



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 1994

V Legislatura

Núm. 124

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENTA: DOÑA BLANCA GARCIA MANZANARES

Sesión núm. 7

celebrada el martes, 1 de marzo de 1994

Página

ORDEN DEL DIA:

Comparecencia de la señora Ministra de Sanidad y Consumo (Amador Millán), para informar:

- | | |
|---|------|
| — Acerca de la ordenación y oferta de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de la Salud. A solicitud del Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 213/000151) | 3916 |
| — Sobre los recortes asistenciales que introduce en el documento sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, y las consecuencias que tendrá la obligación de permitir expresamente al Ministerio de Sanidad y Consumo «la inclusión de nuevas prestaciones, técnicas o procedimientos». A solicitud del Grupo Parlamentario Popular. (Número de expediente 213/000167) | 3917 |
| — Sobre las muertes producidas en el Hospital Ramón y Cajal del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) presuntamente relacionadas con la utilización de un suero adquirido en función de medidas de ahorro. A solicitud del Grupo Parlamentario Federal IU-IC. (Número de expediente 213/000131) ... | 3932 |

Preguntas:

- Del señor Peralta Ortega (Grupo Parlamentario Federal IU-IC), sobre posición del Gobierno en relación con la recomendación del Defensor del Pueblo sobre la conveniencia de adoptar las medidas

	Página
oportunas para compensar los gastos ocasionados por el desplazamiento de los usuarios del sistema sanitario público en ambulancia desde un centro sanitario de Comunidad Autónoma distinta a la de su residencia, en aquellos supuestos en los que el traslado y el medio de transporte son decididos por los especialistas médicos de dicho sistema, para la atención médica del paciente en su localidad de residencia. (BOCG, serie D, número 26. Número de expediente 181/000159)	3940
— Del mismo señor Diputado, sobre posición del Gobierno en relación con la recomendación del Defensor del Pueblo sobre la conveniencia de modificar la Circular 15/1989, de 19 de diciembre, por la que se aprueba el Catálogo General de Especialidades de Material Ortoprotésico, incluyendo en el grupo de «varios», subgrupo «silla de ruedas», de la citada Circular, las sillas de ruedas eléctricas, siempre que concurra la circunstancia de que se precisen por no ser posible el uso de las sillas de ruedas de tracción manual y que hayan sido prescritas por facultativos especialistas del Instituto Nacional de la Salud, INSALUD. (BOCG, serie D, número 26. Número de expediente 181/000162)	3943
— Del señor García Fonseca (Grupo Parlamentario Federal IU-IC), sobre justificación que da el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) para tener en Asturias un servicio de ambulancias precario. (BOCG, serie D, número 39. Número de expediente 181/000297)	3945
— De la señora Maestro Martín (Grupo Parlamentario Federal IU-IC), sobre medidas a adoptar por el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) para conseguir que el tiempo de espera para consultas en el Hospital 12 de Octubre de Madrid no supere los seis meses. (BOCG, serie D, número 39. Número de expediente 181/000301)	3945
— Del señor Fernández-Miranda y Lozana (Grupo Parlamentario Popular), sobre influencia del diseño curricular propuesto por el Ministerio de Educación y Ciencia para la Diplomatura de Enfermería sobre la calidad asistencial del Sistema Nacional de Salud. (BOCG, serie D, número 46. Número de expediente 181/000342)	3945
— Del mismo señor Diputado, sobre opinión de la Ministra de Sanidad y Consumo acerca del diseño curricular de la Diplomatura de Enfermería presentada por el Ministerio de Educación y Ciencia. (BOCG, serie D, número 46. Número de expediente 181/000344)	3945
— Del mismo señor Diputado, sobre previsiones acerca de la modificación del actual diseño curricular de la licenciatura de Medicina. (BOCG, serie D, número 46. Número de expediente 181/000343)	3948

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

La señora **PRESIDENTA**: Señorías, buenos días.

Vamos a comenzar la sesión de la Comisión de Sanidad y Consumo.

Antes de iniciar la sesión, quiero informar a SS. SS. que me traslada el letrado un acuerdo de la Mesa por el cual el desarrollo de comparecencias como las que van a tener lugar el día de hoy debemos hacerlo ajustándonos al artículo 202 del Reglamento y no al 203. Voy a explicar a SS. SS. brevemente en qué consiste esa modificación. La modificación consiste en que el miembro del Gobierno u otro compareciente expone el tema objeto de la comparecencia y a continuación se suspenderá la sesión. El Reglamento plantea que puede ser hasta un máximo de cuarenta y cinco minutos, es posible que pudiéramos cumplir el precepto reglamentario suspendiendo dos, cinco o diez minutos, pero hay que suspender un momento la sesión de manera que los grupos puedan preparar las distintas preguntas o aclaraciones, así como sus respectivas interven-

ciones. Reanudada la sesión, plantean los distintos grupos tanto su posición como las preguntas a que hubiera lugar y, finalmente, responde el miembro del Gobierno o compareciente, sin que haya lugar a ulteriores intervenciones de los grupos. La única diferencia con lo que contempla el artículo 203, que era el que habitualmente utilizábamos, es que no había suspensión de la sesión, pero el acuerdo de la Mesa nos aconseja que lo desarrollemos así, y esto es lo que haremos en el día de hoy.

CELEBRACION DE LAS SIGUIENTES COMPARECENCIAS DE LA SEÑORA MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO (AMADOR MILLAN) PARA INFORMAR:

— **ACERCA DE LA ORDENACION Y OFERTA DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA.** (Número de expediente 213/000151.)

— **SOBRE LOS RECORTES ASISTENCIALES QUE INTRODUCE EN EL DOCUMENTO SOBRE ORDENACION DE PRESTACIONES SANITARIAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, Y LAS CONSECUENCIAS QUE TENDRA LA OBLIGACION DE PERMITIR EXPRESAMENTE AL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO «LA INCLUSION DE NUEVAS PRESTACIONES, TECNICAS O PROCEDIMIENTOS». A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR. (Número de expediente 213/000167.)**

La señora **PRESIDENTA**: En segundo lugar, vamos a proceder a un pequeño cambio en el orden del día de la sesión de la Comisión, de tal manera que el primer punto será la comparecencia de la señora Ministra de Sanidad y Consumo, doña Angeles Amador Millán, para informar acerca de la ordenación y oferta de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, a solicitud del Grupo Parlamentario Socialista y la comparecencia de la señora Ministra de Sanidad igualmente para explicar, según consta en el orden del día, los recortes asistenciales que introduce en el documento sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud y las consecuencias que tendrá la obligación de permitir expresamente al Ministerio de Sanidad y Consumo la inclusión de nuevas prestaciones técnicas o procedimientos, solicitada por el Grupo Parlamentario Popular. Ambas comparecencias, aun con matices diferentes, tienen un mismo contenido y una misma solicitud. ¿Les parece a SS. SS. que las agrupemos en una única? (**Asentimiento.**)

Por tanto, iniciamos el orden del día con estas comparecencias agrupadas en una para lo cual se encuentra entre nosotros la señora Ministra de Sanidad y Consumo, doña Angeles Amador, a quien damos la bienvenida a esta Comisión.

Cuando quiera, señora Ministra.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Amador Millán): Señorías, quiero ante todo agradecer la oportunidad que me brinda la solicitud de los grupos parlamentarios Popular y Socialista para exponer, ante esta Comisión, el estado actual de los trabajos que está llevando a cabo mi ministerio en relación con la ordenación de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, del sistema público.

En septiembre pasado, con ocasión de mi primera comparecencia ante el Congreso para presentar las previsiones y las líneas generales a desarrollar por el departamento durante el presente mandato, tuve oportunidad de señalar que uno de mis propósitos fundamentales era definir las prestaciones de nuestro sistema de salud, un propósito que coincide con el interés manifestado por esta Cámara que en una resolución de mayo de 1992 instaba al Gobierno a proceder a la ordenación de las prestaciones sanitarias cubiertas por el Sistema Nacional de Salud. Subrayé entonces que esta definición me parecía un elemento básico para que el ciudadano ejerza sus derechos cono-

ciendo perfectamente el alcance de éstos, para estar seguros de que se están recibiendo en iguales condiciones en todo el país y para corresponsabilizar a los distintos sectores implicados en la consolidación y mejora del sistema sanitario público. Estos son los objetivos principales del proyecto de ordenación de prestaciones y servicios del Sistema Nacional de Salud que está desarrollando el Ministerio de Sanidad y Consumo.

La sanidad universal y gratuita es hoy uno de los valores estables que define la sociedad europea y todas las fuerzas políticas defienden este postulado al menos en su formulación teórica. Lo escasamente previsible del riesgo de enfermar y el enorme coste de las modernas tecnologías médicas impiden que la solución de los problemas de salud se obtenga en el mercado. Por ello, la universalidad en la cobertura no sólo hace efectiva la igualdad básica de todo ciudadano en materia de salud, sino que garantiza algo que escapa a las posibilidades exclusivas de la iniciativa privada: que la aparición de la enfermedad no supondrá un acontecimiento catastrófico para la vida o la hacienda del afectado.

En la Europa Occidental el desarrollo de la medicina moderna ha sido posible gracias a la extensión de los seguros sociales obligatorios o de los sistemas nacionales de salud. Los sistemas han ido incorporando todas las opciones que la ciencia, la técnica y la industria posibilitaban a la medicina en cada momento. Que no exista hoy esa definición de prestaciones, supone un vacío en cuanto a indefinición del derecho a protección de la salud y asistencia sanitaria del ciudadano que tiene su raíz en la particular forma en que se ha desarrollado y se ha socializado la medicina en nuestro ámbito europeo.

Por otro lado, la ausencia de una relación positiva de prestaciones no es tampoco ajena a la dificultad técnica que presenta su realización en tiempos de vertiginosos procesos y progresos tecnológicos de la medicina. El reconocimiento de este vacío y la necesidad de cubrirlo se plantea ahora, en un momento histórico determinado de desarrollo de los servicios sanitarios públicos por las razones ya mencionadas de seguridad jurídica, de garantía de la equidad, de organización y gestión de los servicios y de clarificación financiera.

La definición que se pretende es ahora posible, y a mi juicio conveniente, porque la medicina ha llegado a un alto grado de madurez tecnológica y porque los sistemas han desarrollado ampliamente su estructura de servicios y, sobre todo, porque hoy es preciso consolidar lo conseguido y fortalecer los cimientos del Sistema Nacional de Salud para que sea una realidad, no sólo ahora y en los próximos años, sino también para las generaciones futuras. El objetivo último, es por tanto, clarificar el sistema, su organización, su alcance, sus actuaciones y su naturaleza de seña de identidad del Estado social de derecho.

De lo que se trata es, como ya insistí en mi anterior comparecencia, de hacer explícito el conjunto de prestaciones que hacen efectivo el derecho a la protección de la salud para que cada ciudadano conozca a qué tiene derecho en el sistema sanitario público. Entonces señalé, y creo conveniente reiterarlo, que ésta es una tarea de envergadura

dura y de notable complejidad técnica que requiere las aportaciones y colaboración de los sectores implicados, profesionales sanitarios, agentes sociales, suministradores, etcétera, para que el resultado final sea riguroso y nazca con la garantía de un amplio consenso. Por ello, el foro donde, a mi juicio, debía iniciarse esta tarea no podía ser otro que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y así el día 27 de septiembre pasado, pocos días después de anunciar tal iniciativa ante esta Cámara, propuse al pleno del Consejo la creación de una Comisión para el estudio de la ordenación de las prestaciones sanitarias integrada por representantes de las comunidades autónomas interesadas en participar y por representantes del Ministerio de Sanidad. Esta Comisión, que ha presidido el Subsecretario del departamento, recibió el mandato de elaborar una propuesta de catálogo de prestaciones sanitarias que sería posteriormente elevada al pleno del Consejo. Como pudo comprobarse, todas las comunidades autónomas tuvieron interés en formar parte de esta Comisión.

En la primera reunión de la misma se constató un amplio acuerdo sobre los objetivos generales y se decidió elaborar un extenso cuestionario cuyo propósito fundamental era determinar la valoración de cada una de las prestaciones que hoy día proporciona el Sistema. Todas las comunidades autónomas respondieron al cuestionario y una segunda reunión de la Comisión pudo conocer y discutir los resultados, constatándose elevados grados de consenso en la inmensa mayoría de los apartados. Con esta base se elaboró, a continuación, una propuesta inicial de ordenación y catálogo de las prestaciones sanitarias, que fue presentada al Consejo Interterritorial en su reunión del pasado día 20 de diciembre. Esta propuesta que constituye un documento de trabajo ya muy elaborado, aunque abierto a sugerencias y observaciones, incluye, en primer lugar, un apartado relativo a los criterios básicos para la definición de las prestaciones; un epígrafe específico sobre atención socio-sanitaria; una clasificación de las modalidades de prestación de servicios sanitarios; una descripción general de la forma en que han de prestarse los servicios de atención primaria y especializada; una referencia a la prestación farmacéutica y a los modos en que dicha prestación puede obtenerse; un capítulo dedicado a otras prestaciones sanitarias como son la ortoprotésica, el transporte, la dietoterapia, la oxigenoterapia a domicilio; otro dedicado al procedimiento de inclusión de nuevas prestaciones; y uno, final, que se refiere al desarrollo de los derechos y deberes de los usuarios.

Lo primero que deseo destacar, señorías, es que el documento pretende, y en mi opinión consigue, recoger lo que hoy día se hace en las instituciones del Sistema Nacional de Salud. De hecho, si se compara con normas vigentes, por ejemplo la Ley General de la Seguridad Social, en su texto refundido del año 1974, se observa que incluye prestaciones que el Sistema ha ido incorporando «de facto» a lo largo de los últimos años sin una adecuada traducción normativa. Es el caso de la asistencia psiquiátrica, de determinadas prestaciones de salud bucodental, de las revisiones periódicas del niño sano —incluidas las vacunaciones—, es el caso, en el ámbito de la atención a la

mujer, del diagnóstico precoz del cáncer ginecológico y de mama o el control médico de la menopausia, o también el caso de la dietoterapia para determinados trastornos. En suma, se trata de formalizar como derecho positivo todas aquellas prestaciones para las que exista suficiente evidencia científica de seguridad y eficacia clínica y que contribuyan, de forma probada, a la mejora de la esperanza de vida, al autovalimiento o a la disminución del sufrimiento.

El documento refleja, igualmente, el acuerdo existente sobre determinadas atenciones que no deben ser incorporadas al sistema y, en concreto, se excluyen la cirugía puramente estética y de cambio de sexo, sin causa patológica, los tratamientos en balnearios, las curas de reposo, el psicoanálisis y la hipnosis, el transporte no indicado por causas médicas que impidan desplazarse en medios ordinarios.

Un segundo aspecto que me parece especialmente importante es la atención que el documento dedica a la introducción en el sistema de nuevas técnicas o procedimientos. La incorporación de nuevas prestaciones, técnicas o procedimientos ha de ser valorada en función de su eficacia y de su eficiencia, en relación con el cumplimiento de los siguientes requisitos: la utilidad terapéutica, la eficacia y seguridad y la no existencia de alternativas mejores o iguales para la misma afección a menor precio o inferior coste de tratamiento. La autorización de inclusión corresponderá al Ministerio de Sanidad y Consumo.

Las tecnologías sanitarias, como SS. SS. saben, presentan una complejidad creciente y su uso puede arrastrar repercusiones que afectan a los valores éticos, a la responsabilidad profesional y a las capacidades financieras de los sistemas de salud. *No siempre se introducen nuevas tecnologías con suficiente soporte experimental previo en el ámbito territorial o funcional adecuado o contando con personal suficientemente formado para atenderlas.*

El constante avance tecnológico, a la vez motor y consecuencia de un desarrollo industrial y de mercado gigantesco, ofrece a la práctica médica la ampliación sin límites de lo que es técnicamente posible y, sin embargo, no existen técnicas ni procedimientos inocuos y, antes de su introducción generalizada, debe procederse a evaluaciones cuidadosas.

Semejante situación obliga hoy al médico a un riguroso ejercicio de razonamiento clínico para elegir de entre lo técnicamente posible, lo realmente necesario y útil para cada uno de sus pacientes. La yatrogenia y la responsabilidad legal del médico no son problemas nuevos, pero sí es un fenómeno actual el requerimiento de más y mejor información de los ciudadanos y la máxima seguridad que deben garantizar los poderes públicos.

Evaluar cuidadosamente cada procedimiento, servicio o prestación, cada nueva tecnología en suma antes de su generalización al conjunto del sistema es una exigencia de racionalidad y un derecho de los usuarios. Si hubiera que definir con una sola frase el principio que probablemente ha de caracterizar la práctica médica rigurosa en los próximos años, éste sería la evaluación crítica permanente.

Se prevé, por otra parte, que se puedan autorizar por tiempo indefinido para determinados centros y sometidos

a los adecuados protocolos, prestaciones o servicios que tengan carácter experimental, pero donde esto suceda los pacientes deberán ser previamente informados y consentir explícitamente su aplicación. Mención especial merece, por último, la atención socio-sanitaria en la que habrán de promoverse actuaciones coordinadas entre las administraciones sanitarias y responsables de las áreas sociales en una serie de circunstancias. En esa dirección se inscribe el Acuerdo-marco de 14 de diciembre, suscrito por los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Asuntos Sociales y el Convenio que lo desarrolla en el terreno específico de la atención a las personas mayores. Este convenio pretende desarrollar un sistema progresivo de cuidados, que tienda a evitar la innecesaria institucionalización de las personas mayores, con especial énfasis en el fomento de las residencias asistidas, los hospitales de día y la atención domiciliaria. En él se contempla la puesta en práctica de varias experiencias piloto de coordinación socio-sanitaria en dos áreas de Madrid, una de Valladolid y una de Murcia. Será la evaluación de estas experiencias la que nos indicará el sentido y el ritmo de las medidas a implantar en este campo en un inmediato futuro.

Con la aprobación de esta propuesta inicial, el Consejo Interterritorial ha culminado la primera fase del trabajo. Los ciudadanos, a mi juicio, tienen derecho a comprobar que asuntos tan esenciales como éste son abordados y discutidos a la vez con el mayor rigor técnico y el mayor sosiego político; que hay concordancia entre los objetivos que se proclaman y los medios con que se cuenta para conseguirlos, y por eso el ministerio, tras fijar un objetivo que considera adecuado y establecer unos planteamientos de partida, ha querido facilitar una amplia reflexión sobre el contenido de esa ordenación de las prestaciones de nuestro sistema sanitario público. Por ello, hemos realizado una amplia serie de consultas con los interlocutores sociales, colegios profesionales, sociedades científicas, asociaciones de consumidores y usuarios.

Creo que es fundamental la aportación de los expertos para alcanzar soluciones viables a los complejos problemas de valoración o elección entre procedimientos y técnicas alternativas; prueba de ello es que, con independencia de las consultas que ahora todavía estamos manteniendo, durante los últimos dos años se ha venido trabajando desde el Ministerio para crear una amplia red de conferencias de consenso y paneles de expertos que han ido aportando revisiones actualizadas sobre otras muchas cuestiones.

Uno de los efectos necesarios de todo el proceso de ordenación de las prestaciones será, sin duda, la ampliación y extensión de esta sistemática de trabajo. Una vía a través de la cual centenares de profesionales sanitarios de alta cualificación están participando, y lo seguirán haciendo, en la elaboración de criterios de política sanitaria y de distribución de una parte sustancial de los recursos puestos a disposición del sistema. Simultáneamente, el documento ha sido enviado a los portavoces de los grupos parlamentarios del Congreso y del Senado, y mi comparecencia hoy aquí forma parte esencial de ese proceso de reflexión y debate sobre el contenido que ha de darse a la atención sanitaria en nuestro sistema de salud.

Concluida la actual fase de consultas, el ministerio está elaborando una disposición de carácter general que incluye los criterios básicos que definen las prestaciones, las modalidades de prestación, los procedimientos de inclusión de nuevas prestaciones y un desarrollo específico de los derechos y deberes de los usuarios, enunciados en los artículos 10 y 11 de la Ley General de Sanidad.

Estos son, señorías, los objetivos que se persiguen con el proyecto de definición de las prestaciones y servicios en que actualmente trabaja el Ministerio de Sanidad y Consumo en colaboración con el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y los aspectos más sobresalientes del proyecto normativo en el que estamos trabajando.

El proyecto viene a consolidar los niveles de cobertura existentes y no pretende ni ha pretendido nunca la exclusión de prestación o servicio sanitario de los que hoy se ofrecen en la sanidad pública.

El derecho de los ciudadanos a conocer los servicios sanitarios a los que pueden acceder, a disponer de ellos por igual, con independencia de cualquier circunstancia personal, social o geográfica y a que todo el sistema funcione satisfactoriamente para ellos y para los profesionales que trabajan en él, son los principios que guían esta tarea.

La universalidad y gratuidad de nuestro sistema como pieza clave en el derecho de los ciudadanos a la protección de la salud, hacen de él uno de los mecanismos redistributivos básicos del Estado de bienestar y uno de los logros más valiosos. Por tanto, todos nuestros esfuerzos deben dirigirse a reforzarlos y garantizarlos ahora y en el futuro.

La señora **PRESIDENTA**: Para que los señores portavoces preparen la réplica, las preguntas y las dudas que puedan tener, aplicando el Reglamento, suspendemos la sesión por cinco minutos.

Se reanuda la sesión.

La señora **PRESIDENTA**: Señorías, reanudamos la sesión. En este trámite, al que no hace referencia el artículo 202 del Reglamento, vamos a utilizar el procedimiento habitual en cuanto al orden de intervención de los grupos. Por tanto, comenzaríamos por el Grupo Popular.

El señor Fernández-Miranda tiene la palabra.

El señor **FERNANDEZ-MIRANDA Y LOZANA**: Señora Ministra, hemos escuchado, como es lógico, con máxima atención su exposición, que lamentablemente no va más allá del documento que, efectivamente, conocíamos. En definitiva, vuelve a leernos algo que ya hemos tenido ocasión de leer porque en torno a las Navidades últimas su Subsecretario envió al Grupo Parlamentario Popular, como al resto de los grupos, tal cual ha expresado usted, el documento que se titula: Propuesta inicial de ordenación y catálogo de las prestaciones sanitarias. La señora Ministra lo ha planteado, además, como el intento de una gran reflexión, una reflexión en voz alta de toda la sociedad en torno a la sanidad, en su concepción más amplia.

Querría hacer también una primera reflexión en voz alta porque, del planteamiento que S. S. ha hecho y del que se deduce del propio documento, sería bueno poner de manifiesto que este documento quizá pretende hacer una reflexión en torno a la utilidad o al grado de fracaso de un modelo determinado de asistencia sanitaria. Creo que no sería bueno pretender que, con este documento, se genere en España un gran debate en torno a la medicina en sí misma como ciencia o incluso a la capacidad de los profesionales para aplicar correctamente esa ciencia y los conocimientos que poseen.

Ciñéndonos al propio documento, consideramos que esta reflexión es absolutamente sustancial porque, al contemplar dentro del apartado de criterios básicos para definición de las prestaciones, es complicado, al menos, basar en torno al consenso científico, cuáles son las actividades y los servicios sanitarios que pueden ser proporcionados a través del Sistema Nacional de Salud, no la medicina como ciencia. El consenso científico no es fácil de alcanzar, lo que se alcanza científicamente son nuevos conocimientos, conocimientos innovadores, que aportan un nuevo conocimiento de la ciencia en sí misma. Por tanto, los consensos, incluso los acuerdos democráticos, en torno a la ciencia son prácticamente imposibles porque se basan en experiencias aportadas por equipos o por científicos determinados, muchas veces en contradicción con otros conceptos y criterios perfectamente arraigados y también adquiridos por vía experimental, que es como se consigue hacer avanzar a la ciencia.

Al leer esta frase, recordaba la propuesta que hizo hace ya años, cuando yo ejercía activamente la medicina, un profesional de la sanidad, diplomado en enfermería más concretamente, para alcanzar este consenso. Llegó a afirmar que todas las personas que participábamos en la asistencia sanitaria, independiente de nuestro grado de cualificación profesional y de nuestra titulación otorgada por el Estado, deberíamos acordar democráticamente incluso las dosis de antibióticos que se proporcionaban a los enfermos. Creo que es entender mal la ciencia, la profesión y entender mal la titulación que el Estado da a una serie de ciudadanos que han demostrado que poseen unos conocimientos que tienen la responsabilidad de aplicar y de ejercer. Por tanto, insisto en que no vaya a ocurrir que lo que debe contemplarse como una reflexión en torno a la viabilidad, al éxito o a la utilidad de un modelo, el modelo de asistencia, sanitaria que el socialismo concreta en la Ley General de Sanidad, se pretenda hacer aparecer, como decía antes, como un debate en torno a la medicina en sí misma como ciencia y a la capacidad de los profesionales para aplicarla.

El documento, señora ministra —y entramos en detalle en él—, en alguno de sus apartados, al principio y al final termina tal cual empieza o empieza tal cual termina; es, como poco, preocupante porque, en definitiva, al hacer esta reflexión en voz alta, afirmando que no será considerada una actividad o servicio como prestación propia del Sistema Nacional de Salud el hecho de que no exista suficiente evidencia científica para demostrar su seguridad y su eficacia, que no esté probada su contribución a la

mejora eficaz de la esperanza de vida, etcétera, no sé si lo que se pretende con este documento es afirmar que hasta ahora, a través del Sistema Nacional de Salud se estaba ejerciendo esta acción profesional por parte de alguno de los profesionales, o si los profesionales españoles estaban, por un lado, derrochando recursos públicos y, por otro lado, lo que es más preocupante si cabe, aplicando una serie de técnicas que no son útiles y que incluso pueden llegar a ser hasta perjudiciales para la salud de los ciudadanos o de los pacientes, ya que estamos dentro de la asistencia sanitaria. Francamente, creo que esto no es así porque, a partir de ese momento, el propio documento cuestiona no solamente la eficacia misma de los profesionales, que sin duda ninguna los hay mejores o peores como en cualquier otra actividad, sino hasta la fiabilidad de la titulación académica que, para licenciados o diplomados, otorga el Estado.

