



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 1996

VI Legislatura

Núm. 134

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENTE: DON FELICIANO BLÁZQUEZ SÁNCHEZ

Sesión núm. 6

celebrada el martes, 17 de diciembre de 1996

Página

ORDEN DEL DÍA:

Comparecencia del señor Secretario General de Asistencia Sanitaria (Núñez Feijoo) para dar a conocer su plan de actuación en su área de responsabilidad. A solicitud del Grupo Socialista del Congreso. (Número de expediente 212/000185)	3648
Preguntas:	
— Aumento de gasto que supone la creación de las cuatro Direcciones Generales en el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD). Del señor Gutiérrez Molina (Grupo Parlamentario Popular). (Número de expediente 181/000106)	3665
— Diferencias entre los precios de venta al público en nuestro país y los de exportación de determinados principios activos. De la señora Maestro Martín (Grupo Parlamentario Federal Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya). (Número de expediente 181/000174)	3666
— Diagnóstico etiológico de carácter epidemiológico hecho del brote epidémico de neumonía habido en Alcalá de Henares (Madrid). De la señora Álvarez Gayol (Grupo Socialista). (Número de expediente 181/000228)	3666

Proposiciones no de ley:

- **Sobre oposición a la importación y comercialización de la soja (Roundup Ready). Presentada por el Grupo Parlamentario Mixto. (Número de expediente 161/000246) 3669**

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

— **COMPARECENCIA DEL SEÑOR SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA (NÚÑEZ FEIJOO) PARA DAR A CONOCER SU PLAN DE ACTUACIÓN EN SU ÁREA DE RESPONSABILIDAD. A SOLICITUD DEL GRUPO SOCIALISTA DEL CONGRESO. (Número de expediente 212/000185.)**

El señor **PRESIDENTE:** Señorías, buenos días a todos. Damos comienzo a la sesión de la Comisión de Sanidad y Consumo con la comparecencia de don Alberto Núñez Feijoo, Secretario General de Asistencia Sanitaria, para dar a conocer su plan de actuación en su área de responsabilidad. Es una comparecencia a petición del Grupo Socialista del Congreso de los Diputados.

Sin más preámbulos, tiene la palabra don Alberto Núñez Feijoo.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Núñez Feijoo): Buenos días. Muchas gracias, señor Presidente.

Señorías, en primer lugar, quiero manifestar mi satisfacción por encontrarme de nuevo ante ustedes y poder así exponer, a instancias del Grupo Parlamentario Socialista, el porqué y el para qué de la Secretaría General de Asistencia Sanitaria que tengo el honor y la responsabilidad de dirigir. En mi anterior comparecencia agradecía la oportunidad de poder debatir en el seno de esta Comisión un asunto tan importante como el proyecto de ley de presupuestos para 1997, y cifraba esta importancia en el hecho de que la aprobación de dicho proyecto, en lo que a sanidad se refiere, va a permitir profundizar en la consolidación del Sistema Nacional de Salud. Si importante son las cuentas del Estado, no debemos olvidar que las mismas no son otra cosa que la plasmación económica de todas las acciones que se van a llevar a cabo en el próximo ejercicio. Por ello considero importante la comparecencia del día de hoy, en la que no tengo que arropar mis palabras con cifras ni porcentajes que, aunque necesarios, no resultan en general muy atractivos, sino que podré realizar una exposición, a mi juicio y espero que al de sus señorías, más sanitaria, en la que utilizando como telón de fondo la intervención de presupuestos gire, sin embargo, en torno a los objetivos, a las líneas de actuación, a lo que se ha hecho, a lo que queda por hacer, en definitiva, a lo que los ciudadanos

van a poder percibir en relación a la asistencia sanitaria, cuyas partidas económicas ustedes ya conocen.

El 12 de junio, recién iniciada su responsabilidad al frente de este departamento, el Ministro de Sanidad y Consumo esbozó en esta misma Comisión la estrategia a seguir en esta legislatura, así como los objetivos y las grandes líneas de trabajo. Por esta razón hay cuestiones que no repetiré por no resultar reiterativo, poniendo mayor énfasis en aquellas que por sus características o por su impacto en el momento actual puedan requerirlo.

Antes de entrar en materia, quiero expresar el deseo de que mi presencia hoy aquí no sea exclusivamente un mero trámite parlamentario, sino que sirva, por el contrario, para, en la medida que sus señorías consideren, intercambiar opiniones y debatir serenamente sobre los intereses sanitarios de nuestra población, dentro de esta política de consenso de la que está —en mi opinión— dando muestras la actual Administración y, sin duda, los grupos parlamentarios, ayudando de una vez por todas a disipar ciertas inquietudes que al parecer permanecen y que yo creo sinceramente injustificadas. Es mi intención explicar el desarrollo que desde la Secretaría General de Asistencia Sanitaria se está realizando de la política anunciada en su día por el Ministro, por una cuestión metodológica adaptaré mi intervención a estas líneas de actuación, refiriéndome, en primer lugar, a los principios que promueven nuestra actividad en el ámbito de la asistencia sanitaria, en segundo lugar, a relatar las acciones ya emprendidas y, en tercer lugar, a acabar exponiendo los objetivos futuros a corto y medio plazo.

En cuanto a los principios de actuación, hemos de decir que los sistemas nacionales de salud, modelo sanitario vigente en nuestro país, poseen una serie de características básicas, entre las cuales podemos destacar la gratuidad, la universalidad y la equidad. Durante su corta andadura, nuestro sistema sanitario se ha convertido en un instrumento importante de cohesión social que es necesario mantener. Convencidos de ellos y siendo éste un principio incuestionable, nos propusimos como objetivo prioritario la identificación de los problemas, la cuantificación de los mismos y el diseño de aquellas medidas necesarias para reducir el impacto de las deficiencias detectadas, teniendo siempre presente que ninguna actuación, ninguna reforma debe cuestionar los atributos que caracterizan nuestro sistema público, es decir, el aseguramiento universal, la garantía de que los ciudadanos van a ser atendidos según sus necesidades. No obstante, reconociendo los beneficios de nuestro modelo sanitario, hemos de ser conscientes también de que la pervivencia del mismo está hipotecada a

una necesaria mejora de la eficiencia, puesto que el peso que el gasto sanitario posee en los Presupuestos Generales del Estado y su incremento exponencial, como consecuencia de factores sobre los que no es posible incidir (envejecimiento de la población, modificación de la morbi-mortalidad, desarrollo tecnológico, etcétera), obliga a revisar parcialmente los planteamientos actuales para encontrar soluciones más acordes con estas variables y que de alguna manera nos obligan a tomar una senda determinada.

No voy a demorarme en recordar que esta situación no se produce sólo en nuestro país, como todos ustedes, conocedores del sector sanitario, saben, sino que es una constante en todos los países desarrollados, aunque lo que sí hay que hacer es aplicar medidas concretas cuya factibilidad y efectividad sean indiscutibles en nuestro país en este momento.

Al hilo de lo anterior, y entendiendo que las medidas a adoptar deben de contar con el acuerdo y el compromiso de todos, me atrevo a recordarles que el Presidente del Gobierno en su discurso de investidura adquirió el compromiso de construir una ponencia para buscar el acuerdo de las reformas que garanticen la eficiencia del sistema sanitario público. Dicho compromiso, junto con el acuerdo unánime de todos los grupos de esta Cámara, son la causa de que sus señorías estén trabajando en la ponencia para avanzar en la consolidación del Sistema Nacional de Salud, mediante el estudio de las medidas necesarias para garantizar un marco financiero estable y modernizar el sistema sanitario manteniendo los principios de universalidad y equidad en el acceso. Quiero aprovechar la ocasión de encontrarme entre sus señorías para sinceramente agradecerles el interés y el esfuerzo mantenido que todos los grupos parlamentarios están haciendo por la buena marcha de los trabajos de la ponencia. Sepan que todos los responsables sanitarios del país, no sólo los de la Administración general del Estado, se lo agradecemos. Tienen en sus manos la posibilidad real de asegurar el Sistema Nacional de Salud en el siglo XXI.

A continuación intentaré expresarles diez principios básicos en los que creemos deben descansar las actuaciones de la actual Administración sanitaria. Lejos de ser ocurrencias originales, por motivos obvios, la mayoría de ellas beben en las fuentes que a nuestro juicio emanan rigurosidad, experiencia y equilibrio. Así, el primer principio es que la sanidad es uno de los servicios más paradigmáticos del Estado de bienestar, y por tanto comparte con éste los factores de crisis financiera, disminución de la eficacia y pérdida del soporte social. De ahí la necesidad de acometer las actuaciones necesarias para su consolidación.

El segundo principio es que considerar los servicios sanitarios desde la vertiente del gasto es un error conceptual grave. La inversión en sanidad genera riqueza y garantiza, soporta y mantiene a un país en la posibilidad de competir con los demás.

El tercer principio es que los propietarios del Sistema Nacional de Salud son los ciudadanos. Los esfuerzos y sus familiares son los usuarios, pero también son usuarios las personas sanas que son atendidas en los servicios de promoción y prevención de la salud.

El cuarto principio es que en cualquier sistema de salud el médico ocupa el lugar central, aunque ha de valorarse justamente el papel creciente de la enfermería. Es al médico al que le corresponde decidir el tratamiento farmacológico o quirúrgico, las pruebas diagnósticas, el ingreso, el alta, etcétera. Hemos de conseguir, pues, que el médico se sienta responsable no sólo ante el enfermo sino también ante el sistema.

El quinto principio es que las reformas que se están llevando a la práctica actualmente se basan en promover la competencia gestionada entre los distintos proveedores de servicios sanitarios. En el futuro, sin abandonar aquélla, hemos de considerar también lo que los autores denominan asistencia gestionada. Ésta consiste en alentar a los médicos y al personal de enfermería a elegir la forma de tratamiento más económica dentro del mismo nivel de eficacia y, por supuesto, de calidad.

El sexto principio es que el gasto sanitario en España, dentro del marco internacional, se encuentra en niveles razonables. Estamos por encima de Portugal, de Grecia y de Irlanda, sensiblemente por debajo de Italia, Bélgica y Alemania, y claramente por debajo de Francia, Canadá, Suiza y Estados Unidos. Sin embargo, el gasto sanitario público en España, con el 80,5 por ciento, está por encima de la media de los países de la Unión Europea.

El séptimo principio es que es atípico y desmesurado el porcentaje del gasto farmacéutico en España dentro del gasto sanitario total. En 1995 este gasto supuso el 22 por ciento de todo el gasto sanitario, frente al 18 por ciento en Alemania, el 13 por ciento en Bélgica, el 12 por ciento en Francia y el 11 por ciento en el Reino Unido. Si comparamos el porcentaje de crecimiento del gasto farmacéutico con el porcentaje de crecimiento del PIB también nos reafirmamos en lo dicho. En 1995 el PIB crecía el 7,3 por ciento y la factura farmacéutica lo hacía en el porcentaje del 11,53 por ciento; en 1996 tampoco bajará del 12 por ciento la factura farmacéutica. Y todo ello a pesar de que los precios de los medicamentos españoles son de los más bajos de Europa. En paralelo con este crecimiento del gasto farmacéutico, la aportación de los beneficiarios es la más baja de Europa: del 19 por ciento que representaba en 1981 estamos ya en el 8,8 por ciento en 1996, frente al 20 por ciento en Grecia, Dinamarca y Francia, el 15 por ciento en el Reino Unido y el 12 por ciento en Italia.

El octavo principio es que analizar el sistema sanitario es analizar las relaciones entre los financiadores, los proveedores y los usuarios. Es necesario, por tanto, que las estructuras de la Administración sanitaria respondan a esta consideración.

El noveno principio es el relativo a que el funcionamiento de los centros sanitarios es fundamentalmente administrativo. La organización obedece a controles formales, en los cuales es absolutamente irrelevante el hecho de que se consiga el objetivo pretendido, en contraposición a la lógica que tienen las organizaciones de servicios basadas en los resultados.

Y el último principio es que los agentes sociales son clave en la organización y resultado de los servicios sanitarios, donde en su estructura de costes algo más del 50 por

ciento son gastos de personal y todo el resto (20 por ciento de gasto farmacéutico, 25 por ciento de material y suministros), salvo el 3 o el 4 por ciento destinado a inversiones, todo el resto es controlado directamente por los propios profesionales. Es legítimo pedir a los agentes sociales que en sus actuaciones separen nítidamente su papel de portavoces de los usuarios del de representantes de los intereses de los trabajadores del propio sistema.

Si en diez hemos agrupado los principios básicos de actuación de la actual Administración sanitaria, también en diez podemos resumir las actuaciones implementadas en estos ocho meses de gestión. Todas ellas encuentran apoyo en los principios básicos explicitados.

La primera actuación es la referida a la estructura orgánica del Ministerio y del Insalud, que sin duda descansa en una mayor diferenciación de los roles de autoridad, que corresponden al Ministerio, de compra, que corresponde al Insalud, y de provisión de servicios, que corresponde a las gerencias de atención primaria y atención especializada. La diferenciación entre compra y provisión se verá más acentuada en los pactos de actividad y presupuestos que estamos negociando para 1997 entre los responsables del Insalud y las gerencias, en los que por primera vez aparecerá el concepto de subvención a la explotación en aquellos centros en los que sus gastos sean superiores al valor de la actividad asistencial que realizan.

La segunda actuación es la próxima estructura orgánica de los servicios periféricos del Insalud, creando las direcciones territoriales en cada comunidad autónoma, en una apuesta por conformar compradores de servicios sanitarios en los ámbitos territoriales y por preparar adecuadamente las inevitables y absolutamente necesarias transferencias a las comunidades autónomas.

La tercera línea de actuación la anticipó el Ministro de Sanidad en su primera comparecencia en las dos Cámaras, manifestando que la prioridad básica de su departamento era la consolidación del actual Sistema Nacional de Salud. Dicho compromiso se manifiesta en los presupuestos sanitarios de 1997, que evolucionarán al PIB: 6 por ciento de crecimiento frente al 2,4 por ciento de los Presupuestos Generales del Estado. El capítulo de inversiones decrece en los Presupuestos Generales del Estado en el entorno del 13 por ciento y, sin embargo, se incrementa un 10 por ciento en los presupuestos del Insalud. Pero lo que es más destacable es que 1997 será el primer año en el que las tres medidas estructurales que ha adoptado el Gobierno —y se las recuerdo a todos ustedes—: la congelación salarial, que supone una disponibilidad para el Sistema Nacional de Salud de 44.000 millones de pesetas, el Real Decreto de márgenes en oficinas de farmacia y distribuidores, que representa otra disponibilidad adicional del entorno de 22.000 millones de pesetas, y el nuevo pacto con Farmaindustria, que supone, de mantenerse la constante de crecimiento, una disponibilidad adicional entre 4.000 y 5.000 millones de pesetas. Estas tres medidas estructurales, que suman 70.000 millones, se han mantenido dentro del Sistema Nacional de Salud y no se han aplicado a reducir el déficit público, como ha ocurrido en 1994.

La cuarta línea de actuación es la referida a que se recuperó la financiación pendiente de 1994, 1995 y 1996, que se le estaba negando a los servicios sanitarios de las comunidades autónomas gestionadas por el Insalud. Así, de los años 1994 y 1995 estaban incorporaciones pendientes en el Ministerio de Economía y Hacienda, que debían producirse de conformidad con los acuerdos de financiación, cifradas en unos 18.000 millones de pesetas. También el Real Decreto 1/1996, de prórroga del presupuesto de 1995, que aprueba el crédito extraordinario para el escenario de financiación de los servicios sanitarios del país, no contemplaba créditos por importe de 4.594 millones de pesetas, que le corresponderían, de acuerdo con el porcentaje de participación de población, al Insalud. A fecha de hoy, pues, de estas partidas de 18.000 y 4.594, que suman alrededor de 22.500 millones de pesetas, pendientes de incorporar, ya se han generado 19.500, y los 3.000 restantes esperamos su generación en los próximos meses. Asimismo se detectaron 1.255 millones contraídos sin financiación, como desviación pura del ejercicio de 1995. También se detectó, y tuve la ocasión de ponerlo en conocimiento de todos ustedes, en base a la evolución de los primeros meses del año, en capítulos I y II y gasto farmacéutico, una previsión de desviación que situábamos entre 21.000 y 23.000 millones de pesetas para este ejercicio 1996. Y asimismo se detectaron reclamaciones pendientes por parte de los suministradores, referidas a ejercicios anteriores y a intereses de demora por retrasos en los pagos, cifradas en unos 10.600 millones de pesetas.

La quinta línea de actuación es la que hace referencia al trabajo en la contención y racionalización del gasto farmacéutico. Todos ustedes saben que en sólo dos meses se llegó a un nuevo acuerdo con la industria que supone, a niveles de crecimiento mantenido, unos retornos superiores del pacto anterior, alrededor de 9.000 millones de pesetas en dos años. También saben ustedes que por primera vez se está tramitando un decreto de márgenes, al no ser ratificado por todos los colegios provinciales de farmacéuticos el acuerdo alcanzado con el Consejo General de Colegios de Farmacéuticos en el mes de agosto. E igualmente se asumieron compromisos, y se siguen asumiendo compromisos, de realizar una política farmacéutica integral, donde se haga especial énfasis en el fomento de los genéricos y en los precios de referencia, ambas cuestiones ya incluidas en los proyectos de ley de acompañamiento de los presupuestos; también en la creación de un tercer grupo de medicamentos atendiendo a su menor relevancia terapéutica, y en la potenciación de los sistemas de información del consumo por paciente.

Les puedo anunciar con satisfacción que en el día de ayer hemos presentado ante los medios de comunicación un proyecto piloto que ha venido ensayándose con éxito en un centro de salud de Madrid, desde hace más de 3 semanas, que permite mediante una etiqueta adhesiva en cada receta identificar al paciente, al médico y al puesto de trabajo, consiguiendo así por primera vez en el país un sistema de información farmacéutica por paciente a través de la utilización efectiva de la tarjeta individual sanitaria y, a la vez, desburocratizar en buena medida el trabajo del mé-

dico. El citado proyecto, que garantiza en todo caso el cumplimiento de la actual normativa sobre receta médica, incluye la incorporación mecanizada de los siguientes datos de consignación obligatoria: apellidos y nombre del paciente, código de identificación del paciente, año de nacimiento, tipo de usuario y código de colegiado junto con el código de identificación de la asistencia sanitaria.

La sexta actuación, a la que creo que debo referirme, es la aprobación del Real Decreto-ley 10/1996, sobre habilitación de nuevas fórmulas de gestión en el ámbito del Instituto Nacional de la Salud. Por primera vez un Gobierno central se atreve a ampliar las fórmulas de gestión de los centros sanitarios previstas en la Ley General de Sanidad. Este real decreto-ley es una apuesta decidida y firme por dotar a las instituciones sanitarias públicas, manteniendo íntegramente el carácter público de tales instituciones, de diferentes formas organizativas: entes de Derecho público, empresas públicas, fundaciones o consorcios. El texto que ha salido de esta Comisión, ante la que comparezco, ha mejorado sin duda el texto inicial y profundiza aún más en los principios enunciados. Así, queda claro y se explicita en el propio texto del real decreto, de artículo único, que se hace en interés de garantizar y preservar su condición de servicio público; queda claro también que las entidades admitidas en Derecho deben ser en todo caso entidades públicas; y queda claro, en definitiva, el interés y el espíritu de este real decreto, que no es otro que dotar de herramientas de gestión a los centros sanitarios públicos del país.

