Supremo ha dejado perfectamente abierta la vía de acceso a la titulación especializada mediante real-decreto, no estando reservada a la ley la implantación de un sistema distinto al MIR que en estos momentos está vigente. El propio Ministerio se planteó, en enero de 1994, la promulgación de un Real-Decreto desbloqueando la actual situación, y me remito a las declaraciones de Luis Angel Carrasco, Director General de Ordenación Profesional, como consecuencia precisamente del respaldo del Tribunal Supremo a los cursos de nivelación para médicos generales implantado por una norma reglamentaria y que podría servir de base para buscar una solución de ámbito similar para los propios «maequis».

En definitiva, señora Presidenta, nuestro deseo es dar pronta solución a la problemática de este colectivo, que combina experiencia profesional, muchos años de servicio para la sanidad pública y una falta de reconocimiento por la Administración, en un contexto por otra parte favorable derivado de las directivas comunitarias. No vemos otra razón que la pasividad de la Administración en todos estos años para haber dado solución a este problema, y esperamos que la aprobación mayoritaria de esta proposición no de ley corra mejor suerte que la que en el año 1992 aprobó este mismo Parlamento y que la solución a este problema esté definitivamente al alcance de la mano.

La señora **PRESIDENTA:** Muchas gracias, señor Burgos. **(Rumores.)**

Señorías, si colaboran un poquito con su silencio, en breves momentos finalizaremos la sesión.

Terminado el debate de las proposiciones no de ley, vamos a proceder a las votaciones, pero previamente ruego a los portavoces de los grupos que comuniquen las sustituciones que se hayan producido en el día de hoy. **(Así lo hacen los portavoces de los diferentes grupos parlamentarios.)**

Vamos a proceder a las votaciones de las distintas proposiciones, según constan en el orden del día del que disponen sus señorías.

Votación de la proposición no de ley por la que se acuerda la comparecencia trimestral del Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo, previa remisión de un informe, para que dé cuenta de la ejecución de su presupuesto. Esta proposición no de ley ha sido presentada por el Grupo Popular.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 15; en contra, 20; abstenciones, una.

La señora **PRESIDENTA:** Queda rechazada.

Siguiente proposición no de ley sobre medidas para definir, en el plazo de dos meses, mediante la normativa correspondiente, los mecanismos de formación que permitan al colectivo de médicos ayudantes de equipo médico y quirúrgico acceder al título de especialista, presentada por el Grupo Federal de Izquierda Unida, en los términos de la aceptación de la enmienda presentada por el Grupo Socialista.

Efectuada la votación, dijo:

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

Proposición no de ley sobre responsabilidad profesional en la sanidad, presentada por el Grupo Parlamentario Popular. Voy a pasar a leer a SS. SS. cómo ha quedado finalmente la enmienda del Grupo Vasco (PNV), que ha sido aceptada, pero, a su vez, ambos grupos, proponente y enmendante, han llegado a una transacción de la propia enmienda de dicho Grupo Vasco (PNV).

La aceptación y la votación se produciría sobre la enmienda del PNV, que quedaría, insisto, como les voy a leer. En el punto 1.°, letra a), donde dice: «responsabilidad civil de los profesionales sanitarios», añadiríamos: «referente a la suscripción de una póliza de corresponsabilidad u otros mecanismos de cobertura entre las administraciones sanitarias y los profesionales».

Ha habido otra pequeña enmienda de adición, también a la propia enmienda del PNV, relativa al segundo punto, y quedaría: «Establecer una mesa de negociación con el Consejo General del Poder Judicial, la Organización Médica Colegial y...» —aquí se añade— «... el Consejo General de Colegios de Enfermería y las Administraciones Públicas...», etcétera. Es decir, incluiría en esa mesa de negociación al Consejo General de Colegios de Enfermería.

Por tanto, señorías, tal como queda la enmienda de sustitución del Grupo Vasco (PNV), a su vez con la transacción acordada por ambos grupos, vamos a proceder a la votación.

Efectuada la votación, dijo:

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

Proposición no de ley por la que se crea una ponencia especial en relación con el síndrome del aceite tóxico, presentada por el Grupo Parlamentario Catalán, con la aceptación de la segunda parte de la enmienda presentada por el Grupo Federal de Izquierda Unida.

Efectuada la votación, dijo:

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

Proposición no de ley por la que se insta al Gobierno para que elabore un plan de prevención y erradicación de enfermedades exóticas, del Grupo Parlamentario Popular.

La enmienda el Grupo Parlamentario Vasco (PNV) ha sido aceptada. Por lo tanto, la votamos en los términos de la presentación de la proposición, con la enmienda incorporada del Grupo Parlamentario Vasco (PNV).

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 15; en contra, 20; abstenciones, una.

La señora **PRESIDENTA:** Queda rechazada.

No falta ninguna proposición por votar, puesto que la del síndrome tóxico ha sido retirada por el Grupo Popular.

Señorías, finalizado el orden del día, se levanta la sesión.

Eran las tres y cinco minutos de la tarde.

Imprime RIVADENEYRA, S. A. - MADRID
Cuesta de San Vicente, 28 y 36
Teléfono 547-23-00.-28008 Madrid
Depósito legal: M. 12.580 - 1961