El resto del documento no descubre nada nuevo. No deja de ser sorprendente que, en torno a todas esas reuniones, en torno a toda esa actuación del propio Consejo Interterritorial (que por cierto en unas ocasiones utiliza el documento, por tanto el Ministerio de Sanidad y Consumo que es el que lo firma, para justificar unas actuaciones y en otros casos para justificar una falta de actuación, cuando el Consejo Interterritorial no pasa de ser un órgano consultivo, un órgano de coordinación, un órgano en que el ministerio debe ponerse de acuerdo con los consejeros), nos descubre, en ocho o nueve páginas, nada menos que los niveles asistenciales, niveles, no modalidades asistenciales, que pueden ser las que planteemos cuando el prestador del servicio no ostenta la titularidad pública como es el caso del Insalud y nos habla de la asistencia primaria, de la asistencia especializada. En definitiva, creo que no constituye, ni mucho menos, una aportación sustancial a algo que todos sabemos, que saben los ciudadanos, y que no deja de ser un ejercicio para refrescarnos la memoria, sin duda ninguna útil, porque tenemos en un documento breve todos los niveles de asistencia posibles; pero estaban contemplados de igual forma en la Ley General de Sanidad y en la sanidad en sí misma, contribuyendo, por tanto, bien poco a esta necesidad de información que usted plantea, y que después consideraremos, para los propios ciudadanos.

Además, tiene una serie de afirmaciones que a mí me gustaría que la señora ministra nos aclarase, afirmaciones algunas de ellas sorprendentes y en sí mismas contradictorias, como la que aparece en la página 6, en la cual, al hablar de asistencia ambulatoria en el hospital de día, prácticamente en el último renglón habla de la realización de cirugía mayor que no genera estancia. Yo creo que en sí mismos, desde el punto de vista sanitario, son conceptos contradictorios; es decir, si es cirugía mayor, sí genera estancia, y si no genera estancia, no es cirugía mayor, con lo cual empieza a ponerse de manifiesto la falta de rigor en alguno de los conceptos que se manejan en el propio documento.

En la página 7, por ejemplo, hay también otra afirmación sorprendente: en el apartado b), atención en régimen de internamiento, se habla de las prótesis, siempre que estén incluidas en el correspondiente catálogo oficial del

hospital. ¿Esto quiere decir que habrá algunos hospitales que no puedan, dentro del nivel terciario, proteger la salud de los ciudadanos mediante algún tipo de prótesis? Es decir, ¿no se podrán poner prótesis de cadera en unos sitios, en otros sitios no se podrán poner prótesis de rodilla? ¿El catálogo entra formalmente a decir qué hospitales y en qué zonas, por tanto, y qué ciudadanos podrán acceder a este tipo de cirugía, o a lo que se está refiriendo es al catálogo oficial respecto a marcas que puedan manejar, dentro de todas las prótesis posible (a los modelos, por tanto, fruto de investigación y de las patentes correspondientes) en uno u otro hospital?

También al final de esa página se habla de alimentación según dieta prescrita, sin incluir extras. ¿A qué se refiere el documento, señora ministra? Primero, ¿qué se entiende por extras, al hablar de alimentación? ¿Estamos diciendo que los enfermos ahora puedan elegir si el postre es helado o es flan, si pueden elegir el sabor del helado, o si va incluido el puro al final de la comida? ¿Qué son extras en la alimentación hospitalaria? Si los extras suponen una indicación terapéutica de sobrealimentación, como consecuencia de la situación patológica del enfermo, el concepto de extras no es tal o sí debe incluirse, y yo no creo que haya extras en este momento en las dietas de los pacientes de la sanidad pública española, ni mucho menos. Su señoría habrá tenido conocimiento, incluso, por parte del gerente del Hospital San Agustín, en Avilés (según dicen los medios de comunicación), de haber quitado la sopa de la dieta, que sin ninguna duda consideraba ya, de forma premonitoria, un extra, porque además decía que los enfermos no se la tomaban. Me gustaría que la ministra nos aclarase si efectivamente va en la misma línea de tan preclaro gerente anticipándose incluso al propio documento, o si cuando hablamos de extras hablamos de otras cosas.

Asimismo, en la página 8, dice que la estancia en habitación compartida o individual, en los casos que sea preciso (compartida en ocasiones hasta por seis enfermos; y sería bueno pensar en eliminarlas del Sistema Nacional de Salud, porque no son deseables para el paciente ni, en ocasiones, para la propia actividad sanitaria), no se incluyen en la prestación los servicios complementarios de carácter hostelero. ¿Televisión en color, televisión en blanco y negro, teléfono inalámbrico, paipai para las épocas de calor, aire acondicionado? ¿De verdad la sanidad pública en este momento está dando alguna prestación de carácter hostelero? Es decir, dentro de lo que puede ser la comodidad o la confortabilidad en las habitaciones de la sanidad pública, ¿hay algo que sea superfluo en este momento y que no se deba incluir en la prestación? ¿El hecho de no incluirlo supone que van a tener que pagarlo como extra? ¿Se va a quitar alguno de esos extras que considera, no solamente a efectos de la alimentación, sino de carácter hostelero, de servicios complementarios? ¿Va a recortar la sanidad pública eso que el propio documento considera superfluo?

Si avanzamos en el documento, entramos a continuación en la página 8; especialidades. Las especialidades, señora ministra, no son prestaciones, efectivamente; por tanto, en el documento, catálogo de las prestaciones sani-

tarias, no se habla en ningún momento de prestaciones en sí mismas. Se recuerdan de nuevo (y de ahí la utilidad de este documento como listín) las especialidades oficiales de la medicina española, que no de la sanidad pública; es decir, lógicamente, no hay nada que aparezca en este documento que no aporte la medicina como ciencia, y sí se marcan una serie de limitaciones y de recortes formales, algunos de ellos ya existentes, poniendo de manifiesto que la sanidad pública, el modelo de sanidad socialista en este momento, no es capaz, por ejemplo, después de doce años de aportar, la asistencia odontológica para los ciudadanos españoles. Es decir, la salud bucodental se limita a la extracción de piezas dentarias y a la fluoración tópica (es decir, los buches de flúor) para niños, en algunos programas experimentales, y para embarazadas, en algunos programas experimentales. El documento ratifica la limitación y, por tanto, sigue dejando fuera, formalmente, la asistencia bucodental para los ciudadanos españoles que, por cierto, como bien sabrá la señora ministra, poseen la peor salud bucodental de toda la Unión Europea.

Hace hincapié, lógicamente, en la exclusión de la estética: cirugía plástica y reparadora, excluida la estética; cirugía maxilofacial, excluida la estética, marcando ya el inicio de lo que es el documento y precisamente el peligro que tiene. No solamente eso, sino que ahonda en la exclusión de algunos tratamientos y de algunas medidas diagnósticas en psiquiatría. La señora ministra no ha mencionado (yo no sé si porque la propuesta que hace no se corresponde con este documento, si ha habido documentos posteriores que lo rectifican) que en la asistencia psiquiátrica la psicoterapia de larga duración tampoco va a ser aportada por el Sistema Nacional de Salud. No lo hace con el psicoanálisis y no lo hace con la hipnosis; es decir, recorta también estas prestaciones, pero no deja de ser sorprendente que mate la psicoterapia como de larga duración. ¿La corta duración sí va a proporcionarse? ¿Por qué sí la de corta duración y no de la larga duración? ¿Hasta dónde marcan las fronteras de la asistencia, que condena a los enfermos que siguen necesitando esa psicoterapia, cuando, desde el punto de vista administrativo, el término que se utiliza es el de larga duración?

En definitiva, en la página 10, invocando en este caso la falta de consenso del grupo de trabajo del Consejo Interterritorial, no incluye la reproducción asistida. Sí incluye los temas de planificación familiar, consejo genético, vasectomía, ligadura de trompas, interrupción voluntaria del embarazo en los supuestos contemplados por la ley; pero deja fuera la reproducción asistida; reproducción asistida que, sin ninguna duda, es una acción terapéutica para conseguir que, mujeres que han tenido previamente patología sobrevenida o bien malformaciones congénitas, al no poder tener hijos, por problemas físicos, digamos, sí se contribuya desde la medicina como ciencia a que puedan tener un embarazo.

La señora **PRESIDENTA**: Señor Fernández-Miranda, le ruego vaya concluyendo.

El señor **FERNANDEZ-MIRANDA Y LOZANA:** Voy terminando, señora Presidenta.

Las mujeres españolas que no tengan capacidad adquisitiva ¿tendrán que renunciar a tener hijos porque el Sistema Nacional de Salud no aporta ninguna solución que la medicina como ciencia sí puede aportar?

Obviamente, entra a continuación en las prestaciones farmacéuticas, que ya están definidas en sí mismas como recorte formal de prestaciones. El Real Decreto, eufemísticamente llamado del uso racional del medicamento, ya marca aquellas medicinas a las cuales sí tiene acceso el beneficiario de la Seguridad Social y aquellas a las que no tiene acceso, con lo cual ratifica efectivamente el recorte formal de esta asistencia sanitaria. Además, se incide, como decía antes, en las especialidades que comentábamos, y se suple la decisión del médico por la decisión administrativa, del Ministerio en este caso, para afirmar qué prestaciones contribuyen a proteger la salud y cuáles no contribuyen.

En definitiva, al final del documento —y con ello concluyo, señora Presidenta— vuelve a hablarse de las prestaciones complementarias, y hace de nuevo un catálogo de todo aquello que pueda dar en este momento la medicina como ciencia, insisto. La pregunta sería: ¿con este catálogo se acaba con la costumbre del Sistema Nacional de Salud de que los pacientes tengan que anticipar el precio de las prótesis externas, de las ortosis, etcétera, para que se les devuelva al cabo de un año como muy pronto por la sanidad pública, o no? Es decir, ¿esto supone, como usted decía, que tendrán acceso —y es uno de los objetivos del documento— todos los ciudadanos en gratuidad a esta asistencia sanitaria, o vamos a seguir como estábamos, en otra forma de recorte, sin duda ninguna sutil, pero real, puesto que habrá algunos pacientes que no puedan ni siquiera anticipar esa cantidad para las prótesis externas?

Acaba el documento, efectivamente, como empezaba, poniendo de nuevo en cuestión que para la incorporación de nuevos avances hayan de tener esa utilidad terapéutica, que no existan alternativas mejores. El punto tercero dice: necesidad de determinados colectivos. Obviamente. También es una nueva forma, para hablar de los pacientes o de los enfermos, hablar de los colectivos. Podemos hablar entonces de enfermos de sida o de enfermos con secuelas de *polio*, pero los colectivos yo creo que, desafortunadamente, son problemas individuales difícilmente colectizables, por mucho que el documento de la señora ministra pretenda hacerlo así. Habla de eficacia y seguridad, de disponibilidad de la tecnología adecuada y de profesionales suficientemente entrenados para prestar el servicio. ¿Esta frase supone que en este momento el sistema MIR no es el adecuado para que la formación de los médicos sea fiable para la sociedad española? Es decir, ya no solamente para considerarlos como asistencia, sino para incorporar nuevas tecnologías, ¿de nuevo, el Ministerio de Sanidad va a hacer una especie de venia a la titulación previa como licenciado o diplomado o a la titulación posterior como especialistas de los médicos a través del sistema MIR? En definitiva, señora ministra, con todas estas decisiones se toma un camino preocupante.

Si se cataloga, quiere decir que algo quedará fuera, porque, si no, explíqueme la señora ministra para qué sirve recordar lo que la medicina es capaz de aportar, y si no es la medicina como ciencia la que se cataloga, si es la asistencia sanitaria, las prestaciones, como enuncia el documento, ¿cuáles son las que van a quedar fuera? Es decir, ¿todo lo que no aparezca aquí, a partir de ahora, contando con que aproximadamente hay más de 100 innovaciones diarias en medicina, todo eso va a precisar de ese visto bueno que la ministra nos comunica en el documento? ¿Se cierra el Sistema Nacional de Salud a los avances de la medicina? ¿Se impone ese visto bueno administrativo? ¿Sabe la señora ministra que el AZT, por ejemplo, para el tratamiento del sida, tardó simplemente una semana en aplicarse desde su descubrimiento? ¿La agilidad del Ministerio va a ser ésa o va a ser la misma que está demostrando, por ejemplo, para dar el visto bueno a los fármacos de nueva incorporación al mercado por la Dirección General de Farmacia, que tarda en torno a los seis meses? ¿Ese visto bueno va a retrasar formalmente entonces el acceso de los ciudadanos españoles a avances tan sustanciales como pueden producirse en el tratamiento del sida o de otras muchas enfermedades? ¿No va a ser el criterio de los profesionales, en función de sus conocimientos, de las publicaciones científicas, de los congresos o de los simposios profesionales y científicos que se celebren, los que puedan incorporar libremente esos avances a la medicina? Para incorporar formalmente esos avances científicos, ¿va a crear la señora ministra comisiones científicas para valorarlos?

La señora **PRESIDENTA:** Señor Fernández-Miranda, le ruego concluya.

El señor **FERNANDEZ-MIRANDA Y LOZANA:** Termino brevísimamente, señora Presidenta, con una serie de preguntas que quiero formular a la señora ministra.

¿Va a crear esas comisiones? ¿Esas comisiones van a ser científicas o va a participar también el componente administrativo del ministerio opinando en ello? ¿Serán esas consideraciones meramente científicas o serán también de tipo económico, de capacidad del sistema para financiar esas nuevas incorporaciones tecnológicas, de procedimiento, terapéuticas, de diagnóstico, etcétera? En esta decisión que se tomará, ¿la señora Ministra asumirá también la responsabilidad de los profesionales en cuanto a la aplicación o no de medidas terapéuticas que pueden favorecer la salud de los ciudadanos, o las decisiones administrativas las tomará el Gobierno y, sin embargo, la responsabilidad del éxito o el fracaso de ese análisis seguirá estando solamente en manos de los médicos, como hasta ahora, afortunadamente?

A efectos financieros, y con ello termino, ¿cuál es la aportación de este documento? En ningún momento se esboza siquiera, o se intuye en ninguna de sus páginas, cuál es el costo de esta asistencia. Si efectivamente hubiese hecho ese catálogo, sería bueno, en cuanto a las prestaciones, que lo hubiese acompañado además del costo real en la sanidad pública, con unas medidas de higiene finan-

ciera, lo que habría sido tremendamente positivo, pero me temo que el propio ministerio es incapaz en este momento, por tanto, no deja de ser un ejercicio de reflexión en voz alta, un documento que a lo largo de quince folios nos permite tener resumida la propia Ley General de Sanidad, lo que aporta la medicina como ciencia, pero poco más. Por consiguiente, no entendemos el título y no somos capaces —no sabemos si por limitación personal— de sacar ninguna conclusión positiva en cuanto a la viabilidad de la sanidad pública desde el punto de vista financiero y si efectivamente con esto el concepto de universalidad, de que el ciudadano puede acceder a toda la medicina como ciencia, financiada con fondos públicos, sigue siendo una realidad o ustedes, como nos tememos muy mucho, empiezan a romper el concepto de sanidad pública que tiene la sociedad española en este momento y, por tanto, deja de ser universal, deja de ser gratuita, porque algunas cosas que hay que pagarlas fuera de la cotización que se hace, y deja de ser solidaria, por consiguiente, porque los más débiles van a ser los más perjudicados por este planteamiento absolutamente injusto, que en definitiva refleja no la necesidad de reflexionar en torno a la medicina, sino en torno a un modelo que ha dejado de ser útil para la sociedad española.

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

Tiene la palabra el señor Gatzagaetxebarría, por el Grupo Parlamentario Vasco (PNV).

El señor **GATZAGAETXEBARRIA BASTIDA**: Previamente, queremos agradecer a la señora Ministra de Sanidad y Consumo su comparecencia en la Comisión y las explicaciones que ha ido otorgando a los miembros de la misma respecto a los principios generales y aspectos concretos que contiene el documento que nace del Consejo Interterritorial de Sanidad. Desde el Grupo Parlamentario Vasco, le haríamos un conjunto de consideraciones que basaríamos en la colaboración y en la necesidad de conseguir un consenso sobre el modelo sanitario que queremos disponer.

Señorías, el Boletín de estadísticas laborales, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, señalaba que en los seis primeros meses de 1993 el número de cotizantes a la Seguridad Social había disminuido en 472.986 personas respecto al mismo período de 1992; en cambio, el conjunto de la tecnología sanitaria continúa encareciendo los servicios. El índice de vida de las personas es cada vez mayor, al igual que el número de ancianos empieza a reflejar en el papel epidemiológico enfermedades crónicas y degenerativas como nunca hasta ahora lo habían hecho, y los ciudadanos cada día demandan mayor asistencia.

Nosotros, señora ministra, entendemos que se hace preciso conciliar esta creciente demanda social con la imposibilidad de seguir expandiéndonos al ritmo de los últimos años, y por ello consideramos precisa una reorganización de nuestro sistema sanitario. Constatamos la necesidad de que haya una ordenación del sistema sanitario, porque además ésta es la tendencia que se sigue en la generalidad de

los países occidentales modernos. Si queremos garantizar la pervivencia y la solidez de un sistema sanitario público, si pretendemos reforzar los pilares de la equidad, la solidaridad, la universalidad y la capacidad, al igual que mejorar su ámbito de prestaciones, nuestro grupo parlamentario considera que es necesario que se concrete y se defina el contenido y las condiciones de la relación pública sanitaria que liga a la Administración con los ciudadanos en materia de protección de la salud.

En la reunión de Pleno del Consejo Interterritorial del pasado día 20, se estudió el documento de ordenación de las prestaciones. Nuestro grupo entiende que es mejor tener un documento que no tener nada; es decir, que carecer de una delimitación del contenido del sistema sanitario público. Abordamos, pues, la discusión del documento con una visión constructiva, por los aspectos generales positivos que contiene y que creemos son más que las críticas que está sufriendo dicho texto.

Señora Ministra, sabemos que después de la reunión del Consejo Interterritorial, y usted lo ha dicho así, el Ministerio de Sanidad ha dado a conocer el documento para la realización de sugerencias o alegaciones a diferentes sectores, bien sean colegios profesionales, asociaciones de consumidores, organizaciones profesionales, etcétera. Ello nos parece un elemento positivo. No obstante, nosotros le sugeriríamos que el documento todavía necesita de una mayor maduración, análisis y, sobre todo, cierto poso para lograr un consenso político, como usted decía, al respecto. Por lo que nosotros le pediríamos al Gobierno que siguiera trabajando en este tema con el resto de las administraciones sanitarias y más quizá en el órgano que decía que era el grupo de trabajo o la comisión que se habría creado en el Consejo Interterritorial. Sería oportuno, a nuestro juicio, un nuevo análisis antes de la aprobación definitiva en este órgano interadministrativo.

Señora Ministra, a juicio del Grupo Parlamentario Vasco, deberíamos caminar, en primer lugar, por la vía de la definición de las prestaciones y servicios que incluye el sistema sanitario y de las condiciones que ha de reunir la relación público-sanitaria que vincula al ciudadano con cada uno de los poderes públicos sanitarios. Por ello, a nuestro juicio, el sistema sanitario debe mantener todos los servicios capaces de producir y restaurar la salud, priorizando la eficacia y la calidad de los servicios en relación al coste. En segundo lugar, el medio para la ordenación de las prestaciones nos parece que tiene que ser algo flexible y dinámico, no caracterizándose el catálogo por su encostramiento o por disponer de una naturaleza rígida. Creemos que la ordenación de las prestaciones puede implicar, a la hora de la definición del ámbito, la modificación de alguna prestación, pero también, por su naturaleza flexible, deberá reforzar servicios que tienen un impacto positivo para la salud de la población, como la educación sanitaria y otros que se incluyan en el futuro y que no se prestan actualmente que van a resultar relevantes para la salud de los ciudadanos. Por ello, vemos la ordenación de las prestaciones como un elemento garantista en la relación pública administración sanitaria-ciudadano que relacione la actuación de los poderes públicos sanitarios con un sis-

tema en el que las prestaciones se caractericen por ser sanitarias, efectivas y relevantes para la mejora de la salud de los ciudadanos.

Señora Ministra, si analizamos con profundidad y rigor la cuestión que ahora debatimos, podemos decir que la gran mayoría de los expertos de las administraciones públicas sanitarias están de acuerdo en caminar hacia la ordenación del sistema de prestaciones. En la gran mayoría de los países existe o bien un sistema positivo o negativo de listas o bien un sistema mixto o cruzado, como es el que plantea el documento de ordenación nacido del Consejo Interterritorial. Creo que ésa es la experiencia que se ve en los países modernos. En Estados Unidos están definiendo ahora el ámbito de protección del servicio público sanitario. Primero se delimita hacia dónde vamos, qué queremos y qué nivel va a estar protegido. Nos parece que la inconcreción o la generalidad con que el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social hace referencia a la prestación de la asistencia sanitaria necesita de una delimitación. Es mejor que tengamos un documento que lo delimite a que no tengamos nada, como hasta ahora ocurría.

Termino, señora Ministra, diciendo que, a nuestro juicio, debemos profundizar en el análisis y consenso del catálogo derivado del Consejo Interterritorial. Sin perjuicio de la disparidad de pareceres que pueda haber sobre la metodología que se ha seguido, nos parece que la ordenación de las prestaciones es un ejercicio necesario de racionalidad y a la larga también un ejercicio de solidaridad para poder dar más a quien más lo necesita.

La señora **PRESIDENTA**: Por el Grupo Catalán de Convergència i Unió, tiene la palabra el señor Cardona.

El señor **CARDONA I VILA**: Agradezco a la señora Ministra, tanto su comparecencia como su exposición en relación a la ordenación y oferta de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud y quisiera hacer algunas consideraciones.

De hecho, con la universalización del acceso al sistema público todos los españoles tienen derecho a recibir todas las prestaciones sanitarias que el sistema ofrece. Esto va desde la atención médica y farmacéutica más elemental y más sencilla a los tratamientos e intervenciones quirúrgicas más sofisticadas, incluso trasplantes de órganos. Este logro social, y además irrenunciable, es el que caracteriza esencialmente la situación actual del, podríamos llamar, todo para todos.

Nuestra opinión respecto a que se relacione el conjunto de las prestaciones sanitarias en un catálogo, llámese como se quiera, se basa en la necesidad de que el sistema sanitario público sepa precisamente cuáles son las prestaciones que ofrece a los usuarios del mismo. El hecho de que no se haya establecido hasta ahora un catálogo de estas prestaciones ha supuesto que determinados tratamientos se hayan dado en algunos centros, mientras que en otros no. Parece raro pero así lo tengo entendido. Circunstancia que no favorece la equidad necesaria e imprescindible que, además, dificulta una correcta política presupuestaria.

En relación a la evolución presupuestaria, en los últimos años hemos comprobado cómo, a pesar de los incrementos anuales de un 10 ó un 12 por ciento con respecto al año anterior, siempre se ha ido produciendo una desviación también de un 10 ó un 12 por ciento, incluso algún año de un 14 por ciento. De manera que, a pesar de los aumentos anuales en posibilidades económicas de que se les iba dotando, siempre, de forma casi constante, han ido por delante los incrementos de las necesidades.

Ahora bien, ¿hasta dónde se podrían ir aumentando las partidas presupuestarias? Podríamos convenir en que lo ideal sería que fueran suficientes para poder sufragar las necesidades que nuestra sanidad demanda —eso es un deseo, un desiderátum—, pero también podríamos convenir, desde un punto de vista más real, en que destináramos unos recursos económicos en sanidad, aunque sea relativo, un porcentaje del producto interior bruto similar al que destinan los países de nuestro contexto geopolítico, y acercarnos así a este siete por ciento del producto interior bruto. Actualmente, como sabemos, no se llega. Queda, pues, un margen que hay que aprovechar, aunque esto tiene unos límites, es decir, el aumento presupuestario será limitado en unos márgenes más o menos amplios, pero siempre limitados. Por tanto, nuestro Grupo, aun estando de acuerdo en la realización de un catálogo de prestaciones, como he dicho anteriormente, no aceptaría, en ningún caso, que ello fuera un mecanismo, una estrategia o un subterfugio para recortar prestaciones, por lo menos hasta que no se llegara a este porcentaje en relación al producto interior bruto.

No entraremos a debatir si se contemplan todas las prestaciones o faltan algunas. Entendemos que se ha llevado a cabo una buena metodología para llegar a ese catálogo, y será el propio Consejo Interterritorial quien decidirá en definitiva, aparte, como es natural, del Ministerio de Sanidad.

En relación a la incorporación de nuevas tecnologías y tratamientos en el catálogo de prestaciones es preciso seguir el correspondiente proceso de evaluación, pero integrándolas una vez se haya demostrado su utilidad y evitando que en cualquier momento puedan excluirse por motivos meramente económicos.