Otra de las cuestiones en desarrollo de este real decreto es la aprobación de la constitución de las fundaciones hospital de Manacor y hospital de Alcorcón, al ser éstos los dos únicos centros pendientes de entrar en funcionamiento en este momento. Las principales características de los estatutos de estas fundaciones son las siguientes: Primero, el hecho de que el acuerdo de constitución y aprobación de estatutos haya sido adoptado por el propio Consejo de Ministros evidencia el interés en otorgar la máxima seguridad jurídica a dicha decisión. Las fundaciones se crean con carácter permanente, teniendo condición de beneficiario el colectivo indeterminado de personas que requieran asistencia sanitaria. Su determinación y el alcance de las prestaciones sanitarias serán las que en cada momento establezca la legislación vigente para todos los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud. El órgano de gobierno de la fundación estará presidido, al menos en un primer momento, por el máximo responsable del Insalud, quedando no sólo asegurada la titularidad pública de la fundación sino también que el patronato esté dirigido por cargos públicos. El presupuesto anual de la fundación será remitido, como el resto del presupuesto del Insalud, al Ministerio de Economía y Hacienda, a efectos de su integración en los Presupuestos Generales del Estado. En la adquisición de bienes, servicios y ejecución de obras se ajustará a los principios de publicidad y libre concurrencia. La actividad económica y patrimonial estará sometida al Plan general de contabilidad pública y al control financiero ejercido por la Intervención General de la Seguridad Social, sin perjuicio de las competencias que correspondan al Tribunal de

Cuentas. En cuanto a la contratación de personal será preceptiva la aplicación de los principios de mérito, capacidad y publicidad. Ahondando en esta decisión, en el proyecto de ley que acompaña al de presupuestos se incluye una disposición que anima al personal sanitario a prestar sus servicios en los nuevos centros dotados de personalidad jurídica, garantizándoles durante tres años la vuelta a su régimen estatutario mediante la reserva de un puesto de trabajo.

La octava actuación, que me atrevo a exponerles, es que hemos intentado reforzar el principio de equidad con el plan de choque de reducción de la lista de espera. La lista de espera, como todos conocen, es uno de los problemas más importantes de los sistemas sanitarios. Aunque hay que reconocer, sin duda, que las mismas son consustanciales con sistemas sanitarios como el nuestro y que la desaparición total de los tiempos de demora es algo inalcanzable, no obstante, parece razonable minorar los mismos al máximo, sin entrar en cuestionamientos sobre la importancia mayor o menor de los procesos clínicos.

Centrados nuestros esfuerzos en intentar paliar, en la medida de lo posible, el problema de los tiempos de espera, se diseñó un plan de choque que entró en funcionamiento en julio del presente año. Dicho plan tenía como objetivo, a 31 de diciembre de 1996, que no hubiera en el ámbito del Insalud ningún paciente en espera quirúrgica de más de un año. A 30 de junio teníamos identificados 53.822 pacientes que estaban incluidos en lista de espera quirúrgica con anterioridad al 31 de diciembre de 1995. El plan se cimentaba sobre cuatro puntos fundamentales: incremento de la actividad quirúrgica en la jornada ordinaria en los centros propios, autoconcertación regulada en horario de tarde en centros propios, incremento de la actividad concertada y utilización de centros públicos de apoyo. El operativo del plan establecía, en primer lugar, incrementar la producción quirúrgica en jornada ordinaria. Posteriormente, y sólo conseguido lo anterior como requisito *sine qua non*, se valoraba la posibilidad de establecer la autoconcertación con los facultativos del propio centro en jornada de tarde. Y asimismo se valoraba también, como complemento de lo anterior, la derivación de enfermos a centros públicos, considerados de apoyo o monográficos, para la reducción de la lista de espera. Solamente agotadas las tres vías anteriores se procedía a la concertación, realizándose la misma a través del procedimiento que fijaba la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas por la modalidad de pago por proceso. Los resultados obtenidos hasta el momento son, en nuestra opinión, satisfactorios en un grado alto, y de ellos hemos informado periódicamente. De julio a noviembre se han intervenido 42.143 enfermos. Quedaban ya, a 30 de noviembre, 11.679 enfermos por ser intervenidos, lo que nos permite prever que a finales del año puede alcanzarse el objetivo planteado. Pero me gustaría incidir en un aspecto que considero significativo, como es que el 60 por ciento del total de las intervenciones realizadas en el plan de choque se ha conseguido mediante el incremento de la actividad ordinaria. El porcentaje restante, el 16 por ciento, a través de la jornada de tarde en los hospitales, y el 7 por ciento en hospitales públicos de

apoyo. Por consiguiente, el 83 por ciento de las intervenciones se han podido realizar incrementando la rentabilidad social de los centros públicos, resultando sólo necesario en un 17 por ciento acudir a centros concertados.

La novena actuación es la referida a que somos conscientes de que la mayor dificultad no está en aperturar los nuevos centros otorgándoles personificación jurídica propia, sino en iniciar un proceso de transformación gradual para aquellos que están funcionando, y hemos apostado por la elaboración de lo que ya conocen ustedes como plan estratégico del Insalud, como un documento guía de nuestra actuación en los próximos años que esperamos presentar al Ministro en el primer trimestre de 1997.

Por último, he de hacer referencia a los planes de inspección y evaluación que, en nuestra opinión, persiguen una mejor distribución de los recursos sanitarios. Se aprobó y se está cumpliendo un plan de inspección y evaluación centrado en cuatro apartados: prestación farmacéutica, evaluación de la asistencia sanitaria, incapacidad temporal y salud laboral y gestión de riesgos. Desde el año 1994 no se había aprobado un plan que de forma integrada recogiera todas las actividades de la inspección sanitaria. La inspección de la prestación farmacéutica, fundamental para garantizar la gestión adecuada de los recursos, se ha desarrollado mediante la revisión de ocho millones de recetas correspondientes, entre otros programas, al análisis de las prescripciones de 1.300 facultativos, 700 máximos prescriptores y 600 hiperprescriptores con recetas de pensionistas. La evaluación del cumplimiento de objetivos en materia de asistencia sanitaria se está llevando a cabo mediante la realización de auditorías sobre los sistemas de información de los contratos programas, tanto en el ámbito de la atención primaria como de la atención especializada. La garantía del acceso y uso adecuado de las prestaciones sanitarias y la salud laboral se ha realizado mediante la puesta en marcha de un plan de actuación integrado en el plan de inspección y control de la incapacidad temporal. Finalmente, la detección, prevención, valoración y financiación de riesgos que originan responsabilidad civil o patrimonial de la Administración sanitaria se realiza a través de la gestión de la póliza de responsabilidad civil vigente ya en mayo en el ámbito del Insalud. Este plan, iniciado en 1996, está empezando a dar resultado y se prevé un desarrollo extenso y amplio para 1997, con objetivos más ambiciosos y alcanzables.

Si hasta aquí me he referido a los principios de actuación de esta Secretaría General, y también a las actuaciones ya iniciadas, en este último apartado de mi intervención me referiré a los objetivos para el próximo año y, en algunos casos, esbozaré los objetivos para toda la legislatura. Agrupamos los objetivos en seis apartados: tecnologías de la información, atención primaria, atención especializada, coordinación entre la atención primaria y especializada, política de conciertos y política de recursos humanos.

Respecto a objetivos en tecnologías de la información, dentro del plan estratégico del Insalud al que me refería anteriormente, se está confeccionando el plan de tecnologías de la información. Dentro de este plan se ha procedido, en

primer lugar, a un diagnóstico de la situación actual y, a continuación, a plantear las líneas de actuación futuras. El diagnóstico de la situación actual refleja lo siguiente. La infraestructura de comunicaciones internas de los centros y entre ubicaciones distintas es reducida e inadecuada. Aproximadamente la mitad de los centros sanitarios de atención especializada no disponen de ningún tipo de cableado, y en la mayoría de los casos en que sí lo poseen, éste no permite la incorporación de tecnologías emergentes. Se carece de un sistema corporativo global de transmisión de información entre centros, tanto administrativos como sanitarios. El equipamiento informático de los centros sanitarios adolece de una falta de normalización y homogeneización. Las aplicaciones informáticas tienen desigual grado de cobertura, un inadecuado nivel funcional, una falta de integración entre ellas y un incorrecto posicionamiento tecnológico. El Ministerio de Sanidad y Consumo es el que menor porcentaje tiene de personal informático frente al personal total de toda la Administración del Estado: un 0,22 por ciento del Ministerio de Sanidad y Consumo frente a un 1,37 por ciento en la media de la Administración del Estado y un 10,62 por ciento del Ministerio de mayor ratio. El Ministerio de Sanidad y Consumo es el que menor ratio de gasto informático tiene frente al gasto total de toda la Administración del Estado: un 0,3 por ciento frente al 1,61 por ciento de media de los demás ministerios.

Para afrontar las carencias expuestas anteriormente, el Insalud desarrollará a lo largo de la presente legislatura, las siguientes líneas de actuación. La potenciación de los sistemas de información mediante la implantación de aplicaciones informáticas que integren tanto los diferentes niveles de operaciones como de gestión y apoyo a la toma de decisiones. El diseño y puesta en funcionamiento de una red de comunicaciones para el entorno sanitario que proporcione los servicios globales de transmisión de información, correo electrónico, acceso a Internet y videoconferencia. La definición de un centro de atención a los usuarios que se plantea a dos niveles, un nivel global de atención que debe abarcar todo el territorio de competencia del Insalud y un nivel territorial en el que el servicio ofrecido se proporcionará a los centros de las respectivas comunidades autónomas. Tanto la red sanitaria de datos como el centro de atención a usuarios serán definidos considerando las futuras transferencias en materia de asistencia sanitaria a las comunidades autónomas. El establecimiento y dotación de un programa presupuestario creciente que permita desarrollar las líneas de actuación anteriormente expuestas. En concreto, el presupuesto informático para 1997 ascenderá a 3.400 millones de pesetas, lo que ha supuesto un incremento del 139 por ciento frente a los 1.458 millones de 1996.

Por lo que se refiera a los objetivos de atención primaria, he hecho la siguiente diferenciación: objetivos que se refieren a la mejora del dispositivo, los que se refieren a la mejora de las prestaciones y a la calidad, los que se refieren a las herramientas de gestión y los que se refieren a la racionalización del gasto farmacéutico.

En los referidos a la mejora del dispositivo hemos de citar el incremento de la cobertura por equipos de atención

primaria. Se ha demostrado ampliamente la mejora en este nivel de atención, sin que esto signifique que no haya que realizar ajustes en el sistema retributivo para hacerlo más capitativo y menos funcional. Durante 1996 este modelo dará cobertura al 82 por ciento de la población, estando previsto que en 1997 la misma alcance el entorno del 93 por ciento. Con esta previsión prácticamente estará implantado el nuevo modelo de atención primaria, quedando para años sucesivos la constitución de 40 equipos. Respecto a la construcción de centros de atención primaria, se concluirá la construcción de 36 centros, se terminará la reforma y ampliación de 3 más, se continuarán las obras en 7 y se iniciará la construcción de 15. La inversión en edificaciones tiene su importancia, sin duda, de mantenerse, como es nuestro deseo, esta tendencia, al Insalud le restaría la construcción de 76 edificios para completar la infraestructura del cien por cien del modelo. De estos 76 nuevos edificios 23 ya cuentan con proyecto de redacción finalizado, 33 están pendientes de iniciar el correspondiente proyecto, y sólo en los 20 restantes no se ha realizado actuación alguna al carecerse hasta la fecha de solar adecuado para dicha finalidad. Pretendemos ampliar el Servicio 061 a todas las comunidades autónomas. Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la gestión de urgencias y emergencias con la implantación de este servicio, nuestro compromiso es que a finales de la legislatura todo el territorio y población del Insalud esté cubierto por el Servicio 061. Es decir, por una central médica de urgencias y de emergencias abierta las 24 horas del día, los 365 días del año, a la que cualquier ciudadano desde su teléfono podrá solicitar asistencia médica efectiva e información sanitaria. Como saben ustedes, actualmente sólo en dos comunidades autónomas existe dicho servicio.

En lo referido a la mejora de las prestaciones y de la calidad puedo explicitarles los siguientes objetivos. Un incremento de la cobertura de la cartera de servicios entre un 5 y un 10 por ciento en todas las áreas. Es decir, se va a atender entre un 5 y un 10 por ciento más de población susceptible de ser tributaria de cada una de las prestaciones contenidas en la cartera de servicios de atención primaria: programa de atención al niño sano, programa de atención a la mujer, etcétera. También para 1997 pretendemos incrementar entre un 5 y un 10 por ciento la cobertura de los servicios de prevención: detección precoz del cáncer de mama, hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiovasculares. Pretendemos incrementar también el porcentaje de consultas de tarde hasta un 5 por ciento. Pretendemos mejorar los tiempos de espera para consulta del médico general y del pediatra (el 80 por ciento de la población esperará menos de 15 minutos), junto a un incremento en los tiempos de dedicación de consulta: en medicina general superior a 6 minutos y en pediatría a 8. Pretendemos, en el ámbito de la atención primaria, realizar procesos quirúrgicos previamente tipificados e incluidos en la cartera de servicios de la atención primaria, tratándose de procesos quirúrgicos de poca entidad, realizados con anestesia local, siempre que sean de corta duración, tales como heridas cutáneas, abscesos cutáneos, etcétera, lo que permitirá traer los mismos de las programaciones quirúrgicas de

atención especializada, pudiendo así prestar este servicio a los ciudadanos en un menor tiempo. Pretendemos desde la atención primaria favorecer el alta precoz hospitalaria de determinados procesos quirúrgicos. Esta nueva actividad permitirá una mejor utilización de los recursos hospitalarios, toda vez que los profesionales de atención primaria garantizarán la continuidad de los cuidados postoperatorios en el domicilio de los pacientes.

Por lo que se refiere a las mejoras en las herramientas de gestión en el ámbito de la atención primaria he de señalarles tres: En 1997 se acabará la extensión al cien por cien de la tarjeta individual sanitaria. Mejoraremos los mecanismos de asignación de recursos con la base poblacional de la tarjeta individual sanitaria, ajustando así la financiación de los centros en relación a la población adscrita y no a la dinámica existente con anterioridad. Intentaremos mejorar los sistemas de información, imputando en el cien por cien el gasto de farmacia en función de la unidad de provisión, es decir, en función de cada equipo de atención primaria, y no como se viene haciendo hasta la fecha, en función de la Gerencia de atención primaria y, por tanto, de la suma de los equipos que conforman dicha gerencia.

En materia de racionalización del gasto farmacéutico en la atención primaria he de señalarles las siguientes líneas de actuación: Desarrollo y difusión de al menos tres protocolos coordinados en las patologías más prevalentes en el 70 por ciento de las áreas sanitarias, elaborados conjuntamente entre facultativos de atención primaria y atención especializada. Desarrollo y difusión en el 70 por ciento de las áreas de anexos en las guías farmacoterapéuticas de los hospitales, adaptadas a las necesidades de atención ambulatoria especializada. Se instalará una experiencia piloto que permita conocer el consumo farmacéutico a nivel de principio activo y dosis diaria. Pretendemos establecer en 20 provincias pactos entre los profesionales y los colegios farmacéuticos para la instauración de políticas locales que favorezcan la opción por la prescripción de la especialidad farmacéutica más barata, evidentemente entre aquellas que tengan la misma composición. Facilitaremos al cien por cien de los facultativos especialistas sus perfiles de prescripción para que conozcan las posibles desviaciones en relación con la guía farmacoterapéutica, pudiendo así ajustarse a la misma. Pretendemos analizar las prescripciones realizadas en el 50 por ciento de las residencias de tercera edad para detectar posibles incorrecciones. Además, lógicamente, el proyecto ya explicitado de identificación del paciente.

Por lo que se refiere a los objetivos de atención especializada, los dividimos a su vez en seis apartados: la mejora de la red hospitalaria, la mejora de las prestaciones, la mejora de las herramientas de gestión, la mejora de la calidad, la racionalización del gasto farmacéutico y demás productos sanitarios y la atención al Sida.

En cuanto a la mejora de la red hospitalaria, nuestro objetivo general para la legislatura es que los presupuestos de inversión en el Insalud crezcan en estos cuatro años un 40 por ciento, y que este crecimiento incida más en las comunidades autónomas donde hemos advertido más desequilibrio en gasto e infraestructura, comunidades autónomas

que son Castilla y León, Castilla-La Mancha, Extremadura y Baleares. Así, en 1997 este objetivo hemos podido cumplirlo, creciendo un 10 por ciento las inversiones en su globalidad y un 20 por ciento en lo que se refiere a la atención especializada. Para el próximo ejercicio se iniciará la construcción de cuatro nuevos hospitales, en Valladolid, Ciudad Real, Calahorra y el Royo Villanova en Zaragoza, este último en cofinanciación con la Diputación General de Aragón para concluir la segunda parte de la reforma. También en 1997 estaremos aperturando ya otros nuevos cuatro hospitales, el San Pedro en La Rioja, en Albacete, en Manacor y en Alcorcón. Se iniciarán importantes obras de remodelación o se contratarán, en su caso, los correspondientes proyectos referidos a 13 hospitales: Manzanares, Ávila, Zamora, Plasencia, Cartagena, Virgen de la Arrixaca, Puerta de Hierro, Santa Cristina, en Madrid, Traumatología del Miguel Servet, Valle del Nalón en Asturias, León, Burgos y Segovia. Igualmente se va a continuar con obras de remodelación importantes, iniciadas en este ejercicio o en años anteriores, afectando a 16 hospitales: Huesca, el Clínico de Zaragoza, el Marqués de Valdecilla, Consultas del Hospital de Albacete, Nuestra Señora de Alarcos en Ciudad Real, Valdepeñas, Aranda de Duero, Clínico de Salamanca, Mérida, Naval Moral de la Mata, San Pedro de Alcántara en Cáceres, la Arrixaca en Murcia, la Fuenfría, Lavandería de Mejorada del Campo, La Paz y el Hospital Clínico de Madrid.

En cuanto a la mejora de las prestaciones, nosotros creemos que incrementar la actividad es legitimar claramente la rentabilidad social de los centros sanitarios públicos del país. Por esto en 1997 pretendemos realizar 53.667 ingresos más que en 1996, lo que supone un 4,7 por ciento; pretendemos también realizar 428.000 estancias más que en 1996, lo que supone un 4,3 por ciento; pretendemos realizar 44.500 intervenciones quirúrgicas más que en 1996, lo que supone un incremento del 7 por ciento, y también 400.000 consultas externas más, lo que supone un 5 por ciento. También pretendemos aumentar las alternativas de la hospitalización convencional. En todos los países de nuestro entorno se está demostrando la eficacia de establecer unidades en las que se presten los servicios sanitarios necesarios sin que los pacientes tengan que permanecer hospitalizados. Por ello nuestro compromiso es incrementar un 15 por ciento el número de procesos de cirugía mayor ambulatoria, crear entre 10 y 12 unidades de cuidados paliativos, aumentar en un 10 por ciento el número de puestos de atención en los actuales hospitales de día, hospitales de día oncológicos, psiquiátricos, Sida y geriátricos, y extender a todas las áreas la hospitalización a domicilio a través de los equipos de atención primaria. Pretendemos proseguir en la reducción de los tiempos de demora, porque creemos que esto garantiza el principio de equidad en el acceso a los servicios sanitarios públicos. Por lo tanto, vamos a proseguir con el programa de disminución de los tiempos de demora y, si realizamos la actividad prevista, nos podemos comprometer en establecer un tiempo de demora media inferior a 100 días. Como ustedes recuerdan, en julio de 1996 el tiempo de demora media estaba en 207 días, por tanto pasaremos de los siete meses a

los tres meses a finales de 1997. Además, debo significar que asumimos el compromiso de que ningún paciente tenga una demora máxima superior a nueve meses. Se determinarán los tiempos máximos en cinco de los procesos más frecuentes, en cataratas, en coledolitiasis, en hiperplasia prostática, en el mioma uterino y en osteoartrosis, con el compromiso de fijar una demora máxima a partir de la cual el propio centro o la propia dirección provincial estarán obligados a facilitar una solución terapéutica en otro hospital al ciudadano que se encuentre en estos procesos. Pretendemos iniciar en un 10 por ciento de los pacientes en lista de espera la consulta de una segunda opinión facultativa. Y también pretendemos desarrollar protocolos de inclusión en lista de espera, en colaboración con las sociedades científicas correspondientes, de la indicación quirúrgica de cataratas, prótesis de cadera, prótesis de rodilla, amígdalas y adenoides.

En cuanto a la mejora de las herramientas de gestión en atención especializada puedo decirles dos objetivos: modificar en el 100 por ciento de los hospitales el criterio de financiación de los mismos, introduciendo un ajuste en la UPA de hospitalización por los indicadores de funcionamiento y complejidad. En este sentido, en lugar de realizar el ajuste en función de las estancias medias pactadas, se introduce como factor de corrección el tipo de patología atendida y su complejidad. Es decir, se valorará, como parece razonable, de distinta forma la estancia quirúrgica de una cirugía de varices a la de un cáncer de esófago. Ampliaremos en cinco los procesos incluidos como procedimientos extraídos de la UPA, al objeto de potenciar este tipo de intervenciones quirúrgicas.

En cuanto a la mejora de la calidad en la atención especializada los objetivos que nos planteamos son los siguientes: Ajustar en el 100 por ciento de los hospitales, en un 5 por ciento, la financiación por UPAs en relación con el grado de cumplimiento de los objetivos de calidad, de tal forma que si un hospital cumple los objetivos de calidad se incrementará en un 5 por ciento su producción-financiación, mientras que si no los cumple se disminuirá en un 5 por ciento. Dicho de otra forma: de toda la actividad que realicen los hospitales el 5 por ciento estará financiada la calidad. Se designará en el 100 por ciento de los hospitales un coordinador de calidad que será el encargado de impulsar el logro de todos los objetivos planteados. Potenciaremos el funcionamiento de las comisiones clínicas hospitalarias, constituyéndolas en el 100 por ciento de los hospitales. Mejoraremos la información a pacientes y familiares, de manera que al menos el 85 por ciento de los mismos estén satisfechos con la información recibida. Generalizaremos el consentimiento informado. Se pretende mejorar la gestión de las reclamaciones de los usuarios, debiendo de ser contestadas en menos de treinta días al menos el 70 por ciento de las que se presentan. Y se elaborará e implantará un plan de seguimiento de indicadores de calidad en el 75 por ciento de los hospitales; actualmente sólo existe en el 26 por ciento.

También en la atención especializada debemos prestar atención al gasto farmacéutico. Y a tal efecto pretendemos las siguientes estrategias: La realización de concursos de

determinación de tipo de los medicamentos de mayor coste y utilización y la obligación de que todos los hospitales dispongan de una guía de farmacovigilancia, a la vez que se logra la aplicación de los criterios básicos de la guía de gestión de farmacia. En el ámbito de los productos sanitarios, se finalizará el catálogo de productos y se hará la posterior divulgación del mismo con el fin de normalizar la denominación de aquellos de mayor consumo y coste, y se establecerá un sistema de información de precios de compra de primeros productos en los distintos hospitales para facilitar la oferta de precios más competitivos, inicialmente en lentes intraoculares, marcapasos y prótesis de cadera.

Especial mención ha de hacerse a la atención al sida. En este sentido, se incorporan en el cien por cien de los hospitales con alta prevalencia de pacientes con VIH todas las innovaciones tecnológicas para el diagnóstico y tratamiento de este tipo de enfermos. Asimismo, se implantará la carga viral en el cien por cien de los hospitales del ámbito del Insalud. Como complemento de lo anterior, se impulsará la figura de coordinador del área del sida, ampliando sus funciones al área sanitaria, logrando así una mayor coordinación en el tratamiento de estos pacientes entre los facultativos de los dos niveles.

En lo que se refiere a la coordinación entre atención primaria y atención especializada, pretendemos actuar en los siguientes ámbitos: Se crea la Comisión entre ambos niveles asistenciales en todas las áreas sanitarias; se inicia una experiencia piloto en cuatro áreas que permita la implantación de mecanismos de facturación interna, tanto de primeras consultas y pruebas diagnósticas solicitadas por atención primaria y realizadas por atención especializada como de urgencias no ingresadas e interconsultas docentes; se realizará un número de derivaciones medias de primaria a especializada en radiología, laboratorio y primeras consultas, elaborando los protocolos necesarios para ello. Se apuesta por la consolidación de los programas de atención domiciliaria en las siguientes patologías: atención al paciente terminal, al paciente con sida y al paciente geriátrico en 30 áreas sanitarias, y cuidados posquirúrgicos posteriores a la realización de cirugía de prótesis de cadera en ocho áreas.

En cuanto a la política de conciertos, se trata de establecer un sistema que permita la utilización de los recursos privados, mejorando la accesibilidad de los ciudadanos, siempre y cuando sea óptima la utilización de los recursos públicos. En este sentido, se ha definido una política de conciertos, introduciendo medidas normativas en la contratación de los servicios externos. Paralelamente, se está incorporando en el cien por cien de los conciertos establecidos para la reducción de la demora quirúrgica la contratación por proceso o por procedimiento, como unidad de medida de los servicios sanitarios. Asimismo en todos los casos se realizarán concursos abiertos para adjudicar contratos marco de servicios sanitarios, pruebas diagnósticas, rehabilitación, etcétera. El primer gran expediente de licitación se ha hecho con el programa de lista de espera quirúrgica en 1996, habiendo ofertado sus servicios 40 clínicas de todo el territorio del Insalud. A lo largo de 1997 pre-

tendemos elaborar el anteproyecto de real decreto y pretendemos publicar, una vez aprobado, un real decreto en el que se concreten las condiciones de acreditación de los centros y dispositivos concertables.

En cuanto a los objetivos de recursos humanos, y con esto finalizo, sin duda un elemento destacable de la evolución del sistema sanitario son los mecanismos de participación de los profesionales en dichos servicios sanitarios. Por tanto, es imprescindible continuar en esta línea y potenciar la participación de los sectores afectados, dentro de los cuales los profesionales sanitarios sin duda ocupan un lugar esencial.

Si en toda organización es preciso establecer mecanismos de motivación e incentivación de su personal, más y más delicado todavía lo es en los servicios sanitarios. En este corto período de tiempo nos han manifestado múltiples razones por las cuales se ha llegado a esta situación y a una cierta desmotivación en el ámbito de los servicios sanitarios, siendo denominador común de todas ellas el trato que reciben, sin tener en cuenta su aptitud ni su formación en algunos casos.

Considero que los objetivos relativos a la política de recursos humanos es uno de los temas que con mayor cuidado y prudencia se han de plantear. Así, la primera decisión delicada adoptada ha sido extender en 1996 la posibilidad de percepción de incentivos a todos los profesionales sanitarios que trabajan en los hospitales, porque creemos que todos los profesionales son protagonistas de incrementar notablemente la actividad en los centros, como se ha hecho sin ninguna duda en este segundo semestre.

A continuación referiré las líneas de actuación previstas en este importante apartado: La introducción de mecanismos de estímulo. La flexibilización del régimen retributivo, introduciendo dentro del actual marco legal algunos elementos que permitan desarrollar las posibilidades que tienen determinados conceptos, tales como el complemento de productividad variable y el complemento específico. Contemplar la exención de la realización de guardias médicas obligatorias a los facultativos de atención especializada mayores de 55 años. Para ello hemos de buscar fórmulas de gestión y organización que permitan, de una parte favorecer la exención de guardias, contemplándose la posibilidad de que conserven sus retribuciones, realizando a cambio actividades programadas en jornada de tarde.

Pretendemos consultar a los agentes sociales y, en base a esa consulta, proponer una modificación de las condiciones actuales de percepción del complemento específico. Pretendemos adecuar las retribuciones del personal de cupo y zona, sustituyendo el pago por cartilla por pago por tarjeta individual. Pretendemos estimular la competencia entre los centros, diferenciando las retribuciones entre los mismos en base al tipo de atención, a la calidad prestada y a la presión asistencial, y vincular el éxito en el logro de los objetivos de la institución a los profesionales, teniendo ello reflejo económico en las retribuciones. También pretendemos incentivos variables para 1997.

Manteniendo el escrupuloso respeto a la congelación salarial, estamos confeccionando un contrato programa

que permita repartir incentivos salariales variables entre los centros en función del nivel del cumplimiento de objetivos que alcance cada uno, siendo extensible esta política de incentivación a la totalidad de los trabajadores que presten sus servicios en los centros sanitarios.

En cuanto a la participación de los profesionales, hemos intentado consultar a los profesionales en las designaciones de todos los directores médicos de los hospitales. Así, las comisiones y las juntas técnico-asistenciales han opinado en el nombramiento de los directores médicos en todos los hospitales del Insalud. Estamos intentando dotar a las comisiones mixtas de los hospitales de operatividad y de información suficientes para su adecuado funcionamiento; y también estamos intentando realizar una política real de acción social, convirtiendo la existente en un elemento integrador del personal con su organismo, reforzando así la cultura de pertenencia al centro. También pretendemos ahondar en la creación de un plan de acreditación de programas de formación continuada y en un plan general de formación.

Para acabar, en el ámbito de recursos humanos creemos inevitable proponer una modificación parcial del régimen jurídico del personal estatutario y compilar la multitud de normas de diferente rango y excesiva dispersión que existe en el ámbito de los recursos humanos.

Hasta aquí, señorías, hemos intentado en esta intervención que queden plasmadas tanto las líneas de actuación de la secretaría general como los objetivos previstos para el próximo ejercicio, y apuntados algunos de los objetivos para la legislación. A partir de este momento, por tanto, estoy a disposición de ustedes para aclarar todas aquellas dudas que hayan podido planteárseles durante mi exposición.

Nada más y muchas gracias, señor Presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Núñez.

Por el grupo proponente de la comparecencia, el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora García Manzanares.

La señora **GARCÍA MANZANARES**: Antes de iniciar mi exposición, pediría un minuto, no hace falta interrumpir la sesión, para ordenar las notas de la prolija exposición del Señor Secretario de Estado.

El señor **PRESIDENTE**: Concedido el minuto. **(Pausa.)**

La señora **GARCÍA MANZANARES**: Señor Presidente, mi tiempo de respiro lo doy por concluido.

El señor **PRESIDENTE**: Pues cuando quiera, señora García Manzanares.

La señora **GARCÍA MANZANARES**: Muchas gracias, en primer lugar, a don Alberto Núñez, Secretario General de Asistencia Sanitaria, como me corregía mi compañera portavoz; pero no es menos cierto que también es Secretario de Estado, al menos en su categoría, tal como

dijo el Ministro de Sanidad; por lo menos ésa era la información que tenía, le iba a felicitar por el ascenso. Si no es así, lo guardaremos para otra ocasión.

Gracias por su prolija, larga y completa exposición. Ha habido un momento en el que no sabía de qué país estábamos hablando, porque me daba la sensación de que hablábamos del país de las mil maravillas que acaba de empezar, que todo es nuevo, que todo está perfectamente diagnosticado, localizados los problemas y, lo que es más importante, planes para todos esos problemas, respuestas para todos los problemas y soluciones para todos los problemas. Si es así, enhorabuena; pero permítame que lógicamente yo mantenga mi escepticismo y mi incredulidad a lo largo de mi exposición. ¿Por qué? Porque las actuaciones que a lo largo de estos ocho meses se han venido realizando no se corresponden con esa exposición de buenas intenciones, de buenos planes, en esa especie de ¡eureka!, haber encontrado la fórmula que no ha encontrado ningún país en tan poquitos meses.

Lógicamente, mi grupo comparte, y yo en este momento como portavoz así lo expongo, algunas afirmaciones que sobre nuestro Sistema Nacional de Salud ha dicho S. S., cómo no. Una de las conquistas más importantes, lo sabemos, de los llamados estados de bienestar, junto con la protección por el desempleo, es la protección pública frente a las posibles eventualidades que en materia de salud puedan tener los ciudadanos.

Estos sistemas de protección social, de Seguridad Social, en los estados modernos, todos ellos sin excepción, se basan en unas mínimas reglas de solidaridad y ayuda mutua. Quizá conviene recordar y yo pretendo recalcar estos principios conceptuales, porque son frecuentemente ignorados por muchos de los que hablan y escriben sobre estos temas. Es decir, ¿dónde se basan estos sistemas de protección pública? En la solidaridad y en la ayuda mutua, en los sistemas de previsión.

El actual sistema sanitario español define su modelo en la Ley General de Sanidad, de 1986, y se apoya o integra dentro del Sistema Nacional de Salud todos los servicios sanitarios de las comunidades autónomas y también a los servicios del Estado. El objetivo final será constituir un diseño en el que el gran sistema Nacional de Salud esté compuesto por todos los servicios provinciales, regionales o autonómicos de salud, con capacidad de autonomía plena, bajo la alta inspección, lógicamente, y la coordinación estratégica del Ministerio de Sanidad.

Este Sistema Nacional de Salud también estamos de acuerdo con S. S. en que necesita adaptarse a unas circunstancias rapidísimamente cambiantes. En nuestra opinión, nos podemos encontrar o nos encontramos ante tres realidades sobre las que hemos de reflexionar, tres realidades que, más o menos, coinciden con los diez grandes títulos que S. S. ha expuesto de principios. Nosotros resumimos en tres. Por una parte, una de las realidades en las que nos tenemos que enfrentar para reflexionar y tratar de mejorar y asegurar la consolidación del sistema, es una organización que necesita cierta armonización. Una gestión mejorable que, en ocasiones, no es todo lo eficiente que debiera, por determinadas rigideces administrativas —estamos de

acuerdo—, y también unas necesidades crecientes de financiación. Ésas serían en resumidas cuentas las tres grandes reflexiones.

En cuanto a la financiación del sistema, parece claro que la vía fundamental es la fiscal, hoy alcanza ya el 85 por ciento con cargo a los Presupuestos Generales del Estado y apenas el 15 por ciento con cargo a cotizaciones; pero es verdad que todavía estamos en el crecimiento por debajo del 6 por ciento del producto interior bruto.

El segundo aspecto es el organizativo. La definitiva consolidación del modelo autonómico ha de suponer esa culminación del proceso de transferencias que ya anunció el Ministro, usted también ha anunciado, y por lo menos la promesa está el que se hará en esta Legislatura o como muy tarde en la siguiente. Esperamos que en este proceso de transferencias el Consejo Interterritorial de Salud desarrolle su función armonizadora, una de las cuestiones que oímos, lógicamente, en este aspecto, es también la armonización que debe tener el proceso de transferencias, como ha venido siendo hasta ahora.

El otro aspecto, señorías, y parece que en este momento el único que preocupa a su Gobierno, o al menos a quienes marcan las líneas presupuestarias de su Gobierno, es el de la gestión, o más concretamente el modelo de gestión. Parece que no caen en la cuenta, que no han caído en la cuenta, o que algunas personas responsables de la oficina que determina los dineros necesarios para la gestión, quizá todavía no se han enterado de que la empresa sanitaria no es equiparable en su proceso productivo ni en su estructura a una empresa industrial. No se puede invocar, señorías, la idea de una forma de gerenciar indiferenciada, porque en un modelo de gerencia indiferenciado en la empresa sanitaria se va a resentir necesariamente la calidad de los servicios. Es verdad, y lo tenemos que admitir, que en un modelo funcional lógicamente se resiente la eficiencia; por tanto, creemos necesario buscar fórmulas específicas de gestión que reconozcan la peculiar dinámica de la empresa sanitaria, el necesario protagonismo de los profesionales. Estoy de acuerdo con usted, señor Núñez, porque los profesionales son, no lo olvidemos, al mismo tiempo y en el mismo proceso, quienes determinan el gasto y la calidad del producto. Será necesario también en esa fórmula encontrar el estímulo a la productividad o a la competencia, pero sobre todo que se preserve el derecho del usuario a recibir toda la atención necesaria cuando lo necesite y en las mejores condiciones que lo necesite. Por tanto, como ve, en los principios generales estamos de acuerdo. Iniciaba S. S. la intervención diciendo que ésta es una comisión que es la comisión de la política del consenso, que ha venido dando muestras de ello, y que había unas inquietudes injustificadas. Yo trataré de demostrarle que no se trata de inquietudes injustificadas y lamento decirle que compartiendo que debiera ser una comisión del consenso, la realidad de las actuaciones que está llevando a cabo el Gobierno del Partido Popular no coincide con esta realidad de la política del consenso, porque no hay tal.

No entendemos, señor Presidente, señorías, señor Núñez, que ante una situación tan compleja, que ante una empresa profundamente diferente como es la empresa sanita-

ria, que necesita de imaginación, de consenso, de pactos en los distintos estamentos afectados, el Gobierno del Partido Popular se despache la solución de un plumazo por real decreto disponiendo de un bien que pertenece a toda la sociedad (nuevamente de acuerdo con usted, señor Núñez, efectivamente, los propietarios son los ciudadanos, somos todos los ciudadanos), que está financiado por los impuestos de todos, bueno, de todos los que pagamos impuestos, claro, y que se despache con un real decreto y con unas fórmulas, en mi opinión y si me permite la expresión, un tanto sibilina, para adjudicar con estas fórmulas, de manera cuando menos imprudente y fuera de los mecanismos de control del dinero público. Es verdad que en las adjudicaciones de suministros hay publicidad, hay oferta pública, pero la adjudicación en estas fórmulas con empresas interpuestas, con fundaciones, con entidades sujetas a derecho privado, no queda claro, y tenemos esas inquietudes razonables. No queda claro, si todo está razonablemente bien, por qué esa necesidad de sacar fuera de los mecanismos el control del dinero público, fuera de la Ley de Contratos del Estado, y no entendemos, sobre todo, por qué tanta prisa.

Una de las preguntas sería si efectivamente existen compromisos, que serían razonables y lógicos desde la oferta electoral que cada partido hace, compromisos con determinados colectivos o con determinadas empresas de dar respuesta a los apoyos recibidos. Sería legítimo, y lo es sin duda, pero nos gustaría saberlo. Nos gustaría saber también si en el fondo creen o no en el sistema público, porque es contradictorio. La exposición que ha hecho S. S. absolutamente compartible en líneas generales y en objetivos generales, luego no se compadece con la realidad de sus actuaciones ahora mismo. Esto era evidente en la pasada legislatura, sus portavoces y su programa electoral así lo pregonaban; pero una vez en el Gobierno ustedes han modificado su discurso, han cambiado su discurso. Nos alegramos; hablan ya de la defensa del aseguramiento único, hablan ya de la defensa del sistema público, no hablan, al menos descaradamente, de privatizar, no me refiero a las eléctricas o a la televisión, me refiero a la sanidad, evidentemente.