En definitiva, señora Presidenta, señora Ministra, señorías, entendemos que el catálogo de prestaciones sanitarias es un instrumento imprescindible para saber, primero, dónde estamos, qué ofrece el sistema y, en segundo lugar, un buen punto de partida para saber qué es lo que se podrá ofrecer en un futuro. Sería inadmisibles que se quisiera utilizar como una estrategia de recortes. Antes habría que incrementar, a nuestro entender, los presupuestos hasta un nivel aceptable y, sobre todo, sería exigible mejorar la gestión de los recursos humanos y técnicos, de lo contrario, sería el usuario quien pagaría las consecuencias de una gestión, tal vez heredada en sus consecuencias negativas en algunos aspectos, de la que no tiene ninguna culpa; eso sería doblemente injusto.

La señora **PRESIDENTA**: Por el Grupo Federal de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya, tiene la palabra la señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Gracias, señora Presidenta.

Gracias, señora Ministra por su comparecencia para hablar de un tema que ha generado, sin duda, una gran inquietud social.

En opinión de mi Grupo Parlamentario la filosofía de fondo que sustenta la elaboración de un catálogo de prestaciones en el sistema sanitario público supone una vuelta de tuerca en el alejamiento de los principios fundamentales de la Ley General de Sanidad y, a su vez, de la Constitución Española, que afirman el derecho de todos y todas a una atención integral de salud.

Hablar de un catálogo de prestaciones entra de lleno dentro de una filosofía de oferta y demanda característica de un sistema de mercado y ubica a la sanidad pública, al derecho a la atención sanitaria, en un terreno que le es esencialmente ajeno. Las personas que requieren atención sanitaria no son sujetos capaces de decidir por sí mismos qué tipo de atención sanitaria requieren, sino que fundamentalmente es el criterio de necesidades el que debería regir todo el funcionamiento del sistema sanitario público. Insisto, el catálogo de prestaciones coincide fundamentalmente con una de las recomendaciones básicas del «Informe Abril Martorell», presidido por un banquero, que utiliza criterios de mercado, de oferta y demanda en sustitución del sistema de necesidades.

En este sentido, señora Ministra, usted sabe que diez años después de haberse promulgado el Real Decreto de Reforma de Estructuras Básicas de Salud, ocho años después de haber puesto en vigor la Ley General de Sanidad, la extensión, no de la cobertura teórica de la sanidad, sino de la cobertura real de programas de atención primaria a la salud, es, excepto en lo que se refiere a las vacunaciones, muy inferior al 50 por ciento. Es decir, no hay equidad real en el sistema sanitario público, por cuanto, por ejemplo, el programa de control del niño sano apenas alcanza al 25 por ciento de los equipos de atención primaria, el programa de prevención de enfermedades crónicas a penas llega al 20 por ciento, el programa de atención al anciano, excepto en lo que se refiere a vacunaciones, apenas existe en el sistema sanitario público. Es decir, la equidad, como título, no es una realidad cuando menos del 30 por ciento de los equipos existentes de atención primaria, que suponen el 50 por ciento de la población, están haciendo programas reales de atención primaria; cuando la salud bucodental, señora Ministra, primer problema de salud de la población española, según la última encuesta —en la que se está haciendo no lo sabemos—, no está incluida dentro del sistema sanitario público; cuando la salud mental continúa siendo la pariente pobre en un sistema sanitario en el que apenas se contemplan servicios suficientes. El cáncer de mama, señora Ministra. Nos ha repartido amablemente el libro «Indicadores de salud». El cáncer de mama, la mortalidad por enfermedades prevenibles aumenta en nuestro país sin que existan programas de detección universales; la

mortalidad por cáncer de mama ha aumentado en los últimos 12 años de un 16,5 por cien mil a un 20,8 por cien mil; es decir, hay un 30 por ciento de sobremortalidad por cáncer de mama evitable de las mujeres españolas que no están pudiendo acceder en la práctica a estos servicios.

Se toman criterios exclusivamente economicistas, señora Ministra. En su primera comparecencia ante esta Comisión se lo dije en relación con la cirugía estética. Evidentemente, la cirugía estética que responda exclusivamente a criterios de consumo de imagen no debe incluirse dentro del sistema sanitario público, ahora, la cirugía estética que responda a malformaciones, que responda a accidentes o que por diferentes causas condicione problemas de salud mental, porque eso es real, debe incluirse dentro del sistema sanitario público.

Algo parecido pasa con el psicoanálisis. El psicoanálisis es una forma de abordar los problemas de salud mental de la población. Insisto, ¿quieren decir las palabras del señor Fernández Miranda que la psicoterapia de larga duración, de contenido psicoanalítico (porque el psicoanálisis es una escuela, no es un tratamiento, es una forma de enfocar), va a ser excluida del sistema sanitario público?

La reproducción asistida, cuando la tasa de natalidad en España está decayendo a los niveles a los que lo está haciendo, ¿va a excluirse también del sistema sanitario público?

No compartimos el catálogo de prestaciones, pero sí uno de los criterios incluidos para que un tipo de tratamiento o de diagnóstico se incluya o no en la atención sanitaria. Es decir, la dudosa eficacia y seguridad de un determinado método diagnóstico o de tratamiento. Pero, señora Ministra, ¿qué pasa con la sanidad privada? ¿Es que el Ministerio de Sanidad, que es el garante de la calidad de la atención sanitaria de todos los españoles, va a permitir que un método de dudosa eficacia y seguridad se esté utilizando en la sanidad privada, cuando, insisto, los pacientes, las personas, no están en condiciones, en su inmensa mayoría, de evaluar qué se está haciendo con sus necesidades de atención sanitaria? ¿Es que el Ministerio de Sanidad solamente va a introducir limitaciones de tipo técnico, limitaciones absolutas, diría yo, dentro de la sanidad pública? Usted sabe, señora Ministra, que si eso no se produce a los dos niveles se están introduciendo criterios de mercado, por los cuales, con instrumentos de tipo publicitario, la sanidad privada va a intentar conseguir clientes de la sanidad pública en función de la oferta a veces de criterios diagnósticos y terapéuticos de dudosa eficacia.

Por otra parte, ¿quién va a evaluar, señora Ministra, eso en lo que nosotros estamos de acuerdo, que es la eficacia y la seguridad? ¿Por qué no una comisión como la Comisión Nacional de Uso Racional del Medicamento? Señora Ministra, tiene usted que entender que, en el Grupo Parlamentario de Izquierda Unida por lo menos, pensemos que hay un riesgo evidente de que el catálogo de prestaciones sea un instrumento economicista de disminución del gasto. Estamos este año ante unos presupuestos sanitarios que, como quedó demostrado, creo, suponen una disminución del gasto sanitario global y una disminución del gasto en inversiones. Que esto no sea un instrumento de recorte real

de prestaciones tiene que garantizarlo una comisión nacional independiente, en la que, por supuesto, esté la Administración, pero en la que también estén los interlocutores sociales y personalidades de reconocido prestigio en el ámbito de la sanidad pública.

La enorme diferencia entre las palabras y los hechos creo que puede evaluarse en un aspecto: atención sociosanitaria. Es evidente que en nuestro país hay una escasez enorme de servicios sociales, datos de la Comunidad Europea hablan de que el gasto del Estado en servicios sociales en relación al producto interior bruto es de un 7 por ciento en la Comunidad Europea —estoy hablando de servicios sociales, no sanitarios— y de un 1,7 por ciento en España. Es decir, tenemos servicios sociales anecdóticos. ¿Qué va a pasar, señora Ministra, con la derivación de la demanda sanitaria en proporción diversa hacia la atención sociosanitaria, cuando, según palabras de la señora Ministra de Asuntos Sociales, no hay ni una peseta de incremento del gasto en servicios sociales por parte del Ministerio de Asuntos Sociales? Estamos hablando de espejismos, estamos hablando de fantasmas. ¿Dónde están esos servicios sociosanitarios que no tienen reflejo presupuestario alguno? ¿Dónde están esas residencias asistidas? ¿Dónde están los servicios sociales para atención domiciliaria? ¿De dónde va a surgir esa atención que, evidentemente, es una necesidad, sin que haya el reflejo presupuestario correspondiente?

Señora Ministra, nosotros no compartimos el fondo de lo que supone un catálogo de prestaciones. Son criterios de mercado, insisto; el catálogo recuerda a unos grandes almacenes o al catálogo de un menú de un gran restaurante donde la población elige libremente lo que desea, evidentemente en función de su presupuesto individual. La salud no tiene comparación, no es un objeto de consumo, y es la filosofía que subyace en este catálogo de prestaciones que, insisto, va en dirección contraria a lo que plantea la Ley General de Sanidad como derecho de todos a una atención integral de salud y que, enmarcada en un contexto evidente de recortes presupuestarios, parece ir en la dirección de utilizar en el futuro los criterios más o menos ambiguos que se pueden enunciar para la inclusión de nuevas prestaciones para limitar el acceso de los españoles a lo que en función de sus necesidades deben esperar de una sanidad pública. Insisto, los criterios de eficacia y seguridad que, a juicio de nuestro Grupo Parlamentario, deben presidir la incorporación o no de una nueva técnica diagnóstica o terapéutica al sistema sanitario, deben ser evaluados por una comisión nacional con participación social y profesional y, por otra parte, debe incluirse a la sanidad privada, pues de lo contrario carecería de credibilidad el que esos criterios de eficacia y seguridad fueran los que realmente están limitando el acceso a la atención en función de un determinado medio diagnóstico.

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

La señora **MENDIZABAL GOROSTIAGA**: Señora Presidenta, quiero expresar en nombre de mi Grupo nues-

tro agradecimiento a la señora Ministra por su comparecencia en esta Comisión.

El Grupo Socialista se planteó la solicitud de esta comparecencia para informar acerca de la ordenación y oferta de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, primero, porque estamos convencidos de la importancia de la definición de las prestaciones para que el ciudadano pueda conocer perfectamente sus derechos y así poder ejercer su derecho a la salud. Este ha sido, sin duda, el motivo principal de la solicitud de esta comparecencia. Pero además de la importancia del tema, creo que era preciso, una vez más, aclarar que sólo desde un punto de vista no exento de algunos intereses puede hablarse de recorte de prestaciones. Hay, por tanto, también, en nuestra solicitud, un interés informativo, diría yo casi pedagógico, que ha sido el que nos ha motivado solicitar aquí, una vez más, su presencia.

Entrando en el tema que hoy nos ocupa, quiero señalar, en primer lugar, que coincidimos plenamente con el objetivo principal de la ordenación de las prestaciones sanitarias, que es clarificar el sistema, conocer su alcance, organización, actuaciones, como señalábamos ya en su anterior comparecencia cuando vino a explicar las líneas generales de actuación de su Departamento. En segundo lugar, consideramos necesaria la realización de esta ordenación para dar cumplimiento tanto a una resolución de este Parlamento de abril de 1992, en el Plan de Convergencia, como para poner en marcha el acuerdo del Parlamento Europeo que señala la necesidad de clarificar los contenidos de los sistemas sanitarios.

Dicho esto, vamos a pasar a lo que hoy nos trae aquí, que es, por una parte, valorar un proceso todavía no concluido y, por otra, unos resultados que todavía no son definitivos hasta que no se culmine con todos los trámites preceptivos. Y voy a referirme a estos dos aspectos: al aspecto del procedimiento y al aspecto de los resultados.

En cuanto al aspecto del procedimiento, quiero resaltar que desde nuestro punto de vista ha resultado impecable, y así lo demuestra el amplio consenso alcanzado dentro del Consejo Interterritorial en cuanto al Sistema Nacional de Salud, tanto desde el inicio del proceso, respecto a los objetivos que suponía la ordenación de las prestaciones, como en la presentación de la propuesta inicial de ordenación y catálogo de las prestaciones en la última reunión que tuvo el Consejo Interterritorial, contando durante todo el proceso con la participación de las comunidades autónomas en la elaboración del cuestionario. Por tanto, nuestra felicitación, tanto en lo que respecta al procedimiento como al amplio consenso alcanzado.

Entrando en el segundo punto, que es el análisis de los resultados del documento de trabajo presentado, nos parece además de clarificador completo y que, efectivamente, recoge lo que se hace en el Sistema Nacional de Salud, preservando, sin duda, lo más esencial —que es, desde nuestro punto de vista, la equidad y la solidaridad— al garantizar lo mismo para todos, incluyendo, además, prestaciones que no eran habituales y reforzando el sistema con un peso específico importante de las actuaciones de prevención y promoción de la salud.

Otro aspecto que ha apuntado la señora Ministra y que sin duda también tiene una especial importancia, sobre todo para algún grupo, es el que se refiere a la introducción en el sistema de nuevas técnicas o procedimientos. Las explicaciones que se han dado nos parecen más que suficientes; evaluar las prestaciones o servicios, o las nuevas tecnologías en definitiva, para una aplicación generalizada del Sistema Nacional de Salud nos parece algo tan evidente y de un mínimo sentido común que creemos no ha lugar a la discusión. En definitiva, es un procedimiento de toma de decisión que no es producto del capricho sino de una necesidad de eficacia en la gestión por una parte, pero, sobre todo, es una toma de decisión en base a la aplicación de una serie de criterios que no son los de mercado, como se ha señalado, sino que aparecen ya en el documento propuesto y que me permito recordar: primero, que exista suficiente evidencia científica para demostrar su seguridad y eficacia clínica y, segundo, que esté probada su contribución a la mejora eficaz de la esperanza de vida, el autovo-limiento o la disminución del sufrimiento.

También nos parece correcto y prudente el tratamiento que se ha dado a la atención sociosanitaria promoviendo acciones coordinadas entre las distintas administraciones responsables, y esperamos que la evaluación de las experiencias piloto que nos ha señalado la señora Ministra, dentro del marco del convenio con el Ministerio de Asuntos Sociales, nos permita seguir avanzando y mejorando en este campo. Estamos, desde luego, como se ha señalado, dentro de un proceso de reflexión sobre el contenido de la ordenación de las prestaciones del sistema sanitario público por parte de los diferentes colectivos sanitarios y políticos y creo que el objetivo es alcanzarlo con el mayor consenso posible.

No quiero finalizar mi intervención sin recalcar una vez más, quizá de manera machacona, que el modelo sanitario socialista considera como sus piezas claves la universalidad y la gratuidad y que en la defensa de este modelo, para que queden las cosas claras, como uno de los fundamentos del Estado del bienestar, nos tendrá, señora Ministra, a todo el Grupo Socialista detrás.

La señora **PRESIDENTA**: Para dar respuesta a las intervenciones y preguntas de los grupos, tiene la palabra la señora Ministra de Sanidad y Consumo.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Amador Millán): Muchas gracias, señorías, por sus intervenciones y su valoración de la información que he dado. Voy a tratar de contestar a las cuestiones que se me han planteado. Sin perjuicio de la contestación que haga a cada punto, me gustaría hacer una reflexión inicial, que no sólo se refiere a un grupo concreto, sino que trata de extraer alguna conclusión acerca del debate que se ha producido a raíz de la presentación de esta iniciativa. Porque yo creo que el Parlamento, que es un sitio que yo respeto mucho, es el lugar adecuado para que cada uno asuma la responsabilidad de sus propias actuaciones.

Cuando presenté esta iniciativa expliqué —y me esforcé en explicar— que se trataba de una iniciativa ten-

dente a mejorar el funcionamiento del sistema, las garantías de los ciudadanos y que en ningún caso se hacía para recortar nada, ni de manera expresa ni oculta ni subrepticia. Aquello generó una recepción, por parte de algunos grupos políticos, absolutamente escandalosa, planteando que se trataba de una iniciativa enmarcada en un ámbito presupuestario restrictivo, que naturalmente significaba el recorte de la sanidad pública. Estábamos en el mes de septiembre, y es verdad, como ha resumido la portavoz del Grupo de Izquierda Unida, que ha generado una enorme inquietud social. Inquietud social que yo me he esforzado en tratar de disminuir, sobre todo desde la convicción de que ésta no era una iniciativa para recortar. Ahora, seis meses después —y como he dicho, agradezco la oportunidad de venir a explicarlo—, tengo que recordar que aquí está el catálogo —y es verdad, señora Maestro, que «catálogo» no es una palabra afortunada, pero también es verdad que no debemos dejarnos llevar de los nominalismos; ojalá encontremos otra palabra más adecuada—, pero aquí está el trabajo hecho, en el que se ha buscado el consenso, se ha buscado de verdad la crítica constructiva, sobre todo en la preocupación de que todos aquellos que interpretaron inmediatamente esta iniciativa como un recorte nos digan dónde está el recorte y qué es lo que falta.

Celebro escuchar hoy, por ejemplo, la intervención del portavoz del Grupo Popular y comprobar cómo hemos pasado de aquel planteamiento, tan apocalíptico como carente de fundamento, a discutir hoy sobre la sopa o sobre los extras. Lo celebro porque a mí lo que me importa es la ordenación de las prestaciones, me importa hacerla lo mejor posible y me importa hacerla en un ámbito de sosiego político —lo he dicho en mi primera intervención— que de verdad permita mejorar el funcionamiento del sistema sanitario público, que es lo que de verdad me importa. Pero para que el sistema sanitario público funcione bien —y una de las funciones que tiene es dar satisfacción a los ciudadanos que más lo necesitan— sería bueno que no alarmáramos, que no creáramos esa inquietud social, que no favoreciéramos la sensación de inseguridad que se genera en las personas que más lo necesitan en una materia tan seria como es la de la sanidad pública, una sanidad pública que yo, desde el primer día que vine aquí y he tenido ocasión, he manifestado mi decidida voluntad de consolidar en un sistema que creo que constituye un logro evidente, asombroso, lo he dicho, de la sociedad española y, desde luego, del Gobierno socialista y que estoy dispuesta a consolidar y mantener. Y eso pasa por afrontar la realidad en épocas de crisis económica y, por tanto, pasa por tomar una serie de decisiones que yo he tratado de explicar con toda claridad y de manera explícita siempre. Por tanto, a la hora de valorar las intervenciones de los distintos grupos sobre esta iniciativa, lo primero que tengo que decir es que he mantenido y he cumplido lo que aquí dije cuando presenté esta iniciativa, pero algunas afirmaciones que entonces se hicieron sobre que esto suponía un recorte y el final de la sanidad pública y la vía subrepticia por la cual se recortaban las prestaciones, quien aquellas manifestaciones hizo hoy también debería reflexionar sobre lo improcedente, lo imprudente y seguramente lo

injusto de la desconfianza con que se abordó mi planteamiento.

La iniciativa de hacer el catálogo o la carta de derechos de los pacientes, que esto pretende ser, no es, como casi todo en sanidad, ninguna idea original, y desde luego no mía. En sanidad casi todo está inventado, lo dije también el primer día. De lo que se trata es de tener la voluntad decidida de llevar a término las cosas, que es lo que yo modestamente trato de aportar. Pero en sanidad casi todo está inventado.

La necesidad de ordenar las prestaciones de los sistemas tiene algunas decisiones y resoluciones que la avalan. He citado en mi intervención inicial una Resolución de esta Cámara exhortando al Gobierno a hacer ese elenco de prestaciones sanitarias, pero existe también una Resolución del Parlamento Europeo del año 1992 en la que se insta a los Estados miembros a definir el contenido de las prestaciones sanitarias de sus sistemas de salud. La importancia de instituciones como el Parlamento Europeo y del Parlamento español, me parece que no son iniciativas que debiéramos ignorar, por lo menos no creo que yo deba ignorarlas; de manera que la iniciativa de hacer esta ordenación está fundamentada en requerimientos previos. Pero, además, hemos consultado a los ciudadanos por medio de encuestas que el Ministerio de Sanidad hace periódicamente para seguir la valoración que las personas hacen de los problemas sanitarios y de los servicios sanitarios, y en el barómetro sanitario —que se llama así— de noviembre de 1993, y que SS. SS. conocen, porque facilitamos los datos con periodicidad, la práctica totalidad de los ciudadanos, el 95 por ciento, son partidarios de que las autoridades sanitarias elaboren un listado de las prestaciones y servicios que ofrecen. Es verdad que no son las personas las que deciden qué prestación sanitaria necesitan y qué tratamiento médico, pero también es verdad que estamos en un país con la suficiente madurez, con el suficiente conocimiento, con la suficiente inquietud, con el suficiente grado de conciencia de los propios derechos como para que, si se conocen mejor, se esté en mejores condiciones de exigir todos esos programas de medicina preventiva que ha citado la señora Maestro. Y yo dudo de que haya una sola madre en España que si conoce que existen estos programas de atención al niño sano no los utilice y que no esté en condiciones de valorar que eso es bueno. De manera que el mejor conocimiento, por parte de los ciudadanos, de las prestaciones, sobre todo, de medicina preventiva, que ofrece el Sistema Nacional de Salud me parece que va a mejorar el acceso de los ciudadanos.

De manera que sigo pensando que la iniciativa de ordenar las prestaciones mejora el funcionamiento del sistema, porque va a ordenar sus contenidos, que mejora el grado de información de los ciudadanos y, por tanto, va a mejorar el acceso, en condiciones de igualdad, a todas esas prestaciones y que es una iniciativa absolutamente positiva. Y no es en ningún caso, señor Fernández-Miranda, un debate sobre el modelo sanitario ni es un debate sobre la sanidad o la medicina. Lo que constituye es una iniciativa seria, a mi juicio, de avanzar en la ordenación del contenido del sistema.

Critica S. S. el consenso científico, que yo he tratado de explicar como un aspecto positivo del trabajo que se ha hecho en estos meses; trabajo, por cierto, que cuando se planteó la iniciativa también se impugnó la posibilidad de hacerlo en poco tiempo, por su complejidad técnica, pero lo cierto es que aquí está y sujeto, como he dicho al principio, a las observaciones que lo mejoren. Pero S. S. duda de la posibilidad de obtener el consenso científico. El consenso científico en cuanto a la descripción de las prestaciones del sistema, por ejemplo, en la referencia que ha hecho S. S., también críticamente, a las prestaciones de la psiquiatría, significa que la Asociación Española de Neuropsiquiatría ha dado la redacción final al elenco que ahí se contiene. Por ejemplo, ha sido la que ha corregido la psicoterapia de larga duración, que me parece que preocupaba a S. S., explicándonos que hay psicoterapia, pero ni de larga ni de corta duración, sino la que sea necesaria. Por tanto, la referencia a la larga duración no era necesaria. Por tanto, mi referencia al consenso científico se refería a que, además de la propuesta inicial que se elaboró en el Ministerio, las distintas sociedades científicas y personalidades de la medicina han ido aconsejando sobre cómo se debía enunciar finalmente ese tipo de tratamientos. Me parece que eso también refuerza la seriedad y el rigor del documento.

Por cierto, S. S. maneja un texto que no es el último. **(El señor Fernández-Miranda y Lozana: El que me ha mandado el Subsecretario. Si me quiere engañar...)** El Subsecretario le ha debido remitir el último. En todo caso son correcciones de matiz. Algunas de sus observaciones me hacen ver que se refiere a un texto anterior que se ha mejorado en las sucesivas revisiones. **(El señor Fernández-Miranda y Lozana: Pues podían habérmelo mandado.)** Por ejemplo, ha desaparecido la referencia a los extras, que a S. S. le llamaba la atención. Es decir, algunas de las observaciones que ha hecho S. S. de carácter menor, me parece, sobre ese texto están corregidas ya en una última versión que yo siento que no tenga; en todo caso, contiene modificaciones de carácter menor.

Señor Fernández-Miranda, yo no quiero entrar en juegos semánticos ni dialécticos ni hacer chistes sobre el documento. Evidentemente, el que aquí diga que hay que valorar técnicas útiles y no perjudiciales no significa que afirmemos que hasta ahora lo que se hace sean técnicas perjudiciales. Permítame S. S. que no entre en ese tipo de argumentación, porque me parece que no es preciso.

La cirugía mayor a que hace referencia S. S. sí quiere decir cirugía mayor sin ingreso. Parece que tenemos ejemplos como el de las cataratas o las hernias inguinales, consideradas cirugía mayor y que, sin embargo, las sociedades científicas que han participado en el comité de expertos en una guía de cirugía mayor sin ingreso sostienen que no necesitan ingreso. En todo caso, yo tomo nota de su discrepancia sobre este concepto técnico, que tampoco pretendo aclarar aquí ni agotar definitivamente.

Al hilo de los comentarios sobre la alimentación y los servicios complementarios, sí voy a hacer una reflexión que me parece esencial en el catálogo. Se trata, como he explicado reiteradas veces, de determinar qué prestaciones

hacen efectivo el derecho a la protección de la salud y, desde luego, de clarificar que desde el sistema sanitario público y, por tanto, con los fondos públicos, no se paga todo, ni prestaciones complementarias, ni prestaciones extraordinarias, hoteleras, etcétera. Efectivamente nos estamos refiriendo aquí a la televisión, a esta serie de cosas que en ningún caso nos parece que sean garantizadoras del derecho a la protección de la salud y desde luego el sistema sanitario público debe plantearse con seriedad el delimitar lo que sí y lo que no, porque si no esos crecimientos, en los que supuestamente se dice que sí a todo y todo es gratis y se siguen incorporando cosas, lo que hacen es llegar a un punto en que las cuentas no salen. A mí me parece que las cuentas tienen que salir. Las cuentas son un instrumento, pero se convierten en un instrumento esencial cuando lo que están poniendo en peligro es el objetivo y, por tanto, si para conseguir el objetivo de consolidar la sanidad pública hay que hacer cuentas, yo estoy dispuesta a hacer las cuentas que haga falta.

En la salud bucodental, señor Fernández-Miranda y en la odontología se ha hecho alguna generalización de los tratamientos que hoy se dan, de manera que tímidamente el documento último —veo que no es el que S. S. tiene— sí hace una generalización de tratamientos preventivos de salud bucodental que trata de ser más general de lo que hoy es, aunque es verdad que no se puede abordar hoy, desde el sistema sanitario público, la atención bucodental en toda su extensión. Como es así, así se lo reconozco. No podemos abordar en este momento la generalización de la atención bucodental a toda la población por razones económicas.

La reproducción asistida está en discusión. Es una prestación que no ha obtenido consenso en el grupo de trabajo. Hay argumentos científicos, de eficacia, éticos y financieros a favor y en contra y, por tanto, todavía no está decidido si la reproducción asistida va a seguir manteniéndose como prestación gratuita en el sistema sanitario público.

Tenemos, por otra parte, la obligación de desarrollar las previsiones contenidas en la ley del año 1988 que preveía la constitución de un comité en el que estamos trabajando, porque debemos constituirlo cuanto antes, para atender los aspectos éticos y regular el desarrollo de esta cuestión. Así pues, estamos trabajando en la reproducción asistida, pero sigue en discusión si es una prestación que deba estar incluida en el sistema sanitario público de manera gratuita.

No se ha modificado el sistema de reembolso de prótesis, sigue igual. Es más, se ha modificado por alguna comunidad autónoma que no lo tenía y lo ha instaurado, porque parece que tenía dificultades con el sistema anterior.

Vamos a un tema que al portavoz del Grupo Popular le preocupa y en el que ha hecho especial énfasis. Es la novedad que introduce esta regulación sobre la necesidad de autorizar con carácter previo la introducción en el sistema de cualquier nueva técnica o procedimiento.

Debo decirle, señor Fernández-Miranda, que tampoco aquí hemos sido originales ni es una iniciativa nueva. La Ley de Ordenación del Sistema Sanitario de la Comunidad Autónoma de Castilla y León, promulgada el 6 de abril del

año 1993, dice en su exposición de motivos, por ejemplo, que se establece una relación de actividades y servicios comprendidos y, en especial, la exigencia de evaluación previa y financiación separada de las nuevas prestaciones y servicios que pueden incorporarse. Y en el desarrollo del articulado se dice expresamente que la inclusión de nuevos servicios y prestaciones en el sistema de salud de Castilla y León será objeto de una evaluación previa de su eficiencia en términos tecnológicos, sociales y de salud y llevará asociada una financiación específica. Lo digo por si el hecho de que la Comunidad Autónoma de Castilla y León considere imprescindible esta evaluación le merece más crédito que el que lo considere el Ministerio de Sanidad.

En todo caso, es una necesidad evidente (y yo agradezco y me conforta que la representante de Izquierda Unida comparta ese planteamiento), por razones de seguridad, por razones de garantía de los pacientes en esta época efectivamente de avances vertiginosos en la medicina, el que se proceda a evaluar, desde un punto de vista científico, sosegadamente, la utilidad de generalizar en un sistema sanitario público las nuevas técnicas o procedimientos.

Como S. S. conoce, éste es un problema que se debate en todos los ámbitos sanitarios, no sólo en España sino en el mundo, y se habla de la tercera revolución de la medicina para llamar la atención y alertar sobre ese fenómeno. No todo lo que hoy está disponible en la tecnología médica es generalizable y su aplicación no es miméticamente trasladable al tratamiento de todos los pacientes en todas las ocasiones, y yo creo que introduce un factor de garantía y de seguridad evaluar técnicamente esos procedimientos. Entonces, me encuentro con la desconfianza hacia cómo se va a hacer esa evaluación. Pues veremos, cuando lo hagamos y lo desarrollemos, si lo hacemos bien o mal, pero de momento la intención es que esa evaluación se haga, naturalmente, por razones que se explican en el documento, por razones científicas. Me parece que entre los criterios se dice expresamente: no existencia de otras alternativas mejores o iguales para la misma afección a menor precio o inferior coste de tratamiento. De manera que cuando S. S. me pregunta que si esto va a tener componentes financieros he de contestarle que sí. Se dice expresamente. No me produce ninguna preocupación explicar las cosas que estoy haciendo. Lo que me resulta difícil es explicar las que no hago y no pienso hacer; en eso tengo más dificultad. Se dice que naturalmente el factor económico va a ser uno de los factores. Lo va a ser y se explica aquí: utilidad terapéutica, eficacia y seguridad y no existencia de otras alternativas mejores o iguales para la misma afección a menor precio.

Aquí enlazamos con el debate eterno y el reproche que viene a continuación en las notas que he tomado sobre la financiación selectiva de medicamentos. Yo creo que ésa es la obligación de un gestor público. La obligación de un gestor público es valorar que no exista otra alternativa mejor o igual para la misma afección a menor precio. Cuando resulta que un gestor público compra a más precio del que debe, yo creo que se le deben pedir responsabilidades. De manera que, efectivamente, consideraciones de

este tipo están en la misma filosofía del Decreto de financiación selectiva de medicamentos y en esa valoración de qué nuevas técnicas y procedimientos se incorporan al sistema. Naturalmente que esa evaluación tiene que ser ágil, tiene que ser seria y tiene que estar garantizada. Un elemento fundamental a estos efectos, que preocupa también a la señora Maestro, es la Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias, que tiene que ser un órgano al servicio del Sistema Nacional de Salud, en el que estén los expertos y las personas de ámbito nacional, independientes y con criterios científicos que van a valorar previamente. Para eso se crea la Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias, entre otras razones, para evaluar esos procedimientos. Y naturalmente que tiene que haber un consenso científico. De la misma manera que cuando se deciden los medicamentos no los decide el Ministro de Sanidad —¡estaría listo!—, los decide una comisión nacional, la Comisión Nacional de Evaluación de Medicamentos, en la que no tiene mayoría la Administración, es la que decide sobre la utilidad de los medicamentos, señora Maestro. Esto es así. Con mucho gusto, lo vemos cuando quiera, detalladamente, en las actas de la Comisión. De manera que las prestaciones no se van a decidir a la ligera ni en función de criterios economicistas.

Yo le rogaría un poco de confianza —no eternamente, pero un poco—, porque este sistema de evaluación, que S. S. comparte en sus orígenes, en su razón, en la necesidad de que exista, no va a ser —y lo vuelvo a decir aquí, que es un sitio donde digo las cosas con una cierta solemnidad y creyéndome lo que digo— ni a constituir un elemento para recortar nada en el sistema sanitario público, y lo que va a tratar es de conseguir lo que aquí se dice, que es garantizar que los procedimientos y técnicas que se incorporan van a tener utilidad terapéutica, eficacia y seguridad y van a ser los mejores en cuanto a costes.

En cuanto a que esa autorización tiene que ser flexible, tiene que ser rápida y no puede demorar tratamientos, le diré que no está pasando hoy y no puede pasar eso. No puede ocurrir que pasar un trámite administrativo vaya a poner en riesgo la salud de nadie, señor Fernández-Miranda. De hecho, como S. S. verá en el documento, se prevén autorizaciones provisionales, con carácter experimental, para los supuestos en que sea planteable la inmediatez de la puesta en práctica de una nueva técnica, con los requisitos que ahí se explican. De manera que no desconfíen de que eso va a tratar de hacerse lo mejor posible.

Agradezco las manifestaciones de apoyo, de evaluación positiva o de valoración de que hay más aspectos positivos que negativos del señor Gatzagaetxebarría, y la visión constructiva que aporta a todas las iniciativas que estamos, entre todos, tratando de poner en práctica, con el horizonte de mejorar el sistema que tenemos. Como también le preocupa la naturaleza flexible de la autorización, lo que acabo de explicar es de aplicación.

Al señor Cardona también le agradezco la clarificación que ha hecho, que naturalmente comparto y que he expuesto al principio de mi intervención, porque, efectivamente, en ningún caso esta iniciativa se ha planteado como un subterfugio para recortar nada y aquí está la prueba.

A la señora Maestro le preocupa que la terminología nos sitúe en un criterio de oferta, en un criterio de mercado. Yo creo que esto no es así. Como le he dicho, le confieso que «catálogo» tampoco me parece una palabra especialmente afortunada, pero ojalá encontremos otra. En todo caso, las palabras no pueden ocultar las realidades. Aquí se trata de atender a un criterio de necesidades, y yo no veo la incompatibilidad entre la atención integral que prevé la Ley de Sanidad y la enumeración, la explicitación, el desarrollo de en qué consiste esa atención integral. Sí vería alguna dificultad si faltara alguna prestación de las que se están haciendo y que esté suponiendo una limitación o una visión diferente a la que la Ley de Sanidad prevé, pero no me parece que sea un planteamiento contradictorio y, desde luego, en ningún caso está hecho para contradecir lo que establece la Ley General de Sanidad.

Con la cobertura de atención primaria, señora Maestro, siempre tenemos un contencioso —entre comillas—, porque nosotros decimos que en la atención primaria estamos llegando al 70 por ciento y S. S. siempre me reprocha que estamos en menos del 50 por ciento. Al margen de que nos pongamos de acuerdo sobre eso, que es una realidad física y que, por tanto, deberíamos ser capaces de clarificarlo, insisto en que me parece bueno que el conocimiento de los tratamientos, sobre todo en el ámbito preventivo, que hoy se dan en la sanidad pública, va a generalizar su demanda en el territorio. Por tanto, la intención de ponerlo por escrito y de hacerlo explícito al ciudadano no es limitar nada, no es recortar nada, sino que tiene el objetivo contrario.

De la cirugía estética sólo se excluye la que no es reparadora, y se dice expresamente. Algunas veces hemos repetido que la mayor lista de espera en el Hospital La Paz es la corrección de las orejas en soplillo de los niños y, por tanto, en ningún momento se nos ha ocurrido excluir cirugía estética que no sea sólo estética, sino que sea reparadora o que tenga otras consecuencias en otros ámbitos. Si no está suficientemente claro en el documento, lo aclararemos, porque no es ésa la intención.

En cuanto a la reproducción asistida, ya he hecho referencia a cómo está el asunto. Respecto a quién va a evaluar, yo creo que una comisión nacional con los agentes sociales, señora Maestro, evidencia una desconfianza hacia la autoridad sanitaria, hacia el sistema, que yo tengo que reprochar. **(La señora Maestro Martín: Existen otros ámbitos.)** Existen otros ámbitos, pero aquí estamos hablando de criterios científicos. Yo creo que la Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias es el ámbito adecuado en el que se debe situar ese tipo de decisiones. El Consejo Interterritorial es el foro donde todos los responsables sanitarios debaten. De manera que yo creo que no deberíamos desconfiar de que eso vaya a ser así.

De sus palabras deduzco, señora Maestro, que la iniciativa de hacer la ordenación de las prestaciones en el contexto de un presupuesto restrictivo, naturalmente, se entiende como un recorte. Yo creo que no debemos entenderlo así, y lo digo en la medida en que me preocupa mucho el eco que en la población tiene lo que aquí decimos, a la hora de trasladar inseguridad y preocupación a

quien más necesita esa seguridad y esa atención sanitaria, de la que tenemos obligación de ocuparnos todos. Que los Presupuestos del año 1994 sean restrictivos, es una cosa y que tratemos de plantear iniciativas por vías «non sanctas» para recortar, es otra. Los Presupuestos del año 94 son restrictivos —yo he venido a explicarlo— y además son restrictivos, con toda claridad, en inversiones. He explicado que se han reducido en inversiones con la expectativa de que en el año 1995 podamos recuperarlo por los fondos Feder, que, como S. S. sabe, por primera vez prevén para inversiones sanitarias una cantidad importantísima, que además no es sólo para nueva inversión, sino para reposición. Y con esa expectativa de que los fondos están ya aprobados para sanidad y, como se supone, hay que complementarlos como presupuesto nacional, tengo la legítima expectativa de que en el año 95 podamos compensar algo de esta restricción en las inversiones en sanidad. El otro gran capítulo donde se recorta el gasto sanitario en el año 94 es la farmacia. Eso es así. He tratado de explicarlo; es más, a veces hablo de eso más de lo que me gustaría, porque parece que no hablo de otra cosa y me preocupan muchas otras cosas de la sanidad. Pero lo cierto es que ése es el presupuesto. Eso no tiene nada que ver con que, en un ámbito de presupuesto restrictivo, yo ponga encima de la mesa una iniciativa como ésta, que estoy convencida que va a mejorar el funcionamiento del sistema, que va a definirlo mejor, que va a evitar fugas, que va a evitar que se carguen sobre el sistema sanitario cosas que no son del sistema sanitario y que avalan esa crítica permanente a la mala gestión, al agujero de la sanidad, que yo rechazo de plano. Yo no acepto que se diga que la gestión en Sanidad es ineficaz, que en Sanidad se produce un agujero. No es verdad. Es injusto, es incierto y no es verdad. Lo que se ha producido en Sanidad son unos desfases entre el gasto efectivo y el presupuesto inicial porque se han introducido a siete millones de personas en el sistema, porque se ha construido una infraestructura sanitaria que no existía, porque se afrontan todos los días, en virtud de la universalidad, nuevas enfermedades, nuevas prestaciones y nuevos medicamentos costosísimos, y todo eso tiene explicación. También he dicho —y lo mantengo— que se han cargado sobre la Sanidad costes, muy legítimos, que yo no impugno, pero que no se han puesto en la columna debida al hacer las cuentas, y digo que cada vez que se aprueba un expediente de reconversión, cada vez que se aprueba una jubilación anticipada, cada vez que se tiene a un enfermo, una persona mayor, en larga estancia en un hospital, nadie contabiliza lo que eso cuesta. Todo eso lo digo no para impugnarlo, que yo no pienso sacar de los hospitales a ninguna persona mayor mientras no haya otro sitio donde llevarle, sino para que se contabilice y se contabilice bien. Por tanto, cuando se hacen las cuentas bien y se repasa todo eso, se comprueba que la gestión en Sanidad no sólo no es un desastre, como alguien quiere afirmar, sino que es muy eficaz, que los resultados son muy buenos, que cuando comparamos el número de personas asistidas en España, el número de enfermedades que se atienden y el porcentaje del producto interior bruto que se gasta en Sanidad, los resultados son muy buenos. Ahí están todos los

demás países para hacer las comparaciones de qué porcentaje del PIB tenemos. Mi aspiración es crecer en gasto sanitario. No podría ser de otra manera. No creo que un Ministro de Sanidad pueda aspirar a otra cosa, sí a crecer cuando sea posible. Mientras no sea posible y tengamos el presupuesto que tenemos, lo que sí me propongo, con enorme convicción, es que las cuentas salgan, porque no quiero que esos añadidos al gasto sanitario, esas indefiniciones del gasto sanitario, esas confusiones que a veces se quieren propagar den al traste, pongan en cuestión o sigan poniendo en cuestión la eficacia, la viabilidad y la necesidad de un sistema sanitario público que yo defiendo y que me parece indiscutible.

Por tanto, yo creo que hay que hacer las cuentas, hay que cumplir un presupuesto restrictivo y hay que hacer los esfuerzos que hagan falta, concentrados en los ámbitos presupuestarios en que se han concentrado, para que no se dañe el nivel asistencial ni se tengan que limitar prestaciones. Esta iniciativa no debía esperar, pensando como yo pienso que es una buena iniciativa, a que vengan tiempos presupuestarios mejores. ¿Cuál es la alternativa? Como se va a entender, por un ámbito presupuestario restrictivo, que esto es para recortar ¿no hacemos nada? Yo sabía, cuando lo planteé en septiembre, que estábamos discutiendo el presupuesto, y no tengo miedo a explicar las cosas cuando estoy convencida de que lo que estoy diciendo es lo que se corresponde exactamente con los objetivos. Cuando planteé hacer un catálogo de prestaciones sanitarias no estaba pensando en recortar ni una sola prestación, y tuve que recordar (no quiero ser pesada con eso, pero bastaría mirar la hemeroteca para recordar las cosas que se dijeron entonces) los elencos de prestaciones que iban a salir del sistema y hacer una reflexión sobre cómo en sanidad deberíamos ser un poco más respetuosos con el sentimiento de las personas que reciben esas informaciones con enorme inquietud, y eso es difícil de reparar. La inquietud y la inseguridad que se han producido en las personas mayores, en las personas enfermas, sobre el hecho de que íbamos a quitar las prótesis, etcétera, tiene mal arreglo, pero lo cierto es que está absolutamente injustificado. (El señor Fernández-Miranda y Lozana pide la palabra.)

La señora **PRESIDENTA**: ¿Quiere decirme, señor Fernández-Miranda, para qué pide la palabra?

El señor **FERNANDEZ-MIRANDA Y LOZANA**: Señora Presidenta, para una cuestión de procedimiento.

La señora **PRESIDENTA**: ¿A qué cuestión de procedimiento y respecto de qué procedimiento? He comunicado a SS. SS. que estas comparecencias las iniciábamos de acuerdo con el artículo 202 del Reglamento y, por tanto, no había lugar a posteriores intervenciones de los grupos.

El señor **FERNANDEZ-MIRANDA Y LOZANA**: No es una intervención respecto a la comparecencia.

La señora **PRESIDENTA**: Puede hacer uso de la palabra.

El señor **FERNANDEZ-MIRANDA Y LOZANA**: Quiero exponer, por parte del Grupo Parlamentario Popular, que nos parece impresentable, poniendo de manifiesto el grado de credibilidad de la Ministra, el hecho de afirmar el respeto hacia este Parlamento y hacernos debatir sobre un documento que no es sobre el que debemos debatir, según sus propias palabras, con lo cual, en cuanto al planteamiento de esta comparecencia, que debería basarse en un documento del Ministerio, ese documento, según las palabras de la señora Ministra, no es el último que el Ministerio ha redactado.

La señora **PRESIDENTA**: Si me permite, señor Fernández-Miranda, recogiendo el sentir de todos los grupos parlamentarios, tenía previsto trasladar a la señora Ministra de Sanidad el deseo de que envíe a esta Comisión, a través de esta Presidencia, la última versión que pueda tener del documento que —entiendo— está en proceso de elaboración, que no se trata de un documento cerrado. Si lee usted bien, señor Fernández-Miranda, verá que la solicitud de comparecencia era para que nos informara sobre la ordenación y oferta de prestaciones, no de un documento que estuviera cerrado. No obstante, solicito a la señora Ministra que tenga a bien enviarnos cuantas modificaciones, cuantas versiones de este documento se puedan producir. **(La señora Maestro Martín pide la palabra.)**

Tiene la palabra, señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Quiero hacer una solicitud a la señora Ministra. Como una de las partes de mi intervención no ha sido respondida, solicito que, por favor, lo haga por escrito. Me refiero a la posible extensión o no a la sanidad privada de la exclusión de medios diagnósticos y terapéuticos por razones de seguridad o de eficacia. **(El señor Fernández-Miranda y Lozana pide la palabra.)**

La señora **PRESIDENTA**: Será respondida por escrito. ¿Para qué solicita la palabra, señor Fernández-Miranda?

El señor **FERNANDEZ-MIRANDA Y LOZANA**: Para aclararle, con el permiso de la señora Presidenta, que no solamente hay una petición de comparecencia, que es la que S. S.ª ha leído, sino que hay una segunda, del Grupo Parlamentario Popular, en cuyo planteamiento se entrecorren frases del documento que poseemos. Por tanto, quiero insistir en que no es presentable que nos descubra la señora Ministra que el documento que hemos manejado, enviado por su secretario en el mes de diciembre, no es sobre el que tenemos que debatir, por mucho que sea cuestión de matices. Los matices muchas veces son sustanciales y, en el tema que nos ocupa, más aún, si cabe.

— **SOBRE LAS MUERTES PRODUCIDAS EN EL HOSPITAL RAMON Y CAJAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (INSALUD) PRESUNTAMENTE RELACIONADAS CON LA UTILIZACION DE UN SUERO ADQUIRIDO EN FUNCION DE MEDIDAS DE AHORRO, A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO IU-IC.** (Número de expediente 213/000131.)

La señora **PRESIDENTA**: Concluidos estos puntos del orden del día, pasamos, señorías, si les parece, al siguiente punto. Quiero aclarar un pequeño error, también de matiz pero tremendamente importante. Este punto dice: Comparecencia del señor Ministro de Sanidad y Consumo. El señor Ministro de Sanidad y Consumo no existe; por tanto lo corregimos. Este punto hace referencia a la comparecencia de la señora Ministra de Sanidad y Consumo para informar sobre las muertes producidas en el Hospital Ramón y Cajal, del Instituto Nacional de la Salud, presuntamente relacionadas con la utilización de un suero adquirido en función de medidas de ahorro. Esta comparecencia es a solicitud del Grupo Parlamentario Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya. Para responder a la misma tiene la palabra la señora Ministra de Sanidad y Consumo, doña Angeles Amador.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Amador Millán): Señorías, en el texto de la solicitud de comparecencia, presentada por el Grupo de Izquierda Unida, se contienen explícita o implícitamente tres afirmaciones que creo deben considerarse separadamente y que, además, deben ser matizadas. Se dice, por una parte, que existe una presunta relación entre una serie de muertes ocurridas en el Hospital Ramón y Cajal y el uso de un suero que entiendo se trata el utilizado durante determinadas intervenciones de cirugía cardíaca y conocido como suero cardiopléjico. Se afirma también que este suero fue elegido en función de medidas de ahorro y se añade, por fin, que su adquisición se produjo en ausencia de los correspondientes controles de calidad. Pues bien, deseo comenzar mi intervención contestando las tres afirmaciones. La primera, con la información que hoy disponemos no se puede concluir, con evidencia científica, la relación causa-efecto entre las muertes producidas y la utilización del suero; luego me referiré al fundamento de esta afirmación. En segundo lugar, el empleo de ese suero concreto en ningún caso, señora Maestro, se decidió con una finalidad de ahorro económico. En tercer lugar, en relación con los correspondientes controles de calidad, se están instruyendo los expedientes sancionadores correspondientes para determinar las responsabilidades a que ha habido lugar por el control de calidad.

Voy a referirme, en primer lugar, a estas dos últimas cuestiones, la adquisición del suero y los controles de calidad, dejando para el final la más importante, es decir, lo actuado para apreciar la existencia o no de relación entre la utilización del suero y el fallecimiento de cuatro personas. He señalado ya que la compra de este suero no obedeció a razones económicas (algo que, por otro lado, tampoco es

necesariamente irregular o criticable en otros ámbitos), sino que se decidió la compra de este suero atendiendo a criterios de estricta utilidad terapéutica y con el objetivo de asegurar una mejor disponibilidad de este producto. En noviembre del año 1992, el servicio de cirugía cardíaca infantil del Hospital Ramón y Cajal consideró necesario cambiar el suero cardiopléjico, que hasta entonces venía utilizando, denominado St. Thomas-I, por otro más acorde con los nuevos avances en la materia, conocido como St. Thomas-II. Esta demanda es atendida por el servicio de farmacia del hospital, que elabora y suministra la nueva solución St. Thomas-II. En este punto debo indicar que la fabricación por el servicio de farmacia es adecuada para este tipo de productos, ya que se trata de preparados especiales de uso restringido a ciertas áreas hospitalarias que cambian constantemente en su composición y tipos; y coincidiendo en el tiempo, el servicio de cirugía cardíaca de adultos solicita la misma solución, en este caso bajo la denominación comercial de Plegisol. Hasta entonces, el suero empleado por este servicio era adquirido al laboratorio Ibys. El servicio de farmacia prepara y suministra entonces el suero a ambos servicios, adultos e infantil, al tiempo que, en enero de 1993, comienza a comprar Plegisol, de acuerdo con la petición del servicio.

Conviene aclarar, para entender el proceso, que la solución Plegisol, fabricada por los laboratorios Abbot, tiene la consideración de medicamento extranjero, cuyo suministro requiere una tramitación especial que puede, en ocasiones, dificultar la continuidad en el suministro. Por ello, y a consecuencia del aumento en la demanda de fabricación, que desbordaba las posibilidades de preparación del servicio de farmacia y las de continuidad en el suministro de Plegisol, se decide encargar parte del suero a un laboratorio nacional. Según la información obtenida por la dirección del centro, el laboratorio Ibys, que era el proveedor de la solución anteriormente empleada, no preparaba esta nueva solución cardiopléjica, por lo que se optó por solicitar el producto a laboratorios Navarro, que ya venían produciendo otros preparados especiales y que, además, acreditaban una suficiente agilidad en el servicio. La solución elaborada en el servicio de farmacia del hospital, la denominada Plegisol, y la solución cardiopléjica encargada a laboratorios Navarro tienen idéntica composición. Pues bien, los costes de los dos preparados suministrados por los laboratorios, Plegisol y Solución Cardiopléjica Navarro, son casi exactos. Mientras que la primera, Plegisol, tiene un precio de 4.000 pesetas para el envase de 1.000 mililitros, la segunda cuesta 1.500 pesetas en envases de 500 mililitros. Como SS. SS. pueden comprobar, la diferencia es irrelevante desde el punto de vista económico, sobre todo teniendo en cuenta el uso tan limitado de este producto, y no justificaría, en ningún caso, un cambio de uno a otro laboratorio; un cambio que se comprende mucho mejor si se fundamenta en la garantía de una mayor agilidad en el suministro que ofrecía el laboratorio nacional. Por otra parte, la eventualidad de un encargo por el servicio de farmacia hospitalaria como el que analizamos se encuentra recogida en el artículo 76.2 de la Ley del Medicamento, que prevé que pueda encomendarse alguna fase

de la producción o del control analítico de una preparación concreta a una entidad legalmente autorizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo; y la elaboración de fórmulas magistrales debe realizarse, como señala el artículo 35 de la misma ley, con observancia de las normas de correcta fabricación y control de calidad, y en todo caso, según lo previsto en el artículo 91.2.a), el servicio de farmacia tiene que garantizar y asumir la responsabilidad técnica de la adquisición, calidad, correcta conservación, cobertura de necesidades, etcétera. Este es el marco de la actuación del servicio de farmacia.