Si manifiestan que quieren preservar el sistema público sanitario, por qué no intentar o por qué no seguir con el contrato programa, por qué no seguir con la asignación de presupuestos a los centros, con el análisis del gasto y asignación de recursos según los costes por proceso, que por cierto no es ninguna novedad, a lo que yo me refería del país de las maravillas. Usted nos ha dicho que en la asistencia especializada se va a poner en marcha un plan de diferenciación de los procesos. Bueno, no es nuevo, y usted sabe que no es nuevo; siempre ha habido el pago por procesos, y todos sabemos que no cuesta lo mismo una intervención de apendicitis que un trasplante de corazón. Por tanto, ¿qué necesidad hay de estas empresas interpuestas? ¿De verdad piensan que van a dar duros a peseta?

Y ¿por qué le digo esto? Porque el señor Ministro dijo en su comparecencia del 6 de junio, que teníamos una asistencia sanitaria de gran calidad, de alto nivel alcanzado, comparable al de los países más desarrollados, y de un bajo costo para las prestaciones que estaba dando; que

ha mejorado la eficiencia de los servicios a lo largo de estos últimos años, que la introducción de técnicas de gestión originarias del mundo de la empresa privada, pero dentro del propio marco público, estaba originando avances en la productividad de los centros sin haber tenido necesidad de modificar su naturaleza jurídica. Hablaba igualmente el Ministro de que la situación financiera del Insalud, gestión directa, se ha beneficiado sin duda de las mejoras de la financiación de la sanidad, que han sido evidentes en los últimos años. Hablaba que la atención primaria provocaba y producía una clara satisfacción. Por tanto, si esto lo decía el señor Ministro, en el «Diario de Sesiones» número 23, de 22 de junio de 1996, por qué esa necesidad imperiosa de modificar las fórmulas, las formas de gestión del Insalud, introduciendo el decreto de marras —vamos a llamarle así—, que efectivamente, señoría, habrá podido salir mejorado de esta Comisión, pero habrá salido mejorado con sus enmiendas y las de sus socios. Esa política de consenso ha brillado por su ausencia; ni una coma de las ofertas hechas por el Grupo Parlamentario Socialista ha sido admitida. Volveremos a verlo en el Pleno, y esperamos, deseamos que eso se modifique, pero si no es así constataremos una vez más que la política de consenso son buenas palabras, pero no se corresponde a las realidades.

Las fundaciones, en las que tanto confían, algunas existen, pero con muy poquitos ejemplos de los que podamos tomar al menos una conclusiones claras, puesto que no ha habido tiempo para evaluar, usted mismo lo decía en una de sus comparencias ante esta Comisión a propósito de la fundación que gestiona el hospital de Verín. Claro, no tenemos, por tanto, la posibilidad de comparar si la gestión Insalud directa con esas medidas que iban avanzando en la mejora de la eficiencia, con esas medidas que iban avanzando en la mejora de la gestión, que sin duda hay que introducir mejoras para avanzar en la gestión, pero no tenemos indicadores para comparar si este otro modo de funcionamiento, si este otro modo de gestión de las empresas interpuestas, van a ser o no van a ser mejores, porque no tenemos ninguna evaluación hecha de aquellas que están funcionando.

Por otra parte, si S. S., en contra de lo que yo estoy diciendo, me va a contestar que no pierde nada la Administración, que no pierde el control, que las condiciones de contratación del personal van a ser las mismas, que las condiciones económicas van a ser las mismas, que la adjudicación del gasto va a ser la misma, mi pregunta es entonces, ¿por qué buscamos estas fórmulas diferentes? Nuevamente, ¿por qué no seguimos en la línea de mejorar, de preservar lo que tenemos del sistema público, mejorando en lo que sea necesario? En todas esas mejoras, señoría, van a contar, y lo saben perfectamente con el apoyo, con la colaboración, con el consenso del Grupo Parlamentario Socialista. Pero es muy difícil quitar de encima una serie de inquietudes, porque no encontramos justificación, porque no encontramos razones claras que nos permitan asegurar que vamos a tener duros a peseta, entre otras cosas porque eso nos lo dice el propio sentido común. A ver si me lo puede aclarar un poquito más.

Me gustaría que también respondiera a algunas cuestiones. No voy a entrar en todas las que ha planteado. He intentado entrar de manera general, pero sí, en concreto, que nos habla un poco más del plan estratégico del Insalud. Parece uno de los planes estrella; por cierto, han llegado con una maleta cargada de planes: plan de medidas urgentes, plan de inspección de recetas, plan de experiencias piloto, plan estratégico del Insalud. Está bien, y en lo sucesivo, en otras ocasiones tendrá tiempo de explicarnos cada uno de estos planes en posteriores comparencias. No entraremos mucho en ellos, pero sí me gustaría que nos hablara del plan estratégico del Insalud.

Ya nos lo han expuesto en esta Comisión un par de ocasiones, pero se ha publicado que hay tres empresas consultoras trabajando en él. Ustedes, tanto el señor Ministro como usted mismo en esta Comisión, en las comparencias de presupuestos, dijeron que lo estaba haciendo el propio personal técnico de la Dirección, del Ministerio, del Insalud, pero se ha publicado que hay tres empresas consultoras trabajando en él. Por tanto, una inquietud injustificada, me gustaría saber a qué responde, puesto que la Dirección General de Planificación y Aseguramiento, que existía y que elaboraba el plan de salud y el contrato programa, se suprimió por el Gobierno y ahora resulta que este trabajo se hace con consultoras privadas. Le pregunto, no lo afirmo; pregunto para contrastar una opinión publicada.

Segunda pregunta: ¿cuánto va a costar la realización de este plan estratégico y qué plazo se da para presentárnoslo? Yo comprendo que es poco tiempo el que ustedes llevan, pero en una ocasión ya nos dijeron que a 31 de diciembre; ahora, que el primer semestre de 1997; en fin, esperemos que cuanto antes.

Listas de espera, otro de los temas en los que le voy a hacer alguna pregunta, y me gustaría que respondiera. Nos sorprende su afirmación de que se va a cumplir el plan de choque de listas de espera, cuando algunos de los responsables públicos ya han dicho públicamente que no va a ser posible. Sobre todo nos sorprende, nos sorprende gratamente, de su exposición cómo por cierto en momentos extraños, en el mes de julio, en el mes de agosto, meses que, como S. S. sabe muy bien, son meses de vacaciones, de sustituciones de personal, en ocasiones de dejar a plantas bajo mínimos, han reducido drásticamente las listas de espera concretamente en el verano. Pues si usted en su maleta, además de tantos planes tiene, como el mago Tamarit, recetas mágicas, me gustaría que nos las dijera. A propósito de las listas de espera nos ha contado cuántos están saliendo, muchos miles, de las listas de espera, pero hay un pequeño detalle que se ha olvidado de contarnos, ¿cuántos entran? Una lista de espera se nutre de los que entran, de los que salen y de los que permanecen en el medio, me gustaría saber si ha habido modificación de criterios o no.

Otra pregunta es si puede informarnos qué ha pasado en Madrid con las urgencias y qué relación tiene con las listas de espera.

El señor **PRESIDENTE**: Señora García Manzanares, le rogaría que abrevie.

La señora **GARCÍA MANZANARES**: Sí, señor Presidente, voy a finalizar rápidamente.

Quizá algunas preguntas concretas, claras, en cuanto a las listas de espera. El señor secretario general, dentro del plan que tienen para mejorar la atención especializada, ha hablado de los recursos humanos, ha hablado de mecanismos de motivación. ¿Podría cuantificar en dinero estos mecanismos de motivación?, curiosa fórmula retórica ciertamente.

Señor secretario general, el Grupo Parlamentario Socialista considera que el sistema público sanitario es uno de los bienes más preciados por los ciudadanos, es uno de los bienes más preciados por nosotros, es uno de los bienes que consideramos no es una mercancía, es un servicio público para atender las necesidades de los ciudadanos. Pues bien, nos gustaría que hagan ustedes el favor, si pueden, de transmitirle al señor Barea que no siga planteando más disparates. Consideramos disparatado que diga el señor Barea que la Sanidad es un bien privado que está financiando públicamente, pero que no quiere decir que haya que hacer caso omiso del mercado. Dice que va a cerrar, que deben cerrarse hospitales no rentables; también dice que sobran funcionarios, quienes hacen los trasplantes de corazón, son ciertamente funcionarios; que hay que poner una tasa en las recetas...

A mí me gustaría decirle por si pueden transmitírselo al señor Barea, lo que pasa es que quien manda, me temo, en los presupuestos y en las indicaciones que recibe el Ministerio de Sanidad, es concretamente el señor Barea, pero transmitirle a usted y a su Gobierno que si van a poner, como así han hecho en la ley de medidas de acompañamiento del Insalud, el precio de referencia de los medicamentos, de tal manera que a partir de una determinada cantidad los ciudadanos tendrán que aportar el resto, quiero decirle que eso es una encubierta subida de impuestos. Primero anunciaron la pequeña historia de los veinte duritos. Efectivamente, a los ciudadanos a lo mejor les importa poco pagar veinte duritos más. Ocurre que la sanidad y las medicinas no son gratuitas, ocurre que están financiadas con los presupuestos de todos, ocurre que están financiadas con recursos públicos y ocurre que si ustedes quieren plantear una subida de impuestos díganlo claramente, pero no con estas fórmulas de incrementar, de globos sonda, de ahora controlar veinte duritos, de ahora poner unos precios de referencia. Con esto lo único que hacen es despistar, desorientar y lógicamente aumentar las inquietudes que, como ve, tenemos más que justificadas.

Nada más y muchas gracias, señor Secretario General.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Secretario General.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Núñez Feijóo): Señoría, en primer lugar gracias por el contenido y por los mensajes en cuanto a la percepción que ha tenido su grupo parlamentario de mi intervención.

Me resulta difícil concretar las cuestiones de respuesta, porque he entendido en su exposición que en los principios, que es lo fundamental, ustedes están razonablemente

de acuerdo; por tanto, si en los principios básicos estamos de acuerdo, sin duda las actuaciones se pueden hacer de una forma o de otra, pero serán siempre diferencias susceptibles de encontrar puntos de encuentro, porque emanan de los mismos principios y de las mismas actuaciones.

Ustedes están de acuerdo con la necesidad de adaptar la gestión sanitaria a los modelos cambiantes que se producen no solamente en nuestro país, sino en el resto de países de Europa. Ustedes están de acuerdo en hacer una organización más homogénea, también en mejorar y evitar las rigideces del derecho administrativo, y también en plantearse nuevas y crecientes necesidades en la financiación de los servicios sanitarios. Solicitan una función de armonización del Consejo Interterritorial y solicitan las transferencias de los servicios sanitarios a las comunidades autónomas.

Hay algunas actuaciones, eso sí, que le producen inquietudes, que yo califiqué en mi intervención como injustificadas, y que a S. S. le parecen absolutamente justificadas. Intentaré, como es natural, dar respuesta a estas inquietudes y disipar en la medida que pueda algunas de ellas.

Usted dice que la política de consenso el Partido Popular la ha roto a través del real decreto-ley de marras al que usted se refiere. Nosotros creíamos, y seguimos creyendo, que al Insalud se le tiene que dar la misma oportunidad que se ha dado a los servicios de salud de otras comunidades autónomas, y que además le ha dado justamente el Partido Socialista. Nos parece razonable que allá donde al Partido Socialista le parece prudente establecer mecanismos de personificación jurídica de los centros sanitarios públicos en esos territorios donde se está haciendo, también se puede hacer en el territorio del Insalud. Seguro que los gestores sanitarios, aunque con distinto color político, todos ellos opinan que la rentabilidad social de los centros públicos opera a través de la potenciación de las herramientas de gestión de dichos centros públicos y no a través de anquilosamientos y políticas absolutamente conservadoras de no poder hacer nada y todo lo que esté hecho ya está hecho y bien hecho está. Por tanto, nuestra propuesta es exclusivamente beber de las fuentes de los demás servicios de salud y traer al Parlamento un real decreto-ley que, si me permite S. S., y lo podemos comparar incluso literalmente, obedece a textos idénticos aprobados en comunidades autónomas con votos en algún caso, por no decir en todos, de su partido político. Es posible que hayamos errado en la forma, pero le puedo asegurar que creo no hemos errado en el contenido, ni mucho menos en la intencionalidad de ese real decreto-ley. Nadie que interprete sistemáticamente ese real decreto-ley puede llevarnos a una inquietud desde el punto de vista de atisbo a privatización de servicios sanitarios públicos ni de otro tipo de concepciones maniqueas del servicio sanitario de nuestro país.

Nosotros creemos en el Sistema Nacional de Salud, lo ha dicho el Ministro en todas sus intervenciones, y por tanto toda la política que marca el Ministro va orientada justamente en esta creencia. Esta creencia tiene unas obligaciones, y estas obligaciones son apostar por los principios de equidad, por eso no nos parece razonable que los

pacientes de nuestro servicio sanitario tengan unas demandas quirúrgicas superiores a cualquier paciente de otros servicios sanitarios del país y nos parece razonable también que allá donde los servicios de salud han experimentado fórmulas de gestión pública de los servicios sanitarios podamos nosotros experimentarlas en el territorio del Insalud.

Pregunta que por qué no vamos a seguir con el contrato programa, que el coste por proceso es algo absolutamente experimentado, y desde luego no es ninguna novedad hablar de costes por proceso. Pues no es ninguna novedad, el problema es que el Insalud en sus servicios, en sus sistemas de financiación, no lo hacía por proceso, y la novedad es justamente incorporar la metodología de coste por proceso a los pactos de financiación con los servicios sanitarios. Si me permite un símil, actualmente el contrato programa del Insalud es aquel que obedece a un señor que entra en un supermercado, pasa 60 ó 45 minutos en el supermercado, llega a caja y le cobran por el tiempo que ha transcurrido en el supermercado. Esto es el concepto de pago por UPA. Hay otra variabilidad distinta, que es cuando se entra en un supermercado y se cobra por el tiempo que se está en cada uno de los departamentos del supermercado, esto es el pago por UPA ajustada. Nosotros pretendemos pagar exactamente por lo que se lleva el señor del supermercado, y esto no es otra cosa que el pago por proceso. Por tanto, estamos de acuerdo con usted en que no es lo mismo una apendicitis que una cirugía cardiaca, pero lo cierto y verdad es que hasta la fecha se venía pagando por lo mismo en idéntica forma.

En cuanto al plan estratégico del Insalud, señoría, primero nos felicita porque tenemos muchos planes y después nos pide, como es lógico por otra parte, que demos cuenta de los que tenemos. Yo he dado cuenta aquí de los planes que tenemos. Creemos que es nuestra obligación proponer y el explicitar en la Comisión los planes que pretendemos implementar a lo largo de 1997 y de la legislatura.

El plan estratégico del Insalud no es otra cosa que buscar la forma de establecer un régimen transitorio del modelo tradicional, del modelo conservador de gestión, a un modelo implantado en los países europeos, algunos de ellos paradigmas de la socialdemocracia, y no es otro que ir dando a los centros autonomía suficiente para poder gestionar los recursos con mayor eficiencia y con mayor calidad. Por tanto, en este plan estudiamos la política que creemos se debe realizar en el ámbito de los compradores de servicios sanitarios, es decir de la Administración; la política que se debe realizar en el ámbito de los proveedores, es decir de las gerencias de atención primaria y especializada; cómo debe organizarse el Insalud desde el punto de vista corporativo, si ha de ser o no un organismo autónomo, un ente de Derecho público sujeto de Derecho privado, como es el caso de la propuesta en el País Vasco, que está ya en el Parlamento. Explicamos e intentamos concretar, como decía antes, el plan de sistemas de información, dentro de este plan estratégico, y también medidas en relación con la financiación y la contención del gasto.

El plan estratégico se está haciendo por la Dirección General de Organización y Planificación. Es verdad que

esta dirección general ha contratado a tres empresas consultoras que están ayudando a la elaboración del plan estratégico, por tanto, nada hay que ocultar, sino todo lo contrario. Son empresas consultoras, de reconocido prestigio en el ámbito de la planificación sanitaria, y pretendemos que de la misma forma que todos los servicios de salud para determinados proyectos piden la ayuda de las consultorías, también la pida el Insalud, pero esto no significa, como usted se puede imaginar, suplantarse una dirección general a través de tres empresas consultoras. Sería muy sencillo no tener direcciones generales y tener sólo empresas consultoras; éste no es nuestro propósito.

Usted decía que en el plan de choque de listas de espera le llama la atención que yo diga se va a cumplir el plan, y sin embargo algún responsable ya haya dicho que no es posible cumplirlo. El primer responsable que ha dicho que vamos a tener problemas para cumplir el plan he sido yo, si usted me permite. Hemos dicho que vamos a tener problemas en tres ciudades: en Valladolid, en Toledo y en Badajoz. Vamos a tener problemas como consecuencia de que la lista de espera en estas tres localidades, en las patologías que requieren una importante estancia media posoperatoria, que son patologías de sustitución, las de prótesis de cadera y prótesis de rodilla, había pacientes que llevaban más de dos años esperando estas prótesis. Por tanto, vamos a tener problemas en estas tres provincias, pero ya le anticipo, primero, que el plan, en nuestra opinión, se ha cumplido, en el sentido de que hablar de porcentajes de cumplimiento del 95 o 97 por ciento es un porcentaje que en nuestra opinión lleva consigo el cumplimiento del plan. Segundo, si queda alguna bolsa de pacientes, esta bolsa de pacientes nosotros nos comprometemos a que a 31 de diciembre esté hecho el preoperatorio y concretada la fecha, durante las primeras semanas de enero, en que van a ser intervenidos.

En cuanto a la lista de espera global, me dice usted que no hablamos de ella, y si hemos modificado o no los criterios. He de decirle que sí, que hemos modificado los criterios de lista de espera. El primero de ellos es contar toda la gente que está esperando, éste es el primer criterio; es decir, no podemos diferenciar entre los que esperan menos de dos meses y considerar que no es lista de espera. No. Para nosotros todo ciudadano o todo usuario que acude a un servicio de admisión y requiere una intervención quirúrgica, automáticamente entra en la lista de espera; por tanto, no hacemos diferenciación en si la espera es inferior o superior a dos meses.

También hemos modificado el sistema de información, dado que antes solamente se daba información de ciudadanos que estaban en esperas de dos a seis meses y de más de seis meses. Nosotros queremos afinar más y queremos decir a los ciudadanos que están menos de seis meses, los que están de seis a doce meses y los que están de doce meses en adelante. Por tanto, sí hemos modificado el sistema de información. Puedo decirle que estamos concluyendo ya la depuración de los sistemas de información de lista de espera de los servicios de admisión, y hemos detectado bolsas de listas de espera que no estaban previstas, en principio, en los servicios de admisión. Se han detectado pacien-

tes que en el sistema de información de servicios centrales no teníamos considerados como lista de espera y sin embargo sí estaban en lista de espera. También hemos hecho una depuración de la lista, y por tanto, al objeto de no producir alarma en este tipo de cuestiones, hemos dicho que vamos a dar los datos de lista de espera global una vez hechas las restas y las sumas correspondientes. La suma se refiere a aquellos pacientes que estaban en lista de espera y que no estaban detectados en los sistemas de información, y la resta se refiere a aquellos pacientes que han sido llamados y depurados, bien porque ya habían sido intervenidos, bien porque ya no estaba indicada la intervención o bien porque ya habían hecho la intervención en otro tipo de centro. En todo caso, ya le puedo anticipar que la lista de espera, a pesar de que hemos reducido los tiempos de demora y eso conlleva necesariamente una mayor demanda al mejorar la oferta, no se ha incrementado la lista de espera en términos absolutos de la prevista en el mes de mayo, insisto, a pesar de las bolsas que se han detectado en algún hospital.