Como consecuencia del error detectado en la composición del suero suministrado, al que me referiré después, se iniciaron dos expedientes: uno, de carácter disciplinario, para determinar las posibles responsabilidades derivadas de la actuación del jefe del servicio de farmacia del hospital; y otro, de carácter sancionador, para esclarecer las irregularidades detectadas en la elaboración del suero por parte del laboratorio fabricante.

He preferido, como decía, señorías, referirme en último lugar a la presunta relación entre la utilización del suero y las muertes producidas en los servicios de cirugía cardíaca del hospital, porque creo que es en este asunto donde debemos concentrar nuestra atención, dado que lamentablemente está en medio el fallecimiento de unos pacientes, y el relato de los hechos, para analizar qué ha ocurrido, es el siguiente. El 5 de agosto de 1993, el jefe de servicio de cirugía cardíaca de adultos informa al servicio de farmacia que parecen existir anomalías en la solución cardiopléjica empleada y solicita el análisis de la misma para su comprobación. Se da, además, la circunstancia de que el servicio había registrado una mortalidad que consideraba anormalmente alta en el período en que se había usado este suero. A la vista de ello y con esa misma fecha se decide la suspensión del empleo de la solución. Tras el análisis efectuado por el servicio de farmacia se comprueba que, efectivamente, el suero en cuestión presentaba una concentración de sodio diez veces menor que la que debería tener. A partir de ese momento se emprenden diversas actuaciones encaminadas, por un lado, a verificar la irregularidad en la solución y las circunstancias en que se produjo y, por otro, sus posibles efectos sobre los pacientes en los que se hubiera empleado. En cuanto a la primera cuestión, a los análisis que se han llevado a cabo por los servicios del hospital, que como he indicado confirmaron la baja concentración en sodio de la solución, se unió el análisis efectuado por los laboratorios Navarro. Este laboratorio se dirigió al hospital Ramón y Cajal, el 17 de septiembre, afirmando que tras su análisis —y cito textualmente— se han detectado concentraciones anormalmente bajas del ion sodio, estando el resto de los iones de la composición en las cantidades perfectas. Estudiada la guía de fabricación en profundidad, hemos encontrado un lamentable error en el proceso de transcripción de la fórmula, que inexplicablemente ha pasado por todos los controles del departamento de calidad. Hasta aquí, lo que dice el laboratorio en su contestación.

Posteriormente, el 17 de enero del presente año, el Centro Nacional de Farmacobiología de Majadahonda, tras

analizar muestras del suero, emitía el siguiente dictamen, y cito textualmente: De acuerdo a los resultados obtenidos, se considera que la fórmula magistral Solución Cardiopléjica es no conforme por los siguientes motivos: por la dosificación del principio activo cloruro sódico, 9,42 por ciento, que está por debajo del valor declarado; por el ensayo de osmolaridad resulta ser hipotónico cuando debería ser isotónico. Hasta aquí la cita del dictamen del Centro de Farmacobiología de Majadahonda. Este suero procede de un lote de 126 unidades de las que 38 se encontraban en *stock* en el momento de producirse la detección de la anomalía y, por tanto, entre el 14 de julio y el 4 de agosto de 1993 se habían consumido 88 unidades.

Respecto al segundo punto, es decir, la posible relación entre el suero y los fallecimientos producidos en el servicio de cirugía cardíaca de adultos, la comisión de dirección del hospital decide, el 23 de septiembre, tres tipos diferentes de actuaciones: La primera de ellas es la de encargar a la dirección de gestión del hospital un informe pormenorizado de los hechos. La segunda, encomendar a la subdirección quirúrgica de la división médica un análisis comparativo de la mortalidad en el servicio de cirugía cardíaca de adultos durante los años 1990 a 1993, y de la registrada en el período entre el 14 de julio y el 4 de agosto de este último año. Y finalmente decide constituir una comisión de expertos, ajenos al servicio de cirugía cardíaca de adultos, pertenecientes a los servicios de cardiología y cirugía cardíaca infantil del hospital para que estudie, caso por caso, la historia y la evolución de los fallecidos. El informe estadístico realizado por la subdirección quirúrgica concluye que la mortalidad, en 1993, está en relación con el diagnóstico, la severidad de los casos y la urgencia de los mismos, y que desde el punto de vista clínico no puede atribuirse, de forma fehaciente, a la cardioplejía el aumento de la mortalidad durante el mes de julio. Por su parte, la comisión presenta su informe, a mediados del mes de noviembre, estimando que, analizados todos los casos de mortalidad en el período del 14 de julio al 4 de agosto de 1993 en que se utilizó la Solución Cardiopléjica, se detecta que en ningún caso hay relación causa-efecto entre cardioplejía y mortalidad. El informe señala que todos los casos analizados tienen causa justificada de muerte en relación con su cardiopatía de fondo y su proceso clínico quirúrgico. La gerencia del hospital Ramón y Cajal considera, además, oportuno contrastar esta opinión con un informe procedente de medios externos al hospital. Para ello, el 15 de noviembre de 1993, se dirige a la Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular, que designa una comisión integrada por cuatro expertos, todos ellos cirujanos y profesores de universidad de reconocido prestigio. La comisión ha estudiado no sólo los casos de fallecimientos ocurridos durante el período comprendido entre julio y agosto, sino también los de todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente en circulación extracorpórea durante los meses de abril a diciembre de 1993. Ello supone una muestra de 431 pacientes, de los cuales 138 fueron operados por el servicio de cirugía infantil, mientras que los otros 239 lo fueron por el de adultos. En el período específicamente objeto de investigación fueron intervenidos 25

pacientes: 10 niños y 15 adultos. De los 10 niños falleció únicamente un paciente, en el que no se había empleado la solución cardiopléjica en estudio. De los 15 adultos intervenidos se produjeron ocho fallecimientos. En su análisis los expertos constataron, como en su momento ya hicieran los miembros de la comisión del hospital, que en tres de los ocho pacientes fallecidos se empleó un método de cardioplejía distinto a la solución objeto de estudio. Asimismo, en un cuarto caso no se utilizó ningún tipo de cardioplejía. De manera que ello supone que el número de casos en que la solución podría haber tenido incidencia es de cuatro. En su informe, la comisión destaca, por una parte, las especiales características de todos los pacientes intervenidos en julio y principios de agosto. Su edad media era avanzada, 63 años, con una patología cardíaca variada, con una importante presencia de factores de riesgo sobreañadidos a la patología de fondo. Se subraya expresamente en el informe que, entre los pacientes operados en julio y agosto de 1993, la proporción de intervenciones de urgencia llegó a ser del 26 y del 30 por ciento respectivamente, lo que incrementa los factores de riesgo.

Las conclusiones del estudio al que me estoy refiriendo, realizado sobre la base de toda la información manejada por la comisión, que incluía todos los informes que hasta ahora les he citado más las entrevistas mantenidas con el personal hospitalario vinculado con los servicios de cirugía cardíaca y el estudio de la historia de los pacientes, las conclusiones, como digo, son las siguientes, y me van a permitir SS. SS. que las lea para que no haya valoración ajena a lo que dicen las conclusiones de este dictamen. El informe es extenso, pero yo transcribo las últimas conclusiones, que me parecen las más gráficas: Primera, el comité valora que los resultados desfavorables registrados durante el período considerado pueden estar inherentemente condicionados por el acúmulo de factores de riesgo en esos pacientes, sin necesidad de invocar otras causas adicionales. Segunda, el comité tiene unánimemente la impresión, difícil de sustanciar objetivamente, de que no puede descartarse una posible influencia, junto a otras causas concomitantes, entre la utilización de la Solución Cardiopléjica cristaloide Navarro y la elevación de las tasas de morbilidad y mortalidad durante el período analizado. Tercera, sin embargo, el comité no ha encontrado ninguna evidencia científica que demuestre una relación directa de causa-efecto entre la utilización de la solución cardiopléjica errónea y la mortalidad de los pacientes. Esta es la última de las conclusiones y aquí termina el informe.

Por tanto, señorías, éstos son los hechos por los que comparezco para informarles, de los que sin duda se derivan responsabilidades que están siendo analizadas en los expedientes sancionadores a los que he hecho referencia. El resultado de estos expedientes determinará la adopción de las medidas necesarias para evitar que puedan repetirse hechos como los que han sido objeto de este informe. Esta es, señorías, toda la información que al día de hoy puedo facilitar.

La señora **PRESIDENTA**: Por un tiempo máximo de tres minutos, si les parece a SS. SS., suspendemos la

sesión, que volveremos a reanudar. Es la costumbre del 202 que inauguramos hoy.

Se reanuda la sesión.

La señora **PRESIDENTA**: Señorías, se reanuda la sesión.

Quiero recordar a SS. SS. que el tiempo acordado por la mesa para las intervenciones de los distintos portavoces no superará los diez minutos, aunque es suficientemente conocida la amplia superación de esos diez minutos en la que habitualmente incurrimos; por ello les ruego que se ajusten lo más que puedan a esta sugerencia de diez minutos como máximo por intervención.

Tras la información facilitada por la señora Ministra, tiene la palabra, por parte del Grupo proponente, la señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Gracias, señora Ministra, por su comparecencia.

En primer lugar, quiero señalar que la información que ha aportado la señora Ministra coincide en gran parte con la que yo poseo. Sin embargo, el análisis posterior que de esa información efectúa mi Grupo Parlamentario sí arroja diferencias de fondo en la valoración de un caso especialmente singular, pero que, como intentaré argumentar posteriormente, puede ser un desgraciado indicador, por las consecuencias de muerte que ha tenido, de algunas deficiencias importantes en la sanidad pública que han podido estar en la base de la situación que analizamos.

Es evidente que el laboratorio Navarro que fabrica el suero preparó mal una partida de suero cardiopléjico; no es un error de matiz sino que es un error que supone que la cantidad de cloruro sódico del suero es el 10 por ciento del necesario. Conozco informes de expertos y parece evidente que una solución de este tipo hiposmolar perfundida durante largo tiempo, como es el caso de intervenciones quirúrgicas de este tipo, altera fundamentalmente el mecanismo de transporte de la membrana celular y supone un aumento muy importante de la entrada de calcio en la célula que puede tener una relación muy estrecha con alguno de los casos de muerte ocurridos. Estamos hablando de cuatro casos. Comparto la valoración que hace la señora Ministra de que el resto de ellos no fueron perfundidos por ese suero y que por tanto quedan fuera del objeto del análisis.

En al menos uno de los casos, según la información que ha proporcionado el hospital y según el análisis de los expertos, parece haber una relación directa con la utilización del suero. Es el caso de una paciente de 42 años que se somete a una intervención que, según el propio equipo y la propia Sociedad Española de Cardiología evalúa, entraña un riesgo moderado, del 10 por ciento, y sin embargo se produce la muerte de manera muy cercana en el tiempo a la perfusión del suero cardiopléjico por tetania o corazón de piedra que, precisamente, es el efecto que produce la entrada masiva de calcio en la célula.

Yo quiero llamar la atención sobre varios hechos. En primer lugar, es verdad que el nivel de ahorro producido

por la sustitución del laboratorio puede no ser espectacular (es un 25 por ciento más barato); sin embargo, es un laboratorio, señora Ministra, bajo sospecha. En el mismo laboratorio que fabricó el suero utilizado en el hospital de la Seguridad Social de Toledo, un suero contaminado que produjo muertes puerperales en mujeres y muertes en niños que habían utilizado un suero contaminado por este mismo laboratorio. El laboratorio, evidentemente, no realizó los controles de calidad debidos y el servicio de farmacia del hospital tampoco. A mí se me ocurre que el resultado de muerte —que a mí me parece, al menos en uno de los casos, producido— debería tener tratamiento de delito contra la salud pública; es decir, es una imprudencia temeraria en ausencia de controles de calidad en una situación de máximo riesgo.

Sin embargo, hay otros factores sobreañadidos en el caso que a mí me interesa destacar por lo que pudieran tener de generalizables. La mortalidad producida entre el 12 de julio y el 4 de agosto fue una mortalidad superior al 50 por ciento; una mortalidad, probablemente, como estamos analizando, no mayoritariamente relacionada con el suero cardiopléjico, pero sí una mortalidad desproporcionada a todas luces. No se realizó ningún estudio de necropsia, máximo elemento en auditorías de control de calidad en la asistencia sanitaria: ni una sola necropsia. No se realizó ni una sola biopsia miocárdica postoperatoria que permitiera identificar la posible relación con el suero.

Hay una pregunta que yo quiero hacerle. El equipo que realizó las intervenciones a lo largo de este período ¿es el mismo o cambió? Independientemente ya de la mortalidad posiblemente relacionada con el suero, hay una sobremortalidad injustificada que habla de casos de posible mala práctica, es decir, perforación del tabique interauricular como causa de muerte, excesiva duración de la circulación extracorpórea y de la isquemia, desgarro de sutura de aneurisma de aorta, hemorragia masiva sin localizar origen. Es decir, hay situaciones en las cuales pudiera haber casos de mala práctica médica o, lo que me parece mucho más importante, situaciones en el hospital en los meses de verano que exageran de una manera importantísima la mortalidad habitual de un servicio.

Los resultados del servicio de cirugía cardíaca de adultos del hospital Ramón y Cajal de mortalidad entre abril y noviembre —son los meses de los que se tiene noticias, según el informe de la Sociedad Española de Cardiología— son los siguientes: abril, 26,81 por ciento; mayo, 0; junio, 16,3; julio, 34,8; agosto, 35,3; septiembre, 7,7; octubre, 13,3; noviembre, 10. Es decir, en los meses de verano y en el mes de abril, en el que está incluida la Semana Santa, la mortalidad se dispara. Hay una situación cuyo conocimiento ha llegado al Grupo Parlamentario de Izquierda Unida en repetidas ocasiones y es la enorme precariedad de recursos humanos durante los meses de verano o durante los períodos de vacaciones por otro tipo. El mes de diciembre, con la Navidad, no está incluido en el análisis.

Yo pregunto a la señora Ministra. ¿No son estos datos suficientes como para que, independientemente de otras razones, no se analice cuáles son los orígenes de la sobre-

mortalidad que se produce en meses en los que la proporción de trabajadores en la sanidad pública con respecto a los períodos habituales a veces se sitúa en torno al 30 o al 35 por ciento? Es decir, usted sabe que en función de medidas de ahorro no se están produciendo sustituciones por vacaciones, al menos no en la medida suficiente, y en un servicio en el que por casualidad se investiga a la luz de otra causa aparece una mortalidad elevadísima, al menos el triple de la habitual en meses de verano. Es verdad, me puede decir, señora Ministra, que hay más urgencias en este tiempo, pero cualquier planificador de la sanidad pública o de la sanidad en general entiende que si hay una mayor demanda, por los motivos que sea, en un período determinado, lo lógico es aumentar el personal por encima de los niveles habituales y no, por el contrario, disminuirlo drásticamente como se ha producido aquí.

Por ello, señora Ministra, yo le pregunto: ¿cuál es la cantidad de personal del servicio de cardiología durante los meses de verano y el que se incluye la Semana Santa en el Hospital Ramón y Cajal? ¿Cuál es el personal en el servicio de farmacia de dicho hospital durante estos meses? Yo creo, señora Ministra, que estos datos, obtenidos a la luz de un caso muy grave de falta de controles de calidad, de toma de decisiones en la sustitución de un laboratorio, que han podido a todas luces, en uno de los casos, estar detrás de la muerte de una persona —a mí me parece que eso es suficiente como para que una mujer de cuarenta y dos años muera sin tener que morir por un error—, han dado ocasión a poner sobre el tapete en qué condiciones se está prestando la asistencia sanitaria en la sanidad pública en períodos de vacaciones y como consecuencia directa, en este caso sí, señora Ministra, de medidas de recorte del gasto sanitario y medidas de ahorro, que están llevando a que en la sanidad pública no se esté contratando personal para sustituir al habitual cuando disfruta de su período reglamentario de vacaciones.

Insisto, señora Ministra, en que, a juicio del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida, el error producido tiene carácter de delito contra la salud pública, en la posible relación con una de las muertes, y tenemos la grave sospecha, señora Ministra, de que ese delito contra la salud pública, mucho más difuso en responsabilidades pero muy mayoritariamente en resultados, esté detrás también de los recortes en gasto producidos en la no contratación de personal en la medida necesaria, lo que se ha traducido indirectamente, a la luz de los escasos datos —es decir, la Sociedad Española de Cardiología no ha pedido o no ha obtenido series cronológicas que hubieran permitido analizar las diferencias en la mortalidad en el año 1993 y años anteriores— en una señal de alarma muy importante de qué está pasando en la sanidad pública, señora Ministra, en este caso sí, como resultado de medidas de ahorro y de recorte de gasto, en este caso no respecto a un suero sino respecto a la dotación de personal.

La señora **PRESIDENTA**: ¿Qué otros grupos desean intervenir? (Pausa.) Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Villalón.

El señor **VILLALÓN RICO**: Señoras y señores Diputados, señora Ministra de Sanidad, como es habitual en usted, lo hemos visto en la comparecencia anterior y lo vamos viendo en las distintas comparecencias que hace usted ante esta Comisión, su forma de expresarse es de buenas palabras, conciliadora, agradable, diríamos que usted viene aquí con un talante conciliador, como decía antes, pero a mí me parece que no es el momento de decir palabras conciliadoras, sino de hacer frente a los hechos. Y yo creo que en política, como en muchas otras cosas de la vida, las palabras, por muy buenas que sean o por muy buenas intenciones que se tengan, se deben acompañar de los hechos o, por lo menos, de antecedentes de cómo se ha comportado un responsable político, para que los ciudadanos tengan ciertas garantías y seguridades fundamentalmente a la hora de política sanitaria como la que ahora estamos tratando.

Digo esto porque yo creo que usted ha dado una explicación fundamentalmente médica o científica, ha venido usted aquí a transmitirnos un informe científico elaborado fundamentalmente por la Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular, y ahí se ha detenido. Yo creo que ése es el primer error que ha cometido usted en esta comparecencia. La Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados es una Comisión política y, por tanto, las explicaciones que tiene que dar usted aquí a esta Comisión, a estos Diputados, son unas explicaciones políticas o, cuando menos, explicar desde el punto de vista administrativo cuáles han sido los aciertos, los fallos que se han podido cometer desde el punto de vista de los responsables en la administración de los centros sanitarios, en este caso los responsables de la sanidad pública, los responsables del Hospital Ramón y Cajal. Es lo que creo que usted confunde. No es éste el foro para recibir las explicaciones que ha dado usted, no somos nosotros los que debemos atender a estas explicaciones cuasi científicas, porque es sabido por todos que dentro de esta Comisión hay Diputados que son médicos, otros que no lo son, pero a todos nos queda un poco lejos la materia científica que ahora estamos tratando. En resumidas cuentas, no es el lugar para esas explicaciones, no somos nosotros los que debemos recibir esas explicaciones ni es usted quien debe dar esas explicaciones.

¿Quién debería haber dado esas explicaciones? Se deberían haber dado en el Hospital Ramón y Cajal, las debería haber dado el gerente de dicho hospital. ¿Cuándo las debería haber dado? Las debería haber dado en el mes de agosto o, como mucho, a principios de septiembre, pasado un mes desde que ocurrieron estos tristes hechos. Por ello no nos resultan válidas las explicaciones que usted acaba de dar, ni vamos a entrar en si la concentración de sodio era mayor o menor, si las intervenciones quirúrgicas —unas intervenciones altamente especializadas— estaban siendo realizadas por unos u otros equipos quirúrgicos y, por supuesto, no vamos a entrar en si se han realizado o no se han realizado necropsias, porque no creo que sea nuestra competencia.

¿Cómo consideramos nosotros que usted debería haber intervenido a lo largo de esta comparecencia? En primer

lugar, lógicamente, a solicitud del Grupo parlamentario que ha requerido su comparecencia, respondiendo a las cuestiones que este Grupo, a través de la Diputada la señora Maestro, le ha planteado. Nosotros creemos, en contradicción con lo que acaba de decir la portavoz de Izquierda Unida, que no ha sido por una cuestión de ahorro. La gestión socialista ante el Ministerio de Sanidad y los diferentes centros sanitarios se puede calificar —es conocido por todos— de mala. Creemos que no es el ahorro lo que ha primado en la gestión de la política sanitaria, y todos nos tenemos que remitir, lógicamente, al gran déficit y a ese pozo sin fondo de la sanidad pública, pues en estos momentos se calcula que está en torno a un billón de pesetas la deuda del Sistema Nacional de Salud. Por tanto, creemos que no es eso lo que ha originado este penoso accidente, el fallecimiento de estos enfermos en el Hospital Ramón y Cajal, sino la política de nombramientos. Creemos que ustedes persisten, después de once años de gobierno, en la política sanitaria en nombrar a malos gestores, a personas que no están capacitadas para gestionar los hospitales; que han primado, como hemos dicho en anteriores ocasiones, los criterios de amiguismo a la hora de proceder a los nombramientos.

En resumidas cuentas, esto es lo que nosotros creemos que usted debería haber explicado. Después de haber hecho una breve referencia a los hechos en sí, a los fallecimientos —como ha hecho usted, pero se ha extendido más de lo adecuado— en el mes de julio y en el mes de agosto de 1993, nosotros consideramos que debería haber contestado a las interrogantes que se hacen los facultativos, los médicos que tienen conocimiento de estos asuntos y que se hace la sociedad en general cuando fueron denunciados estos tristes sucesos.

Nosotros le transmitimos esas preguntas. ¿Por qué la comisión investigadora no se constituye hasta el mes de noviembre, cuando ya han pasado tres meses de estos sucesos? ¿Por qué el comité de expertos que nombra la Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular no se constituye hasta diciembre? ¿Por qué la Junta Técnico-Asistencial se reúne por primera vez para tratar este tema el 19 de noviembre de 1993 y la mayor parte de los miembros de esa Junta Técnico-Asistencial dice en el acta que nosotros poseemos de esa reunión que desconocen oficialmente las características del asunto y manifiestan que se han enterado a través de diferentes medios de prensa y radio? ¿Qué criterios se siguen para abrir expediente y suspender cautelarmente al jefe de servicio de farmacia del hospital y qué criterios se siguen para que apenas transcurridos siete días se revoque la decisión anterior de la suspensión cautelar sin que haya dado tiempo a investigar las posibles infracciones cometidas por este jefe de servicio? ¿Qué cuota de responsabilidad considera la señora Ministra que tiene el gerente del Hospital Ramón y Cajal en este asunto? Estas son las preguntas que se hacen en los hospitales, que se hace la gente que conoce el tema y que nos hacemos nosotros y, por tanto, se las trasladamos. Estas son las explicaciones que nos debería haber dado usted. Yo creo que lo demás es querer mover en la espesura del bosque que le

originan los conceptos técnicos, los criterios supercientíficos que nosotros, lógicamente, no podemos alcanzar.

Voy a expresarle nuestro punto de vista con respecto a los hechos en sí. Nosotros no consideramos que en los meses de julio y agosto haya mala praxis médica. A la vista de los informes técnicos, es muy difícil establecer la relación directa causa-efecto de la solución cardiopléjica de 500 centímetros cúbicos del Laboratorio Navarro como mecanismo desencadenante del fallecimiento. Parece que puede haber sospechas, pero no hay una relación directa, como dicen los expertos.

Hay que plantearse que cualquier administración, en este caso la sanitaria, debe exigir y, por supuesto, debe depurar las responsabilidades de aquellos directivos que cuando ocurre un incidente o un accidente —en este caso en un hospital— no toman ninguna medida. Nosotros decimos: Si ustedes no toman ninguna medida con estos directivos hospitalarios, lógicamente se van a trasladar a ustedes, a los responsables del Ministerio, a cuyo frente está usted, a su equipo directivo dentro del Ministerio y en el Insalud, las responsabilidades de todo lo que ha sucedido.

Un poco a vuelapluma habría que decir que la evolución de los acontecimientos —lo ha manifestado usted, así como la portavoz de Izquierda Unida— es el aumento de fallecimientos en aquellos pacientes que durante los meses de julio y agosto son objeto de unas intervenciones quirúrgicas de alto riesgo, pues podemos decir que se trataba de personas entre la vida y la muerte y, por tanto, va implícito el riesgo de fallecimiento.

La Junta Técnico-Asistencial, como decía antes, se convoca en el mes de noviembre de 1993 y en ella el gerente manifiesta lo siguiente: Durante el mes de julio se detectó el problema, se determinó que era irrelevante y se puso la solución.

Nosotros decimos: Si ésas son las manifestaciones del gerente, ¿cuál era el problema? ¿Cuál es la solución que se adoptó? ¿Por qué fallecieron más pacientes en el mes de agosto, cuando anteriormente —tengo que hacer hincapié— el gerente hablaba del mes de julio?

La señora **PRESIDENTA**: Señor Villalón, le ruego que concluya.

El señor **VILLALÓN RICO**: En seguida termino, señora Presidenta.

Si está solucionado cuando reúne a la Junta Técnico-Asistencial, ¿por qué reúne a la Junta en el mes de noviembre? ¿Por qué no convocó dicha Junta en su momento, en el mes de agosto o, a lo sumo, en el mes de septiembre?

Todas éstas son preguntas que nosotros planteamos. El gerente del hospital concluye: No hay relación causa-efecto. Todos los casos de fallecimiento son de causa cardíaca y la solución cardiopléjica no es relevante.

Nosotros nos preguntamos: ¿Por qué ante esas manifestaciones se solicita el informe a la Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular y no se solicita en el mes de agosto? ¿Por qué se solicita si parece ser que el gerente tiene conocimiento de todos los hechos y ya señala cuáles son las causas, cuáles son los efectos y que no hay ningún

problema? No está constituida la comisión de bioética en el Hospital Ramón y Cajal. No hay controles de calidad por parte de la dirección hospitalaria sobre la asistencia sanitaria que se da en este hospital.

A modo de conclusión, señora Presidenta...

La señora **PRESIDENTA**: Conclusión de verdad, no a modo de.

El señor **VILLALON RICO**: Brevemente.

Se produce el fallecimiento, como decíamos antes, de varios enfermos de alto riesgo. Podríamos decir, como antes, que es un riesgo inherente y que a lo largo de estos meses nuestro portavoz en esta Comisión ha realizado varias preguntas al Gobierno, que son algunas a las que en este momento nos referimos y que no han sido contestadas.

Nosotros, como decía antes, no les hemos considerado responsables a ustedes en concreto al hablar de responsabilidades desde el Ministerio, desde el Insalud. Nosotros consideramos que en ese hospital, en el Ramón y Cajal, prevalece el criterio que decía antes de amiguismo y, por lo tanto, eso origina que la Dirección sea incompetente, que la Dirección haya tenido tendencia al ocultismo en este caso y que se hayan tomado decisiones aleatorias sin criterio científico. ¿Qué es lo que esto origina? Lo que origina es que se ha puesto en peligro la credibilidad de unos profesionales muy cualificados como son estos cirujanos. Se ha puesto de manifiesto cierto recelo y temor en aquellos enfermos que pueden estar en una situación parecida a los fallecidos o de los familiares o allegados, pensando qué es lo que les puede pasar de ahora en adelante.

Por eso, nosotros creemos que el responsable de todos estos hechos, el responsable máximo, es el gerente del Hospital Ramón y Cajal, que si tuviera un mínimo de cordura y un mínimo de decencia, este señor, lógicamente, tendría que dimitir como gerente del Hospital Ramón y Cajal. Si este señor no dimite y si ustedes no le destituyen, nosotros trasladaremos las responsabilidades de todo este asunto al Ministerio de Sanidad, a la señora Ministra, al señor Subsecretario de Sanidad y al Director General del Insalud por mantener a un incompetente al frente de un hospital como es el Ramón y Cajal.

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

La señora **DE VICENTE GARCIA**: Señora Ministra, en primer lugar nuestro Grupo quiere agradecerle su comparecencia ante esta Comisión de Sanidad y Consumo, así como su información, amplia y detallada, sobre el problema que se planteó o suscitó en el Hospital Ramón y Cajal, en su Servicio de Cirugía Cardíaca de Adultos, por la utilización entre las fechas del 12 de julio y 4 de agosto de 1993 de una solución cardiopléjica preparada por el laboratorio Navarro, produciéndose lamentablemente durante este período de tiempo un aumento de la mortalidad en el Servicio de Cirugía Cardíaca.

Tengo que decir, señora Ministra, que después de escuchar su intervención, sumamente objetiva y que resulta

esencial para esclarecer problemáticas de este tipo, es de destacar, a nuestro entender, la rapidez y transparencia con la que se procede a esclarecer los hechos por parte de los responsables del Hospital Ramón y Cajal.

Nada más detectarse esta composición anómala de la solución cardiopléjica, ésta se retiró inmediatamente, al mismo tiempo que se constituye una comisión de expertos del hospital, pero ajena al Servicio de Cirugía Cardíaca de Adultos, con el fin de analizar las posibles consecuencias para los pacientes por el uso de dicha solución.

Una vez concluido el informe de esta comisión, se constituye, a solicitud de la Gerencia del hospital y de la Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular, otra comisión, y en este caso externa, al objeto de elaborar un nuevo informe.

Entendemos, señora Ministra, que ambos informes a los que usted se ha referido con detalle y que han sido elaborados, como hemos dicho antes, por dos comisiones de expertos —una de ellas ajena al hospital, lo que nos parece sumamente importante— son altamente clarificadores. En ambos casos, y después de una exhaustiva investigación, se llega a conclusiones similares. Efectivamente, por un lado se demuestra la composición anómala, que consiste en una concentración anormalmente baja de sodio en la solución cardiopléjica, y por otro —y es una de sus conclusiones—, según dice el informe, «sin embargo, el Comité no ha encontrado ninguna evidencia científica que demuestre una relación directa causa-efecto entre la utilización de la solución cardiopléjica anómala y la mortalidad de estos pacientes».

Es importante destacar, como ha preferido la señora Ministra, que de los 15 pacientes intervenidos en el período objeto de investigación —es decir, entre el 12 de julio y el 4 de agosto de 1993— todos presentaban factores de riesgo preoperatorio sobreañadido. Hay otra circunstancia importante, a la que se ha hecho referencia también, y es que en esos meses de julio y agosto la proporción de pacientes operados de urgencia respecto a los operados con carácter electivo fue bastante superior a lo que es habitualmente, lo que añade otro factor de riesgo.

De los ocho pacientes fallecidos en este período sólo en cuatro de ellos se utilizó la solución cardiopléjica en cuestión y también, según el informe, tenían suficientes factores de riesgo para justificar una mala evolución posoperatoria. En definitiva, creemos que de estos informes se deduce que no existe una relación evidente entre la utilización de la solución cardiopléjica 500 mililitros y el aumento de mortalidad durante el tiempo que se utilizó esta solución. Esto no lo digo yo, ni lo dice el Grupo Socialista ni lo dice usted, sino que lo dicen dos comisiones de expertos que, creo yo, están formadas por profesionales de reconocido prestigio.

Por ello no entendemos la desconfianza y el empeño de algunos grupos en que sea de otra manera, a no ser que lo que realmente persigan sea el desprestigio del sistema público de sanidad, consiguiéndose con esto únicamente fomentar la inquietud en los ciudadanos.

No quisiera terminar sin manifestarle nuestra preocupación e interés, como no podía ser menos, porque se escla-

rezcan las posibles responsabilidades, si las hubiera, tanto en lo relativo a la fabricación de la solución anómala como en el control de calidad. Desde luego, confiamos que hechos similares no se vuelvan a producir en lo futuro.

La señora **PRESIDENTA**: Para responder a las distintas intervenciones de los grupos tiene la palabra la señora Ministra de Sanidad.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Amador Millán): Señora Maestro, yo comparto su preocupación, su inquietud —y la ha extendido a cuatro casos en lugar de a uno—, y es evidente que es difícil que desde aquí estemos en condiciones de llegar a conclusiones claras, pero me parece que la contestación más seria a ese planteamiento y al estudio de la relación causa-efecto entre la utilización del suero y las muertes producidas es la transcripción textual del informe, para no añadir ninguna valoración, no mía, que en ningún caso la haría porque no tendría interés, sino del propio Ministerio. De manera que, compartiendo su preocupación, yo le reitero el contenido de las conclusiones del informe del comité, en el que se dice que no puede establecerse evidencia científica de esa conexión, con el máximo respeto a la preocupación que usted ha manifestado, circunstancia al caso de la señora de 42 años que ha citado.

Lo que no puedo compartir es alguna apreciación sobre lo que supone esto de valoración de la sanidad pública. Este es un desgraciado asunto que puede ocurrir en la medicina, en la sanidad, no con mucha frecuencia pero sí con una frecuencia que nosotros no deseáramos. Pero no puede S. S. extraer de ahí una conclusión de descrédito de la sanidad pública o de consecuencias de ahorro en la sanidad pública.

Respecto de la adquisición del suero, en ningún caso. Ese porcentaje que S. S. cita de que es más barato este suero que el otro, si se conjuga con la cantidad que se compra y se sitúa en el presupuesto del Hospital Ramón y Cajal, es ridículo, absolutamente ridículo. Por tanto, le ruego que acepte mi rechazo al planteamiento de que ese suero se decidió por razones económicas porque eso no tiene el más mínimo fundamento.

Respecto a las razones de ahorro en la provisión de los servicios en los meses de verano y de Semana Santa le aseguro que esa manifestación me inquieta y me preocupa mucho, sobre todo si se vincula de esa manera tan rotunda al aumento de mortalidad. Yo creo que no se puede establecer relación de escasez de personal-aumento de la mortalidad con la programación de las vacaciones del personal que atiende un servicio como nada meno que el de cirugía cardíaca.

Su señoría sabe que en verano sólo se atienden, o muy mayoritariamente, urgencias, que casi nadie se quiere hacer una intervención cardiovascular en los meses de julio y agosto, y eso se recoge en el informe que he leído. De manera que el número de casos que ingresa en los meses de julio y agosto en el servicio de cirugía cardíaca son casos de urgencias mayoritariamente. Su señoría ha resaltado unos datos obtenidos del análisis de los casos,

pero yo también le he relatado algunos, fundamentalmente la auditoría interna que se hace comparando los últimos tres años, en los que se concluye que no hay aumento en ese concreto mes.

En todo caso, yo tomo buena nota de su preocupación en relación al funcionamiento del servicio de ese hospital.

No puedo decirle ahora quién era el personal en los días de julio porque no traigo el dato y no lo conozco, pero yo se lo mandaré por escrito.

No se realizó biopsia ni necropsia. Me dicen que las posibles consecuencias del suero en el corazón no son detectables en una necropsia. Me dicen también que parece que hubo dificultades de autorización por parte de los familiares en algunos casos para practicarla. En todo caso es una información que a S. S. le interesa y yo se la facilitaré por escrito, ya que no la tengo aquí.

Respecto al laboratorio bajo sospecha, es verdad el precedente del laboratorio Navarro, en Toledo, que S. S. ha citado, y también es verdad que después de eso el laboratorio cambió de titular y de instalaciones, hizo una inversión muy importante y que el laboratorio Navarro que ahora estaba funcionando tenía muy poco que ver con el anterior, salvo el nombre. De manera que en la Dirección General de Farmacia consta el cambio de titularidad y las inversiones que se exigieron en el laboratorio para autorizar su funcionamiento y que se han hecho. Por tanto, no debería pesar eternamente el asunto de Toledo, que fue muy grave, salvo que se demuestre en los sucesivos asuntos. Por tanto, dicho eso, que es una información de hechos, yo no tengo más que añadir al fallo en la elaboración del suero, que en ningún caso he tratado de minimizar. He dicho que ha sido un error en la composición porque es lo que dicen ellos textualmente, pero en ningún caso lo he minimizado.

De manera que —insisto— en que de aquí se derivan responsabilidades para los fabricantes de la solución y para los que tenían que haber hecho el control de calidad. Esas responsabilidades se están depurando en unos expedientes sancionadores que están en tramitación muy avanzada y de cuyas resultas saldrán las decisiones para evitar, como digo, que estos hechos vuelvan a producirse.

En todo caso, le facilitaré por escrito la información del personal que atendió el servicio en esos días y los datos que tenemos, de los que yo he extraído la comparación respecto a mortalidad en las intervenciones quirúrgicas en ese período.

Respecto al portavoz del Grupo Popular, espero que no sea un reproche el que yo tenga un tono conciliador en esta Comisión. **(El señor Villalón Rico: ¡Todo lo contrario!)** Además, lamento que S. S. considere que me he extendido más que lo adecuado. Por ello me excuso.

En todo caso, para contestar a lo que sí se me preguntaba, nadie menos que yo puede tener pretensiones aquí de utilizar argumentos científicos, pero cuando se me pregunta por las causas de las muertes es difícil, señor Villalón, que yo busque causas políticas. Por tanto, de lo que he tratado es de informar sobre los informes científicos y médicos de que disponemos para explicar qué ha ocurrido con esos fallecimientos y esas intervenciones.

Tengo que rechazar, señoría, que se sintetice este problema tan serio, que ha ocasionado fallecimientos, en esa imputación de amiguismo que el Grupo Popular gusta de repetir y que algunas veces produce más escándalo que otras. Hoy a mí me escandaliza que se impute al amiguismo el fallecimiento de unos pacientes en el Ramón y Cajal y la utilización de un suero erróneamente elaborado. Le aseguro, señoría, que me produce escándalo desde un punto de vista político, que es obviamente el que nos corresponde analizar en esta Cámara.

Me produce escándalo porque yo creo que no podemos sintetizar ni despachar con estos eslóganes problemas tan serios, que afectan en este caso nada menos que a algunas personas que han fallecido y que, por tanto, lo que aquí digamos preocupa a sus familiares, preocupa a la sociedad y preocupa a los pacientes que siguen yendo a los hospitales. Nos preocupa a todos como responsables y desde luego aseguro a S. S. que jamás tomaré una decisión del tipo de la que S. S. plantea, esto es, el cese de un responsable para que no me alcance a mí la responsabilidad. La responsabilidad de lo que ocurre en la sanidad española es mía y por ello jamás voy a interceptarla por la vía de cesar a nadie en el camino intermedio si yo considero que no es lo procedente. Y cesar al Gerente fulminantemente es posible que hubiera impedido que el Gerente pudiese haber hecho todo lo que ha hecho en este tiempo, y lo que ha hecho ha sido actuar con prudencia en un asunto en el que no conviene ser imprudente. Lo que ha hecho es suspender la utilización del suero el mismo día que se tiene sospecha de que el suero está alterado, antes de tener los resultados, y a partir de ahí se inicia una serie de análisis y de comprobaciones y una serie de informes de expertos, que es verdad que se han ido sucediendo. Su señoría se extraña de que, a pesar de que ya hay un informe que dice que no hay relación causa-efecto, se vuelva a pedir otro. Pues porque estamos nada menos que tratando de dilucidar si un fallo en un componente utilizado en una intervención quirúrgica ha tenido algo que ver con el fallecimiento de algunos pacientes, y a mí me parece —al Gerente también, y yo creo que ésa es la vía— que sí merece la pena seguir profundizando en el estudio de esta cuestión. Por tanto, a pesar de que los informes que se van obteniendo dicen que no se puede establecer esa relación causa-efecto, encarga nuevamente, en el mes de noviembre, un informe externo, a personas ajenas al hospital, pero significadas en la especialidad, y yo creo que ha hecho bien en pedir ese informe y que el informe es ilustrativo.

Prueba de que la cuestión es difícil es que las conclusiones que yo he leído aquí textualmente son medidas y prudentes, porque es un asunto serio sobre el que tenemos obligación de ser serios. Los tiempos de investigación han sido, por tanto, los necesarios. Es verdad, podríamos haber corrido más; en todo caso yo creo que no tenemos prisa, sino que tenemos que hacerlo bien, depurar las responsabilidades correctamente y no equivocarnos.

¿Por qué se ordena la incoación de un expediente al Jefe del Servicio de Farmacia y se le suspende cautelarmente de funciones? Cuando se comprueba que ha habido la utilización de un suero alterado en su composición, se inicia

un expediente al Jefe del Servicio de Farmacia, que según la Ley —he citado los artículos pertinentes— es el responsable de garantizar la calidad de lo que se está utilizando allí, por lo que se abre ese expediente y se le suspende de funciones, porque parece que los hechos pueden ser suficientemente serios. A continuación, el instructor del expediente, que inicia la tramitación, decide que no hay causa para la suspensión cautelar y levanta la suspensión. Eso está en la responsabilidad del juez instructor del expediente, que es quien lo está tramitando. Esos son los hechos, que yo creo que se explican con claridad.

No hay amiguismo en la designación de cargos en la responsabilidad sanitaria, señor Villalón. Le aseguro que la responsabilidad de dirigir un hospital como el Ramón y Cajal es un asunto de la suficiente envergadura como para que la designación de su Gerente se haga atendiendo a criterios de eficacia, de capacidad, y yo lamento la descalificación que S. S. hace del director del Hospital. Lo que le ruego es que esperemos a la culminación de las actuaciones que van a aclarar cuáles han sido las responsabilidades, los errores, las imprudencias o las conductas, cualquiera que sea su calificación, antes de abreviar de esa manera tan rotunda y de descalificar o de hacer imputaciones a personas hacia las que yo aquí tengo que decir que lo que siento es una enorme gratitud, porque son responsables sanitarios que están trabajando seriamente en el día a día. Usted conoce el Hospital Ramón y Cajal y no es un sitio fácil de manejar. Por tanto, no hagamos imputaciones apresuradas por razones «políticas» —entre comillas— que pueden resultar extraordinariamente injustas.

Muchas gracias a la portavoz del Grupo Socialista por su intervención, por el resumen y la valoración que ha hecho de nuestro informe hoy ante la Comisión.

La señora **PRESIDENTA**: Gracias, señora Ministra de Sanidad y Consumo.

Concluido este primer punto del orden del día de trámite de comparecencias, despedimos a la señora Ministra y pasamos al segundo punto, contestación a preguntas.

PREGUNTAS:

— **SOBRE POSICION DEL GOBIERNO EN RELACION CON LA RECOMENDACION DEL DEFENSOR DEL PUEBLO SOBRE LA CONVENIENCIA DE ADOPTAR LAS MEDIDAS OPORTUNAS PARA COMPENSAR LOS GASTOS OCASIONADOS POR EL DESPLAZAMIENTO DE LOS USUARIOS DEL SISTEMA SANITARIO PUBLICO EN AMBULANCIA DESDE UN CENTRO SANITARIO DE COMUNIDAD AUTONOMA DISTINTA A LA DE SU RESIDENCIA, EN AQUELLOS SUPUESTOS EN LOS QUE EL TRASLADO Y EL MEDIO DE TRANSPORTE SON DECIDIDOS POR LOS ESPECIALISTAS MEDICOS DE DICHO SISTEMA, PARA LA ATENCION MEDICA DEL PACIENTE EN SU LOCALIDAD DE RESIDENCIA. FORMULADA**

POR EL SEÑOR PERALTA ORTEGA (G. P. IU-IC). (Número de expediente 181/000159.)

La señora **PRESIDENTA**: Señorías, pasamos al segundo punto del orden del día, como les he anunciado.

Se encuentra entre nosotros el Subsecretario del Ministerio, don José Conde, que responderá a cuatro de las preguntas que constan en el orden del día. También se encuentra entre nosotros, y posteriormente se incorporará a la Mesa, el Secretario General de Salud, don Jesús Gutiérrez Morlote.

Iniciamos, por tanto, las preguntas según consta en el orden del día y en el mismo orden.

La primera pregunta es sobre la posición del Gobierno en relación con la recomendación del Defensor del Pueblo acerca de la conveniencia de adoptar las medidas oportunas para compensar los gastos ocasionados por el desplazamiento de los usuarios del sistema sanitario público en ambulancia desde un centro sanitario de comunidad autónoma distinta a la de su residencia, en aquellos supuestos en los que el traslado y el medio de transporte son decididos por los especialistas médicos de dicho sistema, para la atención médica del paciente en su localidad de residencia. Esta pregunta la formula el señor Peralta Ortega, del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya.

Quiero dar la bienvenida —que se me ha olvidado al principio— al señor Conde.

Tiene la palabra el señor Peralta.

El señor **PERALTA ORTEGA**: En primer lugar, quiero adherirme a su bienvenida al Subsecretario y, muy brevemente, paso a exponerle el tema que, por supuesto, es conocido perfectamente por él y por los restantes miembros de esta Comisión.

El Defensor del Pueblo, en su informe del 92, pone de manifiesto que ha recibido distintas reclamaciones de beneficiarios de la Seguridad Social que se dirigen a él planteándole un supuesto hecho común, en los siguientes términos. Se trata de beneficiarios de la Seguridad Social que son objeto de internamiento en institución sanitaria de comunidad autónoma distinta a aquella en la que residen y que por prescripción médica deben regresar a la comunidad autónoma de su residencia, debiendo efectuarse este desplazamiento en ambulancia y se encuentran con que la Seguridad Social no cubre este desplazamiento en ambulancia.

La razón que se alega por parte de la Seguridad Social para negarse a la cobertura de este desplazamiento es que actualmente sólo está regulado que se haga cargo cuando el inicial ingreso en una residencia o en centro sanitario de comunidad autónoma distinta a la de su residencia se ha producido por prescripción médica. Como los casos a los que hace referencia el Defensor del Pueblo el ingreso inicial en centro sanitario de comunidad autónoma distinta a la de su residencia no se había producido por prescripción médica, entiende que no está prevista la cobertura de ese desplazamiento a su comunidad de residencia y no lo cubre.

Esta decisión de la Seguridad Social, evidentemente, deja sin cubrir toda una serie de supuestos, de hecho muy frecuentes. Pensemos los casos de viajes esporádicos que se llevan a cabo por razones distintas: los supuestos de vacaciones, los de desplazamientos laborales de beneficiarios de la Seguridad Social que se desplazan a otra comunidad autónoma distinta a la que ellos residen y allí sufren un infarto de miocardio o cualquier tipo de enfermedad o de accidente que da lugar a su internamiento en un centro sanitario de esa comunidad autónoma que no es la de su residencia. Transcurrido el período inicial de atención en ese centro sanitario los médicos de la Seguridad Social disponen que vuelva a su comunidad de residencia, sin que esté en condiciones de efectuar este desplazamiento si no es mediante ambulancia, encontrándose con que la Seguridad Social no cubre esta situación.

El Defensor del Pueblo entiende que esta actuación por parte de la Seguridad Social desconoce el que este desplazamiento a la comunidad de residencia se lleva a cabo por prescripción médica, que puede obedecer a factores tan diversos como el dato de la conveniencia de que el enfermo sea atendido en su propia comunidad de residencia, con todos los factores que eso conlleva, y también teniendo en cuenta que puede suponer un ahorro importante para la Seguridad Social el hecho de que sea atendido en su comunidad de residencia.

En atención a todo ello el Defensor del Pueblo formuló una recomendación, de fecha 17 de julio de 1992, pidiendo que por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo se valorara la oportunidad y conveniencia en adoptar las medidas oportunas para compensar esos gastos. Me gustaría saber, y éste es el contenido de la pregunta, cuál es la posición del Ministerio en relación con esa recomendación del Defensor del Pueblo.

La señora **PRESIDENTA**: Tiene la palabra el señor Subsecretario del Ministerio de Sanidad.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Conde Olasagasti): Efectivamente, con fecha de 17 de julio de 1992 el Defensor del Pueblo dirigió al excelentísimo señor Ministro la recomendación a la que se alude, que fue contestada en el mes de octubre del mismo año. En la respuesta se señaló que el contenido de la recomendación del Defensor del Pueblo se viene cumpliendo, si bien la Administración, en el uso de sus competencias y velando por un servicio mejor para los usuarios del sistema nacional de salud ha adoptado medidas de inspección y procedimiento que creemos resultan indispensables para conseguir del modo más adecuado el cumplimiento de la normativa vigente.

En conclusión, la posición del Gobierno quedó patente en la respuesta aludida. Sin embargo, buscando una mayor aclaración, diré que, como S. S. probablemente sabe, de acuerdo con la normativa vigente pueden presentarse las siguientes situaciones: a) El desplazamiento de pacientes por motivos asistenciales autorizados por el Insalud para recibir tratamiento en provincia distinta a la de residencia. En este caso el procedimiento está perfectamente previsto

y regulado en la Instrucción V de la Circular 6/81 del Insalud. b), que es probablemente a la que usted alude: El traslado en ambulancia desde un centro sanitario de provincia distinta a la de residencia, cuando el traslado y el medio es decidido por especialistas médicos del sistema nacional de salud para continuar la asistencia sanitaria del paciente en su localidad o provincia de residencia. Así, en el segundo supuesto el traslado a la provincia de residencia, bien para ingreso en otro centro sanitario de la Seguridad Social o bien por alta, no tiene, en cuanto a prestación, un tratamiento diferenciado del que existe cuando el traslado se realiza dentro de la misma provincia. Esta es la cuestión de principio y con carácter general.

En conclusión, y sin perjuicio de las competencias de inspección y supervisión de la gestión asistencial encomendadas a la Inspección médica, el hecho de que una persona se encuentre desplazada en otra provincia, con independencia del motivo del desplazamiento, no da lugar a pérdida del derecho al traslado en ambulancia, siempre que las circunstancias clínicas así lo requieran. Derecho reconocido en el artículo 33.3 del Decreto 2766/1967.

Sin embargo, somos conscientes de que conviene clarificar este segundo supuesto para evitar, en la medida de lo posible, diferencias de interpretación entre provincias del Insalud y lo que a veces sucede entre el Insalud y comunidades con competencias transferidas que podrían menoscabar este derecho.

En este sentido, el documento sobre ordenación de las prestaciones del sistema nacional de salud que ha conocido el Consejo Interterritorial, y del que esta mañana se ha estado hablando, recoge el derecho de los usuarios al transporte sanitario en aquellos supuestos en los que exista necesidad sanitaria e indicación clínica, ambas cosas, prescrita por un facultativo del sistema nacional de salud.

Es lo cierto que la solución concreta a cada uno de los problemas que se está dando en cada una de las provincias no es exactamente la misma y es lo que nos gustaría ordenar y regular, porque el principio está reconocido y admitido. **(La señora Vicepresidenta, Novoa Carcacia, ocupa la Presidencia.)**

¿Qué sucede? Por ejemplo, cuando hay una situación, como vamos desarrollando progresivamente, de contratos integrales de transporte sanitario de una provincia A a otra provincia B, y en la provincia B se va a dar el alta, lo que esos contratos establecen es que la provincia B debe llamar a la de origen, A, para reclamar que la ambulancia vaya a recoger a ese paciente en la provincia en cuestión y se lo lleven a la suya de origen. En otros casos, el sistema que se ha establecido es invocar cualquiera de los conciertos vigentes en una o en otra provincia para pagarle directamente el traslado, y en otros, por último, se ha utilizado el procedimiento del reintegro de gastos.