Usted me manda un recado para el señor Barea. Seguro que el recado el señor Barea lo leerá en el «Diario de Sesiones», en todo caso, yo creo que el señor Barea es una persona a la que se debe escuchar con mucho interés, lo hacemos todos, y que, como es natural, el Ministro de Sanidad es el que concreta y diseña la política sanitaria del Gobierno, como no podría ser de otra forma.

En cuanto a los precios de referencia, usted ha dicho que en principio parece que no importaría a los ciudadanos pagar esas cien pesetas. Pues puede ser, puede ser; no obstante, nos refiere que digamos claramente qué queremos hacer con los precios de referencia. Yo se lo voy a decir. A nosotros nos parece que debe haber previsiones legales, y que esas previsiones legales no pueden esperar un año más, no pueden esperar hasta 1998. En todo caso, en todo aquello que suponga una aportación superior del usuario, que era a lo que usted se refería con el precio de referencia, necesariamente el ministerio no va a adoptar ninguna decisión mientras los trabajos de la ponencia no concluyan. Por tanto, es una habilitación legal para que, en el supuesto de que algún responsable político o algún Gobierno quiera utilizarlo, no en 1998, sino en cualquier ejercicio posterior, mientras no sea derogado pueda utilizarlo.

Además los precios de referencia, señoría, no es una cuestión que se le ocurra al Ministro de Sanidad español, es una cuestión que se le ha ocurrido a los ministros de Sanidad europeos en la mayor parte de los países, y países —insisto— paradigmas de la socialdemocracia tienen precios de referencia. Los precios de referencia le puedo asegurar que bien utilizados no suponen incremento impositivo para los ciudadanos; no suponen —repito— incremento impositivo para los ciudadanos.

Usted me comentaba también que es una cierta retórica hablar de mecanismos de motivación a los profesionales sin cuantificar económicamente en qué consisten estos mecanismos. En mi opinión, la motivación no lleva necesariamente una cuantificación económica, la motivación a veces no requiere una nómina adicional; pero si usted se refiere a esto yo he de decirle que hay una decisión adop-

tada, una decisión sin duda arriesgada. Como usted sabe, la huelga que sufrimos casi todos los servicios sanitarios del país en 1995 conllevaba un acuerdo, y este acuerdo tenía como premisa unos ahorros que se producían en el sistema para financiar estas retribuciones adicionales. Nosotros hemos dicho que esos ahorros no se han producido, no se ha producido ni una peseta de los ahorros previstos y, sin embargo, estamos ante la obligación de tener que dar una respuesta a esto. La respuesta que hemos dado es que vamos a pagar incentivos a aquellos hospitales aun no habiéndose producido ahorros, pero sí a aquellos hospitales que han incrementado su actividad y tienen una desviación razonable, dicho de otra forma, una desviación moderada. Además, vamos a ampliar estos incentivos a todo el personal, no solamente al personal médico. Esto se cuantifica a 31 de octubre. Si repartiésemos la propuesta que hemos hecho a 31 de octubre y se consiguiese la actividad y la desviación a 31 de octubre, hemos de hacer las cuentas, como es natural, a 15 de enero, una vez acabado el ejercicio y significa 2.700 millones de pesetas. En un momento, sin duda, de restricción de gasto público, de congelación salarial, creo que es una cuantificación explícita de hasta dónde tenemos intención de llegar a motivar a través de la vía de que usted hablaba.

Señoría, simplemente agradecerle una vez más el contenido y el tono de su intervención. Decirle que estando de acuerdo en los principios básicos le puedo asegurar que podemos ponernos de acuerdo en el desarrollo de los mismos.

Nada más. **(La señora García Manzanares pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señora García Manzanares, ¿para qué pide la palabra?

La señora **GARCÍA MANZANARES**: Para preguntarle un par de cositas que no me ha dejado claras, Secretario General, y de paso yo también voy a dejar alguna, si me lo permite.

El señor **PRESIDENTE**: Por un minuto, señora García Manzanares.

La señora **GARCÍA MANZANARES**: Muy bien. En principio, si me lo permite, una cuestión previa. Es usted muy hábil, señor Núñez, lo que pasa que aquí llevamos muchos años en el trabajo parlamentario y en el trabajo del modelo sanitario. Me dice: bienvenidos a los principios que se suman. ¡Hombre, que no estamos en un nuevo país! Que no es el país de las maravillas, que han sido ustedes —y hay que dar al César lo que es del César—, quienes, efectivamente, han aceptado finalmente el modelo de sistema público sanitario. Pues muy bien, encantados si estamos todos en el mismo lado en este tipo de cuestiones que afectan a la esencia de los ciudadanos. Como no tengo más tiempo, le recomiendo la lectura del «Diario de Sesiones» número 73, de 18 de abril de 1994, y el 302, del 6 de octubre de 1994, donde encontrarán qué decían los portavoces

del Grupo Popular en la legislatura pasada; perlas que no tienen desperdicio a propósito del modelo.

Una pregunta, señor secretario de Estado. Oigo que dicen ¡qué barbaridad! Efectivamente, qué barbaridades decían. Afortunadamente han cambiado ustedes. Cuando le planteo las listas de espera, le digo ¿cuántos han entrado? Pero tiene truco, porque si cambian los criterios y no los dicen, ustedes cada semana nos pueden obsequiar con una lista diferente. Ahora reducen por aquí, y luego reducen por allá. Efectivamente, si a la suma se le restan los intervenidos, los que estaban inflados o los que estaban innecesariamente puestos, pues no solamente desciende la lista de espera, es que a lo mejor hasta desaparece con esas fórmulas mágicas que ustedes tienen. Ahora dice que no ha entrado ninguno. También les quiero felicitar, con la llegada del Partido Popular parece que no solamente se han animado los mercados internacionales, sino que también han desaparecido las patologías.

Señor secretario general, ¿qué piensan hacer en cuanto al pago de referencia? No se trata efectivamente de que a los ciudadanos les importe pagar cien pesetas más o menos, lo importante, y ahí yo creo que estamos de acuerdo también, y yo en los acuerdos me felicito, es que vayamos a una política de uso racional del medicamento. No se trata, en primer lugar, de reducir el gasto —que también—, sino de reducir el consumo, que no es bueno para los ciudadanos. Pero claro, el consumo de automedicación va al bolsillo del ciudadano, pero la autoprescripción no la hacen, la prescripción se hace, y esto deberá ir acompañado también de una serie de medidas de colaboración y de educación, tanto a los ciudadanos (el uso racional del medicamento) como también a los profesionales. ¿Tienen ustedes previsto algún plan de que los profesionales de la Sanidad, los prescriptores, tengan en cuenta que el uso racional vaya a una mejora del consumo y, en segundo lugar, también a una mejora del gasto?

Finalmente el plan estratégico. Le agradezco que finalmente haya dicho que efectivamente hay tres empresas consultoras que están colaborando. Mi pregunta: ¿no le parece excesivo, señor secretario general, que para un Insalud que va dirigido a 15.200.000 ciudadanos, más o menos el 38 por ciento de la población, se haya pasado de la estructura de una dirección general y algunas subdirecciones a la estructura de un Secretario General de Asistencia Sanitaria más cuatro direcciones generales, más varias subdirecciones, y además necesiten el apoyo de tres consultoras externas? ¿No le parece un poco excesivo?

Nada más.

El señor **PRESIDENTE**: Cuando quiera, señor Núñez, puede contestar.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Núñez Feijóo): Muchas gracias, señora. Leeré con mucho interés el «Diario de Sesiones» que me refiere, ése y todos los otros que usted considere oportunos.

En cuanto a la lista de espera quirúrgica, seguro que no me explico con corrección, porque manifestar que noso-

tros hemos cambiado los criterios y que no los decimos, decir que estamos comentando que no ha entrado ningún paciente en lista de espera, o pocos pacientes en lista de espera, y que ahora, con la política económica del Gobierno, también conseguimos que desaparezcan las patologías, pues seguro que usted no se refiere a este «Diario de Sesiones», porque si lo vuelve a leer aparecerá muy claro lo que he dicho.

He dicho que hemos cambiado los criterios de lista de espera. ¿Qué significa? Que todos los pacientes pendientes de una intervención quirúrgica están en lista de espera, señoría. Hasta la fecha no estaban los inferiores a dos meses y ahora sí; por tanto, hay más pacientes en lista de espera porque computamos todos los pacientes que están diagnosticados y en el servicio de admisión pendientes de intervención quirúrgica, con independencia de que estén treinta días, cuarenta días, cincuenta días o tres años, todos los pacientes están en lista de espera.

Segundo, he dicho que se han incrementado las entradas en lista de espera. Y ¿por qué se han incrementado? Porque se ve que los hospitales están resolviendo más las patologías y está bajando la demora en lista de espera. Si un señor estaba pendiente de una catarata desde hacía dos años y ahora resulta que al vecino de al lado se la han operado, es evidente que este señor tendrá más interés en apuntarse a lista de espera, porque ve que el ejemplo del vecino de al lado lo han solucionado. Esperemos que desde luego la gente se apunte a la lista de espera para resolver los problemas que tiene diagnosticados, porque esto es justamente consolidar los servicios sanitarios públicos del país.

Lo único que he dicho es que la lista de espera, en términos globales, es igual o razonablemente igual a la de mayo de 1997, pero han de tenerse en cuenta dos hechos. Primero, se han incrementado las entradas en lista de espera y, segundo, hemos detectado bolsas de lista de espera importantísimas en algunos hospitales de la red. Pero como no queremos hacer demagogia con esta cuestión, yo la emplazo para que en enero tengamos claramente qué pacientes se han dado de baja en la lista de espera y por tanto consideremos esto una resta, sumemos los que estaban en la lista de espera y no estaban detectados, y la suma definitiva, la cifra definitiva es, creo, la correcta, la ortodoxa y la que deben conocer los ciudadanos. Le anticipo que en mayo estaban detectados aproximadamente 170.000 pacientes, nos estamos moviendo en estas cifras a pesar de que las bolsas desde luego superan los 4.000 pacientes.

Por lo que se refiere a la política de uso racional del medicamento, precios de referencia y las cien pesetas, yo creo que si hay alguien, y lo digo de verdad porque creo en ello, si hay algún Ministro, y yo no digo que los anteriores no lo hayan intentado también, pero un Ministro que se debe reconocer que tiene una política farmacéutica integral, es al actual Ministro de Sanidad. Las actuaciones concretas en estos seis meses se conocen por los ciudadanos y por ustedes. Se ha hecho un pacto con la industria tan sólo año y medio después del anterior, que mejora el anterior. Por primera vez en nuestro país un Ministro ha tomado una decisión muy difícil, y que incluso ha sido felicitado desde su grupo, como es reducir en dos puntos los márgenes para

los farmacéuticos, en un punto a los distribuidores, y sin duda bajar el precio de los medicamentos a los usuarios en el 3,8 por ciento, y en el mismo porcentaje la factura farmacéutica.

Creo que ésta es una política clarísima de racionalización del gasto farmacéutico. Y una vez que hemos actuado ahí, también hemos actuado en nuestros sistemas de información, y si podemos decir que a 31 de marzo de 1998 en el Insalud, en todo el territorio del que habla usted de 15 millones de habitantes, vamos a tener por primera vez en el país, un sistema de identificación del consumo por paciente, estamos apostando claramente por un reforzamiento del sistema sanitario público y estamos apostando claramente por una utilización racional del medicamento. Si además de esto hemos introducido en los proyectos de ley que están en tramitación la posibilidad real y efectiva de utilización de genéricos y la habilitación legal para incorporarnos a las reformas de los países europeos en los precios de referencia, creo que todas estas acciones van sin duda en una política clarísima racional de uso del medicamento.

En relación con la estructura del Insalud, señoría, no voy a responderle a esta cuestión, porque sería no responder a una pregunta del Grupo Parlamentario Popular que hay a continuación, pero le puedo asegurar que no nos nieguen otra vez al Insalud, que es el primer servicio de salud del Estado en cuanto a ámbito y en cuanto a población, la posibilidad de tener estructuras similares a los servicios de salud regionales que gestionan su partido u otros partidos que tienen aquí representación parlamentaria.

Nada más y muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos que desean fijar posición? (**Pausa**.)

Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Gil Melgarejo.

El señor **GIL MELGAREJO**: Señor Presidente, señorías, señor Secretario de Asistencia Sanitaria, sirvan mis primeras palabras para expresarle en nombre del Grupo Parlamentario Popular y en el mío propio nuestro agradecimiento, agradecimiento por la exposición realizada, en la que nos ha dado a conocer el plan de actuación en el área de su responsabilidad dentro del Ministerio de Sanidad y Consumo. Gracias por lo intensa, por lo extensa, bien estructurada y pormenorizada exposición que, no lo dude, señor Núñez, ha servido para aclarar cualquier sospecha o sombra de duda que hasta antes de su intervención existiera o albergara alguno de los Diputados que pertenecemos a esta Comisión.

Señor Núñez, usted nos ha presentado una serie de objetivos y para ello, como no podía ser de otra manera, ha realizado un estudio previo donde ha identificado y cuantificado los problemas principales que afectan seriamente a la salud de nuestro sistema sanitario. Ha establecido un diagnóstico de la situación de las distintas situaciones, la actual y la futura, y ha diferenciado objetivos próximos y lejanos, realizables y menos, o no realizables, ejerciendo lo que anteriormente usted ha definido como beber en las fuentes que manan rigurosidad, experiencia y equilibrio.

Ha puesto los medios, las herramientas que harán consecutivos esos objetivos.

Señor Presidente, señorías, si por un momento reparamos en la metodología expuesta y la comparamos con lo que el doctor Marañón definió en su libro *Relación médico-enfermo* sobre el acto médico, les aseguro que existe una similitud que me atrevería a definir como de gemelar univitelina. Pues bien, ese mismo grado de paralelismo, de similitud, es el que se le pide a un gobernante en relación al grado de ejercicio de su responsabilidad y de los principios programáticos que la inspiran. Es lo que llamamos, lo que definimos como coherencia; coherencia que no hace sino reforzar la credibilidad de quien la ejerce y practica, y reforzar asimismo la credibilidad del proyecto que representa o a quien representa.

Por eso, señor Presidente, es mi deseo expresar en primer lugar que cuando el señor Núñez Feijóo hacía referencia a lo que ha llamado principios de actuación, no ha hecho sino expresar su coherencia, cumpliendo por un lado, con unos mandatos constitucionales (artículos 9.2, 41, 43 y 158.1), y por otro desarrollar lo previsto en la Ley General de Sanidad, como por ejemplo en su artículo 12, cuando dice que los poderes públicos orientarán sus políticas de gasto sanitario en orden a corregir las desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso de los servicios públicos, estando este último concepto además recogido en varios apartados de la propia Ley General de Sanidad, como en el artículo 3.º, que habla de la universalización de la asistencia sanitaria, del acceso a las prestaciones sanitarias que deben realizarse en condiciones de igualdad efectiva, o sea, en condiciones de equidad, de que la política estará orientada a la supresión de los desequilibrios territoriales y sociales, o como se recoge en su artículo 81, cuando dice que la homologación de la atención y de las prestaciones se efectuarán teniendo en cuenta tanto la población a atender como los desequilibrios territoriales.

Pero hay otro grado importante de paralelismo en la exposición que acabamos de escuchar del señor Núñez Feijóo con lo que el partido al que represento manifestó en las últimas elecciones generales, con el programa con el que concurrimos a las mismas, con la preocupación y el deseo del actual Presidente del Gobierno, que ya en su discurso de investidura manifestó, como uno de sus principales compromisos ante el pueblo español, la búsqueda de un consenso entre todas las fuerzas políticas que definiera el sistema sanitario que nos queremos dar, otorgándole el rango de cuestión de Estado y propiciando para la consecución de ese objetivo la constitución de la Comisión que elaborara, y elabora en estos momentos, una ponencia sobre el mismo. Paralelismo, señorías, que me creo en la obligación de recordar. Y así, cuando hablábamos del Estado de bienestar decíamos, y se ha dicho aquí, que la sanidad era, es, un servicio público esencial, irrenunciable en sí mismo, y que para su consolidación se requiere una serie de medidas, siendo una de las más importantes, si no la más, el dotarlo de unos presupuestos reales. Y eso es lo que sencillamente se ha hecho.

Decíamos, y se ha dicho, que tenían, que tienen que ser solidarios, y solidarios son, señorías, cuando además de

umentar en un 6 por ciento con respecto al PIB nominal, el capítulo de inversiones también aumenta globalmente en un 10 por ciento, dirigiéndose dichas inversiones a corregir deficiencias estructurales y territoriales del sistema. Decíamos, y se ha dicho, que concebimos el Sistema Nacional de Salud como un instrumento, siendo el fin el que los españoles tengan asegurado que su salud es formalmente protegida. Decíamos, y se ha dicho, que los principios de universalidad y equidad son irrenunciables. Decíamos, y se ha dicho, que la sanidad pública sí tiene futuro, y que precisamente para asegurar ese futuro se precisaba una reforma que mejorara y consolidara el sistema sanitario heredado.

Ya ha señalado el actual Presidente del Gobierno en su libro *España, la segunda transición* el convencimiento de que la reforma actual del modelo asistencial es el mejor seguro de su propia capacidad para responder a la demanda de la sociedad española. Decíamos que los principios básicos de esa reforma se debían de cimentar, primero, en la financiación pública del sistema, exclusivamente basada en la recaudación fiscal; por cierto, que en estos momentos nos situamos ya en el 91 por ciento. Se debían de cimentar en la capacidad de sumar todos los recursos existentes del Sistema Nacional de Salud. Se debían de cimentar en la libre elección de médico, de centro asistencial y proveedor de servicio, estimulando la competitividad entre los agentes sanitarios y contribuyendo así a la mejora de la calidad asistencial. Y decíamos, en último lugar, que se debían de cimentar en los profesionales, en todos y en cada uno de ellos. Decíamos que el desarrollo de estos principios básicos conllevaría a una liberalización, a una desregulación de la asistencia sanitaria que, manteniendo el concepto de aseguramiento único y público del Estado, introduciría los rasgos de competencia necesarios para mejorar la calidad del Sistema Nacional de Salud. Señorías, la libertad de competir, la libertad de elegir no puede ser interpretada, como se está intentando hacer desde algunos foros, como una sanidad para pobres y para ricos. Es posible que en zonas más desfavorecidas de España la capacidad de elección pueda ser mínima. Pero ante esa hipotética situación, la respuesta no debe ser renunciar a la competitividad o renunciar a la libertad de elección por parte de los ciudadanos, sino proveer los medios para que lleguen a hacerlo los que no pueden.

Señorías, si tuviera que definir la intervención del Secretario General de Asistencia Sanitaria por la exposición de sus objetivos lo haría como de ambiciosos y sin embargo realizables, adecuados a la situación sanitaria actual y futura, coherentes con el mandato constitucional y programático, ajustados a ley y sobre todo necesarios, necesarios y que dan respuesta a todas y a cada una de las actuales y futuras demandas que el sistema y los agentes sanitarios propugnan. Porque reúne los elementos suficientes, los ingredientes necesarios como para provocar un consenso de las fuerzas políticas, por estas razones me atrevo a afirmar que es difícil aunar mayor grado de coherencia por parte del señor Núñez Feijóo. Y esta coherencia no está reñida, señorías, sino todo lo contrario, con la responsabilidad política de los grupos políticos aquí presentes

y con aquéllos a los que representamos. Y en ejercicio de esa responsabilidad, quiero también manifestar que la mayor parte del contenido de lo expuesto por el Secretario General de Asistencia Sanitaria en esta comparecencia es —así lo entiendo— una invitación a buscar el máximo consenso, no el acuerdo absoluto y la coincidencia total en la oportunidad de lo expuesto, pues esa consideración yo también la encuentro inapropiada.