En todo caso, lo que yo quisiera que quedara claro es que el derecho está reconocido en ambas circunstancias: tanto cuando se va como cuando se vuelve tiene una categoría de derecho exactamente igual. En consecuencia, habremos de encontrar el procedimiento por el cual se cumpla ese principio y no haya lugar a algún tipo de dis-

crepancias por interpretaciones diversas de este asunto en diferentes provincias.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): El señor Peralta tiene la palabra.

El señor **PERALTA ORTEGA**: Señor Subsecretario, efectivamente ha dicho usted que hay dos supuestos. El primero es cuando el desplazamiento a una comunidad autónoma distinta de la residencia viene motivado por prescripción facultativa, para ser atendido en aquella comunidad autónoma distinta de la que se reside. En ese supuesto ha dicho usted que está el tema perfectamente regulado: una circular del año 1981, creo que ha dicho usted exactamente, regula perfectamente el tema.

Ese no es el supuesto conflictivo. El supuesto conflictivo es el otro, cuando un trabajador está desplazado en una comunidad autónoma distinta de la de su residencia por razones diversas: laborales, de vacaciones, de viaje de fin de semana, etcétera, y allí sufre una enfermedad que da lugar a su ingreso en un centro sanitario lo más cercano posible, que es de comunidad autónoma distinta de la de su residencia. Atendido inicialmente, se plantea que tiene que volver por prescripción médica ya a su residencia. En este caso concreto me dice usted, señor Subsecretario, que el tema está claro a nivel de derecho, pero que en la práctica no está tan claro (éste es el caso que plantea el Defensor del Pueblo en su recomendación) y que reconoce que hay dificultades, pero que se van a resolver en el futuro. ¡Si lo tiene usted muy sencillo! ¿Por qué no se hace lo mismo que en el primer supuesto, una circular? Porque estamos hablando de prestaciones de Seguridad Social, que es normativa estatal. De la misma manera que hay una circular que resuelve los problemas del primer caso, puede dictarse una circular en los términos que hagan realidad eso que dice usted: que en el segundo caso el trabajador que está desplazado fuera de su comunidad autónoma por razones muy diversas pueda volver a su comunidad por prescripción médica y haciéndose cargo la Seguridad Social de este desplazamiento. Hoy hay dificultades prácticas —lo ha dicho usted, lo ha reconocido— y se trata de resolverlas. Yo creo que el mecanismo es el mismo que se utiliza en el primer supuesto, al que usted ha aludido y que no plantea ningún problema, que no es al que hace referencia el Defensor del Pueblo. Es así de sencillo. Yo creo que no tiene sentido que esperemos a posibilidades de futuro, a hipótesis de futuro; hay realidades que están ahí, hay derechos que usted dice que son, efectivamente, hoy reconocidos, y de lo que se trata es de hacerlos viables en la práctica.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): El señor Conde tiene la palabra.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Conde Olasagasti): Muy brevemente, quiero decirle de nuevo que el derecho a la prestación, con carácter general y entendiéndola así, está reconocido. No es tan sencillo, como usted dice, el que por una circular regule-

mos cómo ha de cubrirse ese derecho, cómo ha de resarcirse económicamente en comunidades que tienen competencias transferidas en materia de asistencia sanitaria. Es decir, esto podríamos regularlo internamente, a nivel de Insalud gestión directa; no es tan fácil regularlo cuando el problema afecta a comunidades con competencias y responsabilidades en materia de asistencia sanitaria transferida. En todo caso, insisto, el principio está reconocido. Por consiguiente, el procedimiento, el que sea, tendrá que dar respuesta a ese derecho. Es decir, tendrá que suceder que cuando el traslado de retorno se haya producido por prescripción facultativa, o bien mediante los correspondientes conciertos el ciudadano reciba la asistencia, o si se produjera por reintegro de gastos, se reintegre adecuadamente y en tiempo debido. Es decir, que la única dificultad que tenemos para ese asunto es menor desde el punto de vista político, pero administrativamente —cosa que a veces es más compleja— se trata de articular el cumplimiento de ese mandato, de ese derecho en todo el territorio del sistema nacional de salud con competencias transferidas a otras comunidades autónomas.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): Muchas gracias, señor Conde.

— **SOBRE POSICION DEL GOBIERNO EN RELACION CON LA RECOMENDACION DEL DEFENSOR DEL PUEBLO SOBRE LA CONVENIENCIA DE MODIFICAR LA CIRCULAR 15/1989, DE 19 DE DICIEMBRE, POR LA QUE SE APRUEBA EL CATALOGO GENERAL DE ESPECIALIDADES DE MATERIAL ORTOPROTESICO, INCLUYENDO EN EL GRUPO DE VARIOS, SUBGRUPO SILLA DE RUEDAS, DE LA CITADA CIRCULAR LAS SILLAS DE RUEDAS ELECTRICAS, SIEMPRE QUE CONCURRA LA CIRCUNSTANCIA DE QUE SE PRECISEN POR NO SER POSIBLE EL USO DE LAS SILLAS DE RUEDAS DE TRACCION MANUAL Y QUE HAYAN SIDO PRESCRITAS POR FACULTATIVOS ESPECIALISTAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD. FORMULADA POR EL SEÑOR PERALTA ORTEGA, DEL GRUPO PARLAMENTARIO DE IZQUIERDA UNIDA-INICIATIVA PER CATALUNYA. (Número de expediente 181/000162.)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): Pregunta sobre posición del Gobierno en relación con la recomendación del Defensor del Pueblo sobre la conveniencia de modificar la Circular 15/1989, de 19 de diciembre, por la que se aprueba el Catálogo General de Especialidades de Material Ortoprotésico, incluyendo en el grupo de Varios, subgrupo Silla de Ruedas, de la citada circular las sillas de ruedas eléctricas, siempre que concorra la circunstancia de que se precisen por no ser posible el uso de las sillas de ruedas de tracción manual y que hayan sido prescritas por facultativos especialistas del Instituto Nacional de la Salud.

Esta pregunta ha sido formulada por el señor Peralta Ortega, que tiene la palabra.

El señor **PERALTA ORTEGA**: Señor Subsecretario, el mismo año 1992 el Defensor del Pueblo dirigió otra recomendación a este mismo Ministerio relativa, tal como se indicaba al enunciar la pregunta, a los supuestos de personas minusválidas que necesitan sillas de ruedas para desplazarse pero que no están en condiciones físicas de utilizar sillas de ruedas de tracción manual y que, en consecuencia, necesitan, y así es prescrito por los correspondientes facultativos de la Seguridad Social, sillas de ruedas de tracción eléctrica. Estas sillas de ruedas de tracción eléctrica no son proporcionadas por la Seguridad Social, puesto que en la Circular 15/1989 se prevé la dotación de las correspondientes sillas de ruedas con exclusión expresa de las sillas de ruedas de tracción eléctrica. Se remite a los ciudadanos interesados al Instituto de Servicios Sociales y en muchos casos se encuentran con que se les deniega esta prestación por dificultades presupuestarias.

El Defensor del Pueblo hizo un estudio de los fundamentos legales aplicables, partiendo del artículo 49 de la Constitución que dice que compete a los poderes públicos realizar una política de rehabilitación integral de los disminuidos físicos, psíquicos y sensoriales, a los que prestará la atención especializada que requieran; de lo dispuesto asimismo en la Ley de Integración Social de Minusválidos, que obliga a los poderes públicos a dotar de los recursos necesarios, así como a prever la rehabilitación adecuada, y de la Ley de Seguridad Social, que en su artículo 108 prevé que la Seguridad Social facilitará los vehículos para los inválidos cuya invalidez así lo aconseje, sin hacer distinción ni limitación de ningún tipo. Basándose en todo esto el Defensor del Pueblo estima que esa Circular 15/1989, que excluye las sillas de ruedas de tracción eléctrica, no es adecuada a esos fundamentos legales y sugiere que se estudie la conveniencia de modificar la misma con inclusión de esas sillas de ruedas en los supuestos que los facultativos especialistas del sistema público de salud así lo recomienden.

Me gustaría saber cuál es la posición del Gobierno en relación con esta recomendación del Defensor del Pueblo.

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

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Conde Olasagasti): Con fecha 11 de octubre de 1992 la institución del Defensor del Pueblo dirigió al Director General del Instituto Nacional de la Salud la recomendación a la que se alude, que fue contestada el 9 de diciembre del mismo año. Por consiguiente, no podemos responder de manera distinta de lo que hicimos entonces.

En esa respuesta se señalaba que en esas fechas se estaba finalizando la revisión y actualización del Catálogo General de Especialidades de Material Ortoprotésico, que entraría próximamente en vigor. Se indicaba asimismo que en la revisión se había pretendido la ampliación máxima de contenido que las disponibilidades crediticias permiten,

teniendo además muy presentes los mandatos legislativos. Sin embargo, y desgraciadamente, tengo que decir que en relación a las sillas de ruedas eléctricas se aclaraba que, desde una perspectiva realista, en las actuales circunstancias económicas no había resultado posible su inclusión en el catálogo, por lo que nuevamente era preciso remitirse al Instituto Nacional de Servicios Sociales para que supla estas carencias presupuestarias concediendo las ayudas necesarias para la adquisición de este tipo de vehículos.

Con fecha 25 de febrero de 1993 el Defensor del Pueblo se dirigió nuevamente al Director General del Insalud, comunicándole que daba por finalizadas las actuaciones practicadas en relación con la queja a la que había dado lugar la recomendación. No obstante, quisiera ampliar esta información aclarando que cuando nos referimos al catálogo de prestaciones de material ortoprotésico nos estamos refiriendo en este caso al catálogo de prestaciones ortoprotésicas y vehículos de carácter extrahospitalario, es decir, aquellas que pueden suministrarse en el ámbito extrahospitalario y tienen su regulación.

Hay que aclarar a S. S. que las sillas de ruedas eléctricas están siendo suministradas para lesionados medulares severos con cargo al sistema en régimen de ingreso hospitalario y de esta forma el beneficiario puede usarla con posterioridad al alta, pudiendo ser en su caso respuesta con ocasión de la preceptivas revisiones en centros especializados.

En efecto, tal como señalaba la Circular 15/89, en estos casos la prescripción es responsabilidad del servicio hospitalario y su coste asumido como prestación hospitalaria, o sea, en los casos absolutamente excepcionales en los que sea imprescindible el uso de este tipo de vehículo de inválido de tracción eléctrica, cuando así se indique por el centro especializado correspondiente, se suministrará con cargo, no ya al concepto y capítulo de prestaciones extrahospitalarias, sino de prestaciones del catálogo hospitalario. Ello debe valer no sólo para la primera prestación —y me estoy refiriendo al alta de un lesionado medular, por ejemplo—, sino a la reposición de ese vehículo una vez cumplida su vida natural y haya que reponerlo. (**La señora Presidenta ocupa la Presidencia.**) Esto lo que hace es vincular y hacer análoga esta prestación en esos casos a otro tipo de prestación de carácter muy hospitalaria. Le pongo como ejemplo para ilustrar lo que quiero decir: el que, a mi modo de ver, una silla de tracción eléctrica en un cuadripléjico es tanto como un marcapasos en un paciente con un trastorno cardíaco importante. Si es una prótesis que se implanta en un hospital y que una vez que ha cumplido su vida ha de reponerse, otro tanto pensamos de una silla de tracción eléctrica en estas condiciones.

Por consiguiente, creemos que el tratamiento que hay que dar a este tipo de prestación tan especial es el de una prestación directamente hospitalaria y que ha de regularse por la vía de las prestaciones de los catálogos de prótesis y vehículos de los hospitales y no de la prestación extrahospitalaria. Creo que esto cubre suficientemente los supuestos realmente graves en los que esta prestación resulta absolutamente imprescindible y no podíamos introducir la prestación de la silla de tracción eléctrica con carácter

general como vehículo de inválidos en el catálogo de prestaciones extrahospitalarias, que es al que hacíamos referencia.

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

El señor **PERALTA ORTEGA**: Señor Subsecretario, creo que esa diferenciación que ha hecho, como usted dice, permite llegar a la conclusión de que, efectivamente, no todas las personas que necesitan la silla de tracción eléctrica no la reciben con cargo a la Seguridad Social. Hay una parte de ellos, aquellos que son objeto de tratamiento hospitalario y a los que les es prescrita por el centro hospitalario, que sí la reciben. Sin embargo, creo, señor Subsecretario, que esa diferenciación es relativamente artificial. Lo importante es si un beneficiario lo necesita realmente o no lo necesita, con independencia de que se lo prescriba el centro hospitalario, o con independencia de que haya sido objeto de internamiento hospitalario previo, como ocurrirá normalmente, o no lo haya sido. Si un beneficiario de la Seguridad Social, una persona minusválida, requiere, y se acredita por el organismo público competente, una silla de tracción eléctrica, parece lógico que se le proporcione. Es verdad que hay dificultades presupuestarias y que siempre tenemos que jugar con esa cuestión, pero estamos hablando de las personas más necesitadas y, dentro de las personas más necesitadas, de los casos realmente extremos. Es decir, si a una persona que necesita una silla de tracción eléctrica no se le proporciona, se le condena a que piense que sobra realmente en esta vida. Tenemos casos recientes de personas que han llegado, desgraciadamente, a esa conclusión, cuando creo que deberíamos hacer un esfuerzo por demostrar lo contrario: que sirven en esta sociedad. Creo que para demostrárselo hace falta que la sociedad se preocupe realmente de esas personas y las haga ver que las necesita. Creo que debemos hacer un esfuerzo para que a estos minusválidos que necesitan una silla de tracción eléctrica, si se acredita que realmente es así, con independencia de que la acreditación se haga o no vía hospitalaria, se les proporcione. Comparto plenamente los argumentos que daba el Defensor del Pueblo en su recomendación y le estimularía a que haga un esfuerzo para que se pueda proporcionar esa silla de tracción eléctrica a todas las personas que lo necesiten.

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

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Conde Olasagasti): Sólo un breve comentario para decir que comparto su criterio, es decir, hay que darle la silla a quien realmente la necesite, con independencia de que se esté moviendo en el ámbito intra o extrahospitalario. Lo que sucede es que el tipo de paciente que tiene esa necesidad absolutamente imperativa, por la propia naturaleza de su padecimiento, está muy vinculado al mundo hospitalario, y no quiero decir que tenga que estar ingresado en un hospital sino que su vida, el manejo de sus pro-

blemas, está siempre muy vinculado a terrenos de especialistas que están constantemente atendiéndolo, recibiendo, volviéndole a atender, y es en ese sentido en el que nosotros creemos que debe estar incluido, en todo caso, pero que su *vehiculización* más adecuada es el ámbito hospitalario.

Tengo alguna pequeña experiencia sobre este asunto. He sido gerente del complejo hospitalario de Toledo, en el Centro de Paraplégicos, y, por ejemplo, cosas que hacíamos era que esa silla de ruedas, con la que el paciente venía a su revisión, era revisada, al igual que el paciente. Se verificaba su funcionamiento, se reparaba si había que repararla y si se llegaba a la conclusión de que la silla debía ser repuesta, se reponía.

Esos son los casos más comunes, o alguno parecido de alguna enfermedad neuromuscular, pero en todo caso van a estar siempre muy vinculados al hospital y por eso creemos que debe vehicularse por ese centro.

En cualquier caso, estoy completamente de acuerdo con su idea de que el que necesite silla debe tenerla.

— **SOBRE JUSTIFICACION QUE DA EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PARA TENER EN ASTURIAS UN SERVICIO DE AMBULANCIAS PRECARIO. FORMULADA POR EL SEÑOR GARCIA FONSECA (G. P. IU-IC). (Número de expediente 181/000297.)**

La señora **PRESIDENTA**: Pregunta sobre justificación que da el Instituto Nacional de Salud para tener en Asturias un servicio de ambulancias precario, formulada por el señor García Fonseca del Grupo de Izquierda Unida-Iniciativa por Cataluña. **(Pausa.)**

No se encuentra en la sala el señor García Fonseca. Decae la pregunta.

— **SOBRE MEDIDAS A ADOPTAR POR EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD (INSALUD) PARA CONSEGUIR QUE EL TIEMPO DE ESPERA PARA CONSULTAS EN EL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE DE MADRID NO SUPERE LOS SEIS MESES. FORMULADA POR LA SEÑORA MAESTRO MARTIN (G. P. IU-IC). (Número de expediente 181/000301.)**

La señora **PRESIDENTA**: La siguiente pregunta está formulada por la señora Maestro Martín, que ha solicitado a esta Mesa que queda pospuesta para la próxima sesión de la Comisión, a lo cual hemos accedido.

Por tanto, damos las gracias al señor Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo, don José Conde, y rogamos al señor Secretario General de Salud, don Jesús Gutiérrez Morlote, que tome asiento en esta Mesa. **(Pausa.)**

Buenos días, señor Gutiérrez Morlote. Bienvenido a esta Comisión.

— **SOBRE INFLUENCIA DEL DISEÑO CURRICULAR PROPUESTO POR EL MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA PARA LA DIPLOMATURA DE ENFERMERIA SOBRE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. FORMULADA POR EL SEÑOR FERNANDEZ-MIRANDA Y LOZANA (GP). (Número de expediente 181/000342.)**

— **SOBRE OPINION DE LA MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO ACERCA DEL DISEÑO CURRICULAR DE LA DIPLOMATURA DE ENFERMERIA PRESENTADA POR EL MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA. FORMULADA POR EL SEÑOR FERNANDEZ-MIRANDA Y LOZANA (GP). (Número de expediente 181/000344.)**

La señora **PRESIDENTA**: Tiene noticias también esta Presidencia que de las tres siguientes preguntas, formuladas por el señor Fernández-Miranda, dos las presentará el señor Burgos Gallego, la primera y la tercera, que va a unificarlas en una. La primera es sobre influencia del diseño curricular propuesto por el Ministerio de Educación y Ciencia para la Diplomatura de Enfermería sobre la calidad asistencial del Sistema Nacional de Salud; la segunda, sobre opinión de la señora Ministra de Sanidad y Consumo acerca del diseño curricular de la Diplomatura de Enfermería presentada por el Ministerio de Educación y Ciencia. Ambas, como digo, han sido formuladas por el señor Fernández-Miranda y las va a plantear el señor Burgos Gallego.

El señor **BURGOS GALLEGO**: En todo caso, y dada la naturaleza de las preguntas, creo que es perfectamente lógico que tanto el planteamiento como la contestación se hagan de forma unificada.

Señor Gutiérrez Morlote, gracias por su presencia. Sin duda nos transmitirá fielmente la opinión de la señora Ministra, ya que ella, por lo visto, no considera procedente su comparecencia en esta Comisión al objeto de responder estas preguntas, cuya redacción no era baladí ni superflua e iba en el sentido de que fuera la propia señora Ministra la que nos contestara.

Sin duda, las repercusiones que tiene el diseño curricular presentado por el Ministerio de Educación y Ciencia va a necesitar un compromiso del Ministerio en su conjunto y, por supuesto, de su titular, en aras a resolver un contencioso que en estos momentos supone una situación, creo yo, de preocupación generalizada en el estamento de la enfermería española.

Como SS. SS. conocen, el plan vigente de estudios de enfermería en nuestro país, tanto en la duración real del propio curso en el tiempo como en el número de semanas al año en que se imparte ese curso, así como en el número de horas por semana que se establece, e incluso en cuanto al número total de horas de que consta, es muy inferior a cualquier otro de los países de nuestro entorno. Sin embargo, y aun teniendo en cuenta esta situación de per-

juicio notable con respecto a la formación de nuestros profesionales de enfermería, la posición del Ministerio de Educación y Ciencia ha sido rebajar aún más el diseño curricular en estos parámetros y llevar a la propia profesión de enfermería a una situación ciertamente muy delicada, incumpliendo además, yo creo que de una forma burda y manifiesta, la propia Directiva 77/453 de la Comunidad Europea, que precisamente establecía la necesidad de incrementar el número de horas lectivas y acercarlo, en la medida de lo posible, a las 4.600 horas. Sin duda, esta situación va a tener repercusiones asistenciales muy importantes, porque lo que aquí nos estamos jugando entre todos es conocer cuál es el modelo de enfermería que queremos para nuestro país en los próximos años: si es un modelo devaluado, si es un modelo de peor calidad que el que teníamos hasta este momento, o si es un modelo, en definitiva, sin homologación europea.

Precisamente para conocer esa vertiente asistencial, para conocer la opinión del Ministerio y cuáles son las actitudes que el propio Ministerio está tomando en relación con esta problemática es por lo que pedíamos la comparecencia de la señora Ministra. Sin duda, la toma de decisiones en un Consejo de Ministros es una toma de decisiones colegiada y a nosotros nos gustaría conocer no solamente la posición actual sino, sobre todo, cómo puede afectar al planteamiento del propio Ministerio de Sanidad la aprobación del diseño curricular tal y como está planteado por el Ministerio de Educación y Ciencia. En ese sentido le transmitimos estas dos preguntas, refundidas en una.

La señora **PRESIDENTA**: Gracias, señor Burgos Gallego.

Tiene la palabra el señor Gutiérrez Morlote.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SALUD** (Gutiérrez Morlote): Quizá convendría, como paso previo a mi respuesta a esta pregunta, establecer el terreno en el que se desenvuelve tanto la pregunta como la respuesta, por cuanto lo que se requiere del Gobierno, y en este caso del Ministerio de Sanidad y Consumo, es su opinión sobre un diseño curricular —decía el señor Diputado— propuesto por el Ministerio de Educación y Ciencia. Quizá conviniera recordar previamente que la Ley Orgánica del 25 de agosto de 1983, de Reforma Universitaria, establece muy claramente cómo se elaboran los diseños curriculares. Así, por ejemplo, dice que son las universidades, y no el Ministerio de Educación y Ciencia, quienes elaboran y aprueban los planes de estudio e investigación, estableciendo en su artículo 28 que el Gobierno, a propuesta del Consejo de Universidades, establecerá los títulos, etcétera, así como las directrices generales de los planes de estudio. De ahí que todos los días veamos en el «Boletín Oficial del Estado» reales decretos que, a instancia del Ministerio de Educación y Ciencia, pero a propuesta del Consejo de Universidades, establecen las directrices generales y que todos los días veamos en el «Boletín Oficial del Estado» resoluciones mediante las cuales las universidades establecen

sus planes de estudio. Por tanto, habría que repartir en todo caso las responsabilidades.

Me alegra, eso sí, poder contestar al señor Diputado que el plan vigente va a cumplir la Directiva 77/453. Creo que ha sido incluso afortunado el que se haya retrasado la respuesta a esta pregunta, porque ha sido precisamente el viernes pasado cuando el Consejo de Universidades ha aprobado, con un solo voto en contra, una modificación del Real Decreto 1.497/87, y en el nuevo Decreto que ha visto el Consejo de Universidades, que próximamente el Gobierno aprobará, se señala, entre otras cosas, en su artículo 6, que se modifica la directriz segunda del anexo del Real Decreto 1.466/90. ¿En qué sentido? En el sentido de decir que la carga lectiva total, que no podrá ser inferior a 205 ni superior al máximo de créditos para los estudios del primer ciclo, estableciéndose correspondencias de créditos extraordinarios. Es decir, que los créditos tendrán distinta validez, que tendrán que proponer cada una de las universidades, según se trate de horas lectivas, de prácticas clínicas o de prácticas, con lo cual se da cumplimiento a la directiva y se da cumplimiento también a lo establecido en las directrices para los planes de estudio.

Resuelto, creo, afortunadamente para todos y recordo, por lo tanto, el desarrollo de la enfermería en nuestro país, en consonancia con los demás países europeos, quizá convendría contestar a la otra parte de la pregunta, que creo recordar, señorita, era la opinión del Ministerio de Sanidad y Consumo, de la Ministra, sobre la influencia en la calidad asistencial del sistema nacional de salud español del diseño curricular de la diplomatura de enfermería.

Naturalmente, nuestra respuesta es claramente positiva. Si bien la responsabilidad en materia educativa corresponde al Ministerio de Educación y Ciencia, no cabe duda de que, como S. S. dice en la pregunta, la formación de los profesionales de enfermería incide directamente en la calidad de los servicios que se han de prestar al sistema sanitario, incremento que irá avanzando gracias a la última revisión realizada en los planes de estudio de diplomados de enfermería, que ha permitido, con la colaboración de los propios profesionales y del Consejo General de Colegios de Enfermería, aportar al mismo aquellas modificaciones que consideraron necesarias los propios interesados, a fin de dar respuesta a la demanda de cuidados de la sociedad a través del sistema sanitario.

Yo quiero recordar que la formación y la prestación de cuidados de los profesionales de enfermería españoles destacan en este momento entre los primeros de los países miembros de la Unión Europea, así como por ser el único en que sus enseñanzas se desarrollan en un ámbito universitario.

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

El señor **BURGOS GALLEGO**: Señor Gutiérrez Morlote, sin duda no nos vamos a introducir en un camino de delimitación de las responsabilidades entre el Ministerio de Educación y Ciencia o el Consejo de Universidades. Lo que sí hay que recordar es que el incumplimiento de las

directivas comunitarias supone una infracción a los gobiernos, no a los Consejos de Universidades que en este momento existen en los países comunitarios.

En ese sentido, la responsabilidad de adaptar la actual legislación, la actual normativa en esta materia, como en otras muchas, a la legislación comunitaria corresponde al Gobierno, y al Gobierno le compete precisamente ordenar, por supuesto en colaboración con las universidades españolas, el sistema de formación de nuestros profesionales.

Yo me alegro de que se haya producido esa modificación en el Decreto sobre esta materia, pero sigo sin tener exactamente conocimiento de cuál es el contenido de esas modificaciones. ¿Se va a aumentar realmente el número total de horas lectivas del diseño curricular de la diplomatura de enfermería y hasta qué nivel? En este momento estamos en 2.700 horas, que es aproximadamente la mitad, en algunos casos hasta un tercio, del total de horas lectivas de otros países de nuestro ámbito. Le recordaría simplemente los más cercanos a nosotros, que son Alemania, con 4.600 horas, es decir, prácticamente el doble; Italia, con 4.600 horas, el doble; Luxemburgo, con 4.600 horas, por no hablar del Reino Unido con 5.480; de Grecia, con 5.047; de Dinamarca, con 5.504, o el caso extremo de Holanda con 7.280 horas lectivas en la diplomatura de enfermería.

Nadie cuestiona, evidentemente, la profesionalidad de nuestros diplomados de enfermería, pero sí cuestionamos hasta qué punto la formación que están recibiendo les permite una homologación europea, no a la baja, sino en la medida de lo posible. Tampoco pedimos el máximo, pero al menos que se respete una media comunitaria, que creo es el objetivo a conseguir. Es evidente que las carencias de la diplomatura de enfermería no se quedan solamente aquí, habría que hablar mucho también sobre por qué en este país no se están desarrollando las especialidades en enfermería, pero eso sería objeto de otra pregunta de distinta consideración.

En este sentido, me gustaría conocer más en profundidad cuál va a ser el contenido real de ese diseño curricular, en qué medida las opiniones del Ministerio de Sanidad han contribuido a esa modificación, si es que ha habido alguna contribución, si es que ha habido alguna opinión transmitida por el propio ministerio o por sus responsables, porque entiendo que sólo desde la falta de coordinación entre el Ministerio de Educación y el Ministerio de Sanidad se puede explicar que en su día se produjera aquella propuesta tan negativa para los profesionales de la enfermería y que tanta preocupación ha generado en los últimos meses. A nosotros nos parece que, sin duda, parte de la responsabilidad de que esa preocupación se haya generado la tiene su ministerio. Está bien que se haya rectificado, pero sin duda no es esa la vía oportuna para generar en la opinión pública debates sobre modificaciones que afectan a un colectivo muy importante de profesionales de la sanidad, lo cual tiene su importancia, pero la tiene de forma mucho más acusada puesto que no es un hecho aislado, y en la próxima pregunta tendremos ocasión de contemplar cómo afecta también una situación de estas características a otro diseño curricular.

En definitiva, desde el Grupo Parlamentario Popular queremos transmitir nuestra preocupación porque se pongan ante la opinión pública determinadas propuestas, determinados proyectos que afectan a colectivos muy relevantes de nuestra sanidad que generan inestabilidad, que generan preocupación, que suponen cierta descoordinación y, lo que para nosotros sería todavía más preocupante, cierta falta de criterio sobre el diseño de la formación de nuestros profesionales, que es lo que, en definitiva, nos tiene que preocupar a todos.

Esa preocupación es la que queremos transmitirle con esta pregunta y, en espera de una mayor profundización en las explicaciones, mi grupo hará un seguimiento muy pormenorizado de en qué medida en ese país se está avanzando realmente hacia la homologación europea en la cualificación de nuestros profesionales sanitarios.

La señora **PRESIDENTA**: El señor Secretario General de Salud tiene la palabra.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SALUD** (Gutiérrez Morlote): Muy brevemente, señoría.

Quisiera contestarle muy rápidamente, pero con tres aspectos que me parecen importantes. El primero, afirmando que no se trataba de eludir responsabilidades, sino de delimitar el papel de cada uno en el establecimiento de los planes de estudios. Creo que hablar genéricamente de la Administración o referir al Gobierno la responsabilidad íntegra tampoco sería justo. Si las directrices generales las establece el Gobierno, a propuesta del Consejo de Universidades, me permito recordar a S. S. que la composición del Consejo es la siguiente: Los responsables de enseñanza universitaria de los consejos de Gobierno de todas las comunidades autónomas, nombrados por un período de cuatro años, entre personas de reconocido prestigio o especialistas en los diversos ámbitos de la enseñanza universitaria y de la investigación, que son designados cinco por el Congreso de los Diputados, cinco por el Senado y cinco por el Gobierno. Esta es la composición del Consejo de Universidades que propone al Gobierno las directrices generales de los planes de estudio.

En segundo lugar, le querría transmitir de manera más concreta el contenido del proyecto del Real Decreto que el pasado viernes fue visto y aprobado por el Consejo de Universidades. Las modificaciones que se recogen en el proyecto son las siguientes: Los distintos planes de estudio determinarán en créditos que la carga lectiva total no podrá ser inferior a 205 en créditos ni superior a los 270 previstos para los estudios de primer ciclo universitario. Las universidades establecerán en sus planes de estudios, las correspondencias extraordinarias de los créditos relativos a las enseñanzas clínicas, de tal manera que el valor de los mismos pueda ser superior al de los de las enseñanzas teóricas. Teniendo en cuenta que un crédito de enseñanza teórica tiene una equivalencia a diez horas lectivas, se interpretará que los créditos correspondientes a las enseñanzas clínicas podrán ponderarse con un número mayor de horas, todo esto en razón de la especificidad de las enseñanzas de las profesiones en ciencias de la salud. Asimismo, se espe-

cifica que estas correspondencias extraordinarias de los créditos garantizarán la formación a tiempo completo. Igualmente, en el contenido del artículo 6.º del proyecto se reitera la obligatoriedad de que los planes de estudios que aprueben las universidades deberán estar de acuerdo con la opción prevista en la directiva 77/453, modificada por la 89/595.

Por último, en las disposiciones transitorias se prevé el mecanismo para que en los planes de estudio correspondientes a titulaciones que deban adaptarse a directivas comunitarias y que hayan sido homologados con anterioridad a la entrada en vigor del proyecto del decreto, las universidades, antes del comienzo de curso 1994-1995, procederán a establecer las correspondencias extraordinarias de créditos.

Además, he de añadirle que el Ministerio de Educación y Ciencia, a través de los contratos establecidos con la Comisión de la Comunidad Europea, ha recibido escrito de que dicha Comisión, a la vista del proyecto del decreto sometido el pasado viernes al Consejo de Universidades, adquiere el compromiso de retirar el proyecto de infracción abierto en su día. Digo todo esto para tranquilizar al grupo que representa sobre la situación de la profesión de enfermería en el conjunto de la Unión Europea.

Muy brevemente también quiero recordar a S. S. que, como desarrollo de la Ley de Reforma Universitaria, el Ministerio de Educación y Ciencia, por medio del Consejo de Universidades, constituyó unos grupos de trabajo. Uno de ellos, el grupo 9, estudiaba profesiones en ciencias de la salud, entre otras la diplomatura de enfermería. En este grupo participaron el Ministerio de Sanidad y otros organismos públicos, como el propio Consejo general de Colegios de Enfermería. Como consecuencia de ello, el Ministerio de Educación y Ciencia estableció esas directrices generales de los planes de estudio de enfermería.

Por tanto, yo creo que podemos decir, primero, que, afortunadamente, se ha resuelto el problema a que se refería S. S.; y, en segundo lugar, que en todo el proceso de establecimiento de los planes de estudio y de las directrices generales se ha dado participación, creo que ejemplar, de todas las instancias interesadas o afectadas por los planes de estudio en ciencias de la salud; por supuesto, también del Ministerio de Sanidad y Consumo.

— **SOBRE PREVISIONES ACERCA DE LA MODIFICACIÓN DEL ACTUAL DISEÑO CURRICULAR DE LA LICENCIATURA DE MEDICINA. FORMULADA POR EL SEÑOR FERNÁNDEZ-MIRANDA Y LOZANA, DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR. (Número de expediente 181/000343.)**

La señora **PRESIDENTA**: Pregunta sobre previsiones acerca de la modificación del actual diseño curricular de la licenciatura de medicina, formulada por el señor Fernández-Miranda y que plantea, en su lugar, el señor Burgos.

El señor **BURGOS GALLEG0**: Señor Gutiérrez Morlote, la aplicación de la directiva comunitaria para médicos generalistas ha sembrado, sin duda, la incertidumbre en todas las facultades españolas de medicina.

El Gobierno, por lo que nosotros hemos conocido, no ha tomado aún ninguna decisión respecto a la fórmula por la cual los licenciados en medicina van a recibir los dos años de formación complementaria que se exigen por parte de la directiva comunitaria para el ejercicio de la profesión de la sanidad pública dentro de la Unión Europea. El propio Consejo de Estudiantes de Medicina ha anunciado movilizaciones en toda España en rechazo a una actitud que ellos mismos están calificando de peloteo permanente entre el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Educación.

Sin duda, a menos de diez meses —casi nueve— de la entrada en vigor de esta directiva comunitaria y después, ni más ni menos, señorías, que de ocho años desde que esa directiva fue publicada, seguimos en una situación de incertidumbre, seguimos en una situación de desconocimiento por parte de los estudiantes de medicina, por parte de los futuros profesionales de la sanidad en relación con lo que va a ser su futuro más inmediato y, sin duda, uno de los aspectos más relevantes que van a condicionar su actividad profesional para los próximos años.

La verdad, señor Gutiérrez Morlote, es que resulta un tanto inconcebible que a estas alturas del año y ante esa fecha que se nos anuncia, del 1.º de enero de 1995, no se haya tomado aún ninguna decisión en este sentido.

Usted probablemente me dirá que no le compete exactamente al Ministerio de Sanidad la definición del nuevo diseño curricular de la licenciatura de medicina, pero yo tengo que decirle que la aplicación de esa directiva implica unas repercusiones muy importantes desde el punto de vista asistencial, porque los estudiantes de medicina van a tener que realizar esas prácticas en el Sistema Nacional de Salud. Ellos mismos están exigiendo que el Sistema Nacional de Salud dé cumplimiento a las necesidades de formación de todos y cada uno de los licenciados de medicina en el propio Sistema Nacional de Salud español, como ocurre en el resto de los países europeos adaptados a esa directiva. Eso, como digo, está generando incertidumbres, manifestaciones y, probablemente, si no lo corregimos a tiempo, importantes movilizaciones en las facultades de medicina. Queremos conocer si la posición de la ministra, en este caso de su representante en esta Comisión, es modificar el actual diseño curricular para prevenir las posibles dificultades que se van a generar para la práctica de estos profesionales en el futuro, dificultades que ellos mismos han puesto de manifiesto, fundamentalmente desde dos puntos de vista: uno, el agravio comparativo que se establecería respecto a otros países de la propia Comunidad en los que, en estos momentos, es suficiente el título de licenciado en medicina para comenzar la formación como médicos generalistas y poder ejercer, por tanto, como médicos en cualquier lugar de la Comunidad Europea, a diferencia de lo que ocurriría en España si no adaptamos esta normativa, como se nos está exigiendo.

La segunda repercusión (muy importante también, desde nuestro punto de vista) afecta a la imposibilidad material de que los licenciados españoles en medicina puedan acceder a una formación posgraduada mientras se mantenga el sistema MIR conteniendo todas las posibilidades de especialización, incluidas las de medicina familiar y comunitaria, homologable a la de medicina generalista. Teniendo en cuenta que en este momento aproximadamente sólo pueden superar las pruebas del MIR una de cada cuatro personas que se presentan a esa prueba selectiva, se condenaría a tres cuartos de los estudiantes de medicina a no poder ejercer su profesión en los próximos años, con las consiguientes secuelas de frustración y cercenamiento de una vocación que, sin duda, no está en su deseo ni, por supuesto, en el nuestro.

En ese sentido, queremos conocer la opinión del ministerio respecto al diseño curricular y, en el mismo sentido que dábamos a nuestra anterior pregunta, cuáles son las modificaciones, o cuáles son los puntos de vista desde el Ministerio de Sanidad a tener en cuenta a la hora de la adaptación de esa normativa europea.

La señora **PRESIDENTA**: El señor Gutiérrez Morlote tiene la palabra.

El señor **GUTIERREZ MORLOTE**: De nuevo tengo que recordar que no estamos hablando de diseño curricular, señoría. El currículum se define en un Real Decreto, de 27 de noviembre de 1987, el que habla de las directrices generales comunes de los planes de estudio, y dice, en su artículo 2, que currículum es el conjunto de los estudios concretos superados por el estudiante en el marco de un plan de estudios conducente a la obtención de un título; y el título de licenciado en España es el que se consigue a través de un currículum. De lo que está hablando S. S., si he entendido bien la pregunta, que no se correspondía con el enunciado inicial, es de la Directiva 93/16, que habla de la libre circulación, el reconocimiento mutuo de diplomas, certificados y otros títulos.

Afirma S. S. que el Gobierno no ha tomado decisión, y el Gobierno sí ha tomado decisiones. Me permito recordarle que el año pasado, por ejemplo, publicamos un Real Decreto que reconocía los derechos adquiridos a todos los médicos que terminasen antes del 1.º de enero de 1995, el Real Decreto 853/1993 sobre ejercicio de las funciones de médico de medicina general, médico general, como le gusta decir a la propia sociedad española y no generalista, que es una traducción incorrecta (que al principio incluso acabó en el «Boletín Oficial del Estado») de los términos empleados en la Unión Europea. Sí se han tomado decisiones.

¿Peloteo permanente? Afortunadamente, de nuevo el retraso en la respuesta a la pregunta, o en la formulación de la pregunta, me permite aportar hechos que yo estoy seguro que son esperanzadores y que serán de satisfacción del grupo que representa. Se han reunido, en conjunto, los dos ministerios afectados, el Ministerio de Educación y Ciencia y el Ministerio de Sanidad y Consumo, con el Consejo de Estudiantes de Medicina. Por tanto, no puede

hablarse de peloteo; hablamos, como no podía ser de otra manera, de una voluntad coordinada del Gobierno.

En cuanto al agravio comparativo con otros países, puesto que la directiva establece esa formación complementaria como necesaria para ejercer en el sistema público de Seguridad Social, también tengo que decir a S. S. que hay otros países que no garantizan esa formación a todos los estudiantes y entienden que el estudiante, el licenciado ya, que no haga esa formación complementaria, tiene otros ámbitos de ejercicio que no es el sistema público. Pero no pienso eludir la respuesta. Nosotros pensamos —y lo contestó el Reino de España hace ya muchos años— que esa formación se adquiere a través de la formación específica como médico especialista en medicina familiar y comunitaria, a través, por tanto, del sistema MIR. Por cierto, recuerdo que, con motivo de una comparecencia cuando yo estaba de Director General de Ordenación Profesional, encontré un gran consenso en torno al sistema MIR por parte de todos los grupos parlamentarios. Me preocupa —permítame que se lo diga— la posibilidad de que su grupo apoye otras opciones distintas de formación especializada al margen del sistema MIR.

Dice S. S., y no sin razón: ¿Y los que no puedan entrar a través del sistema MIR? Habría dos respuestas. La primera, la oferta de plazas MIR, que se hace año tras año, supera ya al número de estudiantes que hay en las facultades de medicina y nada impide, creemos, que esos estudiantes que terminan en el año tuvieran en su baremo algún derecho preferente, una baremación especial que les permitiese acceder antes de los que, procedentes de generaciones anteriores, quieren volver a presentarse al MIR, quieren cambiar de especialidad o quieren presentarse a un MIR que entonces no aprendieron. Pero ¿y si aun así no todos los estudiantes, licenciados ya, acceden al sistema MIR? ¿Cómo les va a dar usted la formación específica? La respuesta que hemos dado, entre otros, al Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina, de común acuerdo los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo, es que se establecerá una formación más breve, de dos años, que garantizará, a quienes no accedan a través del sistema MIR, la formación específica que requiere la directiva comunitaria. Estamos en el tema y hemos tomado varias medidas desde que sabíamos que se publicaba la directiva, pero —repito— la directiva no habla del diseño curricular ni ha habido descoordinación entre los dos ministerios.

La señora **PRESIDENTA**: Señor Burgos.

El señor **BURGOS GALLEG0**: Señor Gutiérrez Morlote, el diseño curricular no se detiene en la consecución de una licenciatura, sino que también —imagino que usted lo conoce perfectamente, como también SS. SS.— se hace extensible a la obtención de los títulos de especialista, etcétera. A mí me parece que pensar que el diseño curricular en una profesión sanitaria es, simple y llanamente, la consecución del título de licenciado, en este caso licenciado en medicina, es no entender excesivamente lo que es el diseño curricular de una profesión como la sanitaria.

En todo caso, creo que va a ser muy escaso el número de personas que, al menos en la carrera de medicina, pretenden obtener un título de licenciado para otra cosa que no sea ejercer como médico. Yo creo que ése es el principal factor de preocupación en estos momentos y lo que nos trae aquí en el día de hoy. Evidentemente, lo que debe de procurar nuestra atención es cómo vamos a conseguir que todas aquellas personas que hayan mostrado su vocación, que hayan realizado los estudios necesarios para conseguir ejercer como profesionales de la medicina, puedan hacerlo a través de un sistema de formación de calidad homologado con las necesidades europeas. Eso es lo que me parece que todavía no está precisado en nuestro país. Usted dice que han tenido una reunión con los estudiantes de medicina, conjuntamente, el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Ministerio de Educación y Ciencia. Evidentemente, yo no niego que esas reuniones han tenido lugar; el problema es que no han alcanzado ningún éxito; no se ha conseguido todavía fijar con claridad cuál va a ser el contenido de esos dos años de formación posgraduada, no lo sabemos exactamente no lo saben los estudiantes de medicina, ni cuáles van a ser los programas de esa formación, qué contenidos van a tener, ni en qué plazas de los hospitales públicos o de los ambulatorios de nuestro país esas personas van a tener posibilidades de establecer esa misma formación. En definitiva, los estudiantes no saben a qué atenerse todavía, a estas alturas, respecto a las decisiones del Ministerio de Educación y Ciencia y del Ministerio de Sanidad y Consumo. Yo insisto en la responsabilidad del Ministerio de Sanidad para dar salida a esta situación y para enfocar el asunto desde la vertiente asistencial. En definitiva, esas personas van a tener un protagonismo asistencial importante durante esos dos años y van a fundamentar el resto de su profesión en lo que sean capaces de conocer, de aprender y de ejercer en estos dos años.

Mi grupo parlamentario —se lo aclaro a todos los efectos— no pone en cuestión el sistema MIR; en absoluto. Nos parece un buen sistema, aunque no tiene por qué ser el único sobre especialización y aunque, a lo mejor, no tendría por qué incluir como una de sus especialidades, y como única vía, la de especialista en medicina familiar y comunitaria. Precisamente, una de las demandas más importantes de los estudiantes en estos momentos es extraer del sistema MIR la especialización en medicina familiar y comunitaria, por la imposibilidad del sistema MIR de dar especialización a todas las personas con titulación de licenciado en medicina. Usted sabe perfectamente que el problema no se genera con los titulados que salen cada año, sino con la inmensa bolsa de profesionales acumulada a lo largo de los últimos años a los que les va a ser muy difícil encontrar una salida profesional.

En ese sentido, valoramos positivamente que se haya conseguido incrementar el número de plazas MIR, pero sigue siendo tremendamente insuficiente para absorber la demanda de esos jóvenes profesionales. Si lo que nos dice usted es que van a condenar a una situación de discriminación, en función de quienes hayan desarrollado su carrera antes o después del año 1995; que van ustedes a condenar a un número muy relevante de licenciados a que no puedan

ejercer su vocación o que van a suprimir plazas médicas precisamente por la vía de imposibilitar el acceso a la profesión a un montón importante de personas, es conveniente que se diga en este momento.

En todo caso, a nosotros nos preocupa que, a estas alturas, sigamos sin conocer exactamente los criterios para esos dos años de formación; nos preocupa cuáles van a ser las posibilidades de ejercer esos dos años de formación; cuáles van a ser los medios que ustedes van a arbitrar para hacer posible una formación de calidad, y eso, por mucho que usted pretenda convencernos de lo contrario, es muy complicado pensar que, en el poco tiempo que queda hasta el 1.º de enero de 1995, van a ser capaces de hacer lo que no han hecho desde que la directiva fue publicada, en 1986. Vuelvo a insistir que son ocho años sin que ustedes hayan podido resolver este problema. Usted me dice que ha tomado medidas y, evidentemente, puede que así sea; pero el asunto sigue estando pendiente, no hay visos de que tenga solución a corto plazo, y, desde luego, nuestra voluntad es instar al Gobierno y a sus representantes educativos y sanitarios para que, en el plazo más breve posible, que en todo caso tiene que ser a lo largo de los próximos meses, se ponga fin a esta situación de incertidumbre y preocupación generalizadas en las facultades de medicina de nuestro país.

La señora **PRESIDENTA**: Señor Secretario General.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SALUD** (Gutiérrez Morlote): Señora Presidenta, contestaré muy brevemente.

Voy a terminar con el compromiso que somos capaces de asumir, pero, anteriormente, yo creo que apelando a esa reflexión que nos hacía antes su grupo de que los comparecientes en nombre del Gobierno debían hablar, sobre todo, lenguaje político, le voy a hacer algunas reflexiones en lenguaje político, sobre esa frustración y ese riesgo que todos vemos de frustración y de drama personal, profesional y social por parte de muchos licenciados en medicina. Estoy seguro de que los vamos a compartir, aunque, desgraciadamente, el Gobierno haya estado muy solo a la hora de defender una solución coherente.

España tiene más médicos por habitante que los Estados Unidos de América o que el Reino Unido, y eso forma parte de la legítima autonomía de las universidades a la hora de hacer su convocatoria anual. El Gobierno, a través de los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo, ha sido el que ha presionado, año tras año, para que esa oferta fuera menor, porque más médicos no significa más salud ni mejor sanidad y porque se generan muchas frustraciones.

En ese camino el Gobierno ha estado muy solo. Lo único que se ha dicho es que cuantos entren, sin ninguna limitación, deben tener enseñanza gratuita, deben acceder a una especialización remunerada, deben terminar con un puesto de trabajo fijo y hasta hay que elevar las retribuciones. Esa mezcla compleja de un planteamiento leninista, por un planteamiento liberal es muy difícil, señoría.

Tenemos que ser coherentes y hay que empezar por decir que en España hay demasiados médicos y tenemos que ajustar el número de médicos, cuya formación es tremendamente gravosa para este país, a las verdaderas necesidades. En segundo lugar, hay que decir que el MIR, que es una formación especializada cuyo prestigio se reconoce en toda la Unión Europea, no se estira como el chicle. El MIR depende del número de plazas acreditadas para formar; no se puede formar en un quirófano un número infinito de cirujanos, sino el número de cirujanos que pueden operar con una responsabilidad progresiva, tutelados, con un programa docente, etcétera.

Dicho esto, que yo creo es el marco general, hay que decir que el número de plazas MIR ha ido creciendo; que también sería un riesgo formar demasiados especialistas, riesgo que están combatiendo países como Estados Unidos y Canadá que incluso han cerrado escuelas de medicina, porque tampoco generan más salud y sí generan más gasto sanitario; y tener especialistas en paro es tan preocupante y tan frustrante para ellos, como tener licenciados en medicina que no pueden ejercer en el sistema sanitario público.

Dichas estas reflexiones iniciales, que creo tienen un importante contenido político acerca de la responsabilidad que todos juntos quisiéramos asumir, le tengo que reiterar el compromiso, compromiso del Gobierno, de los dos ministerios, del de Educación y Ciencia y del de Sanidad y Consumo, de que se cumplirá el artículo 31 de la Directiva: la exigencia de una formación específica en medicina general. Tenemos más de un año para hacerlo hasta que

termine la primera generación de estudiantes, incluso cabría reconocer los derechos adquiridos.

¿Qué es lo que se exige? Dos años a tiempo completo y bajo control; un contenido más práctico que teórico; una participación personal en la actividad y responsabilidad progresiva. Eso se puede hacer, a través de la medicina familiar y comunitaria, del sistema MIR de especialización o, si es necesario, porque no pueden acceder todos, y ése sería el compromiso del Gobierno, abriendo una vía específica para aquellos estudiantes que no superen la prueba MIR que puedan realizar esos dos años de formación, de manera que garanticemos, cosa que, por cierto, no se garantiza en toda Europa, que los licenciados en medicina y cirugía que terminen después de 1995 puedan acceder al sistema sanitario público de seguridad social, que ése es el campo en el que nos movemos, y no otros; es decir, no es que un médico tenga cerradas todas las puertas, entendemos que vamos a abrir ésa y que nuestro compromiso es abrirla, pero un médico puede trabajar en la docencia, puede ser médico forense o puede tener un ejercicio libre sin necesidad de esa formación específica a que se refiere la normativa 93/16.

La señor **PRESIDENTA**: Agradeciendo al Secretario General de Salud su comparecencia en esta Comisión y, una vez cumplimentado el orden del día, se levanta la sesión.

Eran las dos y treinta minutos de la tarde.

Imprime RIVADENEYRA, S. A. - MADRID

Cuesta de San Vicente, 28 y 36

Teléfono 547-23-00.-28008 Madrid

Depósito legal: M. 12.580 - 1961