Pero no puedo ni debo concluir mi intervención sin resaltar lo ya conseguido en este corto espacio de tiempo que va desde mayo-junio hasta el día de hoy. Le felicitamos y nos felicitamos porque la desaparición de la lista de espera quirúrgica con demora superior a un año es efectivamente un hecho, y porque con esa acción de gobierno, aun siendo coyuntural, se han puesto al mismo tiempo los mecanismos necesarios para la no aparición de la misma en esas condiciones. Nos felicitamos porque los dos compromisos públicos del Presidente de Gobierno, en su discurso de investidura, que hacían referencia al Ministerio de Sanidad y Consumo han dejado de ser compromisos para convertirse en hechos constatables. Le felicitamos por otras acciones realizadas por su departamento. Y lo que también hacemos es invitarle, animarle a seguir trabajando en esa línea, que tendrá como resultado la plasmación del desarrollo de la misma en la ponencia y, por lo tanto, en la asunción de la misma por todos los españoles.

Finalmente, quiero decir que efectivamente España no es el país de las maravillas, de las mil maravillas, pero sí es el país de lo posible, siempre que se tengan ideas y ganas; y que además, cuando todo se pone en sospecha, cuando se habla del Gobierno o del grupo parlamentario que sustenta al Gobierno, ante eso lo único que me cabe decir en voz alta, y no es respuesta, es que bajo sospecha sólo ha estado el Gobierno socialista. **(Rumores.)**

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Núñez Feijóo.

El señor **SECRETARIO DE ESTADO DE ASISTENCIA SANITARIA** (Núñez Feijóo): Muy brevemente y con el ánimo de no estropear la comparecencia, señor portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, espero que también este «Diario de Sesiones» lo lea usted y que lea lo que acaba de decir el portavoz del Grupo Parlamentario Popular (**La señora García Manzanares: No salgo de mi asombro**), porque sin duda estas líneas, estos principios básicos son los que intentamos implementar en nuestra actuación en el ámbito del Ministerio de Sanidad y del Insalud. Con un grupo parlamentario como el Popular es fácil llegar a decir y a compartir que la sanidad pública tiene futuro, porque realmente nosotros trabajamos para ello todos los días. Y respecto a que siempre se tengan ganas e ideas, como se ha invitado, le puedo asegurar que también tenemos ganas e ideas para esto. Le puedo decir al portavoz del grupo parlamentario que acaba de hacer uso de la palabra que tenga por seguro que las ganas e ideas no sobran, pero tampoco faltan. Quiero decir que vamos a seguir trabajando con el mayor interés por la consolidación del Sistema Nacional de Salud. Y una vez más quiero explicitar-

les que en el Ministerio de Sanidad no existen más compromisos, insisto, no existen más compromisos que los usuarios del sistema y que los trabajadores del sistema. Y con estos dos compromisos seguro que podremos llegar a lo que su señoría concretaba, que es a apostar por la viabilidad y por el futuro del Sistema Nacional de Salud.

Dicho esto, simplemente quiero agradecerle, como es natural, señoría, su intervención, que anima sin ninguna duda a los responsables de la Administración sanitaria a seguir trabajando con rigor y a seguir trabajando en el empeño de que los objetivos que concretemos se cumplan, al menos en el 97 por ciento, cada uno de los que me acabo de referir en la mañana de hoy.

Por último, quiero aprovechar una vez más la ocasión de encontrarme ante ustedes —y lo decía antes— para sinceramente agradecer el interés y el esfuerzo que todos los grupos parlamentarios están haciendo por los trabajos de la ponencia. Una vez más quiero reiterarles que los responsables sanitarios del país, no solamente los del Insalud, se lo agradecemos, se lo agradecemos claramente, y que ustedes —vuelvo a repetirlo— tienen en sus manos la posibilidad real de asegurar y profundizar en el Sistema Nacional de Salud del Siglo XXI.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Núñez Feijóo. Le agradecemos su comparecencia para informar del plan de actuación de su área de responsabilidad en el Ministerio de Sanidad y Consumo.

PREGUNTAS:

— **AUMENTO DE GASTO QUE SUPONE LA CREACIÓN DE LAS CUATRO DIRECCIONES GENERALES EN EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (INSALUD). DEL SEÑOR GUTIÉRREZ MOLINA (GRUPO POPULAR). (Número de expediente 181/000106.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al segundo punto del orden del día, que es la contestación a las preguntas formuladas por diversos Diputados miembros de la Comisión. La primera pregunta es la formulada por el señor Gutiérrez Molina, del Grupo Parlamentario Popular, sobre el aumento de gasto que supone la creación de las cuatro direcciones generales en el Instituto Nacional de la Salud. Tiene la palabra el señor Gutiérrez Molina.

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA**: Señor Secretario General, a la hora de elaborar la pregunta creo que era pertinente por un doble sentimiento: por un sentimiento de justificación y por un sentimiento de objetividad. Pero ahora, después de escuchar las intervenciones de los distintos portavoces, se une un tercer sentimiento, que es de satisfacción, al comprobar que también existe consenso a la hora de preguntar entre los distintos grupos políticos, en concreto entre el Grupo Socialista y el Grupo Popular.

Pero ciñéndome a las dos primeras pertinencias, si me permite la palabra, señor Secretario General, de mi pre-

gunta, por un sentimiento de justificación porque como profesional, durante muchos años en el Instituto Nacional de la Salud no cabe la menor duda de que estimaba justificado el saber de primera mano en Comisión, del máximo representante del Instituto Nacional de la Salud, la justificación, no solamente desde el punto de vista del organigrama sino desde el punto de vista funcional, que aparentemente el crear cuatro direcciones generales del Insalud, del Instituto Nacional de la Salud, pudiera ser beneficioso o no para la buena marcha del mismo, evitando la anquilosis y las rigideces burocráticas a las que tantas veces ha hecho referencia el señor Secretario General. En segundo lugar, tiene el objetivo, que ya se ha solapado en mi intervención a la hora de expresar la justificación, de que sería pertinente escuchar en Comisión no solamente el aquilatar el coste sanitario, sino el coste de gestión, que me parece que fue el último objetivo por el que fueron creadas estas nuevas estructuras del Instituto Nacional de la Salud.

Creo que he justificado el preámbulo, señor Secretario General, de mi pregunta, y por eso le hacía la misma: que pudiera responder si la creación de las cuatro direcciones generales del Instituto Nacional de la Salud redundaría en un aumento de gasto de la misma.

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Núñez Feijóo): Señoría, voy a intentar ser breve en la respuesta. Los dos reales decretos por los que se estructura la organización del Insalud y del Ministerio de Sanidad y Consumo, si los comparamos con los reales decretos anteriores, ofrecen el siguiente resultado. El número de direcciones generales que antes tenía el Ministerio de Sanidad y Consumo era 12, actualmente tiene 4; y el número de direcciones generales que tenía el Insalud era 1, y actualmente tiene 4. Por tanto, la suma de direcciones generales son 8 frente a 12; por consiguiente hay 3 direcciones generales menos. El número de subdirecciones generales se reduce en 6, y a su vez se reduce en 17 subdirecciones generales el ámbito territorial del ministerio, toda vez que se suprime el rango de subdirector general a un delegado territorial del ministerio, que me gustaría saber por qué tenía este rango previamente de subdirector general en base a las competencias y a la actividad y al contenido de la Dirección Territorial del ministerio.

Esta modificación obedece a varios antecedentes. El primero de ellos es que los servicios de salud del Estado funcionan, y no solamente el servicio de salud del Estado es el Insalud, hay ya siete servicios de salud constituidos, y el Insalud es uno de ellos. En ninguno de los servicios de salud que hay constituidos había una estructura como la actual. Un director general del Insalud, entre los doce directores generales del ministerio, imagínese usted las posibilidades que tenía de hacer valer sus criterios. Segundo, no conozco ninguna estructura de ningún ministerio que con 1 billón 300.000 millones de pesetas sea susceptible de ser gestionada a través de una dirección gene-

ral. No conozco un antecedente de esta naturaleza. Y tercero, las direcciones generales del ministerio estaban actuando y decidiendo cuestiones estrictamente competencia del Insalud. La planificación y el contrato-programa del Insalud se hacía en el ministerio, la política informática del Insalud se hacía en el ministerio, la política de personal del Insalud se hacía en el ministerio. En definitiva, señoría, creemos que el Insalud ya tiene una mayoría de edad y no necesita una tutela de gestión diaria y constante, aunque sí de autoridad permanente por parte del Ministro.

Por tanto, señoría, no solamente no se ha incrementado el gasto, sino que se ha reducido en 3 direcciones generales, como decía antes, en 6 subdirecciones generales y en 17 direcciones territoriales con rango de subdirección.

— **DIFERENCIAS ENTRE LOS PRECIOS DE VENTA AL PÚBLICO EN NUESTRO PAÍS Y LOS DE EXPORTACIÓN DE DETERMINADOS PRINCIPIOS ACTIVOS. DE LA SEÑORA MAESTRO MARTÍN (GRUPO DE IZQUIERDA UNIDA-INICIATIVA PER CATALUNYA). (Número de expediente 181/000174.)**

El señor **PRESIDENTE**: Anuncio a los señores parlamentarios que la pregunta formulada por la señora Maestro, de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya, ha sido retirada.

— **DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DE CARÁCTER EPIDEMIOLÓGICO HECHO DEL BROTE EPIDÉMICO DE NEUMONÍA HABIDO EN ALCALÁ DE HENARES (MADRID). DE LA SEÑORA ÁLVAREZ GAYOL (GRUPO SOCIALISTA). (Número de expediente 181/000228.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, pasamos a la pregunta formulada por la señora Álvarez Gayol, sobre diagnóstico etiológico de carácter epidemiológico hecho del brote epidémico de neumonía habido en Alcalá de Henares, que contestará el señor Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Para formular la pregunta tiene la palabra la señora Álvarez Gayol.

La señora **ÁLVAREZ GAYOL**: Agradezco al señor Subsecretario su presencia para contestar a esta pregunta.

Como pueden apreciar, ésta es una pregunta que se refiere a un hecho que en estos momentos no crea alarma social, pero que en el período que abarca desde finales de agosto hasta finales de octubre sí la creó. Tuvo las consecuencias, si no he contado mal, de 17 muertos y más de 270 ingresos en el hospital Príncipe de Asturias, de Alcalá de Henares. Lo primero que queremos manifestar es nuestro pesar a los familiares de los fallecidos y reconocer la angustia de las familias que han tenido que pasar por el

trance de tener alguno de sus miembros en el hospital, así como valorar el trabajo del personal del hospital.

No hemos querido retirar esta pregunta, que entró en registro el 31 de octubre y se realiza en Comisión con un mes y diecisiete días se supone que de reflexión, por no tachar de retraso, porque creemos que sigue teniendo vigor tanto para los afectados directamente como para aquellos que no lo están. A estas alturas todavía no ha habido ninguna explicación pública, que yo conozca, y las perspectivas de futuro son desconocidas, si es que existen. Ante esto, lo que queremos saber es qué ha pasado en Alcalá de Henares, qué análisis se ha hecho y qué medidas se han tomado o se van a tomar para que no se repita lo de Alcalá de Henares en esta o en otra o en otras ciudades.

El señor **PRESIDENTE**: Para dar contestación a su pregunta tiene la palabra el señor Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo, don Enrique Castellón.

El señor **SUBSECRETARIO DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Castellón Leal): Lo primero que tengo que decir es que en virtud del reparto actual de competencias que establece la Constitución, y también el desarrollo de los diferentes estatutos de autonomía, las competencias en salud pública, concretamente las de vigilancia epidemiológica, se encuentran transferidas a las comunidades autónomas. De manera que el Ministerio de Sanidad y Consumo limita su actuación en este campo, pero no por ello su actuación menos importante, a prestar la colaboración necesaria a las comunidades autónomas a demanda de éstas.

En el caso del brote de neumonía que se produjo en Alcalá de Henares, el Ministerio de Sanidad y Consumo intervino poniendo a disposición de la comunidad autónoma todos los medios a su alcance, en concreto la Dirección General de Salud Pública y el Instituto de Salud Carlos III; concretamente el procesamiento de las muestras de los enfermos y las muestras ambientales se efectuaron por el Centro Nacional de Microbiología, y para la realización del estudio epidemiológico intervino el Centro Nacional de Epidemiología. De manera que el Ministerio no ha efectuado separadamente del resto del dispositivo que lo ha realizado el diagnóstico etiológico de carácter epidemiológico a que se refiere la pregunta de su señoría.

No obstante, teniendo en cuenta los estudios que se han realizado hasta la fecha, mediante la información facilitada por la Comunidad de Madrid, y valorando los datos clínicos, epidemiológicos, microbiológicos y ambientales, así como la aplicación de las medidas preventivas adoptadas, puedo informar a su señoría que el brote de neumonía de Alcalá de Henares está causado por *legionella pneumophila* del grupo 1, serotipo Pontiac, que ha afectado a una zona de la población de esta localidad, de Alcalá de Henares, a partir de torres de refrigeración contaminadas. Las actuaciones epidemiológicas y ambientales que se desarrollaron por la comunidad autónoma en colaboración con el Ministerio y que han conducido a este diagnóstico etiológico se resumen en la siguiente secuencia.

El 11 de septiembre se recibe en el Centro de Salud Pública de la Comunidad de Madrid del Área 3, que incluye

Alcalá de Henares, la notificación desde el Centro de Salud del Insalud de que en las dos últimas semanas un número inusual de pacientes con diagnóstico de alta hospitalaria por neumonía atípica estaban acudiendo a consultas de atención primaria para su seguimiento y control. Desde Salud Pública, Comunidad de Madrid, se establece contacto inmediato con el hospital Príncipe de Asturias, de Alcalá, que confirma que están ingresando pacientes con cuadro de neumonía atípica en número superior al esperado, confirmando la existencia, por tanto, de un brote epidémico de neumonía atípica. A partir de ese momento se organiza un equipo de epidemiólogos en el Centro de Salud Pública del Área 3 que, en estrecha colaboración con los médicos del hospital Príncipe de Asturias, trabajan activamente en la búsqueda de una hipótesis inicial de trabajo que permitiera, en lo posible, la adopción de medidas inmediatas de control. Para ello se procedió, en primer lugar, a investigar retrospectivamente la aparición de neumonías atípicas en número superior a lo esperado. Se diseñó y aplicó a los casos una encuesta epidemiológica orientada a investigar los factores de riesgo asociados a neumonías atípicas y/o a procesos imitadores de las mismas. Se remitieron muestras al Centro Nacional de Microbiología del Instituto Salud Carlos III.

Con estas iniciativas, la investigación epidemiológica inicial constató, primero, que existía un claro aumento de neumonías atendidas en el hospital Príncipe de Asturias; segundo, que la edad media de los afectados era de más de 65 años; tercero, que había una respuesta nula a la amoxicilina y al ácido clavulánico, y la respuesta sin embargo era excelente a la eritromicina; cuarto, que los casos se presentan agrupados en la zona norte de Alcalá de Henares, en la cual viven, trabajan, compran o visitan por otros motivos unas 46.000 personas; quinto, que no existía transmisión persona a persona en el medio familiar ni en el laboral; sexto, que no había como posible fuente de infección, y por eso fue descartada, la exposición a animales; séptimo, se descartó también la posible implicación de alimentos en el brote; se recogió información sobre los alimentos consumidos en las tres semanas anteriores a la aparición de los síntomas, no constatándose ningún producto inusual sospechoso; octavo, no se evidenciaron indicios de implicación de ningún tóxico.

En base a las anteriores evidencias, y a la espera de los resultados analíticos del Centro Nacional de Microbiología, se formuló desde Salud Pública, Comunidad de Madrid, la hipótesis provisional de trabajo de que se trataba de un brote de legionelosis de gran dispersión, y por ello se iniciaron las oportunas estrategias de intervención desde Sanidad Medioambiental. Al mismo tiempo se aplicó a los casos, es decir, a los pacientes —y entendiéndose por caso a los pacientes atendidos de neumonía en urgencias del hospital Príncipe de Asturias desde el 25 de agosto hasta el 24 de octubre— un estudio epidemiológico diseñado para estudiar la exposición a todas las variables ambientales que según la literatura se relacionan con brotes epidémicos de legionelosis, adecuando las preguntas a las características de la zona y población afectada, de acuerdo con los resultados del estudio epidemiológico inicial. En este estudio

segundo, al igual que a lo largo de todo el brote, se contó con la cooperación del personal del hospital Príncipe de Asturias y los médicos de atención primaria del Insalud, que colaboraron en la notificación de todos los casos de neumonía observados en su medio.

En este estudio epidemiológico se ponen de manifiesto los siguientes resultados. En primer lugar, en orden a la distribución temporal, que el brote alcanzó su punto álgido entre los días 27 de septiembre y 5 de octubre, en cuanto a aparición de nuevos casos de neumonía. A partir de esta fecha se observó una disminución importante de los casos, que remitieron en la semana del 20 al 26 de octubre al patrón normal. Cabe con esto decir, el patrón normal, que de forma habitual todos los meses se presenta un número escaso, pero que no obstante existe, de casos de legionelosis. Segundo, con respecto a la distribución geográfica, existe una clara agregación espacial que se concentra en la zona norte de la ciudad. El 94 por ciento de los casos son residentes en la zona de riesgo y el 6 por ciento restante vive fuera, pero prácticamente todos ellos tienen relación de alguna manera, directa o indirecta, con la zona. Tercero, en relación con la edad de las personas afectadas, la mayor proporción de casos se produce, como he dicho hace un momento, en mayores de 65 años. En la distribución por sexos, afecta más a los varones, en una razón de 1,4 a 1. Respecto a la evolución de los pacientes, su estancia media fue de 9,4 días, con una letalidad en los casos confirmados de 9,2 por ciento, que es inferior a la recogida en la literatura en relación con estas epidemias. La respuesta se confirmó como buena a la eritromicina.

En lo que se refiere a la información del medio ambiente, la investigación de la red de abastecimiento de agua resultó positiva en un 50 por ciento de las muestras analizadas. Se detectó la presencia de *legionella pneumophila*, serogrupo 1, subtipo Pontiac, en seis torres de refrigeración y en dos depósitos de comunidades de vecinos. En la zona de riesgo se detectaron numerosos fondos de saco que evidencian que la red no está perfectamente mallada. En relación con los riesgos ambientales, se evidencia también una asociación estadísticamente significativa entre vivir y/o visitar la zona delimitada como de riesgo y ser caso confirmado. No se observaron asociaciones significativas al analizar otros factores de riesgo considerados como ducharse, tener agua caliente centralizada, tener depósito de agua en el edificio, visitas a centros de reunión de la tercera edad u otros establecimientos de la zona.

Para finalizar, debo señalar que el Comité de Expertos que se constituyó para el seguimiento de este brote emitió el 11 de octubre un comunicado que literalmente dice: En el momento actual, 11 de octubre, la información clínico-epidemiológica disponible sugiere que el brote de neumonía por *legionella* en la zona norte de Alcalá de Henares se halla en fase de remisión. Aún tardarán, no obstante, algunas semanas en cerrar definitivamente los datos del brote, por cuanto quedan aún pendientes algunos resultados de laboratorio, así como varios estudios epidemiológicos complementarios del tipo de casos y controles, que por su propio diseño exigen un mayor horizonte temporal. Aun-

que no significativamente, es presumible que algunos datos puedan ser debidamente depurados.

En conclusión, se ha producido un brote de neumonía por *legionella*, que afecta a una población importante, a partir de torres de refrigeración contaminadas que han diseminado la *legionella pneumophila* infectando a las personas en espacios abiertos y concurridos, tal y como se puso de manifiesto en los estudios epidemiológicos efectuados. Desde el 25 de septiembre hasta el día de la fecha, hasta hoy, se han contabilizado 260 casos sospechosos y 15 fallecimientos. Se han confirmado 102 casos de los cuales 39 son por títulos altos, mayores o iguales a 256 unidades de hemodilución, que es la cifra considerada como diagnóstica, 31 seroconversiones, en 7 casos se ha aislado *legionella pneumophila* grupo 1, serotipo Pontiac, en muestra de tejidos, en 31 había antigenurias y en 12 reacción a las cadenas de polimerasa. Y a partir de octubre no se han detectado nuevos casos. En la actualidad no hay ningún paciente ingresado procedente de este brote. El último parte de alta se produjo el pasado 5 de diciembre. Está prevista una reunión del comité de expertos el próximo día 20 de diciembre, previsiblemente, para dar datos finales y definitivos, sobre todo analítica, que estén disponibles en esa fecha.

Y eso es todo lo que tengo para informar.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra la señora Álvarez Gayol.

La señora **ÁLVAREZ GAYOL**: Entenderá, señor subsecretario, que aparte de que en esta Comisión profesionalmente haya doctores y médicos, no todos tenemos esa profesión. Me parece que la respuesta clínica es exhaustiva, la leeré también exhaustivamente en su momento, porque no soy profesional médico. Pero no me ha contestado a lo que he preguntado, a lo que es hoy la realidad. Agradezco que no haya utilizado el THH ni el THV, es decir, la terrible herencia heredada y el también lo hacíais vosotros, que no está mal, porque en la comparencia anterior he comprobado que eso se utiliza en abundancia.

No le agradezco lo mismo que me haya explicado está transferido —pues claro que hay muchas cosas transferidas— y los ciudadanos suponen que la transferencia es para mejorar los servicios a los ciudadanos, las relaciones con los ciudadanos, etcétera. Eso no exime de la responsabilidad que tiene un Gobierno cuando en el artículo 43 de la Constitución, en una parte de su apartado 2, dice que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública, etcétera, así como en el artículo 154 dice la Constitución que el delegado del Gobierno coordinará, cuando procede, con la Administración propia, etcétera.

¿Qué creemos que ha pasado? Creemos que se han dado cuenta tarde de cuál era el problema. Segundo, que las administraciones implicadas han empezado a echar balones fuera: que si las transferencias, que si no sé qué, como en este momento. Tercero y cosa gravísima, que no se ha explicado a los ciudadanos, afectados y no afectados directamente, pero que estaba en los alrededores, qué es-

taba pasando. No se sabía. Y por ahora, con la respuesta que me ha dado, también siguen sin saberlo.

Según nuestros datos, y me voy a referir fundamentalmente al futuro porque, condoliéndonos con lo que ha pasado y con los afectados, creo se trata de una cuestión de futuro, y digo futuro partiendo de la idea que con la respuesta que me ha dado y la que me dará después, continuaremos si es necesario con los trámites parlamentarios necesarios.

Usted, por ejemplo, da una respuesta clínica excelente, pero en el tema medioambiental, que ya sé que también está transferido, por lo que nosotros sabemos, en la Comunidad de Madrid hace dos años, tanto los empresarios o asociaciones de empresarios como las asociaciones de consumidores trataban de llegar a un acuerdo, un consenso, sobre un contrato mínimo de mantenimiento recomendado en instalaciones de calor y frío, que eso estaba a punto de salir a flote, estaba a punto de publicarse, que obliga en todo el tema del frío y el calor, que parece ser que ha sido una de las causas porque la *legionella* pasaba por ahí, que obligaba a su limpieza, etcétera. Cuando llegó la nueva Administración de la Comunidad de Madrid, esto se paralizó; en medio del problema de Alcalá se recurrió a esta gente y posteriormente se volvió a paralizar.

Cuando estamos hablando de este tema, me gustaría que me contestara en la respuesta si vamos a dar una explicación que, como usted comprenderá, yo soy una ciudadana, aparte de Diputada, y si clínicamente ha quedado muy bien, para los ciudadanos normales yo creo que habría que simplificarlo y había que explicarles qué ha pasado, cuál ha sido el origen y qué remedios se van a poner a ese origen, para que no vuelva a suceder. Creemos que ésa es la parte trascendental. Se trata de saber qué ha pasado, se trata de explicarlo y se trata de poner el remedio correspondiente a lo que ha pasado.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo.

El señor **SUBSECRETARIO DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Castellón Leal): Lo primero que debería decir es que cuando he hecho alusión a las transferencias, evidentemente no hago alusión con el deseo de echar ningún balón fuera, simplemente para explicar cómo son las cosas. Yo creo que no hay mejor manera de generar caos y descoordinación que asumir todos las mismas competencias, por aquello que de alguna forma o de alguna manera u otra hay que responder. El Ministerio de Sanidad creo que ha asumido plenamente su papel tutelar, ha colocado a disposición de quien tiene la competencia en esta materia todos sus aparatos, su aparato humano, su aparato epidemiológico y su aparato de laboratorio, para ayudar a la Comunidad de Madrid a resolver este grave problema de salud pública. Por tanto, creo que es muy importante se reconozca el hecho de que si las competencias tienen su sede en un nivel determinado, cada uno tiene que ajustar su papel, porque es la mejor manera de actuar coordinadamente y de que no se produzca un caos en el que todo el mundo quiera tener un protagonismo que

no le corresponde. De manera que el ministerio se ha ajustado exactamente al papel que le corresponde.

Por lo demás, en cuanto a medidas de salud pública, ya en un momento determinado, concretamente en el mes de septiembre cuando los datos de laboratorio empezaron a ser consistentes con la hipótesis de trabajo inicial, se tomaron las primeras medidas de carácter medioambiental, tanto por la Comunidad Autónoma como por el Ayuntamiento de Alcalá, para manejar el brote. Se empezaron a evitar aerosoles del agua del hogar, se sustituyeron las duchas, la limpieza de las mismas, se prohibió el riego por aspersión y se paralizaron los sistemas de refrigeración industrial. Más tarde, el 26 de septiembre, se ampliaron otras dos medidas: se empezó a hiperclorar el agua de abastecimiento de toda la red de Alcalá de Henares y se inició la limpieza bajo estrictas normas técnicas de todos los sistemas de refrigeración que trabajaban con agua de los locales públicos de la zona de riesgo, es decir la parte norte de Alcalá, donde se acumularon los casos.

Además se intensificaron medidas medioambientales de control con un número de acciones que voy a enumerar. Se buscaron exhaustivamente torres de refrigeración no controladas; se cerraron cautelarmente los autolavados de vehículos; se limpiaron los depósitos de agua, fría y caliente, de las comunidades de vecinos; se detectaron puntos ciegos de abastecimiento de la red de abastecimiento y se purgó y limpiaron los mismos; se habilitaron teléfonos, evidentemente, de información al público; y se desarrollaron bandos municipales para informar a la población y reforzar las medidas de control. A partir del 18 de octubre se extendieron las medidas de limpieza y desinfección de depósitos y torres de refrigeración al resto de la ciudad de Alcalá de Henares.

Evidentemente, en la medida que esto va teniendo lugar, se van levantando, normalmente las medidas preventivas que afectan la vida doméstica, al riego de parques y jardines. Es decir, se ha tomado un amplio abanico de medidas medioambientales, que probablemente tengan que seguir tomándose por parte de las autoridades competentes, y subrayo el tema de autoridades competentes. El Ministerio tiene una responsabilidad, y la ejercerá, de tutelar que las medidas pertinentes se están tomando de manera que no se vuelva a reproducir este hecho en el futuro.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Castellón.

PROPOSICIONES NO DE LEY:

— SOBRE OPOSICIÓN A LA IMPORTACIÓN Y COMERCIALIZACIÓN DE LA SOJA «ROUNDUP READY». PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO MIXTO. (Número de expediente 161/000246.)

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al tercer punto del orden del día, que es debate y votación, en su caso, de la siguiente proposición no de ley; proposición no de ley sobre

oposición a la importación y comercialización de la soja «roundup ready», formulada por el Grupo Parlamentario Mixto. Para defensa de la proposición tiene la palabra el señor Rodríguez. Cuando quiera.

El señor **RODRÍGUEZ SÁNCHEZ**: El Bloque Nacionalista Galego considera que en la actual circunstancia de la humanidad estamos corriendo muy serios peligros por actuaciones temerarias de grandes empresas transnacionales que no son adecuadamente vigiladas o contrarrestadas por los estados, ni siquiera por los estados de lo que se considera el primer mundo. **(El señor Vicepresidente, Arnau Navarro, ocupa la Presidencia.)**

Estos días podemos observar en los periódicos cómo las propias autoridades políticas del Estado español se encuentran totalmente despistadas o en una situación de *impasse* a la hora de tomar actitudes claras o clarificadas, respecto a la importación de productos de carácter alimenticio, bien para el ganado o bien para el ser humano, que son importados desde Estados Unidos. Podemos leer cómo la señora Tocino está urgentemente instando a la Unión Europea a que apruebe el maíz transgénico, porque de lo contrario tendría que almacenarse, dice la Ministra, o cómo avala simplemente la posición de la Unión Europea respecto de la soja transgénica, pretextando que la comisión *ad hoc* aprobó esta importación a su debido momento. Pero llama la atención que los gobiernos de algunos estados no tengan posición propia formada a partir de criterios más o menos rigurosos de carácter científico.

En todo caso, estamos ante una soja transgénica que fue lograda a través de diez años de trabajo biotecnológico y de una inversión de 13.000 millones de pesetas por una gran transnacional de nombre Monsanto célebre en el recuerdo de todos porque fue la que produjo los agentes naranjas que se utilizaron como defoliantes en la Guerra del Vietnam. La segunda mayor compañía agroquímica mundial tiene una gran capacidad propagandística, por supuesto, y una gran capacidad de incidencia no solamente sobre la política oficial de Estados Unidos, sino, como estamos comprobando, también en la Unión Europea.

Pero aunque solamente fuese por cautela, por un mínimo de actitud de esperar más tiempo que los diez meses que la propia transnacional empleó en averiguar sus efectos nocivos sobre animales, en concreto sobre ratas y pollos, aunque solamente fuera por eso, y teniendo en cuenta los gravísimos escándalos y daños para la salud que se han provocado a partir, por ejemplo, del efecto de las «vacas locas», pensamos que los gobiernos deberían tener una actitud muchísimo más prudente.

Además, todos conocemos informaciones de reparos científicos y ecológicos serios respecto de cómo puede incidir en los alimentos de consumo humano la utilización de esta soja de carácter transgénico y no hay que olvidar que el Estado español importa una cantidad de 1.500.000 toneladas de este cereal al año. Si tenemos en cuenta que ahora esta soja va a ser resistente al *roundup ready*, que es el herbicida que emplea esta misma transnacional, aunque nada más fuera por el herbicida que va perfectamente implícito en las habas que se van a utilizar en la simiente de

este producto, o incluso en su utilización para fines alimentarios, aunque solamente fuera por eso, no ya por el virus y la bacteria que se empleó para hacerla resistente al herbicida, la salud pública no está totalmente segura, igual que sabemos que tampoco el medio ambiente, en concreto del Mediterráneo, especialmente caluroso y muy proclive a la reproducción de esta planta. La versión oficial que pre-texta solamente la decisión de la Comisión Europea del 3 de abril, que todo el mundo sabe se tomó bajo amenaza de guerra comercial por Estados Unidos, no deja de ser sorprendente. Hay autoridades oficiales del Estado español, en concreto el jefe del departamento de genética vegetal del instituto respectivo, dependiente de la Generalitat de Catalunya, que efectivamente alertan sobre que hay muchísimas posibilidades de que no sea beneficioso para la salud ni para el medio ambiente.

Hoy en día incluso sabemos que la soja, cuando se importa sin modificaciones genéticas, y en el puerto de A Coruña somos conscientes de esto, produce gravísimas crisis asmáticas y respiratorias. Pues bien, parece ser que con la modificación genética que conlleva la soja modificada las capacidades alergénicas van a aumentar, precisamente porque los genes extraños van a modificar el metabolismo en este sentido alergénico. Eso ya sería por sí solo una cautela grave que tendríamos que tomar. Pero es que además sabemos que se están importando todas estas cantidades de soja, en concreto dos barcos en el período de diez días que llegaron al puerto de Barcelona, sin que se advierta que viene mezclada la semilla no transgénica con la transgénica y, cuando menos, habría que ponerlo por un mínimo incluso de información, que yo creo la legislación oficial obligaría a ello, para que los consumidores sepamos lo que estamos realmente comprando.

Un dato más claro, es cierto que en la Comisión Europea hubo votos negativos, por lo menos de Dinamarca y Suecia, cuando menos respecto de que se importase sin que fuese indicada clarísimamente en etiquetado especial la composición de la soja de importación. Igual es evidente que la compañía Nestlé, en el caso suizo de la casa matriz, se negó, posiblemente por presión de la opinión pública, a que se utilizase esta soja transgénica en productos como los yogures, las galletas o los chocolates.

En todo caso, señorías, desde el Bloque Nacionalista Galego pensamos que los alimentos manipulados carecen de un mínimo aval de garantía de inocuidad a largo plazo para la salud de los seres humanos, y que estamos entregando lo que son realmente responsabilidades políticas y sanitarias de los estados a transnacionales muy poderosas que no controlan, no tienen interés ni responsabilidad de ningún tipo respecto al futuro de lo que puede pasar con esta simplificación genética y con toda esta, digamos, actuación, que si bien está guiada inicialmente para provocar mayores ventas de herbicidas y por una simplificación genética que se presenta en nombre de la resistencia, no sabemos como va a incidir, vuelvo a repetir, en la salud y en el medio ambiente, cuando sí sabemos que la experiencia acumulada de muchos años de agricultura mediterránea ha llevado a que exista fiabilidad respecto de los productos del campo tal como se vinieron sembrando y tal como se

vinieron consumiendo, precisamente con la experiencia humana acumulada.

Por tanto, señorías aunque solamente sea por cautela y aun basándonos en que puede haber discrepancia científica, pensamos que no se debía autorizar la importación y comercialización de la soja *roundup ready*, al igual que no se debe hacer con el maíz transgénico, y que se debía recurrir a todos los derechos legales de la legislación del Estado para no exponer la salud de la población y el medio ambiente a riesgos innecesarios. En todo caso, se podía ir provocando cuando menos un debate en la Comisión europea y hacer uso de los medios legales y de las evidencias científicas que responsablemente el Estado español debe buscar, para que se reconsidere no solamente su decisión, que fue positiva en la Comisión Europea, sino la del conjunto de la comisión y que no se autorice tan alegremente esta comercialización.

Sabemos que es una posición frontal en contra de todo tipo de alimentos modificados genéticamente, porque está claro que no se sabe su efecto a largo plazo, no a corto plazo, como están comprobando las transnacionales. En todo caso, hay una enmienda muchísimo más moderada, presentada por el Partido Socialista, por el Grupo Parlamentario Socialista, que incide en la necesidad de que el producto esté debidamente identificado y, además que en la información se dé toda la composición del producto y la modificación transgénica a que fue sometido. Por otra parte, que se empiece a garantizar un sistema de evaluación y prevención científica que, en todo caso, a lo que son posiciones tremendamente moderadas, que no van a inhabilitar la posición más frontal que nosotros queríamos mantener, sí pensamos que es una mínima garantía que por responsabilidad todos los grupos parlamentarios debíamos votar positivamente.

Con esto nos parece suficiente para justificar la proposición no de ley que hemos presentado.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Arnau Navarro): A esta proposición no de ley se ha presentado una enmienda por parte del Grupo Parlamentario Socialista. La enmienda es de modificación del punto primero y sustitución del punto segundo. Para su defensa, tiene la palabra la señora Pozuelo.

La señora **POZUELO MEÑO**: Señor Presidente, señorías, el Grupo Socialista ha presentado dos enmiendas a esta proposición no de ley del Grupo Mixto, sobre importación y comercialización de la soja transgénica denominada *roundup ready*. Con ellas intentamos mejorar la propuesta del Grupo Mixto, con el que coincidimos, como creo también el resto de los grupos, en la preocupación por el tratamiento que debe darse a los productos modificados genéticamente.

Hace aproximadamente mes y medio debatíamos en esta Comisión de Sanidad y Consumo sobre un asunto similar, una propuesta, en este caso del Grupo de Izquierda Unida, para oponerse a la aprobación por parte de la Unión Europea de la comercialización e importación del maíz transgénico de la empresa Ciba-Geigy. En aquella ocasión

el Grupo Socialista, tras la modificación producida en el texto inicial, pudo aprobar dicha proposición, alcanzándose una situación de consenso que todos los grupos manifestaron muy deseable en este tipo de asuntos. Espero que igualmente en esta ocasión pueda llegarse a este consenso.

Pero, señorías, entre esta propuesta y aquélla hay una diferencia fundamental para el Grupo Socialista, la soja *roundup ready* ha pasado todos los controles científicos y sanitarios establecidos por la Unión Europea, que ha dado su autorización una vez superados todos los protocolos exigibles y acordados por los distintos países miembros para la comercialización en Europa de esta soja transgénica para el uso humano y ganadero. Por tanto, consideramos que este producto reúne las garantías exigibles para su consumo y no supone riesgo para la salud humana o animal, quiero recalcar este planteamiento, porque me parece grave la manipulación que desde algunos sectores puede estar haciéndose. Bajo el paraguas de un supuesto cientifismo se están haciendo llegar mensajes a los ciudadanos de auténtico catastrofismo. En estas cuestiones, en las que es muy complejo acceder a la comprensión de fenómenos científicos tan altamente cualificados, es muy fácil divulgar conclusiones erróneas que afectan sensiblemente a los ciudadanos. Por ello hay que ser extremadamente cautos, precavidos y rigurosos, para no crear alarmas injustificadas; pero también, señorías, como corresponsables públicos, debemos ser igualmente cautos, precavidos y rigurosos en ofrecer las máximas garantías de seguridad y protección a la salud de las personas y del medio ambiente.

En este sentido van nuestras enmiendas. Consideramos que de ninguna manera puede ser aceptado que estos productos se comercialicen camuflados en el territorio español. El Gobierno de la nación debe exigir para su importación y comercialización que estos productos vengan perfectamente identificados como garantía ineludible para los derechos de los consumidores y, además, para no burlar las propias reglas del mercado. ¿No es una empresa privada la patentadora del producto, la que ha invertido cientos de millones en su obtención? Que no eluda, por tanto, el riesgo de ser aceptado o rechazado por los consumidores en el legítimo ejercicio de su derecho.

La segunda enmienda, señorías, pretende instar al Gobierno a establecer un marco reglamentario de control y evaluación suficiente sobre estos productos transgénicos, dado el vacío existente al no estar aún aprobada la normativa europea sobre nuevos alimentos y nuevos ingredientes.

Para finalizar, señor Presidente, quiero insistir en nombre del Grupo Socialista en la urgente necesidad de seguir avanzando en estos asuntos. El Gobierno de la nación debe aprobar ya el reglamento que desarrolle la Ley de junio de 1994, sobre liberalización y comercialización de organismos modificados genéticamente; regular urgentemente también el funcionamiento de la Comisión nacional de bioseguridad, que aún sigue actuando en precario; y, finalmente, promover la elaboración cada tres años del informe previsto en esta misma Ley, sobre la situación en nuestro país, que permita acceder a estos Diputados y a la Cámara a una información precisa y rigurosa.

Nada más.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Arnau Navarro): ¿Grupos que desean fijar posiciones? **(Pausa.)**

Por el Grupo Vasco PNV, tiene la palabra la señora Aguirre.

La señora **AGUIRRE URIBE**: Igual que ha hecho la portavoz del Grupo Socialista, abogo por mantener un criterio unánime en esta Comisión, de la misma manera que se hizo con otro producto manipulado genéticamente, como fue el maíz.

En nombre de mi grupo quiero manifestar nuestra preocupación por la comercialización de este producto. Es un tema importante y hay una preocupación cada vez más extendida en toda la población por la creciente manipulación genética en la agricultura y por los riesgos que para la salud de las personas conlleva esta manipulación; no solamente para la salud de las personas, sino también para el medio ambiente, que todavía yo creo que es muy pronto para poder valorar, porque no existen las suficientes conclusiones, o con el suficiente rigor, sobre la inocuidad de estos productos.

Como para nosotros por encima de todo está la protección de la salud de las personas, creemos necesario adoptar todas las medidas que vayan en pro de alcanzar ese objetivo. Quiero anunciar, porque también el proponente de la iniciativa lo ha planteado, el voto a favor de las enmiendas que presenta el Grupo Socialista con relación a la proposición no de ley del Grupo Mixto que debatimos en este momento en Comisión.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Arnau Navarro): Por el Grupo Catalán de Convergència i Unió tiene la palabra la señora Amorós.

La señora **AMORÓS I SANS**: Nuevamente debe tratar esta Comisión acerca de la importación y uso de cultivos cuyas semillas han sido manipuladas genéticamente y que conocemos bajo el nombre de productos transgénicos.

Como es sabido, dichos cultivos vegetales provienen de semillas a las cuales se les ha modificado su material genético mediante su alteración o la introducción de uno o varios genes de otras plantas. Tales alteraciones se buscan para lograr un determinado fin, como resistencia a las plagas, al clima, mejor aspecto comercial; generalmente, los fines que se persiguen son comerciales, ahorro de agua, etcétera. Eso hace difícil predecir si en la apariencia se han logrado o no los efectos buscados, lo que no se puede saber inmediatamente es si aparte de los que se querían saldrán otros no deseados, y si pueden ser perjudiciales.

Señorías, toda innovación tiene sus riesgos y en parte debemos asumirlos con conocimiento de causa, es decir, sabiendo cuáles son los riesgos que queremos aceptar.

La autorización de comercialización de la soja modificada genéticamente se ha realizado de acuerdo con el procedimiento previsto por la Ley 15/1994, del 3 de junio. Este procedimiento exhaustivo estudia todas las posibles repercusiones sobre la salud humana y el medio ambiente. Así, mediante esta decisión de la Comisión de 3 de abril de 1996 autoriza la comercialización de este producto, ya que

textualmente no hay razones para creer que la introducción en la soja de genes que codifican la resistencia del glifosfato y el péptido de transición del cloroplasto tengan efectos perjudiciales para la salud humana y el medio ambiente.

Es decir, este producto ha pasado los informes favorables de los Ministerios de Sanidad y Agricultura de Estados Unidos, y los filtros de los expertos de la Unión Europea; deberíamos tener en cuenta también los motivos positivos que nos aporta el cultivo de transgénicos para paliar el grave problema de alimentación en el Tercer Mundo.

El tratamiento transgénico de diversos cultivos tiene un lugar también en el escenario de la investigación contra la escasez futura de alimentos básicos como los cereales. Es un hecho conocido que la producción de los tres cultivos más importantes de los países desarrollados, el arroz, el trigo y el maíz, ha descendido de manera alarmante, en especial porque Estados Unidos, el primer exportador mundial de trigo, ha producido menos cantidad de este cereal a causa del persistente mal tiempo sufrido. A esto se ha sumado la situación político-social de los países de la antigua URSS y la política de subvención de la Unión Europea destinada a la disminución de aquel cultivo. Se calcula que para el año 2010 China necesitará importar 43 millones de toneladas de cereales para alimento básico de su población, y que el ritmo descendente de la actual producción no permitirá su abastecimiento. Al respecto puede ser de interés recordar que el descenso del cultivo de cereales influye, sin duda, en la cadena alimentaria humana. Son necesarios dos kilos de grano para producir un kilo de pollo, y siete kilos de grano para hacer un kilo de buey.

Señorías, desde el Grup Parlamentari Català creemos que estas técnicas pueden aportar ventajas medioambientales, como reducción del uso de pesticidas e insecticidas tóxicos, ahorro de agua, pero aún más importante es la posibilidad de adaptar al suelo este cultivo, dando oportunidad a producirlo allá donde fuera necesario. Por esto votaremos en contra de la proposición no de ley presentada por el Grupo Mixto.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Arnau Navarro): Por el Grupo Parlamentario Popular tiene la palabra el señor Burgos.

El señor **BURGOS GALLEGO**: Señor Presidente, señorías, mi grupo comparte algunas de las manifestaciones que se ha realizado a lo largo de la sesión, sobre todo en lo que hace referencia a la preocupación que todos sentimos por algunas noticias y algunos posicionamientos públicos que se vienen produciendo en las últimas semanas en relación con la comercialización en España de la llamada soja transgénica. **(El señor Presidente ocupa la Presidencia.)**

Yo creo que tenemos todos que utilizar el foro privilegiado que nos da esta Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados para intentar centrar la cuestión, para intentar debatir con rigor y con seriedad sobre este problema y para transmitir a la población un criterio de tranquilidad. Tranquilidad porque a lo largo del procedimiento que se ha venido realizando, tanto en la Unión

Europea como en nuestro país, en relación con la comercialización de esta soja transgénica se han cumplido estrictamente todas las garantías y no existe ningún tipo de evidencia fundamentada que pueda suponer un riesgo, un perjuicio para la salud o para el medio ambiente en nuestro país. En ese sentido convendría repasar una parte de ese procedimiento, yo creo que precisamente para intentar aclarar algunos de los extremos que se han citado y para profundizar en esa sensación de tranquilidad.

Todo este procedimiento está sujeto a la Directiva 90/220, sobre liberación intencional en el medio ambiente de organismos manipulados genéticamente, que establece con absoluta precisión cuáles son las evaluaciones a que deben ser sometidos estos productos, con vistas precisamente a la prevención de los riesgos que puedan derivarse para el medio ambiente y para la salud humana, y asimismo en un contexto medioambiental. La autorización de comercialización precisamente se realiza después del cumplimiento estricto de estos procedimientos de evaluación previsto en la directiva. Y ése es el caso que nos ocupa. A solicitud de un Estado miembro de la Unión Europea, el Reino Unido, se iniciaron los procedimientos comunitarios para permitir esa comercialización, y después de que se abriera un plazo de alegaciones de todos y cada uno de los países, la propia Comisión Europea dictaminó que esta sustancia no supone ningún tipo de riesgo para los ciudadanos y para el medio ambiente.

Esta primera conclusión yo creo que tiene que ser absolutamente clara porque, como bien dice la decisión de la Comisión Europea, no hay ninguna razón para creer que la introducción en la soja de los genes que codifican la resistencia al glifosfato y el péptido de transición del cloroplasto vaya a tener efectos perjudiciales para la salud humana y el medio ambiente. También dice el dictamen de la Comisión que no existen razones de seguridad que justifiquen la separación del producto de otras semillas de soja.

Se ha hablado aquí de que la comercialización se hace con oscurantismo. En la proposición no de ley se dice que se pretende camuflar la soja modificada. Hay que decir que en los Estados Unidos, y al hilo de lo que dice la directiva y la decisión de la Comisión, no hay ninguna razón para justificar la separación en origen de ese producto y su comercialización. Por tanto, no estamos ante un procedimiento de camuflaje, sino ante un procedimiento absolutamente conforme a la legislación vigente en el ámbito comunitario. Y esto también conviene precisarlo y trasladárselo a la opinión pública. Se ha hablado de evidentes riesgos, nunca demostrados, nunca evidenciados. Se ha hablado de repercusiones negativas derivadas de la descarga en los muelles españoles del cargamento de soja que puede provocar reacciones alérgicas en la población. Habría que decir entonces que no nos estamos oponiendo a la soja transgénica, sino a todo tipo de productos, y no solamente a la soja sino también a otros muchos cereales y a otros muchos productos de esta índole que también provocan reacciones alérgicas. Como no creo que éste sea el caso para discutir estas cuestiones, no me parece un argumento fundamental en el asunto que estamos debatiendo.

En relación con el comportamiento de España en su día (y conviene recalcar que todo este procedimiento se realiza mientras el Gobierno socialista estaba al frente del país, por tanto conviene recalcar que no eran exactamente las mismas las posiciones que se mantenían hace tan sólo unos meses que las que se mantienen ahora), nuestro país cumplió exquisitamente todos los pasos que se plantean en la directiva. Hicimos las objeciones que nos parecían convenientes; hicimos también como país un llamamiento a que el etiquetado de los productos manipulados genéticamente pudiera contener algún tipo de referencia a esa condición, y ciertamente nosotros, el Grupo Parlamentario Popular, compartimos la posibilidad de que, con vistas a garantizar precisamente una mayor información de los consumidores, se pudieran iniciar actuaciones por parte del Gobierno en la búsqueda precisamente de un reflejo en el etiquetado de este tipo de composición. Ahora bien, conviene precisar que no es posible, tal y como pretende la enmienda del Grupo Socialista, en ningún caso condicionar su entrada en el mercado europeo a través de España y su comercialización en nuestro país a la existencia de ese etiquetado. Y no es posible por lo que dispone precisamente la decisión y las conclusiones de la Comisión Europea, a la que nuestro país está absolutamente obligado y de la que no podemos detraernos en ningún caso, que autoriza formal e inexcusablemente la comercialización de este producto en todos los países de la Unión; además, no solamente de una variedad de producto sino cualquier producto, cualquier progenie derivada de los cruces de éste con cualquier línea de soja producida de forma tradicional. Esto es lo que expresamente permite y favorece el dictamen de la Comisión. A eso estamos sujetos, y no es posible que nuestro país proponga ningún tipo de restricción unilateral a la libertad de comercio y a la libertad de movimiento de mercancías y de productos en el seno de la Unión Europea, si no es acogiéndonos a una cláusula de salvaguardia que sólo se puede utilizar cuando existan evidencias científicas objetivas, documentadas y técnicamente soportadas que puedan hacer valer una posición en contrario.

El Bloque Nacionalista Galego nos solicita que esas evidencias se busquen, como si de alguna manera se estuviera proponiendo que si no se buscan se realicen al margen de la realidad. Es decir, si no encontramos evidencias científicas, y no las hemos encontrado ni España ni ningún otro país, pues nos las inventemos para que de alguna manera se frene esta comercialización. Eso no es posible, señorías. Su comercialización es perfectamente factible, perfectamente obligada, conforme a la legislación vigente.

Creo que convendría hacer algunas precisiones sobre los argumentos del portavoz del Bloque Nacionalista Galego, que plantea una perspectiva yo creo que excesivamente alarmista. Es verdad que tiene unos ingredientes que hacen relativamente fácil para algunos grupos utilizar un planteamiento rayano en la demagogia. Es verdad que se mezclan los americanos, que siempre son un ingrediente esencial para este tipo de planteamientos, las multinacionales, que no lo son menos, experimentos genéticos, toxicidades nunca probadas, nunca demostradas, pese a que en los Estados Unidos hace más de quince años que se está

consumiendo este tipo de productos sin que se haya evidenciado ninguna repercusión negativa para los ciudadanos, hábitos de consumo, incluso puestos de trabajo que podrían quedar afectados por la entrada de este tipo de productos en nuestro país. En definitiva, señorías, y como no estamos hablando de ningún Expediente X sino de algo que está presente en el mercado, que está presente en la sociedad desde hace muchos años y sin ninguna evidencia concreta en contrario, es por lo que mi grupo entiende que hay que desestimar esta proposición.

Pero además lo hacemos siguiendo recomendaciones de organismos internacionales de absoluta competencia en esta materia. No hace demasiadas fechas, la propia cumbre de la FAO, en Roma, albergaba en una de sus conclusiones extraordinarias esperanzas en el uso futuro de los organismos modificados genéticamente, precisamente para paliar los problemas de desabastecimiento alimentario en amplias zonas de nuestro planeta. Y la FAO no es un entidad que actúe improvisadamente o con escaso rigor. Precisamente muchas de sus conclusiones, en otras ocasiones, han sido utilizadas por los grupos parlamentarios para justificar posicionamientos políticos. En este caso conviene recordar que quienes abogamos por una defensa del medio ambiente, quienes abogamos, además, por unas oportunidades de desarrollo tecnológico que puedan atajar un grave problema como el del desabastecimiento alimentario en amplias zonas del planeta, no podemos volver la espalda a una posibilidad como la que abre la de los organismos modificados genéticamente. Precisamente una de las posibilidades que abre este tipo de organismos es el que, a través de su uso, empecemos a no utilizar tantas cantidades de herbicidas, tantas cantidades de plaguicidas, tantas cantidades de productos químicos como en este momento se están utilizando en la agricultura y en el desarrollo de productos cerealísticos o de cualquier otra índole en nuestro país y en otros países. Precisamente la introducción de este tipo de sustancias puede contribuir a que estos productos se utilicen en menor cantidad y con un mayor grado de control también científico y tecnológico con respecto al que se está usando en estos momentos.

Entendemos, para finalizar, que sin embargo es posible pretender, es posible —y mi grupo comparte esa posición— llegar a un compromiso, no sé si formalizado en una enmienda transaccional o no, en todo caso manifestado con toda claridad por el Grupo Parlamentario Popular, en relación con la oportunidad de que los consumidores españoles puedan tener una información veraz, rigurosa, que no suponga ningún tipo de discriminación con respecto a estos productos, sino que les suministre una información, una documentación que puedan utilizar para ejercer con plena capacidad su libertad de opción en el mercado. Y en ese sentido el Gobierno está dispuesto a estudiar la posibilidad de introducir algún tipo de información en el etiquetado que explicita si estos organismos han sido sujetos a alguna modificación genética en su configuración.

En todo caso, tampoco podemos estimar la segunda enmienda del Grupo Parlamentario Socialista porque, como es de todos conocido, como está absolutamente contrastado por esta Comisión en debates anteriores, está a punto

de aprobarse por parte de la Comisión Europea un reglamento sobre nuevos alimentos que sería precisamente el que incidiría en la normativa que esta enmienda pretende que desarrolle el Gobierno. Como todo el mundo sabe, como saben sus señorías, los reglamentos, a diferencia de las directivas, son de aplicación automática, son de aplicación obligatoria; no son objeto de debate en los países ni en los parlamentos, no son objeto de ningún tipo de trasposición modificada o de enmienda en el procedimiento. Por tanto, en muy pocas semanas, tal y como se ha anunciado en reiteradas ocasiones por la Comisión Europea, verá la luz ese nuevo reglamento europeo de nuevos alimentos que contemplará las previsiones sobre esos mecanismos que atiendan la problemática que nos ocupa. Pretender que el Gobierno español en estos momentos desarrolle un reglamento al margen del comunitario, primero, es una pretensión absolutamente injustificada, es una pretensión inviable y es una pretensión que no daría ningún fruto, puesto que en el momento en que entrara en vigor el comunitario el reglamento nacional quedaría absolutamente fuera de juego.

Por estas razones, yo creo que fundamentadas no sólo con respecto a la normativa europea, sino también intentando trasladar esa información veraz y ese compromiso con el rigor y con la seriedad que caracteriza al Grupo Parlamentario Popular, es por lo que queremos desestimar la aprobación de la proposición y de las enmiendas presentadas.

El señor **PRESIDENTE:** Señor Rodríguez, tiene la palabra a los efectos de si acepta o no las enmiendas presentadas por el Grupo Parlamentario Socialista.

El señor **RODRÍGUEZ SÁNCHEZ:** Señor Presidente, por supuesto que aceptamos las enmiendas presentadas por el Grupo Parlamentario Socialista, porque al margen —ya lo dije en mi intervención— de que hay posicionamientos científicos claramente enfrentados (y desde el punto de vista del Bloque Nacionalista Galego no se puede decir que sean responsables los que avalan la posición oficial e irresponsables los que la critican), cuando menos hay una garantía, y es que muchos de los que critican la importación de estos productos curiosamente no sólo son de entidades privadas, sino algunos de ellos de entidades públicas, mientras que las voces positivas todas están vinculadas de una forma bastante directa a los gobiernos.

Las enmiendas del Grupo Parlamentario Socialista nos parece que son importantes porque sitúan el debate, primero, a un nivel tan elemental como el derecho del consumidor a saber lo que compra y, en segundo lugar, en la obligación del Estado respectivo a unas reglas de juego mínimamente responsables. Y aquí quiero hacer una referencia. Nuestra actitud no está guiada por una posición demagógica previa respecto de las multinacionales, sino por

una cuestión básica, y es que las multinacionales no campen por sus respetos y que estén sometidas a una legislación que según los Estados aún existe, no fue derogada. Yo veo que no sólo los alimentos sino muchos otros productos tienen la composición que figura. Por tanto, es bastante escamante y sospechoso esta reincidencia en no querer asumir una responsabilidad estatal, que no solamente es de la Unión Europea, sino también del Estado español, y que tiene un margen de legalidad hoy para imponerla si quiere actuar con un mínimo de autonomía política. Ahora bien, si no quiere actuar y todo lo que digan en la Unión Europea está bien, bárbaro.

Para acabar solamente quiero decir una cosa. A nosotros nos parece irresponsable que en una situación económico-política como la que estamos viviendo, después de las experiencias prácticas de atentados gravísimos contra la salud pública, que sí pasaron por avales, o por lo menos por silencios, de las autoridades comunitarias respectivas, se esté actuando con igual dejación respecto de productos que cuando menos hay sospecha. Dejémoslo en esto: cuando menos hay sospecha.

Por tanto, nosotros volvemos a decir que estamos de acuerdo con las enmiendas. Preferimos que se voten las enmiendas del Partido Socialista porque sitúan la cuestión a un nivel elemental, totalmente legal y no contradictorio con lo que es la política de la Unión Europea en este momento. Y queremos decir que nuestra perplejidad no es nuestra, es la de la señora Tocino cuando anda diciendo que a ver si se aprueba el maíz transgénico, y que ella es favorable a que figure la composición del producto en el etiquetado. Pues si ella es favorable y el Gobierno español es favorable, instemos a que se concrete en una práctica evidente, porque me imagino que algo pintamos en la Unión Europea, no solamente aceptar lo que nos echen.

El señor **PRESIDENTE:** Muchas gracias, señor Rodríguez.

Finalizado el debate, pasamos a la votación de la proposición no de ley sobre oposición a la importación y comercialización de la soja «roundup ready», con la aceptación por parte del grupo proponente de las enmiendas presentadas por el Partido Socialista.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 16; en contra, 20.

El señor **PRESIDENTE:** Queda rechazada la proposición no de ley sobre la oposición a la importación y comercialización de la soja «roundup ready».

Terminado el orden del día, se levanta la sesión.

Era la una y veinte minutos de la tarde.